

Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère



Janvier 2006



Plus proche de vous !

Travail réalisé par
L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES

Patricia MEDINA,
Sociologue

Olivier GUYE,
Médecin de santé publique - Directeur de l'ORS

Grâce au soutien financier :

de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Rhône-Alpes,
de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de l'Isère,
du Conseil Général de l'Isère.

Ce rapport d'étude et sa synthèse sont téléchargeables sur le site internet
de l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes
www.ors-rhone-alpes.org, à la rubrique *Publications*

Remerciements

Tous nos remerciements vont aux professionnels des missions locales et PAIO pour leur précieuse contribution à la réalisation de cette étude ainsi qu'aux jeunes qui ont accepté de répondre à cette enquête, pour leur disponibilité et leur fort investissement pendant les entretiens individuels et de groupe.

Nous remercions également les membres du comité de pilotage de cette étude :

- M. *Carret*, DRASS Rhône-Alpes
- M. *Fillaudeau*, Conseil Général de l'Isère
- Mme *Rossetto*, DDASS de l'Isère

- Mme *Alaoui*, CPAM de Vienne,
- Mme *Brun*, Inspection Académique - Education Nationale
- M. *Dougnon*, CPAM de Grenoble,
- M. *Ecochard*, Inspection Académique - Education Nationale
- Mme le Docteur *Lecourvoisier*, Education Nationale
- Mme *Libert*, Point Ressource Santé
- Mme *Mégevand*, Observatoire Social de l'Isère
- M. *Mirabel*, Inspection Académique - Education Nationale
- Mme *Morel*, Inspection Académique - Education Nationale
- Mme *Robin-Ternier*, Union Régionale des Missions Locales
- Mme *Rothan*, Santé Pour Tous

Sommaire

	Pages
Objectifs de l'étude	1
Méthodologie et échantillon	1
Synthèse bibliographique	3
Introduction	4
1. Les jeunes sont en bonne santé ... mais ...	5
2. La souffrance psychique : le « point noir » de la santé des jeunes, notamment des jeunes en insertion	11
3. Les jeunes et les ressources de santé	13
Conclusion	16
Bibliographie	17
Enquête qualitative	21
1. Représentations spontanées des jeunes sur les notions de « bonne » et de « mauvaise » santé	22
2. L'état de santé des jeunes, tel qu'ils le perçoivent et le décrivent	24
3. Impact de l'environnement familial et professionnel sur la santé des jeunes	30
4. Les ressources d'information et d'orientation en santé	32
5. Le repérage du besoin de consulter	38
6. Les critères pour choisir les professionnels de santé	42
7. Accès financier aux soins : des contraintes importantes	45
8. Questions de santé et ressources utilisées ou non utilisées par les jeunes	48
9. Perception des missions locales en matière de santé	58
10. Le repérage des actions / ressources locales par les jeunes sur chaque site sous étude	61
11. Eléments pour une typographie des jeunes suivis par les missions locales et PAIO	63
Conclusions	67
Annexes	69

Abréviations utilisées

CDD	Contrat à Durée Déterminée
CES	Contrat Emploi Solidarité
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPA	Centre Médico-Psychologique pour Adultes
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
EHAL	Equipe Hospitalière d'Addictologie de Liaison (Bourgoin-Jallieu)
FAJ	Fond d'Aide aux Jeunes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LEGT	Lycée d'Enseignement Général et Technique
LP	Lycée Professionnel
MAPI	Mobilisation Autour d'un Projet d'Insertion
MIF	Mutuelle Interprofessionnelle de France
MOB	Mission Orientation Bièvre
PAIO	Point d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

OBJECTIF DE L'ETUDE

Il s'agit ici d'explorer le thème de la santé des jeunes suivis par les missions locales en recueillant leurs parole et représentations relatives à l'utilisation des différentes ressources en matière de santé.

METHODOLOGIE ET ECHANTILLON

Cette enquête qualitative a été réalisée de juin 2005 à septembre 2005 sur quatre sites du département de l'Isère :

- Pays de Saint-Marcellin,
- Nord-Isère (Bourgoin-Jallieu, Villefontaine),
- Bièvre (Saint-Etienne de Saint-Geoirs, La Côte Saint-André, Beaurepaire),
- Rive Gauche du Drac.

Deux outils différents ont été utilisés pour recueillir la parole des jeunes :

- Des entretiens individuels semi-directifs approfondis, répartis sur chaque site, d'une durée variant entre 1 heure et 2 heures, qui se sont déroulés en face-à-face, dans les locaux de la mission locale ou d'autres structures faciles d'accès pour les jeunes (centre social, mairie) ;
- Des discussions de groupe d'une durée de 2 h 30 ont eu lieu sur chaque site sous étude, dans les locaux des missions locales ou de structures « amies » (associations, centre social).

Dans les deux cas, les jeunes ont été recrutés par les conseillers des missions locales / PAIO, suivant des critères de diversité des profils définis dans le cahier des charges de l'étude (sexe, âge, durée de suivi par la mission locale ou PAIO, suivi effectué en parallèle par une autre structure, suivi en matière de santé). Ces critères ont été respectés dans la limite des contraintes rencontrées par les conseillers : disponibilité et acceptation des jeunes, période pendant laquelle s'est déroulée l'étude, ...

Au bilan :

- 31 jeunes ont été interviewés de manière individuelle, parmi lesquels il y a avait 20 femmes et 11 hommes. Le plus jeune avait 19 ans et le plus âgé 25 ans. La moyenne d'âge des personnes rencontrée est de 21 ans ;
- 35 jeunes ont été rencontrés dans les discussions de groupe, soit 22 femmes et 13 hommes. Le plus jeune avait 17 ans, le plus âgé 23 ans, et la moyenne d'âge se situait à 20 ans.

Cette étude étant qualitative, il ne s'agissait pas de rencontrer un échantillon **représentatif** des jeunes suivis par les missions locales en Isère. En effet le faible nombre de personnes rencontrées dans ce type d'étude ne permet aucune pondération statistique et aucune extrapolation par rapport au poids réel des différents sous-groupes de jeunes. Il s'agissait en revanche de **favoriser la plus grande diversité de profils** possible, afin de repérer **tous les types de difficultés, tous les éléments** qui peuvent permettre **d'expliquer les spécificités des uns et des autres en matière d'accès aux soins, de rapport à la santé, de besoins et d'attentes exprimés.**

Les **critères de diversité** en terme de :

- sexe
- âge
- territoire
- suivi effectué en parallèle par une autre structure (éducateurs de prévention, assistantes sociale, ...)
- durée du suivi par la mission locale (inscription ancienne, récente, ...)
- suivi éventuel en matière de santé (suivi « psy », handicap, ...)

ont été respectés.

Les jeunes rencontrés n'ont pas été choisis par rapport à un parcours particulier en matière de santé. En revanche, le fait que ces jeunes aient accepté de s'exprimer sur la santé, notamment dans le cadre d'entretiens individuels, montre que le sujet ne les rebutait pas d'emblée et le fait qu'ils y aient consacré du temps (de 1h à 2h), qu'ils soient dans certains cas parvenus à se « débrouiller » pour se faire véhiculer jusqu'au lieu d'entretien (notamment dans les zones semi-rurales) prouve que certains de ces jeunes étaient à fois réellement intéressés et curieux par rapport à ce thème et à ce type d'entretien... On peut faire l'hypothèse que tous les jeunes qui ont été sollicités pour ces entretiens par les conseillers n'ont pas fait preuve du même intérêt.

En ce qui concerne les discussions de groupe, 3 d'entre elles ont été réalisées à partir de groupes déjà constitués qui se rencontrent régulièrement (notamment les groupes MAPI). La motivation des jeunes pour participer à ce type de discussion n'était donc pas la même qu'en entretien individuel, néanmoins leur participation, les débats qui ont pu avoir lieu lors de ces discussion soulignent, qu'au travers du thème de la santé, ce sont des problématiques très intimes et très fortes qui peuvent être abordées.

Synthèse bibliographique

INTRODUCTION

Cette synthèse bibliographique n'a pas la prétention d'être exhaustive : son objectif est de présenter les principaux constats qui sont réalisés aujourd'hui sur la santé des jeunes. Elle a été élaborée à partir d'ouvrages qui, aux échelles nationale et locale, apportent un éclairage sur la santé des jeunes aujourd'hui et notamment sur ceux qui rencontrent des difficultés d'insertion sociale, professionnelle. Ces ouvrages, qui présentent à la fois des données chiffrées et des éléments de compréhension qualitatifs, nous permettent d'avoir une vision d'ensemble des principales problématiques concernant les jeunes en matière de santé et également de repérer les difficultés spécifiques qui concernent les jeunes en insertion.

La recherche de documents sur la santé des jeunes nous a par ailleurs permis d'observer que la problématique qui est à la fois la plus repérée et la plus abondamment traitée est celle qui concerne la santé mentale dans son acception la plus large... Enfin, en ce qui concerne l'accès aux soins, c'est souvent au travers d'ouvrages traitant des populations précaires que l'on parvient à mettre en exergue les obstacles que rencontrent les jeunes en difficultés d'insertion.

1. LES JEUNES SONT EN BONNE SANTE ... MAIS ...

1.1 Une mortalité très faible, peu de pathologies lourdes

Les données concernant la situation sanitaire et sociale en France en 2004, émanant de la DREES¹, montrent que les jeunes de 25 ans sont plutôt en bonne santé.

Entre 15 et 19 ans, le taux de mortalité est de 0,48 pour 1 000, et de 0,69 pour 1 000 entre 20 et 24 ans. La mortalité est donc très faible à ces âges, mais les causes de décès sont néanmoins frappantes puisque les morts violentes représentent près des trois quarts des décès masculins entre 15 et 24 ans. Les suicides et surtout les accidents constituent les principales causes de décès des jeunes de 15 à 24 ans, notamment chez les hommes.

Les jeunes de moins de 25 ans sont peu atteints de pathologies graves : ils sont dans leur vaste majorité essentiellement concernés par des pathologies bénignes et constituent la catégorie de population dont les taux de recours à l'hôpital sont les plus faibles. Par ailleurs, dans la plupart des études, les jeunes se jugent plutôt en bonne santé et, lorsqu'ils sont comparés à l'ensemble de la population, les jeunes déclarent peu de maladies...

Les jeunes de moins de 25 ans ont également moins recours aux médecins que le reste de la population et, lorsqu'ils vont chez le médecin, il semble que cela soit très souvent pour des actes de prévention (vaccination notamment), des motifs administratifs, puis pour des pathologies respiratoires (dont les infections ORL). Au-delà de 15 ans, il semble qu'il y ait un accroissement de la fréquence des affections ophtalmologiques et des maladies de peau, alors que les pathologies infectieuses de l'enfance vont en décroissant. Notons enfin que les allergies, l'asthme et les problèmes de surpoids ont tendance à se développer, mais globalement, l'état de santé des moins de 25 ans est bon.

Les jeunes de 11 à 20 ans sont principalement suivis par des médecins généralistes² qui effectuent 70% des actes les concernant. Le médecin généraliste apparaît donc clairement comme la ressource la plus massivement utilisée.

Si les indicateurs sont globalement bons en ce qui concerne la santé physique, ils le sont un peu moins en ce qui concerne la santé mentale... En effet, les troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité et arriération mentale) sont les principales causes de prise en charge de longue durée pour les jeunes. Par ailleurs, les scores de dépression et d'anxiété sont maximaux chez les jeunes générations de 18-25 ans³. La plupart des études recensées concernant cette population indiquent ainsi que, si les pathologies organiques sont rares, il existe bien une réelle souffrance psychique⁴ qui, par ailleurs, touche plus lourdement certains groupes de jeunes, que l'on peut qualifier de jeunes à « risques », cette notion de risque étant liée au contexte dans lequel vivent les jeunes.

¹ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 - Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2005 - DREES, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale - 2004*

² Un élément confirmé par l'étude du GREFOSS de 1999 : *Les jeunes en grande difficulté*

³ *Baromètre santé 2000 - Résultats - Volume 2 - Coll. Baromètres - Editions CFES - 2001*

⁴ *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes - Haut Comité de la Santé Publique - Collection Avis et Rapports - Editions ENSP - Février 2000*

1.2 Quelques chiffres sur les pratiques et le vécu des jeunes en matière de santé et de pratiques à risques

Le Baromètre santé 2000⁵ livre une multitude d'indicateurs chiffrés qui permettent de mieux se représenter les réalités des jeunes en matière de santé. Certains de ces chiffres sont particulièrement illustratifs :

- Jeunes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie :
 - * pour les 15-19 ans : 1,8% pour les garçons et 6,9% pour les filles,
 - * pour les 20-25 ans : 4,4% pour les hommes et 7,7% pour les femmes.

(Ajoutons que les suicidants seraient plus que les autres concernés par des situations de chômage, des familles monoparentales ou recomposées, des redoublements, la consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives, et ils auraient davantage subi de violences)⁶.

- Jeunes ayant connu des accidents de la route en tant que conducteurs ou passagers :
 - * pour les 15-19 ans : 1% pour les garçons et 14,6% pour les filles,
 - * pour les 20-25 ans : 7,6% pour les hommes et 15,6% pour les femmes.

- Jeunes ayant connu des accidents de travail ou d'atelier au cours des 12 derniers mois :
 - * pour les 15-19 ans : 3,2 % pour les garçons et 0,7 % pour les filles,
 - * pour les 20-25 ans : 10,3 % pour les hommes et 4,1 % pour les femmes.

(Les jeunes sont plus souvent victimes d'accidents de la route et d'accidents du travail que les autres tranches d'âge).

- Jeunes ayant connu des accidents domestiques :
 - * pour les 15-19 ans : 5,9% pour les garçons et 10,8% pour les filles,
 - * pour les 20-25 ans : 5,3% pour les hommes et 7,7% pour les femmes.

- Jeunes ayant été frappés physiquement au cours des 12 derniers mois :
 - * pour les 15-19 ans : 12% pour les garçons et 7% pour les filles,
 - * pour les 20-25 ans : 8,9% pour les hommes et 5,1% pour les femmes.

- Jeunes ayant subi des rapports sexuels forcés au cours de la vie :
 - * pour les 15-19 ans : 0,6% pour les garçons et 2,5% pour les filles,
 - * pour les 20-25 ans : 0,2% pour les hommes et 5,4% pour les femmes.

- Jeunes ayant consommé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois :
 - * pour les 15-19 ans : 3,7% (antidépresseurs) et 8,5% (tranquillisants et somnifères),
 - * pour les 20-25 ans : 6,5% (antidépresseurs) et 8,5% (tranquillisants et somnifères).

L'enquête ESCAPAD 2003⁷ apporte également un précieux éclairage sur la consommation de substances psychoactives parmi tous les jeunes de 17-18 ans et montre que :

⁵ Baromètre Santé 2000 – Résultats – Volume 2 – Coll. Baromètres – Editions CFES - 2001

⁶ La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Haut Comité de la Santé Publique - Collection Avis et Rapports - Février 2000 - ENSP

6

- ☞ Les garçons consomment davantage et plus tôt des substances psychoactives que les filles, sauf en ce qui concerne le tabac (égalité filles-garçons) et les médicaments psychotropes (davantage consommés par les filles et qui, par ailleurs, restent l'une des consommations les plus élevées d'Europe). L'usage de médicaments psychotropes est d'ailleurs en augmentation chez les filles (4,5% des filles en font un usage régulier).
- ☞ La baisse du tabagisme quotidien et de celle du tabagisme occasionnel se confirment. Filles et garçons conservent à peu près les mêmes niveaux de consommation.
- ☞ L'abstinence totale de consommation de substances de produits psychotropes est rarissime à la fin de l'adolescence.
- ☞ En ce qui concerne le cannabis, le mouvement de hausse de l'expérimentation se poursuit faiblement chez les filles et une très légère baisse s'amorce concernant les expérimentations des garçons. Néanmoins, en ce qui concerne les usages réguliers de cannabis, ils se situent au niveau de 2000 (en recul par rapport à 2002).
- ☞ A 17-18 ans, l'alcool est de loin le produit psychoactif le plus consommé au cours des 30 derniers jours. L'usage régulier de l'alcool est en hausse depuis 2000 : pour les filles, il est aujourd'hui de 7,5% et, pour les garçons, il est de 21,2%. L'alcool est la substance pour laquelle, en matière d'usage régulier, la différence est la plus marquée entre filles et garçons.
- ☞ En ce qui concerne les autres produits psychoactifs, on note un accroissement de certaines expérimentations, même si elles restent extrêmement faibles chez les jeunes de 17-18 ans. Ce léger accroissement concerne les poppers, l'ecstasy, les amphétamines, la cocaïne (l'expérimentation de ces substances concerne globalement de 2% à 5% des jeunes).
- ☞ Les jeunes inscrits en filières d'enseignement général consomment globalement moins de substances psychoactives que ceux inscrits en filière professionnelle et que ceux qui suivent les filières de l'apprentissage ou de la formation alternée.
- ☞ En ce qui concerne spécifiquement la Région Rhône-Alpes, on note que le taux de tabagisme quotidien des adolescents de 17 ans (37%) est l'un des plus faibles de métropole alors que l'usage régulier d'alcool (14%) et les ivresses alcooliques sont plutôt un peu plus répandus que dans le reste du pays. La consommation de cannabis (13%) se situe dans la moyenne nationale.

Ces données soulignent bien que les conduites à risques, le rapport à soi et à son corps ne sont pas les mêmes chez les adolescents et les jeunes adultes, et que les différences entre filles et garçons restent marquées. Néanmoins il existe des différences infra-régionales que l'enquête ESCAPAD ne permet pas de saisir.

⁷ 4^{ème} enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la défense, réalisée en mai 2003 par l'Office Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), auprès de jeunes garçons et filles de 17-18 ans, participant à la journée d'Appel de Préparation à la Défense. Cette enquête est basée sur un questionnaire auto-administré.

1.3 Précarité économique, sociale, affective et inégalités de santé

Toutes les tranches d'âges sont concernées par un effet de « contexte socio-économique ». Qu'il s'agisse d'enfants, d'adultes, de personnes âgées, d'hommes ou de femmes, il existe des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie et de causes de décès. Ces disparités se retrouvent également en terme d'accès aux soins. A titre d'illustration, voici quelques chiffres⁸ éloquentes quant à l'influence des inégalités sociales sur la santé des individus :

- Le taux de prématurité varie du simple au triple et la fréquence des petits poids à la naissance du simple au double en fonction du niveau scolaire de la mère ;
- Le score de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 89 (pour une référence à 100) ;
- La différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre était de 6,5 pour la période 1982-1996.

Les différentes études recensées montrent également que les jeunes issus de milieux sociaux favorisés ont davantage d'accidents liés à une pratique sportive, alors que les jeunes des catégories les plus modestes sont davantage concernés par les accidents de la route.

D'autres indicateurs soulignent encore le poids de la précarité dans le domaine sanitaire. Ainsi les IVG répétées⁹ seraient-elles fortement associées à un contexte de précarité socio-économique et affective. Les femmes, qui ont plusieurs fois recours à l'IVG au cours de leur existence, appartiennent plutôt à des milieux défavorisés et vivent souvent dans un contexte d'instabilité affective et familiale qui, par ailleurs, renoue souvent avec des schémas familiaux que les femmes ont connus pendant leur enfance.

Le Rapport du Haut comité de la Santé Publique de 2002 constate que « *les inégalités existent dès la naissance, et, pourrait-on dire, avant même la naissance* ».

Cet effet socio-économique est à la fois lié à la profession, au niveau de revenus, aux conditions de logement mais également à l'histoire de vie des individus et à leur réseau relationnel. La structure familiale : les ruptures, les décompositions, les recompositions familiales, l'isolement peuvent jouer comme des éléments favorables ou défavorables à une bonne santé.

Le rapport de la DREES souligne ainsi, en citant l'ouvrage de P. Aïach et D. Cèbe¹⁰, que le « *cumul des handicaps et des facteurs de risques est multiplié pour ceux qui sont dans une situation affective et professionnelle défavorable* ».

Aucun indicateur ne montre que les jeunes seraient épargnés par cette règle. Bien au contraire, les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes associées à des ruptures familiales favorisent la mise en place des mécanismes de précarisation qui sont défavorables à un bon état de santé, au plan physique et psychique, et qui sont également défavorables à une bonne prise en charge des problèmes de santé.

⁸ *La santé en France en 2002*. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique - La Documentation Française - Février 2002

⁹ *Précarisation, risque et santé* - M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa - INSERM - Questions en santé publique - 2001

¹⁰ Aïach Pierre et Cèbe Dominique : « *Les inégalité sociales de santé* », La Recherche, 1994

1.4 Etre jeune dans un contexte socio-économique précaire, une famille fragile, un parcours scolaire « difficile », en milieu rural ou urbain...

Le fait pour un jeune de n'être plus porté / aidé par sa famille constitue un premier handicap : « La rupture ou l'absence de référence familiale laisse une partie des jeunes sans maîtrise des réseaux sociaux d'information concernant l'accès aux soins »¹¹. Outre l'importance de la famille en matière d'information et d'orientation, celle-ci joue comme une « protection rapprochée » de l'individu qui s'exerce tout au long du cycle de vie¹². Lorsque cette « protection rapprochée » fait défaut, l'individu est plus vulnérable.

Désorientés dans un univers qu'ils méconnaissent, celui de la santé et celui des ressources de santé, les jeunes sont de surcroît confrontés à des contraintes financières : « même lorsque les problèmes de santé sont identifiés, l'absence de mutuelle entraîne une limitation, voire un déficit de soins, en particulier au niveau des soins faiblement remboursés par le régime général »¹³. Les jeunes en difficultés d'insertion (voire en début de précarisation) sont, par ailleurs, rejetés par certains professionnels, certaines structures. Ainsi le fait de bénéficier de la CMU ne résout pas toutes les difficultés. Parfois, au lieu d'être un outil de facilitation, la CMU se transforme en élément de stigmatisation sociale, un signe de précarité qui entraîne la fermeture de certaines portes (notamment chez les médecins spécialistes).

L'importance du rôle de la famille en matière de santé des jeunes est soulignée par différents auteurs. Les chiffres, que Mme Choquet a présentés dans le cadre de l'étude sur les jeunes en CFI-PAQUE¹⁴, montrent qu'il semble y avoir une corrélation entre la déscolarisation précoce et le fait d'avoir des parents désunis. Parmi ces jeunes en processus d'insertion, il apparaissait également que :

- 1 jeune sur 10 était atteint d'un handicap ou d'une maladie chronique invalidante,
- 15% des moins de 20 ans ignoraient leurs droits à l'assurance sociale,
- 15% se disaient plutôt isolés.

Différentes études¹⁵ convergent également sur le fait que les conduites à risques chez les jeunes (comportements violents, tentatives de suicide, consommation de substances psychoactives, ...) sont plus souvent le fait de jeunes qui vivent une situation conflictuelle avec leurs parents.

Une autre étude de Mme Choquet sur les adolescents¹⁶ montre également en filigranes qu'il existe des différences entre les élèves de l'enseignement général et technique et les élèves des lycées professionnels. Ainsi les garçons de LP ont plus souvent des accidents (d'atelier, de circulation ou autre) que les jeunes de LEGT, plus d'affections dentaires non prises en charge. Les jeunes de LP sautent plus souvent les repas que les jeunes de LEGT. Les comportements violents sont plus présents au collège et au LP qu'au LEGT.

¹¹ Santé Publique – Société Française de Santé Publique, n° 4 – Décembre 1997

¹² *Précarisation, risque et santé* – M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa – INSERM – Questions en santé publique - 2001

¹³ *Ibid.* p. 7

¹⁴ *Jeunes en insertion. Enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans)* - Marie Choquet, Bruno Iskil – INSERM U 169 – 1994 (Dispositifs d'insertion pour les 16-25 ans, CFI : Contrat de Formation Individuel, PAQUE : Programme d'aide à la qualification).

¹⁵ Notamment : *Etat de santé des lycéens et des apprentis dans la région Rhône-Alpes* – Etude réalisée par le Careps pour le Conseil Régional Rhône-Alpes - Rapport n° 64 - Novembre 1994

¹⁶ *Adolescents - Enquête nationale* – Marie Choquet, Sylvie Ledoux (INSERM U 169) – Editions INSERM - 1994

Les différentes études recensées sur ce sujet montrent par ailleurs que les élèves de LP se déclarent comme étant moins à l'aise dans leur famille que les élèves de LEGT... Il en va de même pour la consommation de substances psychoactives¹⁷ : les jeunes, qui sont scolarisés en filière professionnelle et ceux qui ne sont pas scolarisés, consomment plus d'alcool, de cannabis et de tabac que les autres. Ainsi les élèves de l'enseignement général et ceux de l'enseignement professionnel ne connaissent pas les mêmes difficultés, ce qui a des répercussions en matière de santé / de recours aux soins.

L'origine ethnique¹⁸ peut également jouer sur l'accès aux soins, notamment lorsque les jeunes sont issus de familles immigrées qui ont connu elles-mêmes des difficultés d'insertion en France (accès à la langue française, accès au logement et à l'emploi, etc.).

Un autre élément doit être pris en compte pour bien repérer les disparités qui peuvent exister au sein de la tranche d'âge 15-25 ans : le lieu où habitent les individus. En effet la mortalité des adolescents diminue à mesure que la taille de l'agglomération augmente¹⁹, les grandes agglomérations étant les plus épargnées. Il semble ainsi que les déplacements motorisés en zones rurales et semi-rurales aient une incidence directe sur la mortalité par accidents de la route.

1.5 Missions locales : de quels jeunes parle-t-on ?

Les jeunes sont ainsi globalement en bonne santé... Néanmoins les jeunes, comme les individus appartenant à d'autres tranches d'âges, sont également soumis à des facteurs familiaux, sociaux et économiques qui peuvent être favorables ou défavorables à une bonne santé, à une capacité à « prendre soin de soi », à un bon accès aux ressources de santé.

Ainsi les jeunes, qui ont des difficultés d'insertion et qui vivent dans des contextes familiaux, sociaux, économiques plus ou moins précaires, présentent des spécificités, des fragilités par rapport aux jeunes qui vivent dans un environnement à la fois porteur et protecteur.

Tous les jeunes qui sont suivis en missions locales ne présentent pas les mêmes profils ni les mêmes difficultés d'insertion... Mais ceux qui sont confrontés à la précarité affective et socio-économique sont également confrontés à des difficultés plus importantes dans le domaine de la santé et ils sont notamment concernés par une forte souffrance psychique, une souffrance qui se trouve à la charnière des angoisses de l'adolescence et du mal-être des gens en situation précaire, qui se sentent menacés par différentes formes d'exclusion sociale.

¹⁷ *Les jeunes et la santé en France - L'état de l'enfance - Sous la direction scientifique de Gabriel Langouët - Observatoire de l'Enfance en France - Hachette Livre - 2001*

¹⁸ *Jeunes en insertion. Enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans) - Marie Choquet, Bruno Iskil - INSERM U 169 - 1994*

¹⁹ *Les jeunes et la santé en France - L'état de l'enfance - Sous la direction scientifique de Gabriel Langouët - Observatoire de l'Enfance en France - Hachette Livre - 2001*

2. LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : LE « POINT NOIR » DE LA SANTE DES JEUNES, NOTAMMENT DES JEUNES EN INSERTION

2.1 Les manifestations de la souffrance psychique

Les notions de souffrance psychique et de santé mentale sont difficiles à circonscrire et à définir, tant ce champ de réflexion est à la fois vaste et récent. Psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et professionnels de l'insertion s'accordent néanmoins à reconnaître une souffrance spécifique²⁰ qui n'est pas rattachée à des pathologies organiques et qui est favorisée par le contexte dans lequel vivent les personnes... Cette souffrance ne relève pas de la pathologie psychiatrique au sens propre du terme et se situe au-delà du sentiment de « malheur » qui peut être éprouvé face à certains événements de l'existence... Aujourd'hui, faute d'aboutir à une représentation claire de ce que sont la santé mentale et la souffrance psychique, il s'agit d'éviter les deux écueils que sont la psychiatisation à outrance de toute manifestation de mal-être et le déni d'une souffrance psychologiquement et socialement handicapante. Il s'agit également de repérer certains signes qui semblent symptomatiques de cette souffrance.

Les différentes formes de cette souffrance, telles qu'elles sont décrites dans la littérature, sont ainsi essentiellement :

- les tentatives de suicide,
- l'agressivité (physique et également verbale),
- les actes de délinquance,
- les toxicomanies (usages problématiques de substances psychoactives),
- les fugues / les ruptures avec la famille,
- la consommation de médicaments psychotropes dans un but antidépresseur ou d'apaisement,
- les échecs répétés au niveau scolaire,
- les scarifications, piercings et éventuellement autres mutilations,
- la sensation de fatigue,
- le sentiment de ne pas être en bonne santé.

Les manifestations repérées de la souffrance psychique sont souvent différentes entre filles et garçons²¹. Ainsi les filles présenteraient davantage de troubles corporalisés alors que les garçons seraient davantage concernés par les troubles de la conduite.

Ces comportements / signes sont interprétés par certains auteurs²² comme des « *équivalents dépressifs* ». Ces auteurs soulignent cependant qu'il faut bien distinguer la désespérance, le découragement de la dépression : il ne faut pas psychiatiser la désespérance car « *elle n'est pas réversible avec des médicaments* » et le sentiment d'être « malheureux » n'implique pas nécessairement la mise en place d'un « soin ».

²⁰ *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher* - A. Lazarus, H. Strohl - Rapport du groupe de travail : Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale., DIMV-DIMRM, 1995

²¹ *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* - Haut Comité de la Santé Publique - Collection Avis et Rappports - Editions ENSP - Février 2000

²² *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* - Haut Comité de la Santé Publique - Collection Avis et Rappports - Editions ENSP - Février 2000

Néanmoins, au travers de la plupart de ces différentes manifestations, on constate une mise en danger de soi, ou a minima un défaut de soin de soi.

2.2 Du besoin de « soin » au besoin de « portage »

Les éléments les plus préoccupants en matière de santé des jeunes concernent essentiellement le domaine de la santé mentale, de la souffrance psychique.

Une souffrance qui s'inscrit à la fois dans la problématique spécifique à l'adolescence (voire la « post-adolescence »), mais également dans un contexte socio-économique difficile et surtout dans une histoire familiale vécue sur le mode du manque / des ruptures. Manque d'affection, de protection, de portage par l'environnement familial marque ces trajectoires de jeunes... Par conséquent ce n'est pas réellement la question du « soin » qui se pose face à cette souffrance qui n'est pas liée à une « maladie » psychiatrique ou organique...

Le « mal-être » des jeunes en insertion est davantage le fruit d'un sentiment d'insécurité, d'incertitude face à l'avenir, et également face à la rareté des repères affectifs et sociaux, dans un contexte d'événements malheureux qui jalonnent les histoires personnelles²³ : « *la qualité des liens primaires, familiaux apparaît déterminante* »²⁴. La précarité économique n'est donc pas le « moteur » de cette souffrance, même si elle l'accompagne très souvent, et que se met alors en place un cercle vicieux où les difficultés économiques, sociales et affectives se cumulent et se renforcent les unes les autres... Mais, en amont de cette souffrance, on repère souvent un manque d'adulte qui « prene soin » / qui ait le « souci » de ces jeunes.

Le psychiatre Jean Furtos²⁵ souligne que « *toute souffrance psychique est attente de reconnaissance* » et rappelle que « *à l'origine est le lien, la dépendance [...]. Pourquoi et pour qui être en bonne santé ?* ». C'est la relation à l'autre qui conditionne la volonté et l'aptitude à prendre soin de sa santé : « *nous ne pouvons prendre soin de nous que si nous sommes portés par le désir de vie d'un autre* »... Lorsque les parents - eux-mêmes souvent en grandes difficultés - n'ont plus la capacité, l'énergie d'avoir ce « désir de vie » pour leurs enfants, alors, tout peut basculer, rapidement ou progressivement.

Plusieurs auteurs insistent par ailleurs sur le fait que le « traitement de cette souffrance » ne relève pas du soin psychiatrique classique et qu'il s'agit davantage de « *valoriser les compétences des personnes et le lien social de solidarité* »²⁶. L'objectif est d'aider le jeune afin qu'il puisse prendre / reprendre « soin de lui ».

Or prendre « soin de soi » dans un contexte familial difficile (mauvaise communication, conflit, rupture) est un exercice difficile, même si les phénomènes de « résilience » peuvent parfois pallier le manque de protection, d'affection, et peuvent permettre à un individu de « *se développer quand même, dans un environnement qui aurait dû être délabrant* ». ²⁷

²³ MRIE 2001

²⁴ Ville et toxicomanie

²⁵ Santé des jeunes – Le rôle et la contribution des missions locales – Journée du 23 octobre 2001, animée par Economie et Humanisme – Rédaction des actes : UBIQUS Reporting

²⁶ Ville et toxicomanies. De la connaissance à la prévention – Sous la direction de Michel Jourbert, Pilar Giroux-Arcella, Chantal Mougin – Obvies Université Paris VIII – Erès - 2005

²⁷ Un merveilleux malheur - Boris Cyrulnik - Editions Odile Jacob - 1999

Aujourd'hui, plusieurs auteurs semblent s'accorder sur le fait que les jeunes en souffrance psychique ont souvent besoin d'une forme de « portage », de s'inscrire dans une relation à la fois rassurante et valorisante qui leur redonne confiance en leurs possibilités, même si ce « portage » n'est pas toujours suffisant pour faire sortir les jeunes de la « galère ».

Il est par ailleurs nécessaire de rappeler que, parallèlement à la détérioration du marché de l'emploi et aux situations de fragilisation de la famille, les injonctions de notre société moderne qui posent la réussite économique, la performance, l'épanouissement individuel²⁸ comme des normes à atteindre, aggravent cette souffrance psychique. Ces injonctions sont d'autant plus difficiles à gérer que les grandes idéologies, les religions, les appartenances communautaires diverses (professionnelles, culturelles, ...) ont également été laminées par la société des « individus-consommateurs ». Lorsque la famille ne porte plus, il y a peu de possibilités de « relais » pour donner du sens à l'existence et favoriser une attitude de « conservation » qui encourage à « prendre soin de soi ».

3. LES JEUNES ET LES RESSOURCES DE SANTE

3.1 L'accès aux ressources de santé pour les jeunes en difficulté d'insertion

La situation familiale et socio-économique des jeunes est déterminante en matière d'accès aux soins, comme pour les autres tranches d'âge.

Les jeunes, qui ne sont plus portés / protégés par le réseau familial, sont confrontés à d'importantes difficultés²⁹ :

- Difficultés à repérer les problèmes de santé ;
- Difficultés à trouver l'information / à repérer des professionnels ;
- Difficultés à repérer les droits sociaux et à les faire valoir ;
- Difficultés à faire face aux frais liés aux soins (effets de seuils CMU, problème de l'avance des frais, absence de mutuelle, ...).

Par ailleurs, lorsque les jeunes sont en situation précaire, les délais nécessaires aux démarches administratives, à l'ouverture des droits, etc. jouent comme une contrainte supplémentaire.

Enfin certains professionnels au contact de cette population tendent à penser que « les jeunes se soucient rarement de leur santé », or une « non-demande n'est pas une absence de besoins »³⁰... Cette représentation de certains professionnels du secteur social et du secteur de l'insertion ne facilite pas la circulation de l'information en direction des jeunes et peut constituer une entrave à la prise en charge globale du jeune. Le fait qu'aucune demande ne soit exprimée ne signifie pas qu'aucun manque soit ressenti en matière de santé ou de difficulté d'accès aux soins. Par ailleurs, trouver des

²⁸ *La fatigue d'être soi* - Alain Ehrenberg - Editions Poches Odile Jacob - 1998

²⁹ *L'accès aux soins des jeunes non scolarisés en voie de précarisation* - O. Noël - Santé Publique - Société Française de Santé Publique, n° 4 - Décembre 1997

³⁰ *Ibid.*

informations, des solutions en matière de santé lorsque l'on vit des ruptures familiales, des difficultés économiques, etc. constitue une démarche très lourde.

3.2 Les ressources face à la souffrance psychique

Les ressources, qui semblent traditionnellement utilisées face à cette souffrance psychique, sont majoritairement celles de la psychiatrie et de la psychologie des secteurs public ou libéral. Certaines institutions possèdent des ressources en interne : c'est le cas de certaines missions locales qui proposent des permanences d'écoute tenues par un psychologue.

En ce qui concerne les ressources du secteur public, c'est-à-dire essentiellement les CMP, certains auteurs soulignent la relative inadéquation entre cet outil et le mal-être d'une partie des jeunes. En effet, les jeunes (comme le reste de la population) associent encore bien souvent la psychiatrie à la folie : une image à la fois effrayante et qui peut jouer comme une stigmatisation supplémentaire (la précarité économique, sociale et une « fragilité mentale » achèveraient ainsi l'étiquetage de l'individu comme « anormal »).

Par ailleurs, les délais d'attente pour une prise en charge en CMP sont souvent très longs pour des jeunes en situation précaire, instable, et dont la motivation peut chanceler à tout moment. Enfin, la démarche d'entrée dans un soin est parfois intellectuellement et / ou culturellement éloignée des repères des jeunes en souffrance : *« la formulation de la demande par le sujet [...], le strict respect du secret professionnel [...], la conduite traditionnelle des entretiens [...] font fuir la majeure partie de la clientèle en souffrance du réseau d'insertion. La neutralité bienveillante, le principe de non-implication affective [...] ne correspondent pas aux besoins de [cette] population »*³¹.

L'écoute psychologique traditionnelle associée à l'idée de « soin » n'est donc pas toujours en adéquation avec les représentations, les modèles mentaux de résolution des problèmes des jeunes. Ce type d'écoute, qui ne « s'accroche » parfois à aucun repère dans le vécu, dans les connaissances, dans la culture des jeunes, ne constitue pas toujours une ressource face à la souffrance psychique... Au-delà de cette inadéquation, certains auteurs vont même jusqu'à parler du « traumatisme du psy silencieux »³², qui laisse le jeune seul face à ses problèmes et à sa douleur, sans renforcer l'individu dans ses compétences, sans le « rassurer ».

Certains auteurs³³ repèrent également que les professionnels [de santé mentale] ne sont pas toujours préparés à recevoir un individu qui *« ne reconnaît pas en lui l'existence d'un conflit et la souffrance qui en résulte, qui n'a pas l'habitude de se fier / confier à autrui, qui se plaint, mais ne pense pas qu'il puisse être l'initiateur d'un changement concernant son mode d'existence »*. Ceci est peut-être particulièrement vrai pour les jeunes primo-arrivants qui maîtrisent mal le français et qui ont vécu dans des systèmes sociaux très différents du nôtre, mais concerne également toute une frange de la population qui ne repère pas la verbalisation formelle face à un soignant comme un outil qui puisse apaiser, mettre à distance la souffrance.

En revanche il apparaît que, pour une partie de ces jeunes en difficultés qui ne correspondent pas au « moule » de la démarche soignante traditionnelle, un entretien plus informel avec un

³¹ *La prise en compte de la souffrance des jeunes dans les missions locales et PAIO – Réseau des missions locales PAIO jeunes de la région Rhône-Alpes - 1999*

³² *Insertion et soins à partir de l'expérience des Missions Locales de Rhône-Alpes. Christis Demetriades*

³³ *La souffrance psychologique chez des jeunes accueillis en Mission Locale Rhône-Alpes – Etude du CAREPS, commanditée par le Groupe Santé du Réseau Régional de Missions Locales – Rapport n° 60 – Décembre 1994*

professionnel de santé mentale (psychiatre, psychologue) ou avec d'autres professionnels comme les conseillers des missions locales, peut se révéler plus constructif dans l'approche de cette souffrance. Ainsi « *l'empathie, la relative implication affective [...] dans une démarche de co-construction du lien* »³⁴ peuvent permettre de mobiliser des ressources chez certains jeunes qui n'auraient pas pu être activées autrement. « *La douleur peut s'exprimer quand s'installe un lien de confiance entre le jeune et le conseiller* »³⁵, hors de toute « neutralité » bienveillante. Si la démarche de soin traditionnelle constitue une ressource, d'autres formes d'écoute (menées par des professionnels) peuvent apporter un soulagement dans le domaine de la souffrance psychique.

Parfois ce travail d'empathie et de mise en confiance, qui est réalisé par les conseillers des missions locales, par les psychologues qui travaillent au sein des missions locales, ou par des travailleurs sociaux peut aboutir, s'il y a nécessité de « soin », à un travail en profondeur réalisé dans le cadre d'un CMP ou d'un cabinet de praticien en libéral... Mais avant d'entrer dans cette démarche, « *beaucoup de jeunes ont d'abord besoin de se restaurer sur le plan physique et moral* »³⁶... Et c'est par rapport à ce besoin que certains professionnels de l'insertion, et notamment les conseillers des missions locales, ont un rôle d'envergure à jouer.

Les conseillers deviennent donc, pour une partie des jeunes en insertion, des « repères » forts dans un univers chancelant où le lien avec la famille, les revenus, l'accès à l'emploi, l'accès à un logement sont incertains... La contrepartie « négative » de ce lien est parfois la dépendance qui s'installe chez le jeune vis-à-vis de son conseiller...

3.3 Les limites des professionnels de l'insertion face à la souffrance psychique

Les professionnels de l'insertion, et notamment les conseillers des missions locales, se trouvent en première ligne face à la souffrance des jeunes qu'ils rencontrent.

Cependant tous les conseillers n'ont pas la même approche, ni la même attitude face à cette souffrance. Certains « *craignent de rompre la relation avec le jeune en faisant remonter les problèmes* »³⁷ et préfèrent ne pas explorer cette souffrance... , quitte à ne pas envisager la trajectoire, les contraintes et possibilités des jeunes dans leur globalité. D'autres, au contraire, s'investissent dans ce soutien, mais finissent par se sentir « usés ».

En effet ce « soutien » dont ont besoin certains jeunes, qui implique empathie et proximité de la part des conseillers, expose ces derniers à une demande affective forte et également à un besoin d'étayage qui dépassent souvent la démarche de « conseil ». Le lien, qui relie le jeune au professionnel, devient parfois le lien qui relie le jeune à la société, à son avenir et peut, de ce fait, constituer une véritable charge mentale pour les conseillers.

Toute la difficulté réside donc dans la possibilité de soutenir ces jeunes en souffrance sans leur renvoyer, en sus de leurs difficultés, l'image d'un besoin de « soin » et donc d'éventuelle « maladie mentale »... tout en ne transformant pas les professionnels de l'insertion en parents de substitution... , dans un contexte économique qui, rappelons-le, permet difficilement aux jeunes de

³⁴ Ibid. p15

³⁵ *La prise en compte de la souffrance des jeunes dans les missions locales et PAIO – Réseau des missions locales PAIO jeunes de la région Rhône-Alpes - 1999*

³⁶ Ibid. p16

³⁷ *La souffrance psychologique chez des jeunes accueillis en Mission Locale Rhône-Alpes – Etude du CAREPS, commanditée par le Groupe Santé du Réseau Régional de Missions Locales – Rapport n° 60 – Décembre 1994*

se projeter dans une forme de stabilité et d'intégration sociale au sein d'une entreprise, par le biais d'une « appartenance » à une collectivité de salariés, ou autre...

CONCLUSION

Les jeunes vont bien. On pourrait dire, en caricaturant, que les jeunes ne meurent pas et qu'ils n'ont pas de maladies organiques... Et pourtant, force est de constater que certains jeunes vont moins bien que d'autres. Des éléments de fragilité, de précarité économique, sociale et surtout affective font que certains rencontrent plus de difficultés que d'autres en matière d'insertion sociale, professionnelle et d'équilibre relationnel, affectif, difficultés qui ont une incidence réelle sur leur santé au plan physique et psychique... Ainsi, comme pour les enfants, les adultes et les personnes âgées, les inégalités sociales créent des inégalités de santé parmi les jeunes.

C'est par ailleurs la santé psychique des jeunes qui constitue peut-être le problème le plus aigu. Du mal-être aux conduites à risques, on repère toute une palette de manifestations de la souffrance psychique qui se situe à la croisée des perturbations de l'adolescence et de la souffrance qui touche les individus en situation de précarité... Face à cette souffrance, le soin traditionnel constitue une véritable ressource qui ne convient cependant pas à tous les individus de manière universelle et ce d'autant plus que tous les individus n'ont pas besoin d'être « soignés ». Ainsi l'écoute « non psy », l'étayage, le « portage » que peuvent apporter des professionnels de l'insertion correspondent, semble-t-il, à un véritable besoin.

Pour les jeunes en souffrance psychique, qui ont parfois également été des enfants en souffrance, la question est de savoir comment les aider à parvenir à une insertion sociale et professionnelle qui soit suffisamment forte pour éviter que ces jeunes ne deviennent peu à peu, parfois à l'image de leurs parents, des adultes en souffrance psychique liée à différentes formes de précarité.

BIBLIOGRAPHIE

Santé des jeunes

- Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002 - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 43/2005 - Octobre 2005
- Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 - Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2005 - DREES, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale - 2004
- Baromètre social de la jeunesse en Rhône-Alpes - Direction régionale de l'emploi et de la formation professionnelle Rhône-Alpes - Décembre 2004
- Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes / ESCAPAD 2003 - OFDT - Tendances, n° 39 - Septembre 2004
- La santé en France en 2002 - Rapport du Haut Comité de la Santé Publique - La Documentation Française - Février 2002
- Les jeunes et la santé en France - L'état de l'enfance - Sous la direction scientifique de Gabriel Langouët - Observatoire de l'Enfance en France - Hachette Livre - 2001
- Baromètre santé 2000 - Résultats - Volume 2 - Coll. Baromètres - Editions CFES - 2001
- Baromètre santé 2000 (premiers résultats) - Editions CFES - Septembre 2000
- Adolescents. Enquête Nationale - Marie Choquet, Sylvie Ledoux (INSERM U 169) - Editions INSERM - 1994

Jeunes, santé et précarité

- Les inégalités sociales de santé - P. Aïach, D. Cebe - La Recherche - 1994
- Dossiers annuels de la MRIE :
 - * Les jeunes « hors dispositifs » - 2001
 - * Accès à la santé et soin de soi - 2002
- Précarisation, risque et santé - M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa - INSERM - Questions en santé publique - 2001

- La réponse aux jeunes en grande difficulté. Analyse des réponses apportées par les différents dispositifs et équipements sociaux dans l'agglomération Grenobloise - Dominique Mansanti - Recherche et Formation en Politiques Sociales - Institut d'Etudes Politiques de Grenoble - Mai 1999
- Santé Publique - Société Française de Santé Publique, n° 4 - Décembre 1997 :
 - * L'accès aux soins des jeunes non scolarisés en voie de précarisation - O. Noël
 - * Santé et violences perçues par les jeunes - Ginot, Aït-Bouali, M. Besse, Chevallier, Goldberg, Buisson
- Jeunes en insertion. Enquête CFI - PAQUE (dispositif 16-25 ans) - Marie Choquet, Bruno Iksil - INSERM U 169 - 1994
- Etat de santé des lycéens et des apprentis dans la région Rhône-Alpes - Etude réalisée par le CAREPS pour le Conseil Régional Rhône-Alpes - Rapport n° 64 - Novembre 1994
- La santé des jeunes en difficulté d'insertion ? Parlons-en ! - Etude réalisée par l'association DEFI et l'Institut Louis Harris, en partenariat avec la Mutualité Française - 1992
- Le difficile accès aux soins des jeunes en difficulté - Etude réalisée par Le Frêne à la demande du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, la Direction générale de la santé et de la Délégation à l'insertion des jeunes en difficulté - Janvier 1990

Jeunes suivis en missions locales

- Les jeunes mineurs déscolarisés dans les missions locales - Direction régionale de l'Emploi et de la formation professionnelle Rhône-Alpes - Synthèse Rhône-Alpes n° 24 - Juin 2005
- Santé des jeunes. Le rôle et la contribution des missions locales - Journée du 23 octobre 2001, animée par Economie et Humanisme - Rédaction des actes : UBIQUS Reporting
- Evaluation des actions mises en place au sein du réseau régional PAIO/Missions Locales dans le cadre du programme régional de santé « Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Rhône-Alpes » - Christis Démétriades - Denis Fontaine - Mai 2000
- Insertion et soins à partir de l'expérience des Missions Locales de Rhône-Alpes - Texte d'intervention de Christis Demetriades au Xème cours sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur, organisé par l'association Santé Mentale et Communautés à Villeurbanne les 21, 22, 23 et 24 mars 2000
- La prise en compte de la souffrance des jeunes dans les missions locales et PAIO - Une action d'échange, de capitalisation et de recherche initiée par le Groupe santé du Réseau régional Rhône-Alpes des missions locales et PAIO, conduite par Christis Demetriades pour la Mission Locale de Villeurbanne - Réseau des missions locales PAIO jeunes de la région Rhône-Alpes - 1999

- L'action santé en Rhône-Alpes au sein du réseau Missions Locales et PAIO - Réseau des missions locales PAIO jeunes de la région Rhône-Alpes - 1998
- Jeunes en souffrance - Rencontres régionales autour de l'étude réalisée par le CAREPS auprès des jeunes accueillis dans les missions locales et PAIO de Rhône-Alpes - Juin 1995
- La souffrance psychologique chez les jeunes accueillis en Mission Locale Rhône-Alpes - Etude du CAREPS, commanditée par le Groupe santé du Réseau régional des missions locales - Rapport n° 60 - Décembre 1994

Souffrance psychique

- Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention - Sous la direction de Michel Joubert, Pilar Giroux-Arcella, Chantal Mouglin - Obvies Université Paris VIII - Erès - 2005
- La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes - Haut Comité de la Santé Publique - Collection Avis et Rapports - Editions ENSP - Février 2000
- Un merveilleux malheur - Boris Cyrulnik - Editions Odile Jacob - 1999
- La fatigue d'être soi - Alain Ehrenberg - Editions Poches Odile Jacob - 1998
- Une souffrance que l'on ne peut plus cacher - A. Lazarus, H. Strohl - Rapport du groupe de travail : Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale - DIMV-DIMRM - 1995

Enquête qualitative

1. REPRESENTATIONS SPONTANÉES DES JEUNES SUR LES NOTIONS DE « BONNE » ET DE « MAUVAISE » SANTÉ

1.1 La santé : un thème qui ne laisse pas les jeunes indifférents

Le thème de la « bonne » et de la « mauvaise » santé renvoie à un imaginaire très riche chez les jeunes que nous avons rencontrés. Que ce soit en entretiens individuels ou en discussions de groupe, les évocations ont facilement été verbalisées : la santé n'est pas un sujet qui laisse les jeunes indifférents ou qui est forcément éloigné de leurs préoccupations quotidiennes.

Une partie des jeunes que nous avons rencontrés était directement concernée par des problèmes de santé. Certains jeunes ont en effet connu des problèmes de santé pendant leur enfance ou encore connaissaient des personnes en mauvaise santé dans leur entourage proche et étaient donc plutôt sensibilisés sur ce thème. Néanmoins les jeunes qui n'étaient pas touchés par une pathologie, personnellement, ou au travers d'un membre de leur famille, se sont également très volontiers exprimés sur ce thème.

1.2 « Bonne santé » et normalité pour les jeunes

Etre en « bonne santé » pour les jeunes signifie ne pas être atteint par une pathologie, mais cela les renvoie également à un ressenti d'absence de contrainte, un sentiment de bien-être. Un bien-être qui permet de vivre avec une certaine liberté et de faire partie de la société, d'être « normal » au sens le plus social du terme :

- « On n'est ni malade ni handicapé »
- « Etre énergique »
- « Etre en bonne santé c'est pouvoir travailler sans problème »
- « Se sentir vivre »
- « Etre rassuré »
- « C'est un bon état d'esprit »
- « C'est la liberté »
- « C'est la possibilité de faire tout ce qu'on veut »
- « C'est être normal ».

1.3 La « mauvaise santé » et le mal-être

La notion de mauvaise santé renvoie immédiatement pour une partie des jeunes à l'idée de pathologie. Des pathologies physiques, plutôt lourdes :

- « C'est les maladies graves ou incurables »
- « Ce qui est inquiétant : c'est les maladies qu'on ne voit pas venir et qu'on ne peut pas traiter »
- « Etre en mauvaise santé, c'est pas se sentir bien physiquement, c'est être fatigué »
- « On ne se sent plus dans la normalité physique »

Les jeunes distinguent les maladies « non graves » (les rhumes, les gripes, les maux de tête et de ventre, ...) des maladies « graves » qui sont souvent perçues comme difficiles à soigner et entraînant

la mort ou une très forte dégradation physique ou mentale. Ainsi le cancer, le sida, les pathologies cardiaques ont-ils été souvent cités et semblent particulièrement impressionner les jeunes, d'autant plus que ces maladies peuvent survenir de manière soudaine, brutale, imprévisible :

« Le sida, on y pense... Ce qui me fait peur c'est mourir jeune, et surtout pour une erreur de ma part [oubli de préservatif]... Il faut renseigner les jeunes sur les maladies qu'on peut avoir sexuellement. »
Homme - 22 ans

La maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, associées à la vieillesse, ont également été évoquées et font peur même si elles ne concernent pas les jeunes.

On constate par ailleurs que le handicap physique (suite à un accident...) a très peu été mentionné au niveau des représentations spontanées.

La notion de mauvaise santé est également fortement associée à la souffrance morale, la « souffrance psychique »... On constate que cette dimension psychologique et morale est fortement ressentie avec, en toile de fond, la crainte d'une perte de la maîtrise de soi et l'altération de son rapport aux autres... La « maladie physique » n'est d'ailleurs pas perçue comme une condition nécessaire à ce sentiment de mal-être. Pour les jeunes, ce sentiment peut exister en l'absence de toute pathologie organique. On soulignera enfin que les jeunes ont abondamment mis en avant ce ressenti de mal-être, d'anxiété et de tristesse :

- « On est déprimé »*
- « On se sent exclu : c'est le mal-être »*
- « On se sent mal dans sa tête »*
- « On est triste, on est mal dans sa peau »*
- « On se sent pas comme tout le monde »*
- « Quand on est en mauvaise santé, on broie du noir, on se renferme sur soi »*
- « C'est la dépression »*
- « On se laisse aller »*

Les jeunes n'ont jamais fait de référence explicite aux pathologies mentales mais on sent bien que l'idée de dépression est très présente.

1.4 La « bonne santé » ne va pas de soi : elle s'entretient

Pour ces jeunes, la bonne santé est liée à des pratiques quotidiennes : la santé est un état qui s'entretient et qui ne « va pas de soi ». Aussi bien chez les garçons que chez les filles, on retrouve souvent cette idée qu'il faut faire attention à certaines choses pour préserver sa santé. Le fait d'être « jeune » ne suffit pas, il y a des pratiques régulières qui apparaissent comme nécessaires :

- « C'est manger sainement »*
- « C'est la propreté, l'hygiène »*
- « C'est la prévention »*
- « Pour être en bonne santé, il faut dormir huit heures au minimum par nuit »*
- « Il faut manger de la viande, des légumes »*
- « Il faut manger bio »*
- « Il ne faut pas fumer... »*

La plupart des jeunes rencontrés ont ce type de représentations sur « l'entretien de la santé », même s'ils ne mettent pas toujours en pratique ce qu'ils jugent être bon. Néanmoins c'est peut-être sur l'alimentation que ces jeunes semblent prioritairement porter leurs efforts. Même si tous n'ont pas les moyens de manger trois fois par jour des repas équilibrés (argent, temps, ...), ils déclarent que, lorsqu'ils cuisinent eux-mêmes, ils sont attentifs à une certaine diversité alimentaire.

Dans certains cas, la difficulté à « faire attention » à sa santé au quotidien, à avoir de bonnes pratiques semble également souvent liée à la grande anxiété qui accompagne une situation de fragilité sociale :

*« J'arrêterai de fumer un jour, mais là c'est pas le moment, il y a trop de pression. »
Homme - 21 ans*

2. L'ETAT DE SANTE DES JEUNES, TEL QU'ILS LE PERÇOIVENT ET LE DECRIVENT

2.1 Des jeunes plutôt en moins bonne santé que la moyenne ?

Alors que les chiffres recueillis³⁸ montrent que les jeunes en France vont bien et qu'ils sont nettement moins concernés par les pathologies que les adultes et les personnes âgées et également que les enfants (puisque'ils ne sont plus concernés par les maladies infantiles), les jeunes rencontrés dans cette enquête offrent un tableau moins souriant. Sur l'ensemble des personnes rencontrées, ceux qui ne souffrent d'aucune pathologie organique et qui ne sont pas concernés par une forme de déprime ou des problèmes d'anxiété apparaissent comme plutôt minoritaires. On peut faire l'hypothèse qu'à l'image des adultes précaires / fragiles, ils rencontrent également un certain nombre de difficultés économiques, sociales, familiales qui ne jouent pas favorablement sur leur santé physique et mentale.

La méthodologie de l'étude prévoyait de rencontrer des jeunes selon différents critères afin d'assurer une diversité des profils et il ne semble pas qu'il y ait eu de démarche « formelle » de la part des conseillers pour « sélectionner » des jeunes qui soient particulièrement touchés par des pathologies... Et pourtant, parmi tous les jeunes rencontrés, force est de constater qu'une grande partie était concernée par des problèmes de santé.

Ces problèmes ne se situent pas tous au même niveau et on peut distinguer différentes catégories.

2.1.1 Des problèmes de santé importants pendant l'enfance

Il apparaît clairement, au fil des histoires de vie, que des pathologies rencontrées pendant la petite enfance ont laissé des séquelles psychologiques chez certains jeunes... , d'autant plus qu'elles ont été difficilement vécues sur le moment :

³⁸ Voir les chiffres exposés dans la synthèse bibliographique

« J'ai eu une dysplasie de la hanche à la naissance... Il me manquait un bout d'os. J'ai fait des mois et des mois d'hôpital. J'ai été pas mal plâtrée. Vers 7 ans, ils m'ont opérée : ils m'ont mis des broches et après, j'ai été 4 mois en fauteuil roulant... Dans le village où j'habitais, ça a été mal compris, j'étais l'handicapée. »

Femme – 21 ans

« J'ai une phobie scolaire. Ça a commencé vers 6-7 ans, mais c'est devenu gênant en 4ème... Mais j'ai aussi d'autres phobies et des troubles anxieux sévères. Il faut dire que toute petite, entre 3 et 5 ans, j'ai eu une leucémie... J'ai été suivie par un psychologue ensuite... »

Femme – 19 ans

Ces pathologies sévères, voire invalidantes, subies souvent pendant plusieurs années, ont parfois généré une souffrance, une anxiété et un sentiment de fragilité du corps qui font que la santé est un thème pensé sur le mode de l'inquiétude. Parmi les différentes pathologies déclarées, on trouve :

- La leucémie ;
- Différentes malformations cardiaques (les jeunes qui ont affirmé être concernés par les pathologies cardiaques ont souligné qu'ils étaient toujours suivis) ;
- La dysplasie de la hanche ;
- Des mononucléoses décrites comme « longues » ;
- La tuberculose...

Il a également été étonnant de constater la fréquence apparente des consultations en santé mentale pendant l'enfance. Entre 6 et 15 ans, les consultations ont été effectuées dans des CMP ou par des professionnels en libéral. Les motifs de consultation, repérés³⁹ par les jeunes, sont divers :

- La séparation des parents ; il semble alors que ce soit plutôt la mère qui soit à l'initiative de ces consultations ;
- Des troubles du comportement à l'école (agitation, indiscipline, ...) ; la recommandation semble alors venir plutôt des professionnels des écoles et collèges ;
- Des conduites à risques chez les adolescents (tentative de suicide, consommation de cannabis). Dans ce cas, la préconisation - ou l'obligation d'un soin - semble plutôt venir des professionnels de l'hôpital ou du juge.

« J'ai été voir un psy parce que j'ai fait une TS avec des barbituriques. C'est à l'hôpital qu'ils me l'ont proposé. »

Femme – 21 ans

« J'ai vu un psychologue parce que j'avais fait une grosse bêtise [...], j'ai voulu mettre fin à mes jours. »

Homme – 21 ans

Si, pour certains jeunes, ces consultations ont eu lieu pendant quelques mois et n'ont jamais été suivies par d'autres épisodes de « soin », pour d'autres jeunes en revanche, il semble que leur enfance ait été scandée par les visites chez différents psychiatres ou psychologues. Des épisodes de « soin » qui semblent correspondre à des ruptures familiales, scolaires, etc. Certains jeunes ont ainsi vu jusqu'à 7 professionnels « psy » dans leur existence.

³⁹ Lorsque ces consultations se sont produites pendant l'enfance, ce sont surtout les motifs avancés par les adultes qui ont été retenus.

Soulignons toutefois que tous les jeunes rencontrés ne sont pas dans ce cas et qu'une partie d'entre eux n'avait jamais consulté ce type de professionnels.

2.1.2 Les problèmes de santé des jeunes, aujourd'hui

Outre les problèmes de santé qu'ont pu connaître les jeunes pendant leur enfance ou adolescence, certains d'entre eux sont aujourd'hui concernés par des pathologies diverses :

- Des problèmes dentaires qui sont de deux ordres :

- . les caries, les dents qui « s'émiettent »,
- . les dents « tordues », mal positionnées, qui se chevauchent, etc.

« En ce moment j'ai les dents qui partent en miettes... Quand je mange, il y a des petits bouts de dents qui tombent. »

Homme - 24 ans

« Je n'ai jamais fait soigner mes dents, mes parents n'avaient pas les moyens, et j'avais peur du dentiste... Maintenant j'ai les dents qui se cassent. »

Homme - 21 ans

« J'ai les dents toutes tordues, mes parents n'ont rien fait quand j'étais petit... Mais maintenant je les brosse régulièrement. »

Homme - 21 ans

Dans les deux cas, les jeunes invoquent souvent une absence d'incitation à se brosser, soigner les dents par les parents... , et parfois une peur de leur part d'aller chez le dentiste.

- Des pathologies « organiques », plus ou moins invalidantes, souvent incurables (voire évolutives) :

Ces pathologies ont dans certains cas entraîné une reconnaissance de la part de la COTOREP :

- . spondylarthrite ankylosante,
- . maladie de Crohn,
- . hépatite C,
- . nystagmus,
- . épilepsie.

- Des pathologies qui semblent liées au niveau de stress des individus :

- . asthme,
- . allergies diverses,
- . eczéma,
- . psoriasis,
- . débuts d'ulcères,
- . douleurs cervicales.

« Je suis en miettes. Je me sens écrasé, j'ai mal au dos, au cou. »

Homme - 24 ans

- Troubles anxieux divers :

Certains jeunes, et notamment des filles, se déclarent spontanément spasmophiles, décrivant des « crises » souvent liées à un évènement stressant ou des pensées angoissantes :

- . tachycardie et essoufflement,
- . évanouissements.

« J'ai des palpitations, des essoufflements, des évanouissements... »

Femme - 20 ans

« Des fois, je marche et c'est comme si je me sentais mal, comme si j'allais tomber... Ça m'arrive quand je suis toute seule... Une fois, je n'arrivais pas à respirer. »

Femme - 21 ans

« Je suis spasmophile : mon cœur accélère et après je suis fatiguée. »

Femme - 19 ans

L'une des jeunes rencontrées a été hospitalisée en psychiatrie à plusieurs reprises et est suivie aujourd'hui au Centre Georges Dumas de Grenoble pour différentes phobies, très invalidantes.

Même s'ils ne sont pas suivis par un professionnel de santé mentale, une partie des jeunes que nous avons vus déclarent éprouver un fort sentiment de mal-être. Tous les jeunes suivis par les missions locales ou par les PAIO sont en recherche d'emploi, et parfois en recherche de vocation, d'idées sur ce qui pourrait leur convenir, leur plaire... Ils sont également parfois à la recherche d'une aide pour pouvoir se loger et se nourrir. Pour certains, il s'agit ainsi de trouver un emploi très vite pour survivre, pour d'autres, il s'agit plutôt de trouver la « bonne orientation »... Tous sont relativement inquiets par rapport à leur avenir professionnel, par rapport à la « pression » que mettent les parents, par leurs conflits avec leurs parents ou dans leur couple, ou encore par le fait que l'errance les guette... Certains expriment ainsi une inquiétude particulièrement forte qui semble les « ronger », peser sur eux :

« Je me sens fatiguée, stressée, j'ai des problèmes financiers. Et mon copain me stresse, il est tout le temps à la maison, il est énervé, il est en colère. Et ça me manque de communiquer avec d'autres personnes, d'avoir des relations... »

Femme - 21 ans

« C'est pas une vie. Je ne travaille pas, il n'y a pas grand chose ici. J'ai pas de voiture, c'est stagnant et dangereux si on s'y habitue... C'est la démotivation complète... Il n'y a pas beaucoup d'opportunités par ici. »

Homme - 22 ans

Enfin quelques jeunes - qui ont déjà été suivis par des psychologues ou des psychiatres - évoquent la notion de folie les concernant, même si cette « folie » reste relative et qu'elle n'est pas véritablement associée à la nécessité de se soigner :

« Moi je suis fou de toutes façons ! ... Mais tout le monde est fou, non ? »

Homme - 19 ans

« Pour moi, je suis malade, malade de folie d'avoir perdu quelqu'un qui m'était cher. J'ai peur d'avoir peur. J'ai tout le temps peur des autres, qu'ils soient méchants, qu'ils me veulent du mal, qu'ils aient une idée derrière la tête. Il y a beaucoup d'amitiés qui sont parties en fumée à cause de ça. »

Femme – 19 ans

On constate en filigranes, au travers des différents discours, que le point commun entre la plupart des jeunes que nous avons rencontrés est à la fois l'incertitude et le sentiment de fragilité face aux exigences économiques, aux exigences des parents, et face à leurs propres exigences d'avoir une existence heureuse... Autant de sentiments que l'on peut également retrouver chez les adultes qui sont plus ou moins concernés ou menacés par la précarité⁴⁰.

2.2 L'estime de soi difficile à acquérir...

2.2.1 La mauvaise opinion des parents, des amis

Certains des garçons et filles rencontrés ont clairement exprimé le fait que leurs parents ne leur faisaient pas confiance, et plus précisément qu'ils doutaient de leurs efforts pour trouver un emploi, de leur capacité à se débrouiller, à prendre les bonnes décisions, etc. Ce manque de reconnaissance des parents est d'autant plus difficile à vivre qu'il prolonge souvent un manque de valorisation par l'institution scolaire (échecs répétés, orientation par défaut). Les parents sont ainsi parfois décrits comme étant à la fois critiques et méfiants :

« Ma mère, elle me critique tout le temps. »

Homme – 21 ans

« Avec mon père on ne peut pas parler ; lui il voudrait que je fasse un autre métier, que je sois médecin. Il ne comprend pas que je veux travailler dans l'animation, pour lui c'est pas un métier. »

Femme – 20 ans

« Ma mère, elle me dit que ça sert à rien de venir à la mission locale puisque depuis tout ce temps ils m'ont pas trouvé un travail... »

Femme – 19 ans

C'est d'ailleurs parfois lorsque ces critiques ne sont plus supportées que la rupture avec les parents a lieu. Il semble, qu'à un moment donné, la pression imposée par les parents devienne très forte alors que, par ailleurs, le contexte économique et familial ne soit pas « porteur ». Cette méfiance et cette non-reconnaissance des parents sont, semble-t-il, également souvent liées à un parcours scolaire difficile qui a essentiellement été vécu sur le mode de l'échec.

Ces jeunes, qui ne se sentent pas soutenus, reconnus par leurs parents, ne donnent pas raison à ces derniers. Certains ont parfois choisi le conflit plutôt que la soumission aux injonctions des parents ou l'incorporation de cette méfiance par rapport à leurs propres compétences.

la mauvaise opinion des pairs, les moqueries qu'ont parfois eu à subir les jeunes (et notamment les garçons) de la part de leurs camarades d'écoles en primaire ou au collège, ou encore les moqueries des maîtres ont également laissé de fortes séquelles. Certains jeunes ont clairement une soif de revanche, un besoin de prouver que les « autres » se sont trompés :

⁴⁰ Cf Synthèse bibliographique

*« Je voudrais réussir, montrer à ceux qui disaient que j'étais un con qu'ils se sont bien trompés. »
Homme - 21 ans*

Mais ce désir de montrer que l'on vaut mieux que sa « réputation » ne semble pas réellement fonctionner comme un moteur pour les jeunes que nous avons interrogés... On perçoit même que, dans certains cas, les jeunes ont inconsciemment « incorporé » cette mauvaise opinion, et qu'ils estiment, à leur tour, avoir une personnalité problématique, ce qui est particulièrement net pour les filles qui verbalisent clairement ce mal-être :

*« J'ai mauvais caractère. Je sais que je suis trop difficile... Je sais que je suis trop exigeante. »
Femme - 21 ans*

*« Le problème, c'est que je ne sais pas qui je suis... »
Femme - 21 ans*

2.2.2 Le sentiment d'être laid / pas assez beau

Si les jeunes ne se dévalorisent pas au plan de leurs compétences en entretien, ils sont en revanche beaucoup plus sévères en ce qui concerne leur aspect physique. Les garçons et les filles expriment facilement leurs insatisfactions sur ce sujet :

*« Je voudrais être beau gosse... Je voudrais me refaire le visage. »
Homme - 21 ans*

*« Je voudrais faire quelque chose pour mes dents. Je voudrais ressembler à quelque chose. Je voudrais avoir un visage. Les dents c'est important pour l'apparence, pour les entretiens d'embauche. En groupe, j'essaye de ne pas trop sourire pour pas que ça se voie... En plus, je ne peux pas manger ce que je veux parce que j'ai les dents qui cassent. Mais pour refaire les dents, il faudrait que je prenne un crédit. »
Homme - 24 ans*

*« Je me déteste, j'ai la poitrine trop lourde, le système pileux trop développé. Je pèse 65 kg et je fais 1,58 m... Je voudrais peser 50 kg... »
Femme - 19 ans*

*« Je sais que j'ai plein de défauts physiques, j'ai un trop gros nez, et je suis toujours cernée... »
Femme - 20 ans*

La question du surpoids perçu (et dans certains cas, apparemment réel) a également été souvent abordée. Les filles veulent être minces même si elles ne sont pas objectivement en surpoids (1,70 m pour 65 kg par exemple), et les garçons veulent perdre du poids (du « gras ») et gagner en muscles. En somme, il semble que beaucoup d'insatisfactions se cristallisent sur l'aspect physique et soient vécues comme une réelle difficulté, même si l'histoire de vie des jeunes ne laisse pas apparaître de « handicap » majeur dans le domaine de la rencontre amoureuse.

3. IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET PROFESSIONNEL SUR LA SANTE DES JEUNES

3.1 Les ruptures familiales : des événements majeurs qui ont une incidence forte sur la santé

Les ruptures et conflits familiaux arrivent au premier chef des difficultés évoquées par les jeunes lorsqu'ils décrivent des périodes passées ou présentes de « galères ».

Dans certains cas, les jeunes décrivent surtout des tensions, un manque de dialogue... Ces tensions ont pu provoquer des séparations, parfois voulues par les jeunes eux-mêmes, mais pas toujours. Certains jeunes ont choisi de « prendre un appartement » ou encore de partir en internat lorsqu'ils étaient au collège ou au lycée afin d'avoir plus d'autonomie, moins de pression :

« C'était super en internat, ça s'est très bien passé [...]. Et comme là j'avais de bonnes notes, ma mère était contente. »

Femme – 22 ans

« C'est moins conflictuel depuis que je suis partie de chez mes parents. Maintenant on a les mêmes tracas, on est au même niveau. »

Femme – 21 ans

Dans d'autres cas, ce sont les parents qui ont décidé que le jeune devait partir. Ces ruptures ont alors été vécues sur le mode du rejet et de l'abandon, d'autant plus qu'elles ont amené certains jeunes à des formes d'errance :

« Ma mère m'a foutu à la porte à 18 ans... De toutes façons elle en a jamais rien eu à foutre de moi. »

Homme – 19 ans

« Quand je suis rentrée le soir, mes bagages étaient dehors...[...]. Ma sœur aussi a été mise à la porte plus tard. [...]. Je suis partie habiter trois mois chez une collègue [...]. Une copine m'a parlé de Médian et c'est grâce à eux que j'ai pu avoir une place dans un foyer. »

Femme – 21 ans

« Quand j'ai été licencié, c'est devenu difficile de payer le loyer, j'ai du partir. Je suis resté 3 mois sans logement. J'étais hébergé chez des collègues, et comme j'étais sans argent, je mangeais chez eux... Mes oncles et tantes qui sont ici n'ont rien voulu savoir et, à cette époque, il y a avait des tensions avec ma mère. »

Homme – 25 ans

Outre la question de l'éloignement physique, géographique, certains jeunes décrivent un manque d'aide, un manque de « portage » de la part des parents qui peuvent s'ajouter à l'autonomie « forcée » en terme de logement et qui est également vécu comme douloureux :

« Pour la pilule, je suis toujours allée au planning : je me débrouille toute seule. Je me suis toujours débrouillée toute seule. J'ai toujours sollicité mes parents, mais il n'y avait pas de réaction. »

Femme - 21 ans

Pour certains jeunes, ces ruptures de lien ont eu des conséquences directes sur leur santé et se sont traduits par diverses formes de somatisation ou encore par des conduites à risques :

« Vers 17-19 ans, je buvais beaucoup avec les autres ou à la maison. Ma mère était pas à la maison [avait quitté le domicile], ma sœur était à l'école, et mon frère était à Romans... »

Homme – 22 ans

« Quand je suis tombée enceinte, mes parents ont dit qu'il fallait que je me débrouille... J'ai eu une grossesse angoissée, j'étais dans un foyer, c'était des box où il n'y avait pas de plafond... »

Femme (mère) – 21 ans

« J'ai commencé mes crises d'épilepsie à 16 ans, quand j'étais dans ma première famille d'accueil. Mon père était tombé dans le coma et je suis parti vivre avec ma mère. Mais ça s'est mal passé, et ma santé a dégénéré... C'est aussi à ce moment que j'ai commencé à prendre du poids. »

Homme – 23 ans

3.2 Les emplois précaires défavorables à une bonne prise en charge de la santé

Le milieu professionnel peut également avoir un impact sur la santé des jeunes. En ce qui concerne les jeunes que nous avons rencontrés, les emplois occupés ont souvent été des emplois manuels, relativement pénibles physiquement (notamment pour les garçons), pour un salaire minimum... Surtout on constate que, loin de jouer un rôle protecteur pour la santé des jeunes, ces emplois difficiles, parfois dangereux, mal payés sont souvent précaires : les CDD ne sont pas rares, qui entraînent l'insécurité des revenus et rendent difficile la démarche de « prendre soin de soi », notamment pour des raisons financières. Au bilan, ces emplois permettent de « survivre » financièrement mais, outre le fait que la pression et l'incertitude créées par de mauvaises conditions de travail sont anxiogènes, la nature même de ces emplois est à l'origine de certains problèmes « organiques » ou « anxieux » :

« Quand j'étais plus jeune, j'ai porté des palettes et j'ai forcé sur mon dos... En apprentissage on a peu d'explications sur le dos... A l'école, on devrait apprendre à se conserver. »

Homme – 24 ans

« Dans l'entreprise où je travaillais comme agent de sécurité, on s'est fait braquer. J'avais 15 ans. On nous a enfermés dans une pièce où il n'y avait pas de fenêtre et on était à peu près 30 personnes... Ça a été très angoissant. [...] Après chez moi, j'ai démonté les portes... Ça m'a coûté une semaine d'arrêt, mais je n'ai été suivi [psychologiquement] par personne après ça. »

Homme – 24 ans

« Je travaillais dans une boîte de sécurité, mais j'ai arrêté. C'est un métier nul, on est mal payés, on travaille 12 heures de suite... Un jour j'avais travaillé de 21 h à 6 h du matin à la Gare de la Part-Dieu, c'était l'hiver et j'étais gelé...[...] J'ai eu un accident de voiture en rentrant chez moi : je me suis endormi au volant... J'en ai discuté avec mon patron qui m'a dit : c'est pas mon problème ton accident. »

Homme – 21 ans

« Je travaillais en intérim, et je me suis cassé un doigt. Le chirurgien m'avait mis un mois d'arrêt, mais je ne me suis pas arrêté : j'ai demandé au médecin une attelle pour retourner travailler parce que les contrats étaient renouvelés toutes les semaines et, d'une semaine à l'autre, on était dans une incertitude totale... On ne savait pas si on allait être repris. J'ai travaillé neuf mois comme ça... Mais je ne veux plus travailler comme ça : il faut payer l'appartement et tous les mois c'est la même chose à payer, il faut

trouver quelque chose de plus stable... Et puis finalement, mon doigt il est resté tordu parce que je continuais à soulever des plaques... »

Homme – 22 ans

Chez les jeunes en insertion, comme chez les adultes, on note que les emplois précaires ne créent pas des conditions favorables à une bonne santé, à une bonne prise en charge de la santé, voire créent des problèmes de santé.

Enfin, même si les jeunes salariés (notamment ceux qui travaillent en intérim) sont en principe soumis aux visites de la médecine du travail, ces dernières ne semblent pas avoir de rôle fort en matière de prévention :

« A la médecine du travail, ils disent juste si on est apte ou pas apte, c'est tout. »

Homme – 22 ans

« La médecine du travail, ils ne font pas assez de suivi, c'est comme la médecine scolaire. »

Homme – 24 ans

4. LES RESSOURCES D'INFORMATION ET D'ORIENTATION EN SANTE

4.1 Les parents et le médecin de famille sont la première source d'information sur les questions de santé, les professionnels de santé

Dans les familles où le dialogue et le lien ne sont pas rompus entre les jeunes et leurs parents, ce sont sans conteste ces derniers qui sont cités comme première ressource d'information et d'orientation en matière de santé. Les parents (et surtout la mère) apparaissent clairement comme une référence « naturelle » (parce qu'elle fait partie de la sphère « intime »), fiable, que les jeunes utilisent en amont de toute démarche de santé, notamment en matière d'automédication ou pour choisir un praticien. La famille (qui peut être la famille élargie) est ainsi le support de valeurs et de normes en termes d'hygiène de vie, de pratiques de santé :

« On en parle avec les parents... Avec les grands-parents aussi : ils peuvent nous donner des conseils. Ils me disent que ce n'est pas bien de fumer. »

Homme – 18 ans

« Moi je suis pas très médicaments, c'est plutôt l'homéopathie... Ma mère s'y connaît pas mal en homéopathie, elle me conseille. »

Femme – 19 ans

« Je prenais la pilule, mais les douleurs étaient toujours là [règles douloureuses], j'en ai parlé à ma mère qui en a parlé à mon père. On a pris rendez-vous sur Lyon, c'est eux qui m'ont emmenée. C'est mon père qui connaissait ce gynécologue. Ça a été impeccable, il m'a expliqué pourquoi, comment j'avais mal. Il m'a prescrit Céraxette et depuis j'ai plus mal.[...]. Je suis assez informée sur la santé. Mon père est proche de ça. Si j'ai un souci, j'appelle mon père... Il ira toujours se renseigner : il ira voir sur Internet, ou il regardera sur un bouquin. »

Femme - 21 ans

« Je vais chez la même gynécologue depuis 3 ans, c'est ma grand-mère qui me l'a recommandée. »

Femme - 19 ans

« Ma mère connaît pas mal de trucs, elle est très médecine naturelle... »

Homme - 21 ans

« Ma mère me donne des conseils de santé : c'est la personne qui a le plus d'expérience. »

Femme - 21 ans

« Si j'ai un souci de santé, j'en parlerai avec ma soeur. »

Homme - 21 ans

Les jeunes, qui vivent en couple, peuvent également recevoir des conseils de la part de leur partenaire, lorsque la relation est vécue positivement :

« J'avais une copine qui me disait : il faut te soigner... Elle était très à cheval sur tout ce qui était santé. »

Homme - 24 ans

Pour les jeunes, qui sont toujours en lien avec leur famille, et notamment pour ceux qui habitent encore chez leurs parents, on constate que le médecin généraliste consulté est très souvent le « médecin de famille », celui que voient tous les membres de la famille, parfois depuis plusieurs années :

« J'ai un médecin de famille. Toute ma famille va là-bas. Il est très bien. Il m'a fait une prise en charge pour une cure d'amaigrissement. »

Homme - 21 ans

Enfin la famille, les parents jouent un rôle essentiel dans l'accès aux soins des jeunes, d'une part parce qu'ils « couvrent » souvent leurs enfants en matière d'assurance (sécurité sociale et mutuelle), et d'autre part parce que se sont souvent eux qui gèrent les « papiers » :

« Il n'y a rien qui nous informe. Si les parents ne nous disent pas pour les papiers, on ne sait pas. »

Homme - 21 ans

Au bilan, le professionnel le mieux repéré et le plus utilisé semble sans conteste être le médecin généraliste, plutôt « de famille », très loin devant les infirmières scolaires, les assistantes sociales, le CPEF, et. Or l'accès au médecin généraliste semble, pour des raisons à la fois financières, symboliques et géographiques, facilité lorsque le jeune s'entend suffisamment bien avec sa famille pour continuer à être suivi par le « médecin de famille »... C'est donc lorsqu'il y a rupture familiale et / ou éloignement géographique important que les difficultés les plus aiguës semblent se poser.

4.2 En l'absence de parents, les professionnels du champ social et de l'insertion peuvent constituer une ressource

Les jeunes, qui sont en conflit avec leurs parents / dont les parents ont une attitude de « rejet », connaissent des difficultés parfois très importantes lorsqu'ils ont un besoin précis en matière de santé, de soin. Les ruptures familiales s'accompagnent souvent de déménagements, d'éloignement géographique... Le médecin de famille cesse alors souvent d'être une ressource accessible. Par ailleurs, dans les situations de ruptures ou de conflits, les parents ne donnent plus de conseils, de recommandations en ce qui concerne certains spécialistes (gynécologues, ophtalmologues, ...). Les jeunes se retrouvent également confrontés à un certain nombre de difficultés en matière d'accès aux soins : incompréhension du système de santé (assurance maladie, CMU, mutuelles privées, etc.), difficultés financières, etc.

Certains jeunes vivent ainsi pendant plusieurs mois et parfois années (notamment s'ils sont majeurs) sans connaître véritablement leurs droits, trop occupés à survivre : à gagner un revenu, à trouver un toit...

En revanche, les jeunes qui, à un moment donné, contactent une assistante sociale, un éducateur de prévention ou un conseiller de mission locale, sur les conseils d'un ami ou par orientations successives (l'assistante sociale oriente vers la mission locale, etc.), ont de meilleures possibilités de retrouver des repères et un point d'appui, semble-t-il. Pour les jeunes, qui ont connu des épisodes d'errance plus ou moins prononcés, l'intervention d'un professionnel du secteur social / de l'insertion a amélioré les conditions de survie (logement, aides financières, démarches pour obtenir la CMU...) et a, de ce fait, ouvert la possibilité de « prendre soin de soi », de se préoccuper de sa santé :

*« On peut parler de santé avec l'assistante sociale, et il y a aussi des aides financières. »
Femme (mère) - 21 ans*

*« J'avais une copine qui m'avait parlé de Médian. J'ai pris contact avec eux... Ils m'ont permis de me loger pendant un mois à l'hôtel, et ensuite je suis entré dans un foyer Sonacotra. »
Homme - 25 ans*

*« J'avais pas de CMU, pas de mutuelle. Je savais pas si j'avais la Sécu. J'avais personne avec qui parler des papiers, je savais pas comment ça marchait la Sécu. C'est S. [éducatrice de prévention] qui m'a permis d'avoir la CMU. »
Femme - 21 ans*

Comme nous le verrons dans le chapitre qui leur est consacré, les professionnels des missions locales constituent également une ressource, notamment dans le cadre du suivi individualisé.

4.3 Les médias : les émissions de société / sur la santé à la télévision « interpellent » les jeunes

Une partie des jeunes que nous avons rencontrés regardent parfois des émissions spécialisées sur la santé ou (plus souvent) des émissions de société qui peuvent aborder des thèmes de santé, au sens large (pathologies organiques, mais également mal-être et conduites à risques).

Les jeunes, et notamment les filles, ont cité :

- . Ça se discute (France 2),
- . Vie publique, vie privée (France 2),
- . Savoir Plus Santé (France 2),
- . Le Magazine de la Santé (France 5).

Au fil des entretiens et particulièrement au fil des entretiens de groupe, on sent qu'une sorte de « culture », des références communes émergent chez les jeunes qui regardent ce type d'émissions :

- La légitimité de la verbalisation sur des sujets intimes. Il a été très intéressant de constater que les jeunes ont pu s'exprimer individuellement pendant 1 heure ou plus sur des sujets très intimes, et il a été plus étonnant encore de constater que les jeunes peuvent également s'exprimer sur des sujets comme la santé, la sexualité (contraception, avortement), la consommation de substances psychoactives en groupe... Le fait d'exprimer des expériences personnelles, une vérité intime, seul ou face à d'autres, même sur des sujets sensibles, semble un exercice socialement acceptable, voire reconnu et utile. Lors des entretiens individuels, cette utilité s'exprimait ainsi sur le mode du « *ça fait du bien de parler* », alors que les entretiens de groupe ont donné lieu à des débats et que certains estimaient qu'ils avaient ainsi « *appris plein de choses* », notamment du fait des échanges entre jeunes. Il semble ainsi que, pour la plupart des jeunes qui ont accepté de répondre à l'enquête, à l'instar des personnes qui sont interviewées dans les médias, il soit « important de parler », d'échanger.
- La nécessité de s'informer sur certains sujets qui touchent la santé. Même si les jeunes rencontrés ont, pour certains, des pratiques à risques, ils sont néanmoins attentifs à certains risques en particulier, et les médias jouent clairement un rôle dans ce domaine. Une partie des jeunes rencontrés semblent ainsi particulièrement sensibles à certains sujets. Grippe aviaire, mais également pollution, risques alimentaires ont été évoqués, notamment dans les discussions de groupe. Par ailleurs on constate que certains messages semblent avoir été bien retenus, même si cela ne se traduit pas toujours concrètement dans les pratiques :
 - . le port du préservatif, lorsqu'il n'y a pas de partenaire stable,
 - . l'alimentation équilibrée (avec des fruits et légumes),
 - . dormir suffisamment et faire du sport.

En ce qui concerne l'environnement et les risques alimentaires, certains jeunes - à l'image des adultes - ont le sentiment que les médias / les politiques ne disent pas tout et qu'il faut donc rester vigilant.

4.4 Internet : une possibilité d'information sur les pathologies

Quelques jeunes avaient un accès à Internet chez eux et savaient « surfer », ce qui leur permettait de rechercher au coup par coup des informations sur telle ou telle pathologie. Les jeunes, qui n'ont pas un accès facile à Internet, utilisent beaucoup moins cet outil, certains ne l'utilisent même jamais.

On note cependant que les jeunes qui l'utilisent semblent peu le faire pour repérer / chercher des ressources de santé. Il s'agit plutôt de recherches qui visent à mieux connaître une maladie dont on leur a parlé, qui éventuellement les concerne :

« Je regarde le forum Masanté.com... Sinon, on tape le nom d'une maladie sur Google et on peut trouver tout un tas de sites sur la santé. »
Homme – 21 ans

4.5 Le milieu professionnel : une possible ressource de lien social donc d'information

Le milieu professionnel n'est pas toujours aidant pour les jeunes en matière de santé, notamment lorsqu'ils exercent des métiers pénibles dans des conditions précaires. Cependant nous avons repéré des situations où les bonnes relations avec les collègues, supérieurs, ... permettent la constitution d'un lien social favorable à certains échanges et à la circulation de certaines informations.

Certains des jeunes rencontrés recueillent ainsi des informations dans le domaine de la santé par le biais de leurs contacts professionnels :

« Je parle aussi des mutuelles avec la directrice du centre de loisirs où je travaille, elle me donne aussi des conseils ..»
Femme – 20 ans

4.6 Les établissements scolaires ou d'apprentissage : une ressource peu citée

Il semble que, dans un contexte de rupture familiale et de déménagement, le fait d'être déscolarisé ou d'avoir une scolarité chaotique constitue un facteur aggravant en matière de perte de « points d'appui ». Lorsque la rupture familiale est brutale et importante, il devient difficile pour le jeune, dans un premier temps, d'identifier des ressources d'aide, de se reconstruire des repères, notamment lorsqu'il change souvent d'établissement scolaire.

A l'inverse, le fait d'être scolarisé, de ne pas avoir de difficulté majeure à suivre les cours, n'améliore pas forcément l'accès du jeune à des « points d'appui » au sein de l'établissement scolaire : quelle que soit la situation des jeunes, l'infirmière scolaire ou l'assistante sociale ne semblent pas toujours identifiées comme des ressources.

Il apparaît également clairement que, pour certains jeunes qui ont eu une scolarité difficile (échecs, redoublement, orientation non véritablement choisie, conflits avec les enseignants, ...), l'institution scolaire est plutôt rejetée dans son ensemble. Enseignants et professionnels médico-sociaux ne sont pas sollicités lorsqu'ils sont assimilés à une institution qu'ils perçoivent comme coercitive, étouffante, ...

Cependant quelques jeunes ont évoqué l'aide de l'assistante sociale, notamment pour des questions « matérielles » :

« Quand j'étais en internat, je me suis débrouillée pour avoir une aide financière avec l'assistante sociale. »
Femme – 21 ans

Enfin si les professionnels de l'institution scolaire ont été très peu cités, on relèvera néanmoins que c'est souvent par le biais des interventions réalisées en milieu scolaire ou par le bouche-à-oreille que

les CPEF sont repérés. L'institution scolaire représente ainsi une opportunité de lien social et d'échange d'information entre élèves qui peut permettre aux jeunes de repérer quelques ressources.

4.7 Les jeunes souffrant de handicap : des ressources d'information parfois difficiles à repérer

Quelques-uns des jeunes que nous avons rencontrés souffraient de pathologies plus ou moins invalidantes (nystagmus, spondylarthrite ankylosante, ...). Certains d'entre eux ont obtenu une reconnaissance de la part de la COTOREP qui leur permet de mieux ajuster leurs démarches de recherche d'emploi à leurs capacités physiques réelles.

En revanche certains jeunes semblent avoir d'importantes difficultés pour obtenir les informations nécessaires concernant les critères de reconnaissance de l'invalidité (partielle) et les démarches à suivre pour obtenir une reconnaissance de la part de la COTOREP. Ces difficultés sont d'autant plus pesantes que certains jeunes sont atteints de pathologies évolutives qui amenuisent leurs possibilités (mobilité, résistance à la fatigue physique, ...) au fil des ans.

4.8 Perte du lien familial / social et déprime : la difficulté à chercher des ressources pertinentes dans ces moments

Certains jeunes ont clairement évoqué des épisodes de déprime, très largement liés à des périodes de crises familiales, de rupture avec les parents, pendant lesquels ils se sentaient incapables de chercher des solutions à leurs difficultés multiples et avaient peut-être tendance à « gérer » leur mal-être par des pratiques à risques :

« Après la fin de mon contrat, je ne m'occupais plus des papiers, je ne payais plus les factures, j'avais complètement baissé les bras... J'ai dû quitter l'appartement. A cette époque je sortais pas mal, je buvais pas mal aussi. »

Femme - 19 ans

« Je restais chez moi, au lit... Je broyais du noir... »

Femme - 20 ans

Ainsi la possibilité de trouver des ressources pertinentes ne dépend pas uniquement de l'offre objective : la situation du jeune et surtout son état « moral » et « mental » sont des éléments déterminants sur la capacité à entreprendre une quelconque démarche... Les jeunes, qui ne peuvent plus prendre appui sur le réseau familial ou sur un réseau social plus large (famille étendue, amis), sont, tout comme les adultes, susceptibles de vivre des moments de déprime et de « perte de repères » durant lesquels ils n'arrivent plus à demander de l'aide.

Les jeunes que nous avons interrogés sont parfois sortis seuls de cette phase de déprime, d'autres ont finalement pris appui sur un travailleur social...

On peut faire l'hypothèse que le jeune doit être dans un état psychologique qui lui permette de reconnaître et d'accepter qu'il a besoin d'aide afin qu'il puisse ensuite repérer des personnes-ressources autour de lui et qu'il puisse leur demander de l'aide.

5. LE REPERAGE DU BESOIN DE CONSULTER

5.1 Des jeunes précaires, fragiles et parfois très inquiets...

Contrairement à une idée relativement répandue, il ressort de cette étude que les jeunes ne sont pas par essence « insouciants » et qu'ils ne se croient pas « immortels ». Bien au contraire, plus leur situation est difficile, précaire, plus ils se sentent fragiles, vulnérables et sont anxieux, redoutant d'être atteints par toutes sortes de pathologies, plutôt graves (même si les éventuels examens médicaux réalisés ne montrent rien d'alarmant) :

« Des fois, j'ai trop mal au ventre, à l'estomac, aux intestins... Je suis allée au cabinet médical et ils m'ont dit qu'il fallait faire des radios. Mais j'ai pas voulu y aller, de peur qu'on me trouve des calculs... Je me dis que ça va passer mais... »

Femme - 21 ans

« J'ai une petite boule dans les vertèbres, elle touche un nerf au cerveau. J'ai des douleurs et des vertiges, c'est à cause de ça que j'ai arrêté le sport, parce que j'avais peur de tomber. Mais si on m'opère, il y a un risque de paralysie. »

Homme - 22 ans

« En 6^{ème}, je suis tombée. Il y avait les disques qui se tassaient et j'avais des difficultés à marcher. J'ai fait des radios, des scans à l'Hôpital de Voiron, mais on n'y voyait rien... Ils disaient que j'étais folle. Finalement je suis allée voir un ostéopathe qui m'a débloqué le dos... Si je ne l'avais pas vu, aujourd'hui je serais peut-être en fauteuil roulant à la maison. »

Femme - 19 ans

Certains des jeunes interrogés sont conscients de cette anxiété et disent clairement qu'ils sont spasmophiles ou qu'ils ont tel ou tel symptôme parce qu'ils sont « trop anxieux », parce qu'ils « se posent trop de questions », qu'ils sont « stressés », etc. Cependant tous les jeunes n'ont pas cette analyse et certains ont le sentiment d'être en sursis, ou encore d'avoir échappé à de très graves problèmes de santé. Quelques-uns de ces jeunes ont ainsi parfois consulté différents médecins avant d'être rassurés ou d'avoir le sentiment de trouver une solution à leur problème.

On constate que ces jeunes redoutent avant tout une pathologie grave (paralysie, ...), voire la mort, mais qu'ils peuvent simultanément ne pas être alarmés par ce qu'ils considèrent comme des problèmes anodins, ou simplement comme des « non-problèmes », notamment la santé dentaire, les troubles de la vision, la consommation de tabac ou de cannabis...

Comme les adultes précaires, les jeunes précaires ressentent une certaine fragilité et globalement redoutent que leur situation empire. Ils ont souvent autour d'eux des exemples d'existences très difficiles où les problèmes d'emploi côtoient les problèmes de santé, les ruptures familiales, etc. et ce, sur plusieurs années, voire sur plusieurs générations... Dans ce contexte certains individus semblent avoir du mal à se sentir « rassurés ».

Enfin, même en l'absence de tout signe inquiétant, ce sont plutôt les pathologies sournoises (qui se déclarent par des symptômes en apparence anodins) qui font peur, qu'il s'agisse de cancers, de maladies rares, de maladies génétiques... Les pathologies que l'on contracte « brusquement » sont

également source d'inquiétude. Ainsi le sida est-il redouté du fait que la contamination peut avoir lieu par un acte isolé : « *une fois suffit* ».

Parallèlement, on soulignera que les jeunes rencontrés se projettent peu dans des pathologies non mortelles, non évolutives, mais simplement douloureuses ou gênantes au quotidien. En caricaturant, on peut dire qu'ils envisagent et redoutent plutôt des problèmes de santé soudains / intenses / invalidants.

Au bilan, ces jeunes en état d'anxiété, qui redoutent de manière latente d'être en danger, vont plutôt consulter facilement (dans la limite de leur possibilités financières), notamment lorsqu'ils sont persuadés qu'ils sont dans une situation d'urgence.

5.2 Le « problème de santé » : une construction sociale, culturelle, psychologique

5.2.1 La santé un territoire à géométrie variable

Certains jeunes ont exprimé des raisons de ne pas aller voir tel ou tel spécialiste, alors que leur situation, leurs symptômes, etc. pouvaient justifier une consultation. Ces raisons peuvent être culturelles, psychologiques et soulignent bien à quel point il n'y a rien d'évident dans le fait de se faire soigner ou d'être suivi médicalement : toutes les questions qui touchent à la santé - au sens large - ne sont pas « acceptables » en tant que telles par les individus, à tout moment, dans tous les contextes.

Ainsi certains thèmes ne sont pas associés dans l'esprit des individus à un besoin de soin, de prévention ou de suivi et semblent ne pas l'avoir été dans leur famille non plus :

« Ma maman n'a jamais pris de contraception, et je n'envisage pas de suivi gynécologique non plus... C'est plutôt pour celles qui ont besoin de faire des avortements. La contraception, c'est à nous de faire attention, de ne pas avoir de rapports avant le mariage [...]. Quand je serais mariée, j'aurai des enfants, donc je n'irai pas en voir non plus et je ne prendrai pas de contraception. »
Femme - 21ans

L'hygiène bucco-dentaire est également davantage associée à une pratique cosmétique plutôt qu'à une pratique de santé par certains jeunes. On se brosse les dents comme « on se fait beau », mais sans avoir réellement d'objectif de prévention de problèmes dentaires... , ces ennuis étant d'ailleurs considérés avec une certaine fatalité par certains jeunes qui apparemment ne font pas entrer l'état des dents dans leur conception de la santé :

« Je ne me brosse pas les dents : je ne vois pas l'utilité. Je n'ai eu qu'une seule carie jusqu'à maintenant. »
Homme - 21 ans

« Je me brosse les dents le samedi soir parce que je sors le soir. »
Homme - 21 ans

« Je ne me brosse jamais les dents : je ne vois pas à quoi ça sert. Si on a des caries, tant pis : il faut supporter la douleur. C'est Dieu qui nous a faits comme ça. »
Femme - 21 ans

Pour ces jeunes, qui regardent parfois les mêmes émissions de télévision et qui partagent un certain nombre de références communes en matière de santé, on constate cependant, qu'au-delà de ces bases communes, tous ne partagent pas la même conception de ce qu'est un problème de santé. S'il semble exister un certain consensus sur le cancer, le sida, tous les thèmes ne sont pas reconnus comme faisant partie du champ de la santé, par tous les jeunes.

Lorsque la vie elle-même ne semble pas en jeu, les douleurs ou autres symptômes peuvent ne pas être considérés comme des problèmes de santé, de même que l'intérêt de la prévention n'est pas du tout repéré par certains.

5.2.2 L'élaboration du « problème de santé » : parfois un long cheminement

On a pu repérer dans les entretiens individuels des exemples de « cheminement » où le jeune va peu à peu être amené à considérer une situation comme problématique parce qu'elle met à la fois en cause sa santé et finalement sa capacité à vivre en société. Mais ce cheminement prend parfois des mois, voire des années, avant que la situation ne soit perçue par le jeune comme associée à un « problème de santé ». Quelques récits ont été particulièrement éclairants, notamment en matière de toxicomanie, qui soulignent bien à quel point un simple objectif de sevrage peut ne rencontrer aucun écho dans l'esprit du jeune s'il n'y a pas un processus d'élaboration et de construction autour du « problème » en tant que question de santé, qui peut être traitée avec l'aide de soignants spécialistes :

« En 2002 on a eu un gros accident de voiture avec mon copain, on a failli tuer des gens. Il y a eu une grosse prise de conscience et puis on avait déjà envie de se ranger... Mon copain est allé voir au Centre Hauquelin... Moi j'ai continué à m'enfoncer [drogues diverses + alcool], mais je ne me sentais pas toxicomane, je pensais que je pouvais m'en passer [...]. Maintenant je suis suivie par un psychiatre à l'hôpital : on parle et il me fait aussi les ordonnances pour la méthadone. »

Femme - 20 ans

La notion de santé et surtout « d'acceptabilité » d'un soin, d'un suivi est également particulièrement controversée en ce qui concerne la santé mentale. Certains jeunes considèrent ainsi que le soin psychiatrique, ou même psychologique, concerne les « fous » et que, pour les autres, il ne sert à rien. Le soin en santé mentale a un fort effet de stigmatisation sociale mais, outre la crainte d'être « étiqueté » comme « fou », « faible », etc., certains jeunes ne comprennent pas que tel ou tel de leurs comportements puisse être associé à un mal-être et encore moins à un problème de « santé mentale ». Enfin, quand bien même un état de malaise serait effectivement reconnu et jugé gênant ou inquiétant, les réponses qui sont proposées aux jeunes ne sont pas toujours reconnues, jugées comme fiables ou pertinentes :

« Parler avec un psychothérapeute, ça montre qu'on n'est pas comme les autres... On est plus faible que les autres. C'est une question de fierté, je ne veux pas y aller. Les psys, ça n'a rien à voir avec ma vie, je ne vois pas comment ils vont m'aider. »

Femme - 20 ans

« Le généraliste m'a donné des antidépresseurs... Mais aller voir un psychologue ne m'intéressait pas... J'ai l'image de quelqu'un qui nous écoute parler en faisant un morpion, sans vraiment écouter. Écouter, c'est pas la meilleure solution. »

Homme - 21 ans

« J'ai vu un psychologue pendant 3 mois. C'était le tribunal qui avait décidé parce que j'avais fait des bêtises [vols de voitures]. J'y allais sans problème, mais je n'ai vu aucun changement... Par rapport aux questions que je me posais, ça ne m'a pas donné de réponses... Et puis pourquoi aller voir un psy si on peut parler avec sa famille, ou avec des amis ? »

Homme - 25 ans

Notons que certains des jeunes rencontrés ont vu des psychiatres ou psychologues au moment de leur enfance ou de leur adolescence sans jamais avoir « porté » cette demande. Ils sont « entrés dans un soin » parce que leurs parents le voulaient, que l'école l'avait fortement recommandé ou que le tribunal les y avait obligés... Outre le fait que ces jeunes n'ont jamais eu de volonté ou d'objectifs propres par rapport à cette démarche, il apparaît clairement, au fil des récits de vie, que celle-ci n'a pas non plus été véritablement expliquée par les adultes. Il reste finalement l'idée qu'on a voulu soigner ces jeunes alors qu'ils ne se sentaient pas « malades », ce qui au final semble avoir dévalorisé le lien bien-être - santé mentale, mais également la notion de soin en santé mentale, un processus de dévalorisation qui fonctionne d'autant mieux que l'environnement familial, professionnel est peu familier avec ce type de démarche.

5.3 Le moment où les jeunes consultent

Hormis les jeunes qui sont ou ont été concernés par des pathologies lourdes et qui sont suivis médicalement, la notion de suivi médical à titre préventif est assez peu perçue, connue par tous... C'est donc plutôt pour être soignés, pour résoudre un problème que les jeunes consultent.

Néanmoins, en matière dentaire, quelques jeunes ont affirmé se rendre tous les ans chez leur dentiste pour un « contrôle ». De même le recours à un gynécologue en matière de contraception favorise un type de consultation qui s'apparente au suivi (même s'il s'agit avant tout de renouveler la contraception).

Les jeunes que nous avons rencontrés ressentent le besoin de consulter, essentiellement à partir de symptômes très concrets :

- Des symptômes connus, pas forcément très inquiétants, mais gênants : fièvre, douleurs plus ou moins intenses (angines, gastroentérites, ...) ;
- Des symptômes nouveaux qu'ils n'arrivent pas à associer à une pathologie connue, bénigne, qui les gênent et surtout dont ils redoutent parfois qu'ils n'annoncent une pathologie grave ;
- Les accidents (fractures, saignements) qui conduisent d'ailleurs souvent les jeunes aux urgences des hôpitaux les plus proches.

Néanmoins, trois obstacles majeurs peuvent freiner le besoin ressenti de consulter :

- Une limite financière (ressources faibles, absence de mutuelle, effets de seuil CMU, ...) :

« Cet hiver j'ai eu une gastroentérite, mais j'avais pas les moyens d'aller voir le médecin. J'ai attendu que ça passe. Ça a duré quinze jours. »

Homme - 25 ans

- La crainte de souffrir encore plus pendant la consultation ou le soin (concerne essentiellement le dentiste mais également la gynécologie) ;
- La crainte de découvrir une maladie grave. Dans ce cas, le jeune peut ne pas consulter du tout, ou alors consulter un généraliste, mais refuser d'aller voir un spécialiste...

6. LES CRITERES POUR CHOISIR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

6.1 La confiance et la reconnaissance de la famille

L'antériorité du lien et la confiance tissée au fil des années par le jeune, et surtout par ses parents, avec les professionnels de santé sont le premier critère utilisé. Lorsque le lien familial se maintient, qu'il est bon et que les jeunes vivent chez leurs parents ou à proximité, c'est le médecin de « famille » qui est consulté :

« Je vais chez le même médecin depuis mon enfance. Et si on est vraiment malade, il vient à domicile. »

Femme - 20 ans

Lorsque le lien familial est mis à mal et / ou lorsque la contrainte de l'éloignement du domicile parental l'impose, le « médecin » le plus proche géographiquement est choisi, faute de pouvoir continuer à consulter le médecin de famille. C'est d'ailleurs par cet effet de proximité que se construit peu à peu un nouveau lien, lorsque le jeune vit pendant plusieurs mois / années au même endroit :

« En général, je vais voir le même médecin. C'est le plus proche de chez moi. »

Femme - 21 ans

Cependant, lorsque malgré l'éloignement géographique il reste possible, en terme de déplacements, de continuer à voir le médecin de famille auquel on est attaché, la confiance prime sur la distance :

« J'emmène mes enfants chez le médecin traitant, mais il n'est pas très bon. J'ai un autre médecin [médecin de « famille »], mais il est plus loin, et comme je n'ai pas le permis, il faut que des amies m'y emmènent : là il prend le temps de regarder les enfants de la tête aux pieds... »

Femme - 22 ans

On constate également que, pour certains jeunes qui se sont installés en couple, c'est parfois le médecin traitant du partenaire qui est choisi.

Ce lien de confiance joue également pour les médecins spécialistes, et notamment pour les gynécologues et dentistes. A cet égard, il est surprenant de constater que plusieurs filles parmi les interviewées consultaient le gynécologue de leur mère, voire de leur grand-mère :

« Pour le gynécologue, c'est toujours l'ami de mon père : c'est toujours sur Lyon. »

Femme - 21 ans

« Si je devais voir un gynécologue, ce serait celui de ma mère. Je parle beaucoup avec ma maman, elle est très ouverte. »

Femme - 20 ans

« Je vais chez la gynécologue de ma mère. J'y suis allée avec ma mère la première fois. »

Femme - 20 ans

« On va tous chez le même dentiste, depuis que je suis petit. »

Homme - 21 ans

La confiance familiale est donc un élément-clé dans le choix des praticiens. Lorsque la famille ne fait plus confiance, ce sont tous les membres de la famille (jeunes compris) qui peuvent cesser de consulter chez un praticien donné :

« J'ai changé de dentiste à la fin du collège : le premier il était pas assez hygiénique... Il ne mettait pas de gants, pas de bonnet : il suivait toute la famille, mais on a tous changé. »

Femme - 21 ans

6.2 Les contraintes des zones rurales ou semi-rurales

La question de l'éloignement géographique par rapport aux ressources de santé est une contrainte qui pèse fortement sur les critères de choix pour ceux qui vivent dans des zones rurales ou semi-rurales et qui n'ont pas les moyens de circuler facilement hors de leur commune.

Ainsi les jeunes rencontrés à Saint-Marcellin, la Côte Saint-André ou encore Beaurepaire, qui habitent parfois dans des villages situés à proximité de ces communes, n'ont pas tous le permis de conduire, et ceux qui l'ont n'ont pas toujours les moyens d'avoir un véhicule. Par ailleurs les transports en commun sont parfois rares, voire quasiment inexistantes entre certains villages ou hameaux et les communes « importantes » les plus proches. De ce fait les médecins généralistes qui sont consultés sont ceux qui sont accessibles à pied.

Lorsqu'il s'agit de consulter des spécialistes ou encore de se rendre à l'hôpital (intervention chirurgicale, accouchement, ...), la contrainte est la même : la proximité est le critère « obligatoire » pour ceux qui n'ont pas les moyens de faire autrement. Certains des jeunes rencontrés vivent cette situation comme une contrainte forte, et ce d'autant plus qu'ils n'ont pas toujours véritablement choisi de vivre dans ces zones rurales ou semi-rurales... Les jeunes qui sont motorisés, ou qui peuvent se faire aider par leurs parents, amis continuent à se rendre chez le médecin de famille, même si celui-ci est loin de leur domicile.

Au bilan, la possibilité de « choisir » un praticien, voire un hôpital, est parfois très faible pour ceux qui habitent dans des zones rurales et ne peuvent se déplacer facilement. Certains jeunes expliquent d'ailleurs parfois très clairement qu'il s'agit d'un non-choix, ce qui peut créer un véritable sentiment de frustration.

6.3 La gratuité / accessibilité économique des soins

Les seules ressources gratuites qui aient été citées par les jeunes sont les CPEF. Pour les jeunes filles, la gratuité des consultations et de la pilule est un élément déterminant, notamment lorsque leurs parents ne les aident pas financièrement, ou encore lorsqu'elles n'ont pas de revenus et qu'elles ne souhaitent pas que leur famille sache qu'elles veulent mettre en place une contraception, faire certains tests (grossesse, sida) ou encore faire pratiquer une IVG.

En dehors de la gynécologie et en ce qui concerne les soins courants, les jeunes repèrent mal les ressources gratuites ou du moins accessibles économiquement. Certains ont noté que les consultations en CMP étaient prises en charge par la Sécurité Sociale, mais aucun n'a mentionné de « Point Ecoute » ou structure de ce type. En matière de soins dentaires également, aucun des jeunes rencontrés ne repère de centre dentaire de la Sécurité Sociale, ou d'école dentaire...

6.4 D'autres éléments qui peuvent jouer favorablement sur le choix des jeunes

Lorsque les jeunes ne sont plus « portés » par les liens de confiance tissés par leur famille, pour des raisons de ruptures familiales ou tout simplement de prise d'autonomie et de déménagement, ils se donnent leurs propres repères pour reconstruire un lien de confiance, notamment avec les médecins généralistes... Des éléments, comme la propreté, la modernité perçues, semblent souvent retenus ou encore le niveau de compétence et de technicité supposé / perçu :

« J'ai changé de dentiste parce que l'autre ne me plaisait pas : c'était pas propre chez lui. Celui où je vais maintenant c'est propre... Et puis s'ils ont du bon matériel, si ça a l'air neuf pour les radios, c'est rassurant. Et moi je veux que ce soit un chirurgien-dentiste ! »

Femme – 20 ans

Que les jeunes vivent ou non chez leurs parents, ces critères sont également très importants en ce qui concerne les hôpitaux. Globalement on peut dire que les jeunes, qui habitent dans des communes de petite taille, ne sont pas très « rassurés » par les « petits » hôpitaux qui s'y trouvent :

« A Bourgoin, c'est nul aux urgences. C'est des bouchers ! »

Homme – 20 ans

« Il ne faut pas aller à l'Hôpital de Saint-Marcellin, ils font n'importe quoi... »

Homme – 21 ans

Les discussions de groupe à Villefontaine, la Côte Saint-André, Saint-Marcellin ont souvent permis l'expression d'un mécontentement, en général convergent, en ce qui concernait les faibles compétences de tel ou tel hôpital local. Plusieurs récits ont ainsi mis en scène des erreurs de diagnostic, des erreurs médicales lors d'interventions chirurgicales, etc. , l'idée générale étant que, dans ces petites structures, les médecins sont peu compétents et qu'il y a donc un certain danger à s'y faire soigner...

On peut faire l'hypothèse que, sur un même territoire, des phénomènes de réputation concernant les établissements hospitaliers sont créés et utilisés comme critères par la population et que les jeunes, comme les adultes, se les approprient en partie par le bouche-à-oreille, au sein de la famille, du réseau social, etc.

A l'inverse, les « grands hôpitaux » de Lyon ou de Grenoble semblent plus rassurants, et ceux qui peuvent s'y rendre facilement les utilisent plutôt que ceux de taille plus modeste, même si ces derniers sont géographiquement plus proches.

On notera que les jeunes suivis à la mission locale de la Rive Gauche du Drac disent consulter au « CHU » (pour ceux qui ont eu des interventions chirurgicales ou autres...) et n'ont pas un discours récriminant comme c'est le cas pour ceux qui ont eu affaire aux hôpitaux de leur petites communes.

7. ACCES FINANCIER AUX SOINS : DES CONTRAINTES IMPORTANTES

Il est apparu, au fil des entretiens, que ce thème était central pour les jeunes et que les contraintes financières d'accès aux soins, qui se cumulent souvent avec d'autres limites financières fortes (pour trouver un logement, etc.), constituent une préoccupation importante.

7.1 Les jeunes couverts par leurs parents

Une partie des jeunes que nous avons rencontrés est encore prise en charge par les parents et s'occupe visiblement peu de tout ce qui est financier et administratif. Ceci est particulièrement vrai pour les moins de 20 ans. Cependant, même au-delà de cet âge, ceux qui habitent chez leurs parents ne sont pas toujours très à l'aise dans ce domaine et finalement comptent sur leurs parents pour gérer les « papiers » :

« Pour arracher les dents de sagesse, on est allés à la Clinique Trarieux... Pour payer, je ne sais pas... Je crois que c'est la CMU que mes parents ont. »

Femme - 21 ans

Pour ces jeunes qui habitent chez leurs parents et qui ont plutôt de bonnes relations avec ces derniers, l'aspect financier de l'accès aux soins est ainsi souvent très méconnu. Néanmoins, au fur et à mesure que les jeunes « grandissent », la prise en charge totale par les parents n'est plus possible, au plan administratif ou au plan administratif et financier. C'est ainsi que peu à peu parents et jeunes sont amenés à s'interroger sur les possibilités de couverture :

« J'ai un contrat jeune avec la mutuelle de mon père, c'est mes parents qui payent... Mais pour la prochaine mutuelle, qui financera ? J'en ai parlé au travail, et il y en a qui m'ont conseillé certaines mutuelles... »

Femme - 21 ans

« Ma mère va essayer de me couvrir par la Sécurité Sociale en payant un peu plus... La mutuelle de mon père ne me couvre pas. »

Femme - 20 ans

On note que, dans quelques cas, les jeunes sont « administrativement » couverts par leurs parents mais doivent financer eux-mêmes la part qui leur correspond :

« Mon père est à la MIFR, il peut me couvrir jusqu'à 25 ans, mais je cotise de manière autonome. »

Femme (mère) - 22 ans

Comme pour ce qui concerne le médecin généraliste, les jeunes ont tendance à s'inscrire dans le prolongement de leurs parents en matière de complémentaire santé et il semble que ce n'est que sous la pression d'une limite de couverture par ces derniers (fixée par les conditions générales du contrat d'assurance) qu'ils cherchent une mutuelle, éventuellement différente, pour eux-mêmes.

7.2 Le fait d'être « couvert » par les parents ne résout pas tout...

Le fait d'être complètement couvert par les parents, notamment en terme de « mutuelle », évite d'avoir à faire des recherches et de financer la couverture complémentaire. Cependant tous les problèmes ne sont pas résolus pour autant : les jeunes issus de familles aux revenus modestes, qui sont pris en charge par leurs parents, héritent également de la précarité familiale. Ainsi, lorsque les parents sont bénéficiaires de la CMU, les jeunes, comme leurs parents, se heurtent au refus de certains médecins spécialistes qui n'acceptent pas d'être payés avec la CMU. Les jeunes sont ainsi parfois obligés de procéder à de longues recherches avant de trouver un médecin spécialiste qui accepte la CMU...

Enfin, pour ce qui concerne les soins dentaires et en particulier l'orthodontie, il apparaît que certains jeunes n'ont pas été traités pendant leur enfance, souvent, semble-t-il, parce que leurs parents pensaient qu'ils ne pourraient financer de tels soins ou tout simplement parce qu'ils n'étaient pas sensibilisés à cette question... Or, lorsque ces jeunes souhaitent mettre en place un traitement, il est souvent trop tard pour une prise en charge par la Sécurité Sociale et leurs parents et eux-mêmes ne sont pas alors en mesure de financer de tels soins.

7.3 Les jeunes en conflit / rupture avec leurs parents

Il semble que les difficultés les plus importantes se posent pour les jeunes qui n'ont plus véritablement de lien avec leurs parents ou du moins qui ne peuvent plus compter sur leur aide. Par ailleurs ces jeunes doivent souvent chercher en urgence des moyens pour survivre (emploi, logement), ce qui ne favorise pas la recherche d'informations en matière de couverture santé. Dans ces situations les jeunes se retrouvent souvent sans repères :

*« Avant, j'avais une mutuelle par ma mère qui me couvrait. Mais je suis parti, il y avait des conflits... Maintenant je ne sais pas si je suis couvert. »
Homme - 25 ans*

Il apparaît clairement que la rupture familiale entraîne une perte de repères au niveau des professionnels de santé, mais également de grandes difficultés financières et une sorte de « trou » en matière de couverture : les jeunes, dans certains cas, ne savent pas / plus s'ils bénéficient de la complémentaire santé de leurs parents...

La couverture santé reste ainsi un sujet abstrait pour beaucoup de jeunes qui, à la question : « Êtes-vous couvert par vos parents ou cotisez-vous vous-même ? » répondent souvent : « J'ai ma carte vitale » mais ne savent pas s'ils ont leur propre numéro de Sécurité Sociale ou s'ils ont le numéro de leurs parents et sont couverts par ces derniers.

On constate ainsi un manque d'information très important sur la couverture santé pour beaucoup de jeunes, un manque d'autant plus important que les jeunes sont peu « portés » par leurs parents... Au quotidien, ils se débrouillent pour gérer les « petites maladies », quitte à ne pas consulter de médecin.

7.4 Les jeunes vivant en couple

Une partie des jeunes que nous avons rencontrés vivaient en couple. Dans certains cas, les jeunes ont clairement exprimé que ce choix leur avait permis de quitter le domicile parental (éventuellement en étant hébergés par les parents du partenaire) mais qu'ils ne faisaient pas de

projets à long terme, pensant que cette union était sans doute provisoire... Pour beaucoup, le fait d'être en couple présente des aspects facilitants (notamment au plan du logement) mais, en ce qui concerne l'accès aux soins, le cumul de deux revenus faibles peut avoir des conséquences négatives, notamment en termes d'effets de seuil :

« Avec mon copain, on est tous les deux en CES et on gagne 578 € chacun : on est 100 € au-dessus de la CMU... »

Femme – 20 ans

« On s'est déclarés en concubinage et du coup on a moins d'aides. J'ai pas de CMU parce qu'on dépasse le plafond »

Femme – 21 ans

Pour ces jeunes qui ne bénéficient pas de la CMU mais qui ont cependant un budget trop « serré » pour cotiser à une mutuelle privée, l'accès aux soins peut se révéler difficile, même pour une simple consultation chez le généraliste :

« J'ai pas les moyens d'avoir une mutuelle. Ça reste trop cher : le moins cher c'est 25 € par mois, et il faudrait trouver en plus des médecins où on soit pas obligé de faire l'avance : s'il faut en plus que je paye le médecin, c'est pas possible. Le problème c'est que, si je tombe malade, je n'ai pas toujours les 20 € pour aller chez le médecin. Ça m'arrive de demander à des collègues ou à mon frère de m'avancer. Ça m'est arrivé d'avoir une grippe et de ne pas aller chez le médecin : de toutes façons il va me donner de l'Effergal. Alors j'achète directement la boîte et ça me coûte moins cher que la consultation. »

Femme - 21 ans

« Si je suis malade en fin de mois, par rapport au remboursement des sous, c'est difficile parce qu'il faut avancer l'argent. »

Homme – 21 ans

On retrouve chez les jeunes précaires les mêmes difficultés que chez les adultes précaires : 20 €, à certains moments du mois ou de l'année, constituent une somme qu'il est parfois difficile de rassembler... Compte tenu de ce frein, les jeunes ne consultent pas lorsqu'ils ont le sentiment que leur problème de santé n'est pas « grave ».

7.5 La précarité économique freine les opportunités de créer du lien social, de pratiquer un sport, ...

Comme pour les populations précaires en général, les jeunes qui disposent de revenus modestes ou qui n'ont pas de revenus, se heurtent à certaines difficultés très concrètes qui peuvent jouer sur leur capacité à développer ou maintenir leur réseau social, et qui pèsent de toute évidence sur leur qualité de vie. Quelques contraintes ont été évoquées de manière récurrente :

- Difficultés à se déplacer en zones rurales ou semi-rurales du fait de l'impossibilité de financer le permis de conduire ou l'achat d'un véhicule. Le coût même des transports en commun peut également être un frein à la mobilité. Une partie des jeunes que nous avons rencontrés ont déclaré bénéficier de cartes de transports à tarif réduit (apparemment souvent obtenues grâce à la mission locale dont ils dépendaient), ce qui semble être très apprécié des jeunes ;
- Difficultés à financer des sorties ;
- Difficultés à pratiquer des activités culturelles et surtout sportives (en club).

Si certains jeunes pratiquent des sports payants, à la fois pour l'entretien de leur corps (notamment la musculation pour les garçons) mais également pour le plaisir de l'effort physique, du « défoulement » et pour le plaisir de la sociabilité (notamment tous les sports collectifs), d'autres n'ont pas cette possibilité. Certains font des promenades en bicyclette, ou encore de la marche ou de la course à pied, seuls ou avec un ou une ami(e)... Cependant, lors des entretiens, certains jeunes, filles et garçons, ont déploré le fait de ne pas avoir les moyens de pratiquer un sport en club faute de moyens financiers :

« Les personnes qui font du sport, elles ont pas besoin d'aller chez le médecin : ça fait travailler le corps. Mais ici je cherche pas : pour faire du sport il faut de l'argent, c'est cher. »

Femme - 21 ans

8. QUESTIONS DE SANTE ET RESSOURCES UTILISEES OU NON UTILISEES PAR LES JEUNES

8.1 Généralistes, ophtalmologues, dermatologues

Comme nous l'avons souligné plus haut, le médecin généraliste, de « famille », ou choisi pour raison de proximité, constitue la ressource de soin majeure. C'est la ressource normale, « évidente » vers laquelle les jeunes se tournent en première instance pour toute pathologie. Certaines jeunes femmes utilisent également le médecin généraliste pour la prescription d'une contraception orale. Certains spécialistes sont consultés directement :

- Les ophtalmologues : on constate que si certains jeunes semblent être régulièrement suivis pour leurs problèmes de vision, d'autres, qui ont porté des lunettes à l'école primaire, ont abandonné celles-ci au collège pour des raisons esthétiques et ne s'en sont plus préoccupés : ils déclarent d'ailleurs ne pas être gênés dans la vie courante...
- Les dermatologues : quelques-uns des jeunes rencontrés, et notamment des filles, consultent régulièrement le même dermatologue pour certains problèmes de peau (peau sèche, acnéïque, ...). On soulignera qu'il s'agit également parfois du « dermatologue de famille ».

8.2 Les hôpitaux

Les urgences des hôpitaux locaux sont utilisées lorsqu'il s'agit d'un accident. En revanche on repère que, pour le suivi des pathologies, ce sont les hôpitaux de Lyon et de Grenoble qui sont cités. Les jeunes du Nord-Isère suivis pour certaines pathologies (cardiaques notamment) sont, pour ceux que nous avons rencontrés, suivis à Lyon. Globalement les jeunes semblent plutôt rassurés et satisfaits par les soins / le suivi effectué(s) dans les grands hôpitaux et on repère que les hôpitaux de Lyon semblent particulièrement « appréciés ».

D'une manière générale, les « petits hôpitaux » locaux sont critiqués par les jeunes rencontrés.

8.3 Sexualité, gynécologie, maternité

8.3.1 Contraception, sida et IST : des souvenirs flous sur la prévention scolaire

La plupart des jeunes rencontrés disent avoir eu des informations sur la sexualité, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles dans le cadre scolaire. Ils ne se souviennent pas toujours très bien des adultes qui ont donné ces informations mais globalement on repère :

- L'enseignant de SVT (certains jeunes décrivent des cours où le chahut était si important qu'ils n'ont pas pu tout comprendre ou entendre) ;
- Des intervenants extérieurs, et notamment des personnes du « planning familial » ;
- L'infirmière scolaire.

Les souvenirs sont également souvent flous en ce qui concerne le contenu de ces séances mais, pour certaines filles, c'est au moment de l'intervention d'une professionnelle du CPEF que celui-ci a été repéré comme une ressource.

Les jeunes semblent globalement très marqués par ce qu'ils ont entendu sur le sida. Même s'ils ne prennent pas toujours des « précautions » (souvent sous l'emprise de l'alcool ou d'autres produits), ils redoutent d'être contaminés par un rapport sexuel. Les garçons déclarent ainsi qu'ils « font attention » et les filles ont souvent un discours encore plus affirmatif et appuyé sur le fait qu'elles « exigent » le port du préservatif tant qu'une « relation de confiance » n'est pas établie et qu'elles sont « intransigeantes » sur cette question. Certains des jeunes rencontrés se sont d'ailleurs adressés au CPEF pour effectuer des tests de dépistage du VIH.

Il semble que les IST soient globalement beaucoup moins connues et provoquent beaucoup moins d'inquiétude.

8.3.2 Maternité et parentalité : des enjeux complexes et parfois ambigus...

Pour certains, filles et garçons, l'éventualité d'une maternité / paternité non désirée est écartée d'emblée. Certaines des jeunes femmes rencontrées ont ainsi subi une IVG et expliquent leur décision par le fait qu'elles ne se sentaient pas en mesure d'élever un enfant à ce moment de leur existence. Quelques garçons ont également pris cette décision, conjointement avec leur amie, pour les mêmes raisons :

*« Oui je veux avoir des enfants, mais plus tard. Si on n'est pas capable d'assumer, c'est pas la peine. »
Homme – 25 ans*

On note qu'en matière d'IVG, ce sont les CPEF qui sont cités comme première ressource et que les jeunes filles que nous avons rencontrées n'ont pas eu de difficulté à faire pratiquer l'IVG.

Pour d'autres filles en revanche, la crainte de ne pas pouvoir avoir d'enfant semble très forte, et ce pour des raisons à la fois différentes et complexes. Pour quelques filles, qui sont en couple et qui se projettent dans une vie de famille, il est important que la possibilité de tomber enceinte reste ouverte à tout moment :

« La pilule, c'est psychologique : je ne peux pas, c'est l'aspect chimique... L'implant, si je veux faire un enfant le mois suivant, il faudra me l'enlever... et le stérilet, le fait qu'il y ait une fécondation... Donc on

a des rapports avec des préservatifs et sans, juste après les règles : on prend le risque... Mais j'ai pas envie que mon corps soit bloqué. »
Femme (un bébé) - 22 ans

Chez certaines filles, il existe une crainte, plus ou moins latente, de ne pas pouvoir avoir d'enfant qui peut expliquer une certaine ambiguïté par rapport à la contraception :

« J'ai envie d'avoir des enfants. J'ai très peur de ne pas avoir d'enfant. Ma mère n'a pas pu avoir d'enfant et, même si je sais qu'on n'a pas de lien [mère adoptive], j'ai peur que ça m'arrive à moi aussi... [...] J'ai pensé que je devrais oublier la pilule pour tomber enceinte... Mais après je serais trop tentée de garder l'enfant... Ma mère comprendrait et on peut toujours demander des aides. Si l'homme que j'aime ne veut pas assumer, je m'en fous. »
Femme - 18 ans

On notera que, pour certaines jeunes femmes, il semble évident qu'elles pourront bénéficier de l'aide de leurs parents, mais également d'autres formes d'aides (allocations, etc.) si elles ont un enfant alors qu'elles n'ont pas encore de ressources propres et / ou que le père de l'enfant est absent. Ces jeunes femmes ont le sentiment que la société les aidera « suffisamment » une fois l'enfant né.

Dans certains couples, la possibilité d'avoir un enfant est également un enjeu affectif / symbolique qui peut amener filles et garçons à des comportements ambigus, à des prises de risques, alors que l'enfant n'est pas véritablement désiré :

« Ça fait deux ans qu'on est ensemble. Mon copain me disait tout le temps que si je l'aimais je devais avoir un enfant avec lui. Il me disait que si c'était sérieux il fallait faire un enfant. Et moi, pour lui prouver que je l'aimais, je suis tombée enceinte. Quand je l'ai dit à mon copain, il m'a dit que c'était pas possible, qu'on n'y arriverait pas mais que c'était à moi de prendre la décision. Moi, je voulais pas avorter, j'étais contre et je suis toujours contre, mais je me voyais pas élever l'enfant sans père. »
Femme - 20 ans (une IVG)

Pour les jeunes femmes qui sont tombées enceintes et qui ont « choisi », « voulu » (elles insistent sur ces termes) garder leur bébé, on repère que celles qui ont été entourées par leur famille décrivent une « bonne grossesse » et une maternité bien vécue, même si le / le(s) père(s) des enfants ne sont plus présents. Par ailleurs le fait d'être en bons termes avec la famille permet de continuer à bénéficier de l'aide des parents, du médecin de famille et à être aidée dans les démarches de suivi de grossesse, etc.

8.3.3 Peu de sensibilisation et d'aide en matière de parentalité, notamment pour les mères isolées

Pour les jeunes femmes, qui sont en rupture de lien avec leur famille et leur compagnon, la grossesse et la maternité sont décrites comme plutôt plus difficiles et « angoissées », les aides diverses palliant difficilement l'absence d'un environnement protecteur :

« J'ai envie de rencontrer des gens, mais... J'ai pas envie de rencontrer des gens pour raconter ma vie... Mais quand on reste tout seul on peut péter les plombs... [nombreux symptômes d'anxiété]. Mais je me dis que ça va... Je veux que l'avenir soit bien pour mon enfant, qu'il ne sombre pas dans le désespoir, la drogue... »

Femme (un bébé) - 21 ans

Pour ces jeunes mères, qui souffrent d'isolement social et de solitude, les « points d'appui » adéquats en terme de lien social, qui sont autant d'outils de prévention de la « déprime », n'existent pas toujours ou ne sont pas toujours facilement repérables, même pour celles qui sont en démarche d'insertion professionnelle. La mission locale ainsi que la PMI constituent de réels repères pour ces jeunes femmes mais elles ne comblent pas l'absence d'un réseau social aidant.

8.3.4 Les CPEF : une ressource facilement utilisée par les filles, notamment en situation de « crise »

Les filles, qui ont plutôt de bonnes relations avec leurs mères, semblent avoir tendance à consulter le gynécologue de celles-ci (voire le gynécologue de leur grand-mère). A l'inverse les filles, qui ont des relations distantes / tendues avec leurs parents ou qui sont clairement en conflit avec eux, semblent s'adresser plus facilement aux CPEF.

Cependant on note que, quelle que soit la situation des jeunes filles que nous avons rencontrées, les CPEF sont particulièrement utilisés dans les moments de crise. En effet, même s'il existe un dialogue avec la mère, dans certains cas les filles préfèrent s'adresser à un professionnel qui se situe en dehors du cercle familial. Ainsi pour les jeunes filles, qui ont eu besoin de « pilules du lendemain » ou qui ont souhaité faire pratiquer une IVG, ce sont surtout les CPEF qui ont été utilisés : les gynécologues « habituels » ou le médecin généraliste n'étant pas sollicités en ces occasions. Les CPEF sont souvent repérés dans le cadre scolaire (interventions et bouche-à-oreille) mais également parfois de manière minoritaire, semble-t-il, par des supports écrits :

« Je voulais avorter. Je suis allée au planning - j'avais vu un prospectus qui parlait du planning - . Ils m'ont aidée, j'ai fait l'IVG à l'hôpital. »

Femme - 20 ans

Les filles utilisent les CPEF pour mettre en place une contraception, faire pratiquer une IVG. Mais d'autres problèmes sont également abordés dans ces consultations qui débordent du champ sanitaire : les difficultés qui concernent le couple, les conditions de vie...

8.3.5 Contraception et IVG : des phénomènes de « culpabilisation » par les professionnels de santé ressentis par les filles, dans un contexte de « pression sociale »

Quelques jeunes filles ont exprimé de forts motifs d'insatisfaction sur la façon dont elles avaient été prises en charge par des gynécologues libéraux, par un CPEF ou par l'hôpital. Dans la plupart des cas, il semble que ce soit surtout un manque de reconnaissance ou une attitude stigmatisante vis-à-vis de la jeune fille qui soient à l'origine de ce mécontentement.

Certaines filles ont eu ainsi le sentiment d'être mal jugées, voire d'être culpabilisées par rapport à certains choix ou certains comportements :

« Pour la contraception je vais au planning. Ça se passe bien, mais je leur dis pas tout. Le médecin, elle est un peu trop jugeuse, et j'aurais peur qu'elle me donne pas la pilule si je lui dis vraiment ce que je fume... Alors je lui dis que je fume 5 cigarettes par jour. »

Femme – 20 ans

« La première fois que je suis allée au planning, c'était pour faire un test de grossesse. La première fois que j'y suis allée, ça m'a dégoûtée : la femme me jugeait mal... Mais les autres étaient sympas comme tout. »

Femme – 21 ans

« Quand j'étais à l'hôpital, pour l'IVG, j'avais dit que je voulais pas voir d'échographie, que je voulais pas qu'on parle du bébé... Mais pendant l'IVG, ils arrêtaient pas d'en parler. »

Femme – 20 ans

A ce sentiment de culpabilité, ce sentiment d'être « mal jugée » plus ou moins latent, s'ajoute parfois un vécu douloureux, notamment en matière d'IVG :

« Je voyais tout, il y avait plein de sang... J'ai eu mal tout le long quand ça aspirait... J'avais l'impression que ça se faisait à la chaîne. J'avais personne à qui parler. Mon copain devait venir mais il a eu un empêchement et j'ai dû rentrer en bus. Je me sentais faible, j'avais plus de force. »

Femme – 21 ans

Il est très difficile de faire la part entre ce qui relève véritablement du comportement et de l'attitude des professionnels et ce qui relève des représentations des jeunes filles. Cependant on perçoit, au travers de ces discours, une attente forte de réassurance, de bienveillance, de déculpabilisation à laquelle les professionnels ne répondent peut-être pas suffisamment. Tout ce qui touche à la sexualité renvoie à quelque chose de très intime, de l'ordre de l'identité même de la personne et, de ce fait, même lorsqu'il s'agit d'une simple prescription de contraception orale, l'attitude du médecin revêt une grande importance.

Cette attente de bienveillance et de réassurance est d'autant plus forte que les jeunes filles sont peu ou pas soutenues par ailleurs par leur famille, par leur partenaire. Dans un contexte de relative fragilité sociale, affective, le sentiment d'être mal jugé peut considérablement aggraver les problèmes de mauvaise image de soi :

« J'ai beaucoup de regrets sur mon passé. Je me mets une mauvaise réputation à moi-même. J'ai beaucoup traîné avec des garçons et c'est pas bien, c'est l'image d'une fille facile... J'ai fait rentrer certaines personnes chez moi, et puis j'ai fumé des joints : c'est pas joli pour une fille... Et il y a des choses qui me reviennent aux oreilles : on me renvoie une certaine culpabilité... »

Femme - 21 ans (une IVG)

Les discussions de groupe ont également permis la mise en lumière d'un sentiment de « pression » spécifique sur les filles, quelle que soit leur origine, de la part des familles, mais également des garçons. Il apparaît que, parmi certains groupes de jeunes, une sorte d'exigence de « bonne mœurs » ou de « bonne moralité » des filles soit en vigueur, qui est très appuyée dans les familles maghrébines mais qui existe également chez les jeunes d'origine européenne. Certaines filles nous ont ainsi déclaré qu'elles ne pouvaient pas sortir comme elles le souhaitaient, ou continuer à voir leurs amies parce que leur petit ami le leur interdisait.

Les mécanismes de culpabilisation des jeunes filles sont toujours d'actualité et sont à l'origine d'une souffrance parfois très forte dont ne sont peut-être pas toujours conscients les professionnels, qu'ils soient libéraux, en CPEF ou à l'hôpital.

8.4 Le surpoids : un problème bien repéré au plan de la santé et de l'esthétique

Les problèmes de surpoids sont très bien repérés par les jeunes qui se sentent avant tout gênés dans leur capacité à « être normal » et à séduire. La question de la santé est également citée, même si elle semble moins « urgente » que la question esthétique :

*« Mon poids me gêne en terme d'image et pour ma santé personnelle. »
Homme - 25 ans*

On peut distinguer différentes stratégies par rapport au poids :

- Les filles qui se trouvent trop « rondes » et qui veulent perdre un peu de poids : elles changent parfois d'elles-mêmes leur alimentation (grignotent moins entre les repas, mangent moins de sucreries, ...), elles en parlent également parfois à leur généraliste. Certaines d'entre elles appliquent d'ailleurs spécifiquement les conseils du généraliste. On notera qu'une personne a repéré le Centre d'Addictologie de Bourgoin-Jallieu qui compte, entre autres, une diététicienne ;
- Les garçons qui se trouvent trop « ronds » : ils allègent parfois d'eux-mêmes leur alimentation et parfois veulent remplacer le « gras » par du « muscle » : ils s'investissent alors dans une activité de musculation ;
- Les garçons et filles qui sont déclarés en surpoids par leur médecin généraliste : pour certains des jeunes rencontrés, ils suivent le traitement, régime prescrit par le généraliste et parfois se font également orienter vers un nutritionniste.

Dans tous les cas, il est frappant de constater à quel point le recours à un professionnel de santé semble acceptable et même souhaitable pour ces jeunes en matière d'alimentation et de nutrition. Si l'idée de voir un médecin pour mettre en place un suivi gynécologique ou pour évoquer une problématique de mal-être, de déprime paraît relativement incongrue à une partie des jeunes, en revanche le recours à un médecin pour parvenir à perdre du poids paraît globalement plutôt « normal », et ce d'autant plus que les jeunes ont réellement un problème de surpoids ou d'obésité.

8.5 La santé mentale : une grande confusion dans le repérage des ressources, des besoins rarement formulés en demandes

8.5.1 Une grande méconnaissance des différentes ressources

Parmi les jeunes rencontrés, nombreux sont ceux qui ont déjà rencontré un psychologue ou un psychiatre dans le cadre d'un soin alors qu'ils étaient mineurs. Très souvent il s'est agi d'une démarche uniquement « pilotée » par des adultes. Qu'il se soit agi d'une recommandation de l'institution scolaire, d'un besoin ressenti par les parents ou d'une obligation imposée par un tribunal, il s'avère que les jeunes étaient « obligés » de suivre ce soin sans que leur avis ait été réellement pris en compte.

Plus globalement, on note que les jeunes, qu'ils aient ou non déjà été en contact avec des professionnels de santé mentale, repèrent et distinguent très mal les différentes ressources existantes. Pour ceux qui avaient déjà suivi un soin, il a souvent été impossible de préciser s'ils avaient vu un professionnel en libéral ou dans le cadre d'un CMP. Les jeunes, au cours des entretiens, ont ainsi souvent décrit un lieu (« *c'est la grande porte, à côté de ...* »), dans certains cas (lorsque le soin a été suivi à l'adolescence) ils ont parfois repéré que le soin était « *pris en charge par la Sécu* » ou que c'étaient les parents qui « *payaient* ». Une petite partie de ces jeunes seulement parvient à préciser s'il s'agissait d'un psychologue ou d'un psychiatre. Même pour certains jeunes qui avaient consulté récemment, il leur était presque impossible de dire quels étaient le titre et le statut exact du professionnel qu'ils avaient rencontré (libéral, praticien, psychiatre, psychologue...).

8.5.2 La (non) prise en compte de certaines attentes des jeunes en matière d'écoute, de « renforcement positif »

Le motif d'insatisfaction le plus récurrent concerne sans aucun doute les ressources de santé mentale.

La plupart des jeunes, qui ont consulté ce type de professionnels, l'ont souvent fait sur décision des parents, recommandations des équipes éducatives ou obligation judiciaire. Or les motivations, l'intérêt de la consultation n'étaient pas réellement compris par l'enfant ou l'adolescent ; de ce fait les consultations ont plutôt été vécues comme ennuyeuses, inutiles :

« J'embêtais les profs... On m'a envoyé chez le psychologue. J'ai pas compris pourquoi j'y allais. J'y allais parce qu'on me disait d'y aller... Je dessinais beaucoup. Ça n'a servi à rien. L'objectif c'était de trouver pourquoi j'étais surexcité, pour que je me calme. Par la suite je me suis calmé quand je me suis dit : j'ai envie de faire ça. »

Homme - 21 ans

« C'est le juge qui a dit qu'il fallait que je voie un psychologue, alors j'ai dû y aller. Mais je suis pas fou. Ça sert à rien de parler comme ça. »

Homme - 19 ans

Dans certains cas, un véritable sentiment de frustration s'est ajouté à cette impression d'inutilité qui tient à la manière dont se sont déroulés les entretiens avec le thérapeute. Il apparaît clairement qu'une partie des jeunes a un très fort besoin de renforcement positif, d'un échange stimulant et rassurant et que, pour eux, la « neutralité bienveillante » de l'écoute orthodoxe n'est peut-être pas adaptée, pas suffisante. Rappelons par ailleurs que ces jeunes, souvent en situation précaire, parfois menacés d'une certaine marginalisation sociale, ont également un fort besoin de réassurance par rapport à leur « normalité ». Or la consultation « psy » peut leur donner le sentiment inverse : ce serait parce que leur personnalité, leur histoire ne sont pas « normales » qu'ils consultent... Pour ces jeunes, le soin psychothérapeutique n'a pas apaisé les souffrances, le mal-être et a peut-être, au contraire, renforcé la crainte, le sentiment d'être « anormal », fragile :

« A la fin du collège, je suis allée voir une psychiatre, c'étaient mes parents qui payaient. J'y suis allée pendant un mois et après j'en ai eu marre. Elle me prenait pour une folle. Elle ne parlait pas, elle m'hypnotisait... »

Femme - 19 ans

« Je suis allée voir une psychologue quand j'étais petit. Mais ça durait une demi-heure : c'était trop court, j'en avais des tonnes à raconter... La dernière que j'ai vue à la PAIO, elle me faisait beaucoup parler, réfléchir, mais j'aime pas trop en parler... On ne peut rien y changer... Et puis elle parlait pas : elle attendait que je parle. J'aurais voulu qu'elle me rassure, qu'elle me soutienne, qu'elle m'aide. »
Homme - 22 ans

« Je suis allé au CMP... J'ai fait 6 séances. C'était long, c'était chiant, pénible... Après ça m'a calmé, je me bagarrais moins, j'étais moins vulgaire... Peut-être parce que je parlais de ce qui n'allait pas. Mais il y avait une distance, une froideur avec la psychologue. On parlait et ça me refaisait mal... Il y a des fois où je répondais à côté, je ne voulais pas parler de certaines choses. Il y a des choses que je n'ai dites à personne, sauf à ma mère [agression sexuelle pendant l'enfance].
Homme - 21 ans

Certains de ces jeunes semblent être aujourd'hui dans un rejet total vis-à-vis de ces professionnels et ne comprennent pas dans quelle mesure il peut être pertinent, utile de consulter un psychologue, un psychiatre.

8.5.3 Du besoin de verbaliser un mal-être au recours à un thérapeute : un cheminement parfois long

Certains jeunes, qui ont un point de vue plutôt négatif sur le soin « psy », ont cependant entrepris des démarches de soin qui leur ont paru efficaces, où la parole a manifestement joué un rôle important, mais d'une façon qui était très éloignée de l'approche « orthodoxe ». Dans l'un de ces cas, il s'est agi de « médecine parallèle » où l'objectif premier était de soigner un trouble fonctionnel :

« Une fois j'ai vu une femme [pour des douleurs osseuses après une fracture, qui apparemment ne pouvaient être soulagées par la médecine « classique »]. Je me suis allongé et elle m'a enlevé les ondes négatives avec les mains. J'y suis allé deux fois et elle a trouvé facilement ce que j'avais. Elle a vu que je me sentais mal à l'intérieur de moi... On a pas mal parlé. Elle m'a étonné. »
Homme - 21 ans

La parole – la verbalisation – n'est pas forcément rejetée en soi par les jeunes, mais toutes les façons d'utiliser la parole ne correspondent pas forcément aux « catégories mentales » des jeunes, à leurs besoins.

Certains des jeunes interrogés, qui avaient parfois connu des expériences douloureuses de « soin », ont pu entamer ou renouer avec une démarche de verbalisation psychothérapeutique. Il semble que la personnalité du professionnel, mais peut-être également la maturité du jeune, puissent jouer un rôle dans ce cheminement :

« La deuxième fois que je suis allée chez un psychologue, ma mère est entrée d'abord et elle est ressortie en pleurant, et moi aussi j'ai pleuré après avoir parlé avec la psychologue. Ça m'a angoissée, j'ai eu l'impression d'être agressée, et je n'y suis plus retournée. Après [plusieurs années après] j'ai vu un autre psychothérapeute en CMP : je lui ai raconté mon parcours, ça s'est bien passé, et puis on a espacé nos rendez-vous. »
Femme - 20 ans

*« Dans ma famille, on ne parlait pas [il voit un psychiatre aujourd'hui]. J'ai compris que c'était très important de parler : il faut parler. Parler, ça fait du bien. »
Homme - 21 ans*

Certains jeunes, qui ont choisi, après leur majorité, de suivre une psychothérapie et qui ont un bon rapport avec ce mode de verbalisation, expriment d'ailleurs le sentiment d'une amélioration de leur « état moral » :

*« Maintenant je vois une psychologue, elle est super. Quand je sors de chez elle, je suis détendue. Le fait de voir un psy ça m'a permis d'exprimer ce qui n'allait pas. Elle me lançait des perches. Elle ne me disait pas : il ne faut pas faire comme ça... On n'aime pas trop être brusqué. C'était quelqu'un de jeune, de souriant. Le fait de trouver quelqu'un qui me comprenne m'a fait beaucoup de bien. »
Femme - 21 ans*

On notera que, pour les jeunes que nous avons rencontrés, le fait d'avoir suivi des études en filière générale, et parfois même d'avoir obtenu le bac (voire bac +1) semble permettre une meilleure appropriation de l'outil psychothérapeutique « classique ». On peut émettre l'hypothèse que ce type de verbalisation, d'élaboration est plus facilement appropriable par les jeunes qui ont suivi des études en filière « générale ».

8.6 Consommation de substances psychoactives : les jeunes gèrent « tout seuls »...

La consommation de substances psychoactives est extrêmement variable selon les jeunes rencontrés. On repère cependant que globalement, plus ils « avancent » en âge, plus ils auraient tendance à réduire les pratiques de consommation extrêmes.

Les jeunes que nous avons interviewés ont, pour certains, ressenti à un moment donné le désir, le besoin d'arrêter ou de diminuer une consommation. Dans tous les cas cependant, les jeunes semblent se « débrouiller » seuls, sans rechercher l'aide d'un professionnel.

En matière de tabac, il s'agit plutôt d'une volonté d'arrêter complètement alors que, pour l'alcool, il s'agit davantage d'une diminution pour parvenir à une consommation plutôt festive et sans ivresse. En ce qui concerne les usagers de cannabis, l'objectif est souvent de diminuer la consommation : de passer d'une consommation quotidienne à une consommation plus occasionnelle.

En matière de tabac et de cannabis, les jeunes rencontrés (plutôt des garçons) ont décidé / essayé de diminuer leur consommation ou d'arrêter « du jour au lendemain », sans chercher à se faire accompagner dans un processus de sevrage, par un médecin généraliste ou un autre professionnel.

Soulignons que la consommation occasionnelle de cannabis n'est pas associée à un risque pour la santé par une partie des jeunes. Si certains l'envisagent comme une substance dangereuse pour le cerveau qui conduit à la dépendance et à une « escalade » dans la consommation de drogues, d'autres jeunes en revanche ont une image radicalement opposée. Pour eux, le cannabis « détend », il est moins dangereux que l'alcool et son statut illégal n'est pas lié à sa nocivité mais à des enjeux politiques... Certains l'utilisent même pour soulager des douleurs, un état de nervosité, etc. :

« J'ai mal à la tête depuis l'âge de 15 ans, je ne peux pas redresser la tête quand j'ai mal. Je fume du cannabis plus pour la douleur. C'est plus un médicament pour moi, ça enlève la douleur. Je suis à la maison quand je fume : je me cale dans un fauteuil, et ça dure une bonne heure... Et puis je réfléchis beaucoup... Je suis toujours en train de cogiter. Quand on fume, on peut décrocher... Mais depuis cette

semaine j'essaye de stopper, je ne veux pas être dépendant. J'en fumais deux ou trois par jour : je trouve que ça commence à bien faire. »

Homme – 24 ans

En ce qui concerne l'alcool, ceux, qui estimaient avoir une consommation problématique (consommation quotidienne, ivresses) et qui ont décidé de « diminuer », l'ont également fait seuls, sans chercher à se faire aider par un professionnel.

Pour tous les jeunes rencontrés, ces arrêts ou ces diminutions de consommation de tabac ou de cannabis sont vécus comme un cheminement très individuel, déclenché par le sentiment, à un moment donné, de trop consommer (sans compter les « effets collatéraux » sur le budget)... Aucun des jeunes rencontrés n'était allé dans un « Point Ecoute » ou dans une structure similaire pour évoquer sa consommation de tabac, de cannabis ou d'alcool. On peut se demander si les informations concernant l'existence de ce type de structures sont suffisamment diffusées auprès de cette population et, si ce n'est pas le cas, comment il serait possible d'informer, de sensibiliser les jeunes sur l'existence de ces ressources.

Les constats sont assez différents en ce qui concerne la consommation de drogues dites « dures » (cocaïne, ecstasy, ...). Les quelques jeunes qui nous ont dit en avoir consommées de manière prolongée et intense ont contacté des professionnels pour parvenir à trouver une issue à cette consommation problématique. Certains de ces jeunes ont ainsi été mis en contact, au travers de travailleurs sociaux, avec le Centre Hauquelin de Grenoble et sont entrés à la fois dans un travail de thérapie et de substitution...

8.7 Violences et délinquance chez les garçons : des comportements non reliés à des problématiques de santé, de mal-être

Certains des garçons que nous avons rencontrés avaient déjà eu affaire à la justice pour des délits (notamment des vols). S'ils qualifient volontiers ces actes de « bêtises », ils n'évoquent pas ces épisodes, ces comportements, comme étant particulièrement reliés à une forme de « déprime », etc. Si la violence, la délinquance peuvent être perçues comme un mode d'expression d'un mal-être par les professionnels, les jeunes concernés sont, eux, très loin de partager ces représentations.

Certains garçons ont déjà eu des blessures, plutôt bénignes, suites à des rixes avec d'autres garçons : points de suture sur la tête ou sur le visage, fractures de la main, etc. Le fait de se battre physiquement est toujours justifié par des situations de « provocations » (« quand on me cherche, on me trouve ») ou au contraire par la « nécessité » de défendre un ami, de se défendre soi-même, etc. Mais dans tous les cas, le fait de se battre est essentiellement associé à un trait de caractère, un élément de la personnalité. Aucun des jeunes concernés par des « bagarres » n'associe le fait de se battre à un problème de santé et n'a fait de démarche volontaire pour évoquer cette question avec un professionnel de santé.

Quelques jeunes ont également déclaré conduire de manière occasionnelle une automobile alors qu'ils n'ont pas le permis de conduire. Même s'ils savent que cela est illégal, ils n'ont pas pour autant le sentiment de faire quelque chose « d'anormal », associé à une forme de souffrance morale ou mentale. Pour eux, il s'agit avant tout de se débrouiller (parfois aussi de s'amuser) en attendant d'avoir les moyens de passer ou de repasser le permis de conduire.

9. PERCEPTION DES MISSIONS LOCALES EN MATIERE DE SANTE

9.1 Une mission en santé globalement peu repérée par les jeunes...

Spontanément la plupart des jeunes rencontrés n'associent pas les missions locales à une quelconque activité en matière de santé. Certains ont même le sentiment de n'avoir jamais abordé ce thème avec les conseillers :

*« On n'a pas parlé de santé, ni en groupe, ni en individuel »
Femme – 18 ans*

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce ressenti :

- Une partie des jeunes n'a effectivement pas été interpellée sur la santé par les conseillers des missions locales ;
- Même si certains jeunes se sentent très stressés ou mal dans leur peau, ils estiment que, n'ayant pas de « maladie » au sens « organique », ils n'ont pas eu à évoquer ce thème en entretien ;
- Ils ont oublié les questions qui ont pu leur être posées sur ce sujet, qui ne leur est pas apparu comme prioritaire sur le moment.

Cette situation n'est cependant pas vécue comme « anormale » par ces jeunes. Même si leur santé leur paraît un sujet important, sur lequel ils peuvent s'exprimer facilement, il ne leur semble pas que la mission locale soit le lieu « naturel » pour évoquer ce thème, et ce d'autant plus que l'urgence pour une partie de ces jeunes concerne avant tout l'accès à un revenu, à un toit... , ou encore la possibilité de trouver le métier qui va leur « plaire », qui correspondra à leurs compétences et aspirations.

Globalement les jeunes rencontrés ne s'attendaient donc pas à ce qu'on leur parle de santé lorsqu'ils se sont inscrits à la mission locale / PAIO et, de ce fait, il n'y a pas de sentiment de frustration, de déception. En revanche, lorsque l'on demande à ces mêmes jeunes s'il leur semblerait intéressant d'avoir des informations en matière de santé (ressources de santé, complémentaires santé, etc.) dans le cadre des missions locales / PAIO, la plupart répondent affirmativement.

Notons que quelques-uns des jeunes rencontrés ont à l'inverse déclaré avoir eu des échanges, des informations sur le sujet de la santé et que, dans ce cas, ils se souviennent relativement bien de la forme et du contenu de ces échanges.

9.2 Les ateliers, les groupes : des perceptions et une mobilisation contrastées

Les jeunes, qui ont participé à des actions collectives, ont abordé des sujets extrêmement variés qui, parfois, pouvaient toucher des problématiques très intimes. Il est ainsi intéressant de constater, une fois de plus, que les jeunes s'accommodent très bien d'une définition large du mot « santé ». Le fait d'aborder les relations entre filles et garçons⁴¹, par exemple, au sein d'un groupe ayant pour objectif

⁴¹ Au cours des « Pauses-santé » à la mission locale de la Rive Gauche du Drac
58

affiché de traiter de questions de santé, ne paraît pas étrange ou déplacé. Tout ce qui touche au bien-être, au mal-être, aux relations entre personnes est très bien associé par les jeunes au concept de santé.

Globalement enfin les jeunes se déclarent plutôt satisfaits du contenu de ces séances ou « ateliers », et peut-être encore plus les filles que les garçons :

« L'année dernière, on a fait une réunion pour savoir comment utiliser les médicaments : lesquels on achète avec ordonnance, sans ordonnance. C'est important de savoir. »

Femme - 21 ans

« J'ai participé à des groupes sur la santé. On a parlé des relations avec les garçons. Comment on se comporte avec eux, quelle attitude il faut avoir : se comporter correctement, ne pas les envoyer balader... C'était intéressant, maintenant j'évite de me comporter comme eux, je me prends un peu en main. »

Femme - 21 ans

En revanche le fait même de participer à un « groupe » n'est pas toujours pertinent pour les jeunes. Pour certains, il semble que cette démarche apparaisse comme ennuyeuse (le fait de « parler » en groupe n'est pas repéré comme une démarche utile ou intéressante) ou anxiogène (parler devant les autres peut-être gênant, etc.) :

« On m'avait proposé de participer à quelque chose en groupe, mais c'est pas trop mon truc les groupes. »

Homme - 20 ans

Enfin reste que le type d'intervenant ou d'animation ne convient pas à tous les profils :

« On a eu une intervention avec une psychologue. Elle essayait de nous faire parler, mais ça n'accrochait pas beaucoup. C'était intéressant mais il n'y avait pas beaucoup de discussion entre nous. »

Homme - 21 ans

En ce qui concerne ces interventions face à un groupe, nous nous sommes interrogés sur la façon dont les jeunes étaient mobilisés...

Lors de l'un des groupes de discussion réalisé par l'ORS, les jeunes présents nous ont ainsi expliqué qu'ils avaient déjà eu à s'exprimer sur ce sujet à partir du même guide d'entretien quinze jours auparavant. Nous avons, avant de commencer l'enquête de terrain, fait parvenir les guides des entretiens individuels et collectifs aux responsables de chaque site sous étude afin que les différents conseillers sollicités pour « recruter » des jeunes puissent bien comprendre et ensuite expliquer en quoi consistait cette démarche. Or, sur l'un des sites, le guide avait déjà été utilisé, avant notre intervention, avec un groupe, vraisemblablement pour « préparer »⁴² les jeunes à répondre à nos questions quelques semaines plus tard. Lors de la réalisation de ce groupe, après environ une heure de discussion, l'un des jeunes a tout de même osé demander : « Pourquoi on refait la même chose qu'il y a quinze jours ? C'est exactement les mêmes questions. »

Pendant une heure, ces jeunes avaient patiemment refait le même « exercice », répétant pour certains ce qu'ils avaient déjà dit... Certains jeunes, qui n'étaient pas présents au premier groupe, ont pu apporter un « souffle nouveau » à la discussion, et finalement les jeunes eux-mêmes, invités à débattre sur les thèmes proposés, ont réussi à échanger des points de vue et même des informations ! ... Cette expérience nous amène à poser deux constats :

- Il est probable que des jeunes participent à des groupes parce qu'ils s'y sentent obligés d'une manière ou d'une autre, sans que le thème soit le véritable moteur de leur mobilisation ;

⁴² Vraisemblablement la personne qui a « préparé » ces jeunes à la discussion de groupe n'avait pas compris la démarche puisque c'est la spontanéité des réponses qui est recherchée et non pas une capacité à « bien répondre ».

- Les questions de santé que nous avons abordées les interpellent néanmoins suffisamment pour qu'ils puissent s'exprimer et rebondir sur ce sujet même lorsqu'ils sont interrogés à deux reprises.

9.3 Le suivi individualisé : une possibilité de « portage » de substitution qui peut englober la santé

Si certains jeunes semblent ne pas avoir été interrogés, interpellés sur le thème de leur santé par leurs conseillers, d'autres en revanche ont souligné à quel point l'intervention et les conseils du professionnel qui les suit ont été pertinents pour eux. Ce sont notamment des jeunes qui sont dans des situations de rupture ou de conflit avec leurs parents qui ont évoqué cet aspect de l'aide que leur apporte la mission locale ou PAIO dans le domaine de la santé, entre autres. Pour eux, il semble que l'aide des conseillers constitue une forme de « portage » qui vient palier les défaillances / l'absence des parents :

« On a parlé des papiers de la CMU avec la conseillère parce que j'étais paumée. La conseillère est très professionnelle : on avance. Chaque rendez-vous me permet d'avancer dans mes papiers, dans ma vie professionnelle. La mission locale, c'est un outil génial. Dans la période où je n'avais pas de rémunération, ils m'ont aidée financièrement... Ils nous tiennent au courant des différents projets, des différentes aides... A part la mission locale, qui s'occupe des jeunes ? ... Même si les parents sont là [au sens physique], ils ne sont pas toujours compétents [...]. Pour les dents, à la mission locale, ils m'ont parlé de la clinique mutualiste. »

Femme - 20 ans

Les conseillers sont décrits comme pouvant apporter une aide qui permet de remédier à la perte / l'absence de repères dues à un soutien faible ou inexistant de la part des parents. Certains jeunes sont ainsi conseillés ou orientés en matière de ressources de santé, de soin, mais également sur l'accès aux droits et les démarches administratives afférentes :

« J'ai parlé de mon poids avec la référente... Ils connaissent des centres, on peut parler de ça. »

Homme - 21 ans

« Quand j'ai des papiers à remplir, ici on peut m'aider. Comme j'étais dans la galère, j'ai frappé à toutes les portes. »

Homme - 21 ans

« Il y a quelque temps, ma conseillère m'a proposé de voir un psychiatre... Je suis allée au rendez-vous. »

Femme - 20 ans

Outre la sensibilité propre à chaque conseiller et leur facilité ou prédisposition à aborder des questions de santé, parfois très intimes et très « chargées » au plan émotionnel, il semble que ce soit également le « récit de vie » du jeune qui amène les conseillers à approfondir le sujet de la santé, qu'il s'agisse de santé « physique » ou de santé « mentale ».

Les jeunes, qui ont été aidés par leur conseillers en matière de santé, ont manifestement apprécié cette aide, d'autant plus que tous les professionnels repérés ne sont apparemment pas en capacité d'intervenir sur ce sujet.

Enfin on soulignera que les interventions au niveau individuel semblent beaucoup plus marquantes, dans les perceptions et représentations des jeunes, que ce qui peut être fait en « groupe ».

Force est également de constater que tous les jeunes n'ont pas eu ce type d'aide ou d'orientation alors qu'ils étaient concernés par des problématiques de couverture sociale, d'accès aux soins, et qu'ils ne voient pas d'inconvénient à aborder ces questions avec leurs conseillers...

9.4 La mission locale : un outil pour survivre et pour se « remonter le moral »

Au-delà du thème spécifique de la santé, une partie des jeunes que nous avons rencontrés ont souligné l'impact très positif de l'aide apportée par la mission locale, notamment face à des problématiques de survie, au plan des ressources financières et du logement :

*« C'est l'assistante sociale qui m'a envoyé ici [mission locale]. A la mission locale, ils ont débloqué un FAJ d'urgence pour moi. »
Femme – 20 ans*

*« La PAIO aide bien par rapport aux problèmes de couple. C'est la conseillère qui m'a dit que je devais garder l'appartement quand mon mari est parti... On parle bien. La conseillère conjugale de l'hôpital, elle ne m'avait pas tellement aidée [CPEF] ».
Femme – 23 ans*

Les conseillers des missions locales sont également décrits par certains jeunes comme des professionnels qui apportent une forme de soutien moral dans un contexte de non-reconnaissance de leurs compétences, de leurs aspirations et de leurs efforts. Le fait de pouvoir dialoguer, de pouvoir être écouté apparaît clairement comme une forme d'aide très appréciée. Les professionnels de la mission locale deviennent pour certains jeunes un repère, un point d'appui solide et reconnu, qui semble « compenser » la pauvreté et / ou la fragilité du réseau familial, social du jeune :

*« La mission locale, c'est une aide. Ils sont gentils, ils s'occupent bien des gens. Ils ne me disent pas : "T'as rien foutu" [comme les parents peuvent le faire]. C'est des gens qui nous écoutent, c'est déjà bien. Et ils nous proposent ce qu'ils ont. »
Homme – 21 ans*

*« La mission locale, ils m'ont aidée à faire des CV, des lettres de motivation... Ils m'aident à prendre confiance en moi, à me remonter le moral.. Et quand j'ai besoin d'argent, ils peuvent parfois m'aider. »
Femme – 20 ans*

10. LE REPERAGE DES ACTIONS / RESSOURCES LOCALES PAR LES JEUNES SUR CHAQUE SITE SOUS ETUDE

Les jeunes interrogés étaient inscrits auprès des missions locales et PAIO depuis plus ou moins longtemps : au moment de l'enquête, certains étaient inscrits depuis plus de deux ans, d'autres depuis à peine un mois. Tous les jeunes ne pouvaient donc pas avoir le même niveau de

connaissances sur les actions menées par les missions locales / PAIO. Par ailleurs, selon les parcours individuels, les attentes de chacun, etc. , tous n'ont pas été informés de la même manière et tous n'ont pas enregistré les mêmes informations. A l'inverse les groupes rencontrés avaient parfois été constitués à partir du thème de la santé... Les constats qui suivent ne peuvent donc être compris comme le résultat de la politique de communication ou de « l'efficacité » des missions locales / PAIO en matière de santé...

En revanche les ressources locales de santé, citées ou non citées par les jeunes, au regard des ressources qui sont repérées par les missions locales / PAIO montrent bien que l'information des jeunes n'est sans doute pas optimale.

10.1 Mission locale Nord-Isère

Les ressources du Nord-Isère qui ont été citées par les jeunes sont :

- l'Hôpital de Bourgoin-Jallieu,
- le Centre d'Addictologie de l'Hôpital de Bourgoin-Jallieu (EHAL : une personne),
- les CPEF,
- et, en dehors du Nord-Isère, les hôpitaux de Lyon (Neuro-Cardio et E. Herriot notamment).

Aucune action précise menée par la mission locale en matière de santé n'a été citée par les jeunes.

10.2 MOB (territoire de la Bièvre)

Les ressources de la Bièvre qui ont été citées par les jeunes sont :

- les Hôpitaux de Grenoble, Voiron,
- le CMPA (une personne).

10.3 Mission Rive Gauche du Drac

Les ressources de la Rive Gauche du Drac qui ont été citées par les jeunes sont :

- les hôpitaux de Grenoble,
- les CPEF de l'agglomération,
- le Centre Hauquelin,
- le Centre Dumas.

Certains des jeunes rencontrés avaient déjà participé à des après-midi « pauses-santé ».

10.4 PAIO Saint-Marcellin

Les ressources de la Bièvre qui ont été citées par les jeunes sont :

- l'hôpital,
- le CPEF.

Certains des jeunes ont rencontré la psychologue qui intervient à la PAIO (mais aucun suivi n'a été mis en place à la suite de ces rencontres) et certains ont participé au Théâtre Interactif (une personne qui a apparemment beaucoup apprécié cette démarche).

11. ELEMENTS POUR UNE TYPOLOGIE DES JEUNES SUIVIS PAR LES MISSIONS LOCALES ET PAIO

Certains éléments apparaissent comme clivants et pouvant aider à définir des groupes de jeunes qui rencontrent des difficultés spécifiques, ont des besoins spécifiques.

11.1 Le lien avec les parents / la famille

Globalement on constate, au travers de cette étude, que les jeunes qui habitent avec leurs parents, mais surtout ceux qui ont de bonnes relations avec ces derniers et qui peuvent compter sur leur aide (morale, affective, financière, ...) sont relativement « protégés ». Insérés dans le tissu de solidarité familiale, ils sont à la fois portés par le « souci » de leurs parents, mais également par les ressources dont ces derniers disposent : médecin de « famille », médecin spécialiste de « famille » : dentiste, gynécologue, ... , couverture santé, mais également réseau social, etc.

En outre ce sont souvent les parents qui s'occupent de tout ce qui est administratif, voire qui accompagnent leurs enfants dans certaines démarches.

A l'inverse ceux qui sont en conflit ou en rupture de lien avec leurs parents (et qui ne sont soutenus par aucun autre membre de la famille élargie) connaissent des difficultés de survie parfois très importantes. Sans logement et / ou sans revenus, sans couverture complémentaire santé, ou sans plus savoir comment ils sont couverts, ils peuvent connaître des situations de très forte précarité (errance, perte d'accès aux droits...).

Cet élément est sans doute le plus déterminant pour repérer les jeunes dont les besoins en matière de « survie », et donc souvent de santé, sont potentiellement les plus importants.

11.2 Le sexe

Des problématiques bien spécifiques distinguent les filles des garçons.

Pour les filles, les questions de contraception, de grossesse, d'IVG, de parentalité se posent avec beaucoup de force et peuvent avoir de fortes incidences sur leur santé physique et mentale. Là encore, les filles soutenues par leur compagnon ou par leurs parents semblent vivre plus facilement leur grossesse, et même leur parentalité que celles qui souffrent d'isolement social.

Pour les garçons rencontrés, la spécificité réside plutôt dans les problématiques de violence (essentiellement des bagarres et des délits) qui peuvent avoir des conséquences sur leur santé (blessures), mais qu'eux-mêmes ne relient pas à une forme de mal-être, d'agressivité, etc.

11.3 L'âge

L'âge n'apparaît pas comme un élément très clivant en ce qui concerne les jeunes rencontrés : on ne repère pas de différence de comportement marquante selon les tranches d'âge, notamment à partir de la majorité. Entre 18 et 25 ans, la maturité des individus est très variable et leur vécu également. On note cependant, notamment en matière de santé mentale, que, pour les mineurs, les épisodes de soins sont nettement vécus comme quelque chose d'imposé, « d'obligé ».

11.4 Le lieu de résidence

Il ne semble pas que le lieu de résidence joue de manière très clivante sur les représentations et les pratiques des jeunes en matière d'utilisation des ressources de santé. En revanche l'éloignement géographique par rapport aux grands hôpitaux, le fait d'habiter une petite commune qui compte peu de généralistes, et souvent pas de spécialistes, apparaissent comme des contraintes très fortes qui ne peuvent être contournées que si le jeune possède un permis de conduire et un véhicule (la mobylette ne permettant pas d'emprunter les autoroutes qui relient parfois les petites communes aux grands centres).

C'est donc plutôt la capacité des jeunes à être mobiles et indépendants dans leurs déplacements qui crée un clivage : les moins mobiles étant ceux qui choisissent le moins les ressources qu'ils utilisent.

11.5 Le niveau d'étude

Le niveau d'étude semble jouer un rôle sur certaines représentations, notamment pour ce qui touche au soin en santé mentale. Ainsi il semble que le type de verbalisation pratiqué dans le cadre d'une psychothérapie « classique » soit peut-être plus facilement accessible à ceux qui ont suivi une scolarité en filière générale, voire qui ont obtenu un Bac et qui ont peut-être, pour certains, une plus grande habitude d'explicitier des choses oralement. Néanmoins nous n'avons rencontré que très peu de jeunes ayant suivi la filière d'enseignement général ou encore ayant obtenu le baccalauréat : il est donc difficile de décrire avec précision l'effet du niveau d'étude.

11.6 L'état de santé du jeune

Nous avons constaté que, parmi les jeunes que nous avons rencontrés, ceux qui étaient suivis pour des pathologies organiques ou mentales relativement sévères étaient plutôt « portés » et soutenus par leur famille. Il est probable que ceux qui ne le sont pas connaissent de très grandes difficultés et qu'il aurait été très difficile de les rencontrer dans ce contexte d'étude.

Ces jeunes souffrant de pathologies « lourdes » (problèmes cardiaques, maladies évolutives, ...) semblent clairement plus sensibilisés à la nécessité de prendre soin de soi mais ont cependant encore besoin, pour certains, d'informations sur différents thèmes de santé bien précis (couverture santé, critères pour avoir une reconnaissance COTOREP, ...).

11.7 L'origine ethnique

Les quelques jeunes que nous avons rencontrés, qui étaient d'origines maghrébine ou turque, étaient pour la plupart nés en France à deux exceptions près (arrivées en France depuis un ou deux ans seulement). Dans tous les cas, ces jeunes étaient apparemment fortement « portés » par leur famille, notamment par leur mère, et étaient de ce fait plutôt sensibilisés aux questions de soin de soi et de prise en compte de la santé.

Le fait que certains de ces jeunes maîtrisent encore mal le français ne semble pas constituer un facteur aggravant en matière de difficultés d'accès aux ressources de santé. Le « souci de soi », le soutien des parents, la « culture » familiale qui considère la santé comme quelque chose d'important pallient dans une certaine mesure les difficultés de langage, les difficultés d'insertion professionnelle.

Conclusions

Il ressort de cette étude huit enseignements majeurs :

- 1- **Les jeunes ne sont pas indifférents au thème de la santé**, notamment lorsqu'il s'agit de **leur santé**. Ils ne se croient pas invincibles ou immortels, ne sont pas insouciants, mais ne sollicitent pas « naturellement » les professionnels du champ social ou de l'insertion sur ce thème. Ils ont exprimé dans cette étude un **besoin d'information et d'aide**, notamment en matière de :
 - ☞ **Couverture santé** (la CMU, les mutuelles, comment les parents, le conjoint peuvent prendre en charge cette couverture, ...);
 - ☞ **Ressources de santé** existantes au niveau local ;
 - ☞ **Accès à certains droits spécifiques** (COTOREP, reconnaissance d'une forme de handicap, ...).

- 2- Les **difficultés économiques d'accès aux ressources de santé sont importantes pour ces jeunes**, souvent issus de milieux modestes, qui ont eux-mêmes des revenus plutôt faibles ou inexistants. Par ailleurs la CMU n'est pas toujours acceptée par les dentistes et les spécialistes. Ces jeunes ont **besoin d'aide en matière d'accessibilité économique aux soins**.

- 3- C'est la **qualité du lien entre le jeune et sa famille, et notamment ses parents**, qui constitue **l'élément le plus déterminant** en ce qui concerne sa capacité à avoir accès aux soins, à utiliser facilement les ressources de santé disponibles. Les contraintes économiques qui pèsent très fortement sur certains jeunes en situation précaire sont d'autant plus pesantes que les solidarités familiales dysfonctionnent. **Plus les jeunes sont « déconnectés » de leur groupe familial, plus ils ont besoin d'être aidés**, à tous les niveaux (logement, ressources mais également santé et santé « morale »).

- 4- Malgré une sorte de « culture commune » (notamment concernant les « maladies graves » comme le cancer, le sida, ...), la **notion de « problème de santé » reste une construction individuelle**. Tous les sujets, qui peuvent être considérés par les professionnels comme faisant partie du champ de la « santé physique » ou de la « santé mentale », ne sont pas forcément repérés comme tels par les jeunes. Des thèmes comme le suivi bucco-dentaire, le suivi gynécologique, l'approche psychologique pour apaiser le mal-être, les comportements violents ou agressifs... ne sont ainsi absolument pas associés à une notion de santé par une partie des jeunes.
L'information et la sensibilisation sur certains thèmes de santé non reliés à des pathologies « graves » mériteraient d'être développées.

- 5- Le **médecin généraliste**, souvent le médecin « de famille », constitue, pour la majorité des jeunes rencontrés, la première et principale ressource en matière de santé, suivi par le **gynécologue « de famille »** (de la mère souvent) **ou du CPEF** pour les jeunes femmes.

- 6- C'est probablement au niveau des **professionnels de santé mentale que le manque d'information est le plus important**, un manque qui se mêle aux craintes et préjugés sur la psychiatrie, les méthodes de soin en santé mentale, etc.
Par ailleurs, si le besoin de verbaliser et d'échanger est plutôt bien repéré par une grande partie des jeunes, l'idée « d'entrer dans un soin » reste rédhibitoire pour beaucoup. **L'approche thérapeutique « orthodoxe » n'est pas adaptée** aux attentes de certains jeunes en matière de verbalisation mais également de **renforcement positif**. Enfin **certains jeunes ont peut-être davantage besoin d'être orientés vers une structure d'écoute que vers un soin**.

- 7- La **mission locale / PAIO** n'est pas repérée d'emblée par les jeunes comme ayant vocation à traiter de questions de santé. Néanmoins les jeunes considèrent que ces organismes sont tout à fait **légitimes pour aborder le thème de la santé**, notamment lorsque cela correspond à **leur problématique individuelle**.
Les « portes d'entrées » repérées pour aborder la santé en entretien individuel sont notamment :
 - ☞ l'accès aux droits / la couverture en matière de santé,
 - ☞ l'information / l'orientation vers les différentes ressources de santé / d'écoute.

- 8- Un véritable besoin de « portage » **moral** a été exprimé par les jeunes, filles et garçons, qui n'est peut-être **pas encore assez pris en compte** par les différents professionnels de santé mais également par les professionnels du social et de l'insertion. Or les jeunes, qui souffrent souvent d'une **mauvaise estime d'eux-mêmes** (échec scolaire, discours dévalorisant des parents, phénomènes de culpabilisation, ...), soulignent qu'ils ont à la fois besoin d'une **écoute bienveillante et de renforcement positif**.

Annexes

Jeunes suivis par les missions locales de l'Isère Guide pour les entretiens individuels

Ce document constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle d'entretien, adapté à la personne interviewée (rythme et forme de verbalisation, situation personnelle, ...).

1- Présentation rapide de l'étude

* **Objectifs de l'étude** : comment les jeunes utilisent les ressources de santé, quelles sont leurs pratiques, connaissances et représentations en la matière.

* **Méthodologie** : des groupes de discussion et des entretiens individuels. L'idée générale est de pouvoir rencontrer des jeunes de parcours et de profils différents (sexe, âge)... intéressés par le thème de la santé.

* **Rappel** : l'anonymat des personnes interviewées est garanti (ce qui est dit en entretien est strictement confidentiel et sera exploité de manière transversale).

2- Eléments signalétiques

- Sexe
- Age
- Pouvez-vous me dire quelques mots sur votre parcours ? (niveau scolaire, date d'inscription à la mission locale, expériences en formation / professionnelle...)
- Idéalement, qu'est-ce que vous aimeriez faire ? (formation, emploi, vie familiale, ...)
- Ou'attendez-vous de la mission locale ? Pourquoi ?

3- Représentations autour de la notion de « santé »

- Le mot « santé » évoque quoi pour vous ? A quoi vous fait-il penser ? Donnez-moi toutes les idées, les images qui vous viennent à l'esprit à propos du mot « santé » ...
 - * Qu'est-ce que ce mot évoque en « positif » ?
 - * Qu'est-ce que ce mot évoque en « négatif » ?
 - * Quelle est la « place » de la santé dans vos préoccupations actuellement ? Pourquoi ?
- Etre en « bonne santé » : à quoi cela renvoie-t-il pour vous ?
- Etre en « mauvaise santé » : à quoi cela renvoie-t-il pour vous ?

4- Eléments de l'histoire de vie autour de la notion de santé

- Concrètement, dans votre vie, la « bonne santé » / la « mauvaise santé » cela vous fait penser à quelle(s) période(s) ou à quelle(s) situation(s) précises ? Parlez-moi des périodes/situations les plus marquantes pour vous dans ce domaine (4 ou 5 périodes/situations différentes maximum)...
- Pouvez-vous me décrire rapidement chacune des périodes / situations repérées :
 - * Quel âge aviez-vous ?
 - * Où habitiez-vous et avec qui ?
 - * Qu'est-ce que vous faisiez à cette époque ?
 - * Pouvez-vous me décrire comment vous sentiez à cette période ?...
 - * Vous faisiez quelque chose de particulier pour être en bonne santé ? Si oui, comment ? Pourquoi ?
 - * Vous aviez un médecin de famille / un autre professionnel de santé que vous voyiez à cette époque ? Oui ? Pourquoi ?
 - * Les personnes de votre entourage étaient-elles plutôt en bonne / en mauvaise santé ? Dans ce dernier cas, avaient-elles recours à un professionnel de santé (généraliste / spécialiste) ?
 - * Qu'est-ce qui était facile / difficile en matière de santé à cette époque ? Pourquoi ?
 - * Quelle était la « conception » de la santé dans votre entourage ?
 - * Qu'est-ce que vous retenir de cette période / situation aujourd'hui ? Pourquoi ?

5- Aujourd'hui, les pratiques de santé

5.1 Etat de santé perçu

- Aujourd'hui, vous vous jugez plutôt en bonne /« moyenne »/mauvaise santé ? Pourquoi ?

- Concrètement, qu'est-ce que vous faites qui peut-être bon / pas bon ou risqué pour votre santé ? Comment (faire décrire)? Pourquoi ?

si non abordé spontanément, relancer sur :

- * l'alimentation
- * le sommeil
- * l'activité physique
- * la consommation de substances psychoactives
- * certains comportements à risques (vitesse au volant, pratiques sexuelles non protégées,...)
- * éléments stressants / déprimants.

- De quoi êtes-vous le plus satisfait / insatisfait par rapport à votre santé (*au sens très large : votre corps, votre état d'esprit, ...*) ? Pourquoi ?

- Est-ce que vous faites quelque chose pour améliorer / changer cette situation ? Pourquoi ?

5.2 Informations, conseils en matière de santé

- Est-ce qu'il y a autour de vous des personnes (parents, amis, professionnels) qui vous donnent des informations, des conseils en matière de santé ?

- * Oui ?
- * Quel genre d'informations / de conseil et sur quel sujet ?
- * Qu'est-ce que vous pensez de ces informations / conseils ? Qu'est-ce que vous en faites ? Pourquoi ?
- * Eventuellement : y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaiteriez avoir des conseils / des informations (davantage ou différent) ? Lesquels et pourquoi ?

Si non abordé spontanément, relancer sur le rôle perçu de la mission locale dans ce domaine.

5.3 Connaissance des différentes ressources de santé dans l'environnement de l'individu

- Quelles sont les ressources de santé qui existent dans votre environnement (médecins généralistes, spécialistes, hôpitaux, cliniques, autres professionnels de santé, ...) ?/ *Explorer le quartier / la commune / éventuellement ce qui existe « au-delà »...*

- * Quelles sont les ressources de santé à propos desquelles vous souhaiteriez avoir plus d'information ? Quel type d'information ? Pourquoi ?

5.4 Démarches de soins

- Aujourd'hui, lorsque vous avez un souci de santé, que faites-vous concrètement ?

- * Vous vous soignez vous-même ? Dans quels cas ? Comment ? Pourquoi ?
- * Vous faites appel à d'autres personnes (proches, professionnels, ...) ? Qui précisément ? Dans quels cas ? Comment ? Pourquoi ?

Si non abordé spontanément, relancer sur : vous utilisez des ressources qui se trouvent dans votre environnement (à définir), ou au-delà ? Pourquoi ?

Si non abordé spontanément, relancer sur :

- * Les rhumes, angines, grippe, ...
- * Les problèmes dermatologiques...
- * Les « petits » et « gros » accidents (*à faire définir par l'interviewé*)
- * La contraception/gynécologie
- * La déprime / l'anxiété

- Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de faire appel à différents professionnels de santé pour un même problème ? Si oui, pouvez-vous me dire...

- * Pour quel problème de santé cela vous est arrivé ?
- * A quels et à combien de professionnels vous avez eu recours et pourquoi ?
- * Quels ont été pour vous, dans cette situation, les motifs de satisfaction ou d'insatisfaction et pourquoi ?

- D'après votre expérience, qu'est-ce qui vous semble le plus difficile ou facile à résoudre en matière de santé ? Pourquoi ?

- * Craintes personnelles (peur de savoir, ...)
- * Tabous, sujets intimes difficiles à aborder ...
- * Coût financier (faire décrire précisément quels sont les éventuels problèmes, et les éventuelles solutions en la matière... Voir les situations où l'obstacle financier peut empêcher le soin)
- * Distance / difficulté d'accès (géographique, symbolique - pas d'anonymat du lieu, ..-)
- * Accueil et relations avec les professionnels
- * Méconnaissance des ressources existantes dans son environnement / des ressources « possibles » en général...
- * Autre

6- Au bilan...

- Pour vous, selon vos propres besoins, qu'est-ce qui pourrait être éventuellement changé ou amélioré, en matière de santé ?

Plus précisément :

- * En ce qui concerne les informations sur certains thème de santé, lesquels et pourquoi ?
- * En ce qui concerne les informations sur les ressources de santé dans votre environnement ?
- * En ce qui concerne les informations sur les possibilité de soins éventuellement situées au-delà de votre environnement « évident » ?
- * En ce qui concerne l'accessibilité (toutes formes d'accessibilité) aux ressources de santé / quelles ressources précisément ?
- * Autre ?

Jeunes suivis par les missions locales de l'Isère

Guide d'animation pour la discussion de groupe

Ce document constitue un support pour orienter la discussion de groupe et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle de discussion, adapté au groupe (composition du groupe, rythme et forme de verbalisation, des individus, ...).

Présentation rapide de l'étude

- * **Objectifs de l'étude** : comment les jeunes utilisent les ressources de santé, quelles sont leurs pratiques, connaissances et représentations en la matière.
- * **Méthodologie** : des groupes de discussion et des entretiens individuels. L'idée générale est de pouvoir rencontrer des jeunes de parcours et de profils différents (sexe, âge)... intéressés par le thème de la santé.
- * **Rappel** : l'anonymat des personnes rencontrées est garanti (ce qui est dit en entretien ou en groupe de discussion est strictement confidentiel et sera exploité de manière transversale).

1- Représentations autour de la notion de santé

- Le mot « santé » évoque quoi pour vous ? A quoi vous fait-il penser ? Donnez-moi tous les mots, les images qui vous viennent à l'esprit à propos du mot santé...
 - * qu'est-ce que ce mot évoque en « positif » ?
 - * qu'est-ce que ce mot évoque en « négatif » ?
- Pour vous, être en « bonne santé » cela évoque quoi ?
 - * Être en bonne santé dans son corps, dans sa tête, c'est...
 - * On se sent comment quand on est en bonne santé ?
 - * Qu'est-ce qu'on peut faire quand on est en bonne santé ? Quelles sont les conséquences d'une bonne santé, au quotidien ? Pourquoi ?
- Pour vous, être en « mauvaise santé » cela évoque quoi ?
 - * Être en mauvaise santé dans son corps, dans sa tête, c'est...
 - * On se sent comment quand on est en mauvaise santé ?
 - * Qu'est-ce qu'on peut pas faire quand on est en mauvaise santé ? Quelles sont les conséquences d'une mauvaise santé, au quotidien ? Pourquoi ?
 - * Si non abordé spontanément, aborder le thème de la douleur / de la gêne à faire certaines choses...
- Avoir des ennuis de santé « pas graves » / « graves », c'est par exemple...
 - * Qu'est-ce qui peut vous inquiéter, concrètement ? Pourquoi ?
 - * Selon vous, à partir de quand, de quels signes c'est « grave » ? A quoi voit-on / sent-on que « c'est grave » ? (*Donner des exemples*).
- Qu'est-ce que cela veut dire pour vous « urgent » ? A partir de quels signes, symptômes un souci de santé doit-il être traité en « urgence » ? Pourquoi ?
 - * « grave » et « urgent », pour vous c'est plutôt la même chose, plutôt différent, pourquoi ?

2- L'information sur la santé / sur les ressources de santé

- Quelles sont les personnes, les institutions qui parlent de santé ? Qui donne ou diffuse des informations en matière de santé ? (*Exploration très large*).

- Au niveau des médias (*télévision, journaux, radio, ...*), des responsables politiques, institutionnels... Est-ce que vous avez repéré des messages, des conseils en matière de santé ? Si oui...

* Qui diffusait ces messages, plus précisément ?

* Quels sujets abordaient-ils et en quoi cela vous concernait-il éventuellement ? Pourquoi ?

* Qu'est-ce qui vous a éventuellement paru le plus marquant dans ces messages ? Pourquoi ?

* Qu'est-ce qui était clair / pas clair dans ces messages pour vous ? Qu'est-ce qui était intéressant / pas intéressant dans ces messages selon vous ? Pourquoi ?

* Qu'avez-vous fait de cette information ? Pourquoi ?...

- Quelles sont les personnes de votre entourage (*amis, parents, connaissances*) qui ont pu vous donner des informations, des conseils en matière de santé ?

* Quels sujets abordaient-ils ? Pourquoi ?

* Qu'est-ce qui vous a éventuellement paru le plus marquant dans ces messages ou conseils ? Qu'est-ce qui était clair / pas clair dans ces messages ou conseils pour vous ? Qu'est-ce qui était intéressant / pas intéressant dans ces messages ou conseils selon vous ? Pourquoi ?

* Qu'avez-vous fait de cette information ? Pourquoi ?...

- Quels sont les professionnels que vous rencontrez dans vos différentes démarches (*de santé ou autre*) qui vous ont éventuellement donné des informations, des conseils en matière de santé ?

* Quels sujets abordaient-ils ? Pourquoi ?

* Qu'est-ce qui vous a éventuellement paru le plus marquant dans ces messages ? Qu'est-ce qui était clair / pas clair dans ces messages pour vous ? Qu'est-ce qui était intéressant / pas intéressant dans ces messages selon vous ? Pourquoi ?

* Qu'avez-vous fait de cette information ? Pourquoi ?...

- Peut-on faire un point sur les différents professionnels qui interviennent dans le domaine de la santé, ici (*quartier / commune / au-delà...*) ? A qui peut-on faire appel et pour quoi faire ? Nous allons faire une liste des différents professionnels que vous connaissez ou avez repéré...

Si non abordé spontanément relancer sur :

- La mission locale où les jeunes sont inscrits

- L'école- le collège- le lycée

- Le CPEF, ...

- D'une manière générale, quelles sont les ressources en matière de santé à propos desquelles il est le plus difficile d'avoir des informations ? Pourquoi ?

* Est-ce que c'est facile/difficile de repérer ces professionnels ? Pourquoi ?

* Où /comment peut-on avoir de l'information sur les professionnels de santé qui se trouvent sur votre quartier, votre commune, etc... ? Comment jugez-vous cette information ? Pourquoi ?

- Pour l'ensemble des personnes citées, qui vous semble être le plus proche de vos préoccupations ? Pourquoi ?

.....PAUSE DE 10 MN.....

3- Le soin / Pratiques en matière de santé

- D'après vous, que faut-il faire pour être / se maintenir en bonne santé ? Comment ? Pourquoi ?

- Est-ce que l'on peut, dans certains cas, se soigner soi-même, à la maison (*seul ou avec l'aide d'un proche*) ? Pourquoi ? Comment ?

* Pour quelles maladies ou ennuis de santé ? (Donner des exemples concrets - santé physique, mentale)

* Dans ces cas, qu'est-ce qu'il faut prendre ? Faire ?

- A l'inverse, selon vous, qu'est-ce que l'on ne peut pas soigner soi-même ? Quelles sont les situations où l'on a besoin d'aller voir un professionnel ?...Pourquoi ?

* Pour quelles maladies ou ennuis de santé ? (Donner des exemples concrets - santé physique, mentale).

Si non abordé spontanément relancer sur la maternité/la contraception.

* Quels sont les professionnels qui peuvent alors aider à aller mieux, à se soigner, pour les différents soucis de santé dont vous avez parlé ? Pourquoi ? En faisant quoi ?

* Dans quelles situations va-t-on à l'hôpital ? Pourquoi ?

- Finalement, qu'attendez-vous d'un professionnel de santé (*faire détailler les professionnels*) ? Pourquoi ?

4- L'accessibilité de la santé / des ressources de santé

- Selon vous est-ce que c'est facile / difficile d'avoir des réponses, des solutions en matière de santé ? Dans quels domaines plus particulièrement ? Pourquoi ?
- Quels sont concrètement, les différents obstacles que les jeunes comme vous peuvent rencontrer et pourquoi ?
 - * Difficultés financières (avec ou sans CMU, etc...) ? Pour quel type de soin en particulier ? Y a-t-il éventuellement des solutions possibles ? Lesquelles ? Pourquoi ?
 - * Difficultés à aborder certains sujets (tabous, intimes, affectifs, etc...) ? Lesquels et pourquoi ?
 - * Difficultés en terme de distance / de transports / d'horaires ? Lesquels et pourquoi ?
 - * Difficultés relationnelles avec les différents professionnels de santé ? Lesquels et pourquoi ?
 - * Difficultés spécifiques aux mineurs, qui ont besoin de l'accord de leurs parents ? Lesquels et pourquoi ?

5- Perception et opinion sur les ressources de santé

- D'après vous quels sont les professionnels qui répondent le mieux à vos attentes ? Pourquoi ?
 - * En matière d'accueil, de contact ? Pourquoi ?
 - * En matière de soins, de « résultats » ? Pourquoi ?
 - * Autres... ?
- D'après votre expérience, qu'est-ce qui a été le moins satisfaisant au niveau des professionnels de santé ? Pourquoi ?
 - * Quels sont les éléments qui, concrètement, vous laissent insatisfaits ? Pourquoi ?
 - * Comment avez-vous réagi face à cette absence de solution / à cette « mauvaise » solution ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous pu trouver une autre solution auprès d'un autre professionnel, d'une autre personne de votre entourage, « tout seul » ?... Racontez...

6. Bilan

- Finalement, d'après vous, sur quels thèmes de santé faudrait-il améliorer l'information des jeunes ? Pourquoi ? Comment, selon vous ?
 - * Selon vous, sur quels thèmes faudrait-il « sensibiliser » les jeunes ? Pourquoi ? Comment ? Pourquoi ?
- Quels sont les supports d'information qui vous paraissent les plus pertinents pour vous ? Pourquoi ?
- Selon vous, qu'est-ce qu'il faudrait changer, améliorer pour que les jeunes aient un bon accès aux ressources de santé ? Pourquoi ? Comment ?