



HAL
open science

Santé et recours aux soins des jeunes en insertion socio-professionnelle : une recherche interventionnelle multicentrique

Sarah Robert

► **To cite this version:**

Sarah Robert. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion socio-professionnelle : une recherche interventionnelle multicentrique. Santé. Sorbonne Université, 2020. Français. NNT : 2020SORUS038 . tel-03152642

HAL Id: tel-03152642

<https://theses.hal.science/tel-03152642>

Submitted on 25 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sorbonne Université

École doctorale Pierre Louis de Santé Publique à Paris : Epidémiologie et

Sciences de l'Information Biomédicale (ED 393)

Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique

Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale

**Santé et recours aux soins des jeunes en insertion
socio-professionnelle : une recherche interventionnelle
multicentrique**

Par : Sarah ROBERT

Thèse de doctorat d'Épidémiologie

Dirigée par Pierre CHAUVIN

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2020, devant un jury composé de :

Mme Florence JUSOT

Rapporteur

M. Laurent RIGAL

Rapporteur

M. Olivier FAIN

Examineur

Mme Maud GELLY

Examineur

M. Pierre CHAUVIN

Directeur de thèse

Cette thèse a été réalisée au sein de l'Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) de l'Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP, Inserm-Sorbonne Université).

Résumé

En France, les Missions locales (ML) accueillent les jeunes en insertion socio-professionnelle – qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni en études – âgés de 16 à 25 ans, soit 10 à 15% des jeunes de cette tranche d'âge. L'objectif des ML est de permettre à ces jeunes de surmonter les difficultés qui font obstacle à leur insertion dans leur transition entre l'école et la vie active – les problématiques de formation, d'emploi, de logement, de santé étant interdépendantes.

En France, les études sur la santé des jeunes en insertion restaient exceptionnelles avant la réalisation du projet Presaje conduite dans cinq ML en 2011. Les données de ce travail ont montré que, malgré une certaine hétérogénéité des parcours, ce public nombreux et vulnérable accumule des facteurs de risque vis-à-vis de la santé : peu ou pas diplômé, isolé socialement, ayant une couverture sociale insuffisante, et une faible confiance en soi et dans les institutions. Les jeunes en insertion sont, en effet, en moins bonne santé que les autres jeunes du même âge. Ils sont plus nombreux à présenter une maladie chronique, un mal-être psychique, une obésité ou un surpoids. Malgré des besoins en santé importants, ils ont moins souvent recours aux soins que les autres jeunes en population générale.

Cette thèse a aussi permis de souligner l'importance des « points santé » au sein même des ML. La proposition systématique d'une consultation de médecine sociale et préventive auprès de ce public – en plus d'améliorer certains comportements et connaissances en santé – permet d'augmenter leur nombre d'entrées en mesure (participation à une formation ou à un atelier) et nous l'espérons in fine leur taux d'emploi.

Mots clés : Chômage ; Jeune adulte ; Déterminants sociaux de la santé ; Etat de santé ; Disparités d'accès aux soins ; Essai contrôlé randomisé.

Abstract

In France, “Missions locales” are public assistance sites for young people aged 16–25 years who are not in employment, in education or training (NEET). More than 1.4 million NEETs – i.e. ten to fifteen percent of the youth – participate in these sites each year. The main goal of “Missions locales” is to enhance both professional and social insertion – since education, employment, housing and health issues are inseparable.

Several international studies have shown that NEETs have poor health status. In France, there were very few quantitative studies on this topic until the PRESAJE survey in 2011, which took place in five “Missions locales”. Based on data from this survey, we showed that the overall social profile of the NEET population was diverse, with more difficult living conditions than in the general population. Health-related vulnerability factors identified were: low education level; social isolation; insufficient health insurance; low self-esteem; and, low level of trust in institutions. Some of their health indicators were remarkably poor compared to other youth of the same age: more often, they had chronic disease, were overweight or obese, and their mental health status was poor. Despite their poor health, NEETs had less access to health care than the youth of the same age in the general population.

This work also has highlighted the importance of having health sites inside “Missions locales”. Social and preventive medicine consultations that are fully integrated into the social services for NEETs have an impact on their access to training (and we hope subsequently on their employment), and contribute to changing some of their health-related behaviours.

Keywords: Unemployment; Young adult; Social determinants of health; Health status; Health care; Randomized controlled trial;

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont en premier lieu à Pierre Chauvin. Je te remercie pour ton accompagnement pendant toutes ces années, ton initiation à l'épidémiologie sociale et au monde de la recherche. Les échanges avec toi sont toujours enrichissants et sympathiques. Pourvu qu'ils continuent.

Merci aux membres du jury et plus particulièrement au Pr Florence Jusot et au Pr Laurent Rigal d'avoir accepté d'être rapporteurs de cette thèse. Merci aussi au Pr Olivier Fain de m'avoir accompagnée à différentes étapes de ma vie professionnelle (internat, thèse d'exercice et maintenant thèse d'épidémiologie). Merci à Maud Gelly pour son enthousiasme et sa pratique convaincue de la médecine.

Merci à Sophie Lesieur pour sa gentillesse et ses bons conseils. Merci à Virginie Kergoat, Didier Dugast, Joël Dutertre pour leur investissement dans le projet Presaje et dans les Missions locales.

Merci à tous les membres de l'équipe ERES de m'avoir accueillie avec tant de patience dans leur équipe.

Merci aux membres du DERMG de Paris 6, et particulièrement Anne-Marie Magnier, Philippe Cornet, Gladys Ibanez et Julie Chastang qui m'ont soutenue et accompagnée chacun.e à leur manière pendant toutes ces années.

Merci à mes collègues actuels et passés du CMS du Cygne et de la PASS de St-Antoine.

Merci à Dahlia pour la relecture de l'anglais (mais surtout pour tous les bons moments passés avec toi et ta famille).

Merci au service public et à ses agents de nous être utiles à tous dans notre vie quotidienne et de tenter de maintenir une paix sociale. Merci aux auxiliaires de puériculture de la crèche du 117 Philippe Auguste de participer activement à l'éveil de mes enfants, merci à la Municipalité de St-Denis de me permettre de travailler dans de bonnes conditions, merci à l'hôpital public de me soigner quand j'en ai besoin (un remerciement spécial au Pr Goffinet pour son courage et sa patience lors du suivi de mes grossesses), etc.

Merci aux patients pour leur humanité et tout ce qu'ils m'apportent dans ma pratique quotidienne.

Merci à tous mes proches pour leur soutien et leur bienveillance dans les bons mais aussi les moins bons moments.

Merci à Geoffroy, à Léa et à Emile, mes rayons de soleil, mes plus belles réussites.

Cette thèse est dédiée à ma mère et à Adam.

TABLE DES MATIERES

Résumé	4
Abstract	5
Remerciements	6
Table des matières	9
Acronymes	11
Liste des publications en lien avec la thèse	13
Introduction	15
I. La jeunesse dans les années 2010	17
A. Qui sont les jeunes ?	17
B. Quelques chiffres sur la jeunesse en France dans les années 2010	18
C. Que partagent les jeunes ?	20
D. Les inégalités sociales chez les jeunes	23
II. L'emploi des jeunes	25
A. La situation des jeunes sur le marché du travail	25
B. Un taux de chômage élevé et une forte sensibilité à la conjoncture économique chez les jeunes	27
C. Les trajectoires d'insertion des jeunes à leur sortie de formation initiale	30
D. Les facteurs d'hétérogénéité à l'égard de l'emploi chez les jeunes	30
E. Certaines difficultés d'insertion relèvent de facteurs externes au marché du travail et aux compétences des jeunes	45
F. Les NEETs	47
III. Les Missions locales et l'accompagnement des jeunes	60
A. Quarante ans de politique d'emploi en faveur des jeunes – Une succession de dispositifs	60
B. Les principes fondateurs et l'histoire du réseau des Missions locales	63
C. Le réseau et l'organisation des Missions locales en France	73
D. Qui sont les jeunes reçus par les Missions locales ?	74
IV. La santé des jeunes	79
A. Généralités	79
B. La santé mentale, le suicide et le mal-être chez les jeunes	81
C. La santé des jeunes et les politiques de santé publique	83
D. Les comportements de santé des jeunes	84

E.	Les inégalités chez les jeunes concernent aussi la santé	88
V.	Objectifs de la thèse	90
	Méthodologie générale – Le projet Presaje	91
I.	Justification de l'étude	91
II.	Les objectifs de l'étude	92
III.	L'intervention	93
IV.	Sélection des Missions locales	95
V.	Critères d'éligibilité des participants et caractéristiques de la population d'étude	96
VI.	Analyses	99
	Chapitre 1 – Un état de sante dégradé et un moindre recours aux soins des jeunes en insertion	101
	Chapitre 2 – La proposition d'une consultation de médecine sociale et préventive améliore les entrées en mesure et les comportements en santé des NEETs suivis en Mission locale	117
I.	Les effets de l'intervention du groupe « assistant social »	117
II.	Les effets de l'intervention du groupe « médecin »	120
	Discussion	145
I.	L'aller-vers	147
A.	Définition et concept de « l'aller-vers » (ou outreach)	148
B.	Naissance de « l'aller-vers »	149
C.	Les actions « d'aller-vers » sont surtout destinées aux personnes précaires	150
D.	Les raisons du non-recours à l'offre sociale	152
E.	Les objectifs de « l'aller-vers »	155
II.	La mise en perspective des essais contrôlés randomisés en économie du développement	159
III.	L'évaluation des politiques d'emploi en faveur des jeunes	167
	Conclusion et perspectives	171
	Bibliographie	173
	Table des tableaux	185
	Table des figures	186
	Table des encadrés	188
	Table des illustrations	189
	Annexes	190
Annexe 1		190
Annexe 2		193
Annexe 3		201

ACRONYMES

ANPE	Agence nationale pour l'emploi
AFD	Agence française de développement
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARS	Agence régionale de santé
BEP	Brevet d'études professionnelles
BIT	Bureau international du travail
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
Céreq	Centre d'études et de recherches sur les qualifications
Cetaf	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CIVIS	Contrat d'insertion dans la vie sociale
CMUc	Couverture médicale universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNESCO	Conseil national d'évaluation du système scolaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNML	Conseil national des Missions locales
Crédoc	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CREST	Centre de recherche en économie et statistique
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
Direccte	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
FEJ	Fonds d'expérimentation pour la jeunesse
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Ined	Institut national d'études démographiques
INJEP	Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISRCTN	International standard randomized controlled trial number
MARSS	Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social
ML	Mission locale
NEET	Neither in Employment, nor in Education or Training
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONG	Organisation non gouvernementale
Onzus	Observatoire national des zones urbaines sensibles
ORS	Observatoire régional de santé
PAIO	Permanences d'accueil, d'information et d'orientation
PIB	Produit intérieur brut
RCT	Randomized control trial
RSA	Revenu de solidarité active
ZUS	Zone urbaine sensible

LISTE DES PUBLICATIONS EN LIEN AVEC LA THESE

Publications dans des revues référencées à comité de lecture

Robert S, Romanello L, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Ibanez G, Chauvin P. Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): a multicenter interventional study in France. Plos One 2019;14(4): e0216226. doi: 10.1371/journal.pone.0216226

Robert S, Lesieur S, Chastang J, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017 Aug;65(4):265-276. doi: 10.1016/j.respe.2017.01.120

Présentations

Robert S, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. *État de santé des « NEET » en France métropolitaine*. Congrès de la Société française de santé publique, Tours, 04-06 novembre 2015.

Robert S, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. *Health and socioeconomic characteristics of young people not in employment, education or training in France in 2011*. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. Abstract in: Eur J Public Health 2015;25(S3):276.

Robert S, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. *Pourquoi les jeunes en insertion ont moins de médecin régulier que les autres jeunes en population générale ?* IX^{ème} Congrès de la Médecine Générale France, Paris, 26-28 mars 2015.

Robert S, Lesieur S, Kergoat, Dutertre J, Chauvin P. *Quels jeunes en insertion sont les plus à distance du système de soins en France ?* VI^{ème} Congrès International d'Épidémiologie ADELFI-EPITER, Nice, 10-12 septembre 2014. Abstract in: Rev Epidemiol Sante Publique 2014;62(S5):S202-3.

INTRODUCTION

L'insertion socio-professionnelle des jeunes fait-elle l'objet d'une attention sociétale, politique et scientifique à la hauteur des enjeux qu'elle soulève ? La réponse est certainement non. L'enjeu est évidemment sociétal lorsque 15% de cette tranche d'âge ne travaille pas et n'est pas en formation alors qu'elle constitue tant un vivier d'emplois que l'avenir du pays ; l'enjeu est indéniablement politique puisque des décisions doivent être prises à un niveau national pour enrayer ce phénomène ; l'enjeu est également scientifique lorsqu'il s'agit d'évaluer les solutions proposées. L'objet de cette thèse est de contribuer à apporter des réponses scientifiques et des solutions à cette problématique sous l'angle disciplinaire de l'épidémiologie, et plus particulièrement sous l'angle de l'épidémiologie sociale.

Dans l'introduction, nous débiterons par un tour d'horizon de la jeunesse dans les années 2010, en mettant l'accent sur la situation des jeunes face à l'emploi. Nous aborderons, alors, le concept des NEETs. Nous verrons, ensuite, comment les Missions locales sont les seules institutions à un niveau national qui accompagnent les jeunes dans leur démarche d'insertion, et nous nous intéresserons, en particulier, à leur histoire, leurs principes fondateurs et leur évolution au fil des années. Nous dresserons ensuite un bilan de l'état des connaissances de la santé des jeunes, et plus spécifiquement des inégalités sociales de santé au sein de cette tranche d'âge. Dans cette introduction, nous nous appuyerons sur des documents issus de domaines très divers, tels que la sociologie, l'histoire, l'épidémiologie, l'économie, la démographie, etc.

Dans un deuxième temps, nous décrirons la méthodologie générale du Projet Presaje. Les données de Presaje nous serviront de base, d'analyse et de discussion tout au long de ce manuscrit. Le rapport Presaje a déjà été publié par le CREST (CREST 2014) et le travail de cette thèse ne consiste aucunement à en faire un doublon, mais vise plutôt, en s'appuyant sur les données récoltées de ce projet, à décrire, d'une part, la santé et le recours aux soins des jeunes en insertion d'un point de vue épidémiologique et, d'autre part, à évaluer une intervention dont l'objectif est d'améliorer la santé et l'insertion des jeunes accueillis dans les Missions locales. Dans ce chapitre, nous verrons, en premier lieu, comment et pourquoi le projet a vu le jour, puis nous détaillerons la méthode utilisée et les analyses statistiques employées dans ce travail. Dans le premier chapitre de résultats, nous ferons un état des lieux descriptif de l'état de santé et du recours aux soins des jeunes en insertion socio-professionnelle et comment cela peut engendrer des difficultés d'insertion. Dans le second chapitre, nous étudierons les effets des deux interventions proposées dans Presaje.

Enfin, dans un dernier temps, nous discuterons des résultats sous le prisme de deux thématiques principales. Nous analyserons ainsi comment cette expérimentation peut s'apparenter à une démarche « d'aller-vers », puis, nous examinerons les forces et les limites des essais contrôlés randomisés pour évaluer des interventions de politique publique.

I. La jeunesse dans les années 2010

A. Qui sont les jeunes ?

1. A quel âge finit l'enfance et commence la jeunesse ? A quel âge finit la jeunesse ?

La jeunesse a longtemps été considérée comme un état transitoire antérieur au franchissement des trois seuils définissant l'entrée dans l'âge adulte : emploi stable, résidence indépendante, mise en couple. L'adolescence est la période qui suit l'enfance, et la jeunesse celle qui sépare la fin de la scolarité obligatoire de l'accès à l'indépendance financière et résidentielle. Si l'on s'accorde donc généralement à savoir quand commence la jeunesse, il est bien plus difficile de dire quand elle se termine (Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012). Bien que la jeunesse soit une catégorie complexe au carrefour du social, du biologique et du psychologique, il est nécessaire pour les différentes institutions de classer cette catégorie dans une tranche d'âge standard (ce qui peut conduire à amalgamer de façon abusive des expériences sociales très diverses) (Loriol 2004). En raison de cette complexité, différentes tranches d'âge ont été retenues en fonction des institutions. Selon les Nations Unies, l'intervalle d'âge retenu pour définir la jeunesse est de 15 à 24 ans, pour l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) de 15 à 29 ans, pour l'INJEP (Institut National de la jeunesse et de l'éducation populaire) de 15 à 30 ans. Les Missions locales accueillent les jeunes de 16 à 25 ans. La majorité pour voter et passer son permis de conduire est fixée depuis 1972 à 18 ans en France (alors qu'elle était auparavant fixée à 21 ans). Pour bénéficier des réductions de la SNCF, la célèbre carte de réduction 12-25 a été étendue jusqu'à 27 ans en 2012. Dans ce travail, nous parlerons le plus souvent de jeunes qui avaient entre 18 et 25 ans en 2011.

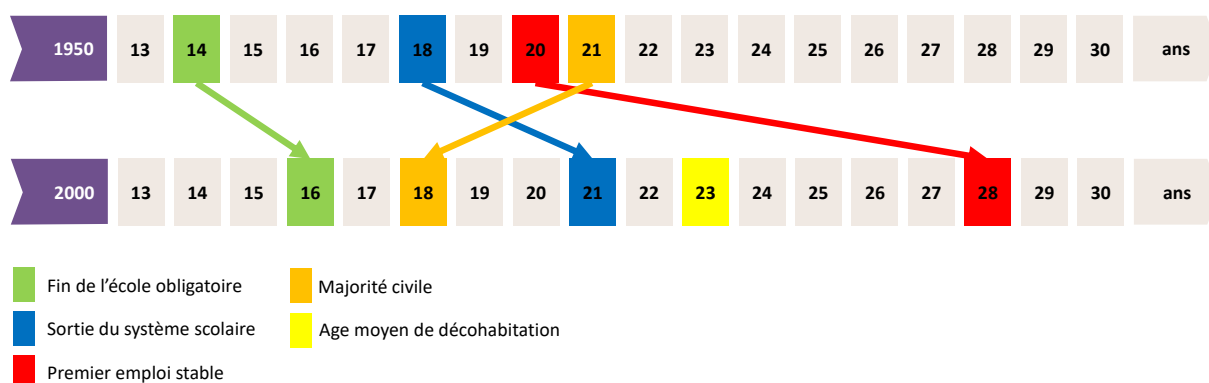


Illustration 1 : Etre jeune en 1950 et en 2000 (d'après Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012)

2. Différence entre génération et âge

L'âge situe un individu à un moment de sa vie, alors que la génération situe l'individu à partir de sa date de naissance et de son contexte historique. Par exemple, nous pouvons entendre dire que les

jeunes sont particulièrement touchés par la crise. Mais la question est de savoir si les jeunes d'aujourd'hui sont particulièrement touchés par la crise (s'agit-il d'un effet de génération ?) ou alors s'il s'agit d'effets inhérents à cette période de la vie (s'agit-il d'un effet d'âge ?).

Comme disait Pierre Bourdieu (Bourdieu 1984) : « *On est toujours le vieux ou le jeune de quelqu'un. C'est pourquoi les coupures soit en classes d'âge, soit en générations, sont tout à fait variables.* ».

Nous tâcherons donc dans ce manuscrit de préciser la tranche d'âge et l'année d'étude chaque fois que nous citerons des références.

B. Quelques chiffres sur la jeunesse en France dans les années 2010

Les jeunes adultes de 18 à 24 ans représentent 8,4% de la population en 2011, soit 5,4 millions d'individus en France métropolitaine. La part des jeunes dans la population totale évolue globalement à la baisse depuis le milieu des années 1970 (Guedj et al. 2015 ; Insee 2013).

La grande majorité des 15-19 ans sont en étude et la transition vers la vie active s'effectue pour la majorité des jeunes entre 20 et 24 ans. A partir de 20 ans, les chômeurs (au sens du BIT – bureau international du travail) et les autres inactifs représentent plus d'un jeune sur cinq (cf. définitions de l'Encadré 1 page 25).

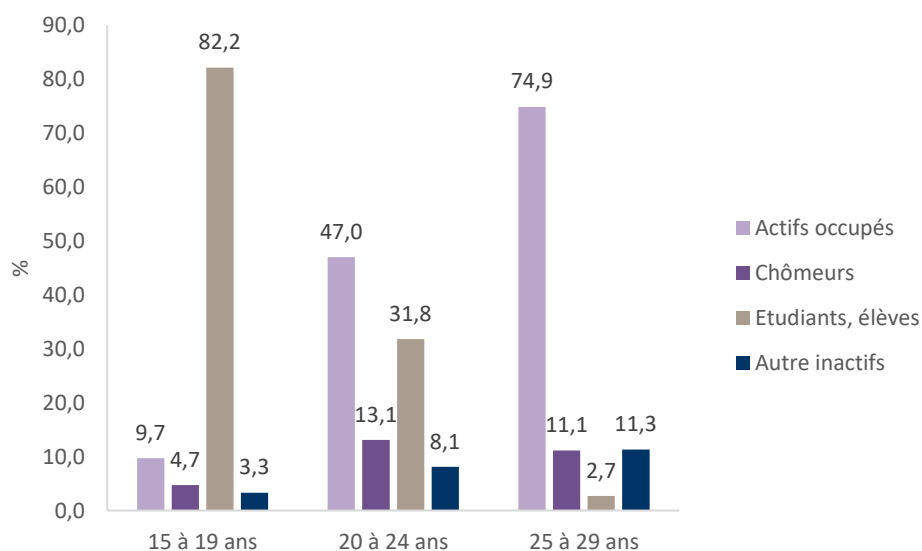


Figure 1 : Situation des jeunes âgés de 15 à 29 ans en 2011 (d'après Insee 2013)

En 2013, 2,7 millions des jeunes âgés de 18 à 29 ans étaient en étude, soit 28,6% de cette tranche d'âge : 27,3% pour les garçons et 30,0% pour les filles. La grande majorité des jeunes en étude – un peu plus de 2 millions soit 74,0% – a le statut d'étudiant ; les autres jeunes en étude, mais qui ne sont

pas étudiants, se partagent en proportions équivalentes entre l'apprentissage et la poursuite d'études dans le second degré. À 18 ans, 77% des jeunes sont en étude, toutes formations confondues. À 25 ans, ils ne sont plus que 11,1%. À 29 ans, c'est le cas d'encre 2,7% (dont 28% sont en master, 22% en doctorat, 13% en études de médecine et 12% en licence) (Guedj et al. 2015).

La répartition des jeunes sur le territoire n'est pas homogène et évolue avec l'âge, en fonction du cycle de vie. Pendant les « années lycée », les adolescents entre 15 et 17 ans vivent le plus souvent chez leurs parents. Leur répartition géographique est identique à celle de l'ensemble de la population. De 18 et 24 ans, les jeunes, étudiants ou en début de vie active, habitent essentiellement dans les grandes villes. Les trois quarts des étudiants de France métropolitaine se concentrent dans trente grandes villes. À partir de 25 ans, la plupart des jeunes ont terminé leurs études. Ces jeunes adultes entrent dans la vie active et se rapprochent alors des principaux pôles d'activité économique (Brutel 2010).

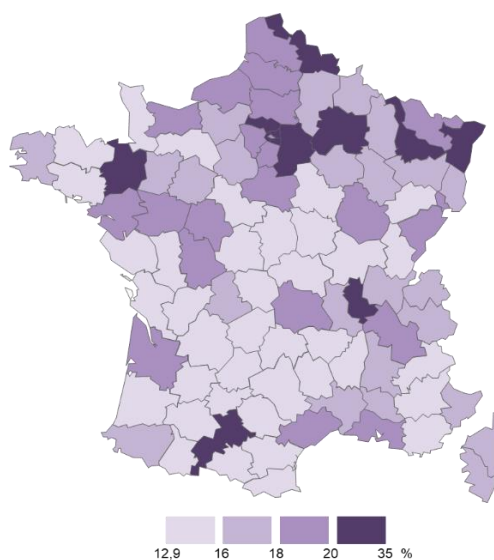


Figure 2 : Part des 15-30 ans dans la population totale en France en 2009 (%) (d'après Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012)

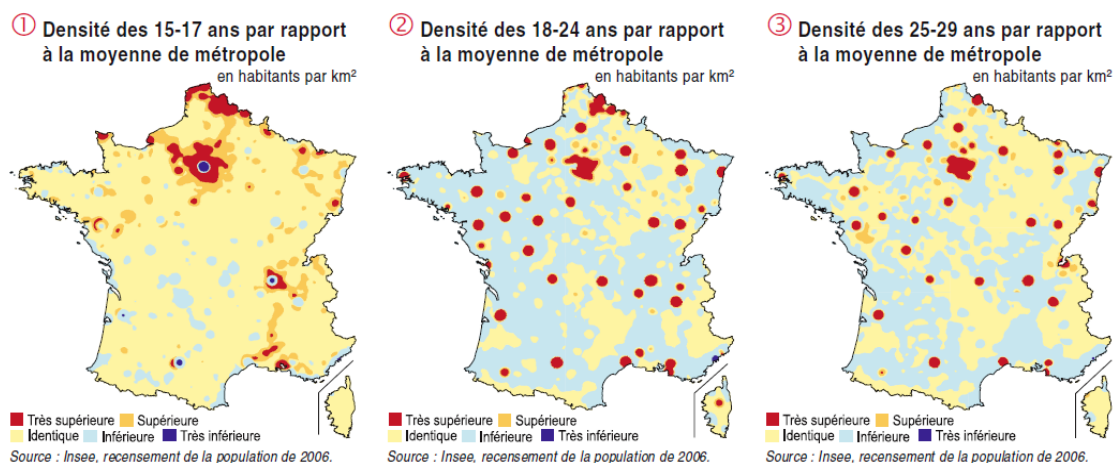


Figure 3 : Densité des 15-29 ans par rapport à la moyenne de métropole en 2006 (source : Brutel 2010)

C. Que partagent les jeunes ?

A partir des années 1960, en même temps que de profonds changements marquaient la société – légalisation de la contraception, mixité dans les établissements scolaires, collège unique, mais aussi avènement de la société de consommation et émancipation progressive des jeunes, etc. – est apparu ce qu'on a appelé la « culture jeune ». Si la télévision, les vêtements, les loisirs, la musique, le sport ou encore les jeux vidéo et les réseaux sociaux ne sont pas spécifiquement destinés aux jeunes, leur surconsommation par ces derniers apparaît aujourd'hui comme un marqueur de leur identité et de l'organisation de leur vie sociale. Par ailleurs, dans beaucoup de leurs pratiques de consommation, les jeunes jouent avec les limites, l'interdit et le danger, ils expérimentent les normes sociales notamment à travers leur dépassement, ce qui participe de fait à l'évolution de ces normes sociales (Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012).

En 2011, 87% des jeunes de 18 à 24 ans allaient sur internet quotidiennement alors que ce taux s'élevait à 84% chez les 25-39 ans, 66% chez les 40-69 ans, et 60% chez les plus de 70 ans (INJEP 2018). Il arrivait à 70% des jeunes de 15 à 24 ans de télécharger illégalement certains contenus sur internet (musique, films, jeux vidéo, etc.) alors que le piratage ne concernait que 10% des plus de 65 ans. Concernant la musique, 71% des jeunes en écoutaient quotidiennement, contre 38% en moyenne dans le reste de la population. Aussi, en 2011, la fréquentation des sites de rencontre allait en décroissant l'âge avançant (près d'un tiers des 20-24 ans s'était déjà connecté sur un site de rencontre, quel que soit le sexe, contre moins de 5% des plus de 50 ans). Le nombre moyen de SMS envoyés par les plus âgés était de l'ordre de 1 par semaine alors que les plus jeunes en émettaient en moyenne 250 par semaine. En 2010, alors que les 15-34 ans représentaient 29,7% de la population française, 43,2% des joueurs de jeux vidéo appartenaient à cette tranche d'âge.

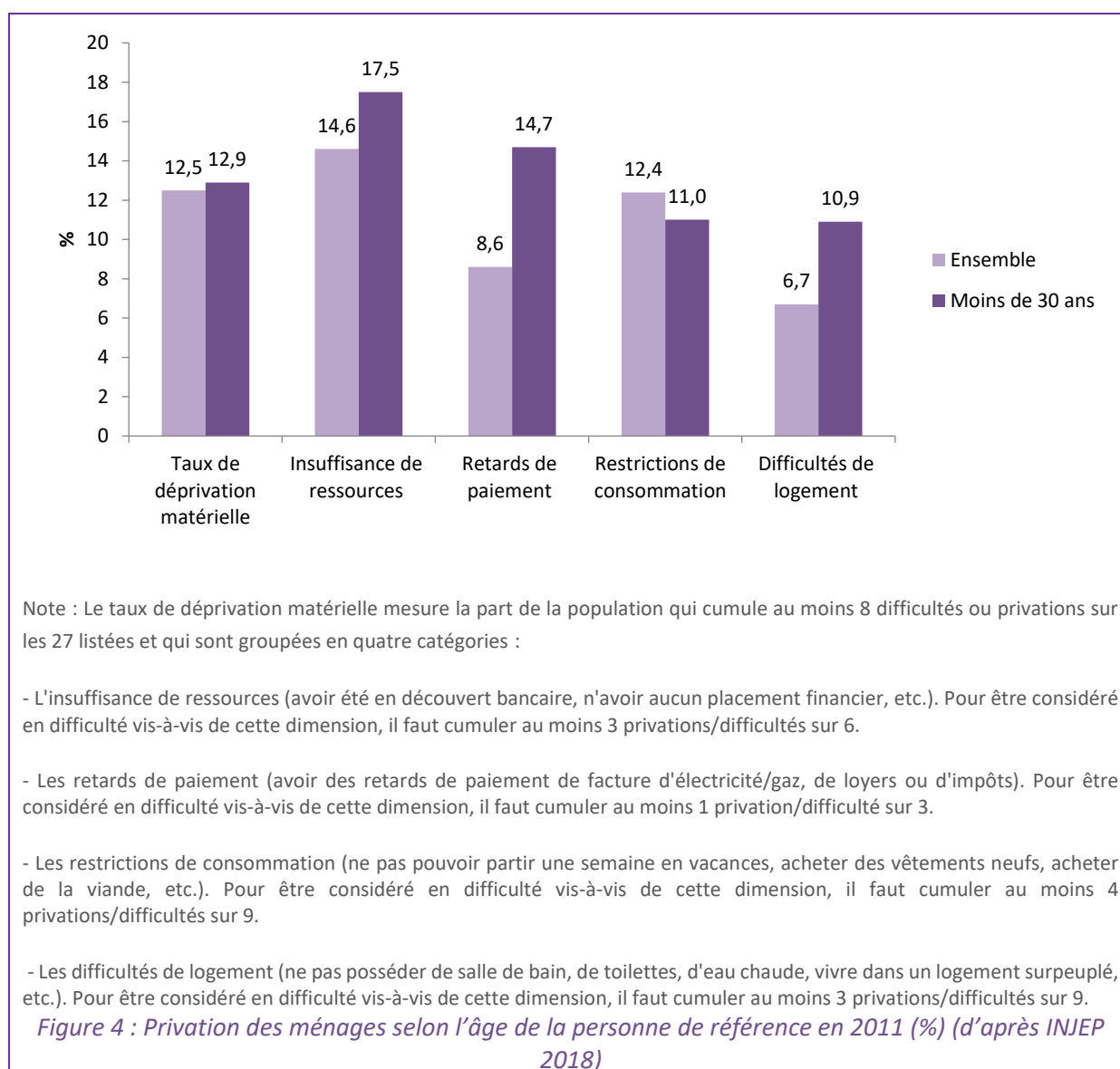
En moyenne, les jeunes pratiquent plus souvent du sport et sont plus souvent supporters que leurs aînés (Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012).

L'enquête du Crédoc (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), menée en 2006 sur « les attitudes et opinions des jeunes : spécificités et similitudes avec le reste de la population », montre que les opinions des jeunes de 18 à 29 ans tendent à se confondre de plus en plus avec le reste de la population. Les grands thèmes abordés dans cette enquête sont la famille, le sentiment de sécurité, la sociabilité, les politiques sociales, les transformations de la société, les préoccupations et les inquiétudes. Les quelques particularités d'opinions spécifiques aux moins de 30 ans concernent les domaines de la famille (ils sont moins attachés à la famille comme valeur refuge que leurs aînés bien que près de neuf jeunes sur dix plébiscitent la famille comme le domaine le plus important de leur vie, ils sont plus nombreux à penser que les femmes devraient travailler si elles le désirent que leurs aînés), la sociabilité amicale (63% des jeunes reçoivent en moyenne au moins une

fois par semaine chez eux des amis alors que seuls 36% de leurs aînés le font) et leur optimisme quant à leurs conditions de vie à venir (55% des moins de 30 ans envisagent une amélioration de leurs conditions de vie dans les cinq prochaines années, contre 21% des plus de 30 ans). Les moins de 30 ans croient un peu moins aux effets « déresponsabilisants » des politiques sociales : 69% d'entre eux pensent que la prise en charge des familles défavorisées permet à ces foyers de vivre et seuls 28% (contre 34% de leurs aînés) estiment que cela leur enlève « tout sens des responsabilités ». Les jeunes jugent un peu plus souvent que les autres que les pouvoirs publics ne font pas assez pour les plus démunis (71%, contre 66% des 30 ans et plus). En outre, un constat s'impose à la lecture du rapport du Crédoc : contrairement aux années 1960, voire 1980, où subsistaient des conflits de valeurs entre les générations, on assiste depuis une trentaine d'années à une convergence des valeurs entre les différentes générations (Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012 ; Crédoc 2006).

Au-delà de la « culture jeune » et des opinions qu'ils partagent, les jeunes présentent globalement un niveau de vie plus faible, un haut niveau de pauvreté, un taux élevé de chômage qui se maintient dans le temps, et une insertion professionnelle compliquée (voir Chapitre II de l'introduction). Les répercussions sont des difficultés à disposer d'un logement faute de garanties, à s'établir en couple et à fonder une famille (qui rappelons-le jalonnent la transition vers l'âge adulte), à s'accorder des loisirs et à être en bonne santé (voir Chapitre IV de l'introduction).

Ainsi, en 2011, 20,0% des moins de 30 ans avaient un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian alors que ce taux s'élevait à 14,2% de l'ensemble de la population (INJEP 2018).



Une des étapes marquant l'entrée dans l'âge adulte correspond à l'accès à un logement indépendant. En 2010, 41% des jeunes de 18 à 25 ans n'habitaient plus chez leurs parents. Malgré l'allongement de la jeunesse, l'âge médian au départ du foyer familial est resté stable à 23 ans depuis 40 ans. En raison d'une forte concentration des établissements d'études supérieures dans les métropoles régionales, les

jeunes des villes moyennes de province décohabitent plus tôt en moyenne que les étudiants des grandes villes ou de la région parisienne. Les jeunes étudiants qui n'habitent plus chez leurs parents sont plus souvent issus de familles plus aisées. En effet, la décohabitation ne met pas forcément un terme aux solidarités familiales. Dans les zones de forte tension du marché immobilier, et en particulier en Ile-de-France, les étudiants des familles plus modestes décohabitent moins souvent pendant leurs études ou alors poursuivent moins longtemps leurs études. En 2011, en Ile-de-France, l'âge médian de décohabitation était de 24 ans et 9 mois alors qu'il était de 22 ans et 1 mois dans le reste de la France. En 2011, 10,9% des moins de 30 ans déclaraient des difficultés de logements contre 6,7% en population générale (INJEP 2018 ; Kesteman 2010 ; Lhommeau 2014). Comme le dit justement Nadia Kesteman (Kesteman 2010) : « Les jeunes sont ainsi soumis aux exigences contradictoires d'un marché du travail qui demande mobilité et flexibilité et d'un marché du logement rigide et exigeant. »

L'entrée dans la vie amoureuse est une étape importante dans la construction de l'identité et la mise en couple est considérée comme un des piliers de la transition vers l'âge adulte. Près d'un quart des 18-25 ans se disent en relation stable alors que 70% des 26-30 ans déclarent être dans une relation stable (ou sont mariés) dans une enquête de l'Ined en 2009. L'arrivée du premier enfant marque aussi l'entrée dans l'âge adulte et l'âge moyen du premier enfant en France est autour de 30 ans pour les femmes dans les années 2010 (et 32 ans pour les hommes) (Amsellem-Mainguy et Timoteo 2012).

Concernant les vacances, en 2011, 31,8% des 15-24 ans n'étaient pas partis en voyage pour raisons personnelles alors que 24,1% du reste de la population n'était pas partie en vacances la même année (INJEP 2018).

En réalité, il existe plusieurs jeunesses et vouloir à tout prix harmoniser la jeunesse revient à nier la question sociale. Les différences sont grandes selon l'âge, le sexe, le diplôme, le territoire, etc. et vont entraîner des difficultés différenciées en particulier à l'égard de l'emploi et de l'accès au logement.

D. Les inégalités sociales chez les jeunes

Pour apporter un éclairage sur ce sujet, nous citerons l'introduction du rapport très complet de l'INJEP de 2012 sur les Inégalités entre jeunes sur fond de crise (INJEP 2012) : « Le diagnostic de la fragmentation de la jeunesse française est, aujourd'hui, largement partagé par les sociologues, quelle que soit leur école. Cette division s'enracine dans le fonctionnement structurel de la société française avec, quel que soit l'auteur, la mise en exergue d'un fort impact de l'instance scolaire : pour Olivier Galland, « c'est le résultat d'un modèle social élitiste où l'école et le marché du travail servent de machines à trier » ; pour Stéphane Beaud, « c'est le produit d'un régime de reproduction sociale à composante scolaire, c'est-à-dire où le niveau et le type de diplôme possédé commandent étroitement le mode d'insertion professionnelle et sociale [...], qui contribue de manière centrale à maintenir en position dominée les classes populaires, tant dans l'espace scolaire que, par la suite, dans l'espace

professionnel et social ». Comment évoluent ces clivages ? Sont-ils renforcés par les transformations – conjoncturelles et structurelles – de l'économie et de la société, au point de menacer d'exclusion une fraction non négligeable de la population jeune, la moins diplômée, d'origine populaire ? Stéphane Beaud a formulé l'hypothèse d'un phénomène de relative inversion historique entre les deux jeunessees (bourgeoise et populaire). La jeunesse populaire, hier caractérisée par différents attributs – entrée précoce sur le marché du travail, synchronisation des calendriers professionnel, résidentiel, matrimonial –, connaîtrait une série de retardements dans la transition vers l'âge adulte, au point même de ne peut-être jamais connaître de stabilisation dans son parcours biographique et en quelque sorte d'être contrainte de vivre une jeunesse « éternelle ». Tandis que la jeunesse bourgeoise, elle, connaîtrait désormais un accès plus précoce et stable à la vie active, une forte mobilité professionnelle, un calendrier matrimonial en phase avec le calendrier professionnel resserré, donc une jeunesse raccourcie. » (Beaud 2009)

II. L'emploi des jeunes

A. La situation des jeunes sur le marché du travail

En France, selon le Céreq (Centre d'études et de recherches sur les qualifications), environ 700 000 jeunes sortent chaque année du système de formation initiale. La plupart d'entre eux (90%) se portent sur le marché du travail, ce qui correspond à l'arrivée de plus de 600 000 jeunes sur le marché du travail chaque année (Joseph et Rouaud 2014).

Encadré 1 : Quelques définitions : chômeurs, actifs, taux de chômage et part au chômage

Actifs : ils regroupent les actifs occupés et les chômeurs. Les actifs occupés au sens du BIT ont exercé une activité au cours de la semaine précédant leur interrogation (y compris vacances, arrêt maladie ou congé de maternité).

Chômeur : en application de la définition internationale adoptée en 1982 par le BIT, un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :

- être sans emploi, c'est à dire ne pas avoir travaillé au moins une heure durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.

Inactifs : les personnes qui ne sont ni en emploi (BIT) ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler, etc.

Taux de chômage : rapport du nombre de chômeurs BIT au nombre total d'actifs.

Part au chômage : rapport du nombre de chômeurs BIT à l'ensemble de la population de la même classe d'âge, y compris les inactifs (Insee 2011).

Les 15-24 ans constituent près de 10% de la population active. En France, le nombre d'actifs de moins de 25 ans est stable depuis la fin des années 1990 à un peu moins de 3 millions de personnes grâce à une démographie dynamique. En revanche, dans d'autres pays européens (notamment, en Allemagne,

en Espagne ou en Italie), le nombre de jeunes actifs a tendance à décroître, du fait essentiellement d'une moindre fécondité (Boisson-Cohen et al. 2017 ; INJEP 2012 ; Insee 2011 ; Timoteo 2016).

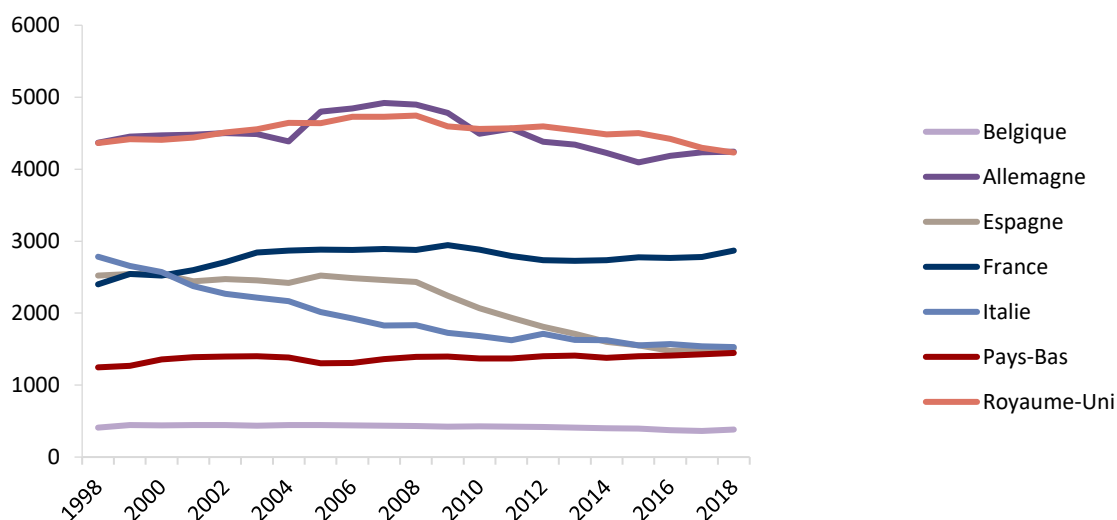


Figure 5 : Nombre de jeunes actifs (15-24 ans) sur le marché du travail (en milliers) entre 1991 et 2015 dans différents pays européens (source : Eurostat 2020a)

Avec l'allongement des études, le taux d'activité des jeunes entre 15 et 24 ans a beaucoup diminué de 1975 à 1995, dans un premier temps pour les 15-19 ans, puis, à partir du début des années 1980 pour les 20-24 ans. Depuis 1995, dans un contexte de stabilisation de la durée des études, le taux d'activité des jeunes est resté assez stable pour les deux sexes (Boisson-Cohen et al. 2017 ; Insee 2011). Comme les jeunes sont nombreux à poursuivre des études sans travailler, leur taux d'activité (c'est-à-dire en emploi ou au chômage selon les critères du BIT) sur le marché du travail est relativement faible : en 2011, ce sont 15% des jeunes de 15 à 19 ans qui sont présents sur le marché du travail, 61% des 20-24 ans et 84% des 25-29 ans. Ce sont les jeunes les plus diplômés qui, de fait, entrent le plus tard sur le marché du travail. Les moins diplômés sont relativement plus nombreux à être actifs parmi les 15-24 ans. Les actifs de 15 à 24 ans comptent une proportion de peu diplômés légèrement supérieure à celle des actifs de 40-49 ans (INJEP 2012 ; Insee 2011).

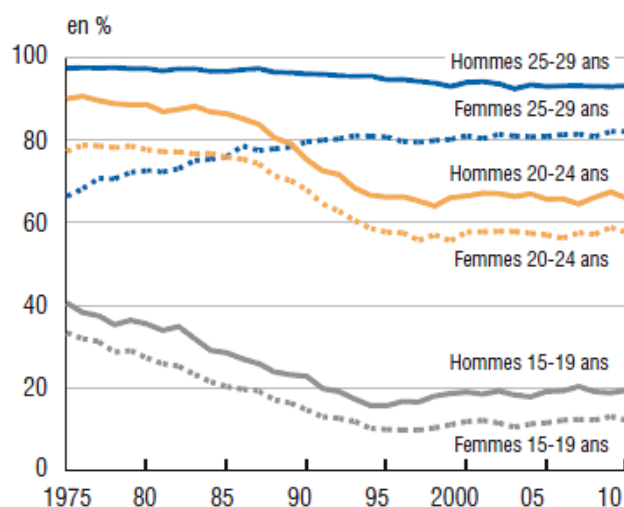


Figure 6 : Taux d'activité des 15-29 ans par tranche d'âge et par sexe en France métropolitaine entre 1975 et 2010 (%) (source : Insee 2011)

B. Un taux de chômage élevé et une forte sensibilité à la conjoncture économique chez les jeunes

En quoi la situation des jeunes sur le marché du travail est-elle spécifique ? Elle est essentiellement marquée par un taux de chômage élevé et une forte sensibilité à la conjoncture économique.

En 2010, le taux de chômage parmi les 15-24 ans s'élevait à 23% contre 8% des 30-49 ans (à noter que dans la tranche d'âge des 15-24 ans, seuls 39% des jeunes sont actifs). Aussi, le taux de chômage décroît avec l'âge : 29,5% pour les 15-19 ans, 20,4% pour les 20-24 ans, 12,7% pour les 25-29 ans, contre moins de 8% entre 30 et 49 ans.

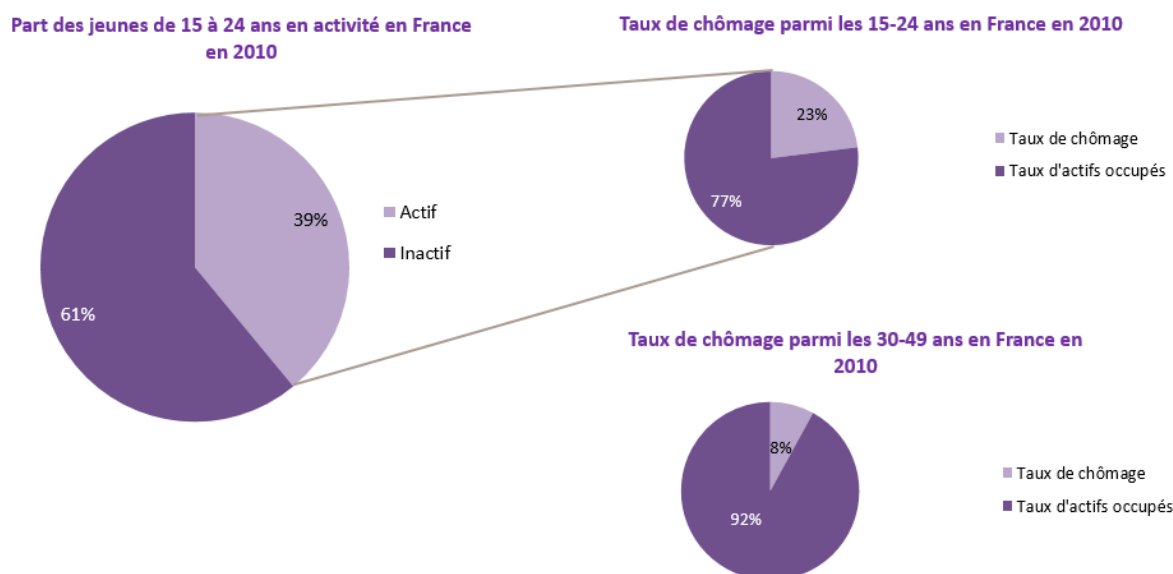


Figure 7 : Taux d'actifs et de chômage chez les 15-24 ans en 2010 ; Taux de chômage chez les 30-49 ans en 2010 (%) (d'après Insee 2011)

La faible ancienneté des jeunes sur le marché du travail et leur manque d'expérience explique entre autres ce taux de chômage élevé. Aussi, comme ils sont peu nombreux à être actifs, la part des jeunes au chômage est en fait beaucoup plus faible que leur taux de chômage, indicateur qui est rapporté aux seuls actifs. Entre 15 et 24 ans, comme entre 15 et 29 ans, près de 10% de l'ensemble des jeunes sont au chômage. L'écart avec les 30-49 ans, inférieur à 3 points, apparaît alors nettement plus faible que celui du taux de chômage (Boisson-Cohen et al. 2017 ; Eurofound 2012 ; Insee 2011).

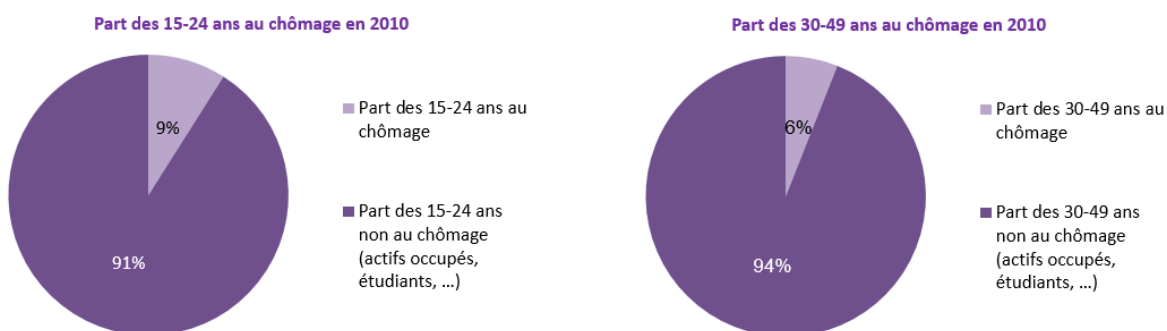


Figure 8 : Part de chômage des 15-24 ans et des 30-49 ans en 2010 (%) (d'après Insee 2011)

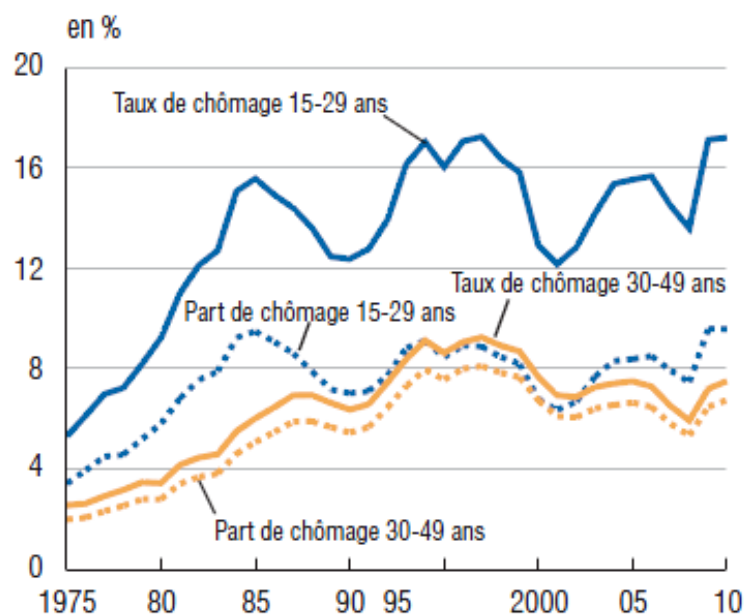


Figure 9 : Taux et part de chômage des 15-29 ans et des 30-49 ans entre 1975 et 2010 (%) (source : Insee 2011)

Comparé aux autres pays européens, le taux de chômage des jeunes français se situe dans la moyenne haute en 2011 (21,9% vs 21,7%).

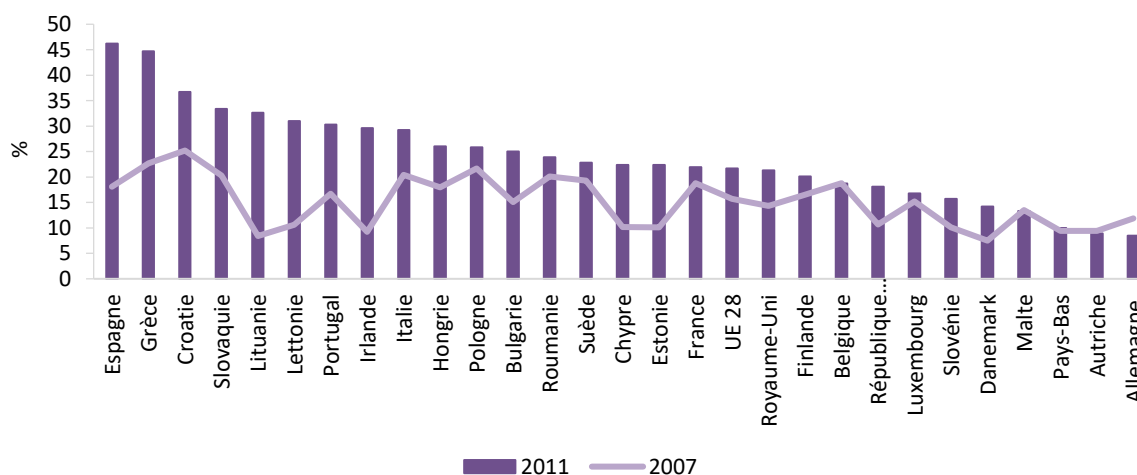


Figure 10 : Taux de chômage chez les 15-24 ans dans les 27 pays de l'Union Européenne en 2007 et 2011 (%) (source : Eurostat 2020b)

Il reste qu'en quarante ans, entre 1975 et 2015, le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans a fortement augmenté, passant de 7% à 24%, et son évolution est beaucoup plus heurtée que celle des taux de chômage des classes d'âge plus élevées. Le taux de chômage des jeunes est fortement réactif aux variations conjoncturelles, ce qui s'explique notamment par le type de contrats de travail qu'ils occupent : plus du tiers des 15-24 ans sont en contrat court, contrat à durée déterminée (CDD) ou intérim. Comme observé lors des crises précédentes, le taux de chômage des jeunes a plus augmenté

que celui de l'ensemble de la population active du début 2008 à la fin 2009 (Boisson-Cohen et al. 2017 ; INJEP 2012), notamment chez les moins diplômés comme nous le verrons ci-dessous.

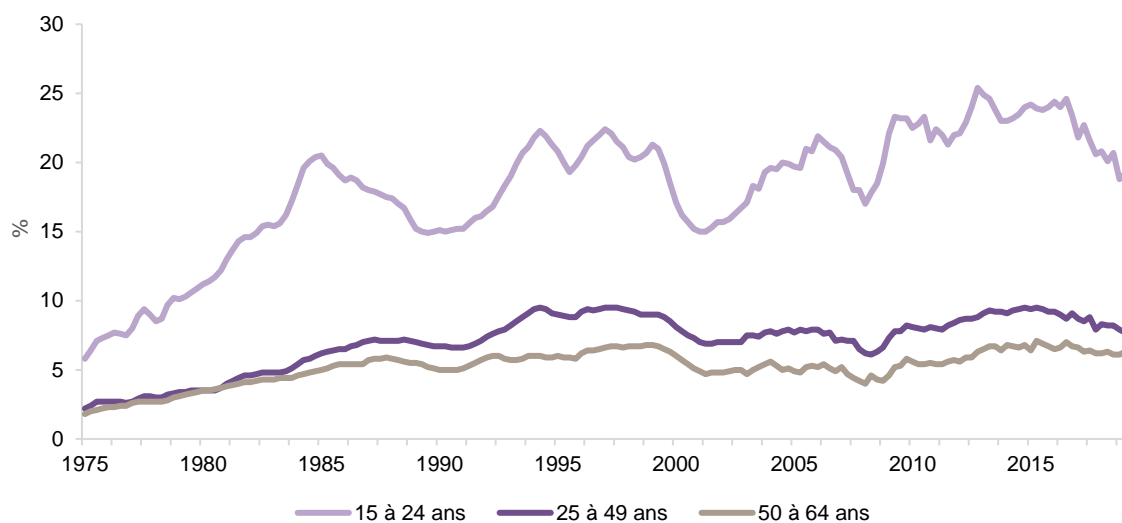


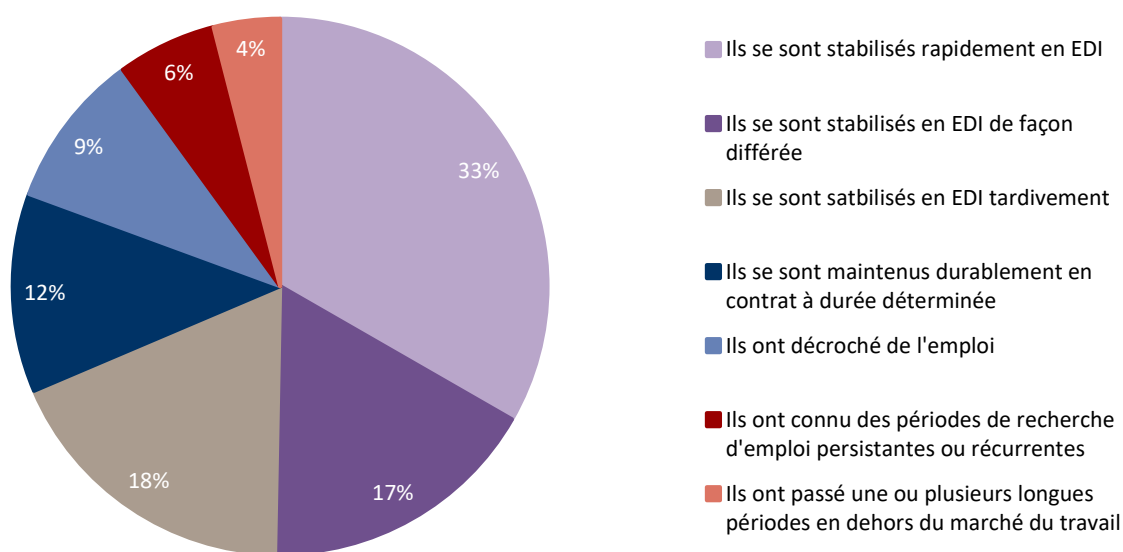
Figure 11 : Evolution du taux de chômage par tranche d'âge entre 1975 et 2019 (%) (source : Insee 2020)

Si les périodes de mauvaise conjoncture économique nuisent à l'insertion des jeunes dans l'emploi, en quantité et en qualité, elles n'ont pas nécessairement un effet durable sur les jeunes concernés : un rattrapage s'observe au bout de quelques années, tant en termes de taux d'emploi que de salaire mensuel moyen, entre des cohortes entrées dans des périodes de bonne et de mauvaise conjoncture économique. D'après une étude de l'Insee qui porte sur les cohortes sorties du système scolaire entre 1982 et 2010, les jeunes ont été capables de surmonter les effets d'une entrée sur le marché du travail en période de crise (Gaini et al. 2013). Le temps nécessaire de rattrapage est de l'ordre de 4 ans (et le processus est un peu plus long pour les femmes). Ce temps de rattrapage est plus court en France que dans beaucoup d'autres pays européens. Avoir subi davantage de chômage en début de carrière ne serait pas perçu comme signal de moindre employabilité par les employeurs car ils savent que le taux de chômage des jeunes est de toute manière élevé en France, quelle que soit la cohorte. Cette absence « d'effet cicatrice » en temps de crise chez l'ensemble des jeunes ne signifie pas que cet effet n'existe pas pour certains jeunes cumulant des difficultés sociales et familiales en période de conjoncture dégradée (Boisson-Cohen et al. 2017 ; Gaini et al. 2013).

C. Les trajectoires d'insertion des jeunes à leur sortie de formation initiale

L'insertion dans l'emploi des jeunes est marquée non seulement par un chômage élevé mais aussi par des allers-retours fréquents entre emploi et chômage. Sept ans après leur sortie de formation initiale en 2004, 85% des jeunes sont en emploi et 68% occupent un emploi à durée indéterminée. Entre 2004 et 2011, ils connaissent des trajectoires d'entrée dans la vie active qui peuvent être regroupées en trois grandes catégories (Boisson-Cohen et al. 2017 ; Couprié et Dzikowzski 2015) :

- stabilisation rapide : un tiers des jeunes connaît un parcours relativement linéaire, aboutissant à une stabilisation rapide vers un emploi à durée indéterminée ;
- stabilisation tardive ou différée : un autre tiers parvient à un emploi stable après un parcours plus difficile ;
- instabilité ou retrait de l'emploi : le dernier tiers connaît durablement une insertion précaire composée d'une succession d'emplois à durée déterminée ou de périodes récurrentes et prolongées de chômage.



(EDI : emploi à durée indéterminée)

Figure 12 : Les trajectoires d'insertion des jeunes de la Génération 2004 (d'après Couprié et Dzikowzski 2015)

D. Les facteurs d'hétérogénéité à l'égard de l'emploi chez les jeunes

Si la situation des jeunes sur le marché du travail est marquée par un chômage élevé, ce constat doit être nuancé car la catégorie « jeunes » ne recouvre pas une réalité unique. Différents facteurs expliquent l'hétérogénéité des situations chez les jeunes : le niveau de diplôme et la spécialité de formation, mais également des caractéristiques socio-démographiques comme le lieu d'habitation,

l'origine migratoire ou encore le genre. Enfin, le capital social¹ détermine aussi en partie leur insertion dans l'emploi.

1. Le diplôme et le domaine de formation

La situation des jeunes vis-à-vis de l'emploi dépend en premier lieu de leur qualification. Bien que chaque génération qui entre sur le marché du travail soit toujours plus diplômée que la précédente, la situation des moins diplômés se dégrade toujours plus relativement, et ce phénomène s'est amplifié avec l'effet de la crise de 2008 (Boisson-Cohen et al. 2017).

Encadré 2 : Les enquêtes « Génération » du Céreq

À la fin des années 1990, l'État, avec l'appui du ministère de l'Éducation nationale, a lancé les enquêtes « Génération ». Il s'agit d'un vaste programme d'étude au long cours basé sur des cycles de trois ans. Ce travail est confié depuis plus de 15 ans au Céreq, dont la mission de service public est d'étudier l'accès à l'emploi des jeunes et leur trajectoire professionnelle, en fonction de la formation suivie et d'autres caractéristiques individuelles (genre, origine sociale, etc.). L'enquête porte sur un échantillon représentatif de l'ensemble des jeunes quittant le système éducatif une année donnée. En effet, analyser l'insertion des jeunes ayant le même âge sur le seul critère du niveau de diplôme peut être restrictif car la qualité de l'insertion dépend aussi de l'ancienneté des jeunes sur le marché du travail et celle-ci diffère à un âge donné selon le niveau de diplôme. La plupart des chiffres de ce chapitre sont issus de l'enquête Génération 2010, qui correspond à la sixième enquête Génération : au printemps 2013, le Céreq a interrogé un échantillon national de 33 500 jeunes sortis de leur formation initiale en 2009-2010 sur leurs premiers pas dans la vie active. Ces 33 500 jeunes qui ont répondu sont représentatifs des 708 000 qui, cette année-là, ont quitté pour la première fois le système éducatif, à tous les niveaux de formation (Bernot-Caboche 2018 ; Insee 2011 ; Joseph et Rouaud 2014).

¹ Le capital social (au sens français de ce concept sociologique) est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession *d'un réseau durable de relations* plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ; ou en d'autres termes, à *l'appartenance à un groupe*, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes (susceptibles d'être perçues par l'observateur, par les autres ou par eux-mêmes), mais sont aussi unis par des *liaisons* permanentes et utiles (Bourdieu 1980).

Comme le montrent les différentes enquêtes Génération du Céreq, le diplôme protège du chômage, et d'autant plus s'il est de niveau élevé. En effet, 74% des jeunes sortis avec un master en 2010, observés en 2013, en période de crise économique par conséquent, ont connu une trajectoire d'accès rapide et durable à l'emploi contre la moitié des titulaires d'un CAP (certificat d'aptitude professionnelle) ou d'un BEP (brevet d'études professionnelles). Près de la moitié des non diplômés sont au chômage alors que ce taux s'élève à moins de 10% des titulaires d'un diplôme supérieur long (au moins bac +5).

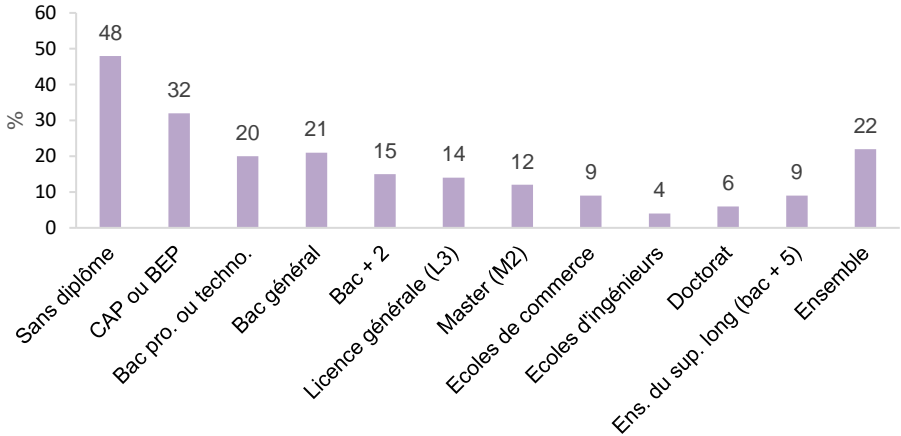
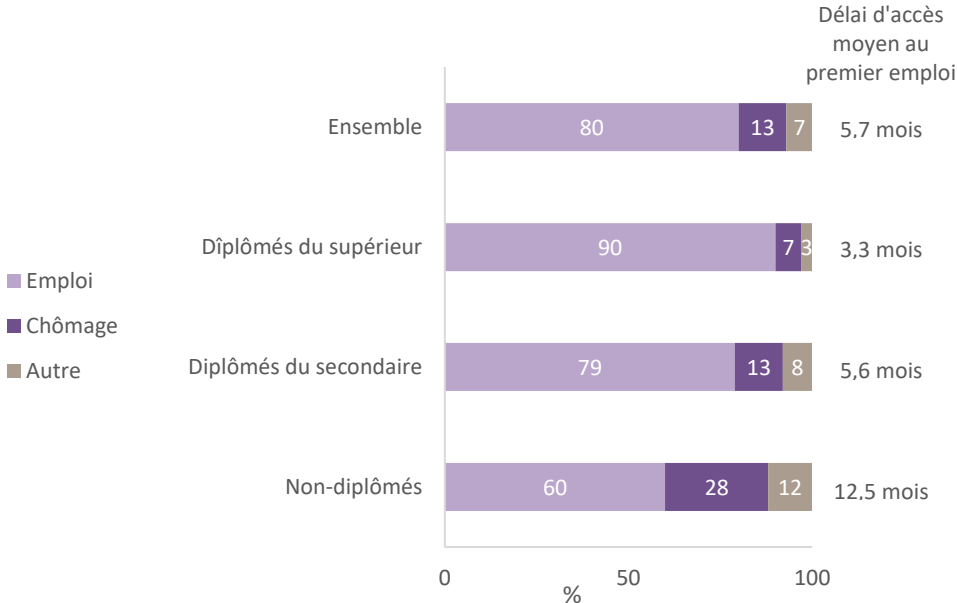


Figure 13 : Taux de chômage des jeunes en 2013, trois ans après leur sortie de formation initiale en 2010 (%) (d'après Joseph et Rouaud 2014)

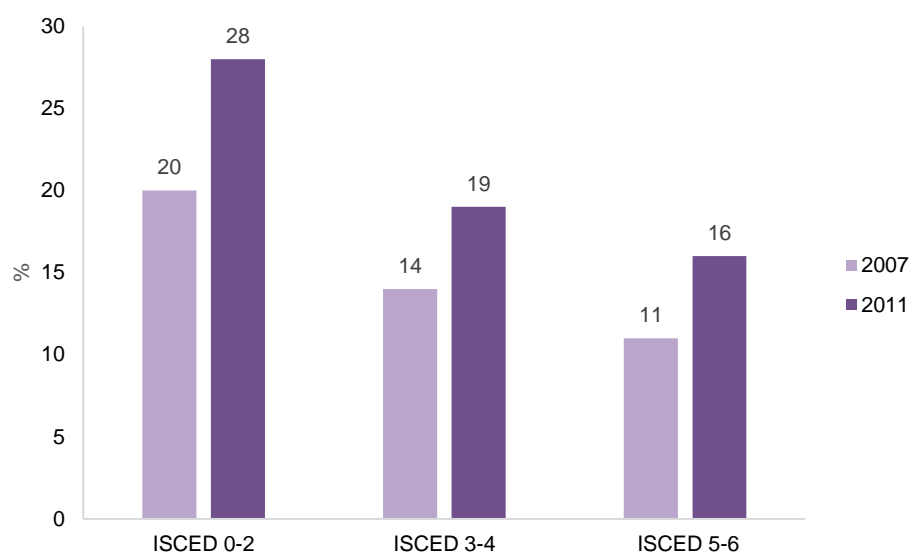
Les jeunes non diplômés sont plus exposés que la moyenne à un accès différé à l'emploi et surtout plus concernés par le chômage persistant ou récurrent. Les jeunes diplômés du supérieur ont passé 90% de leur temps en emploi pendant les sept années qui ont suivi leur sortie de formation initiale, alors que les non-diplômés n'ont passé que 60% de cette période en emploi.



*(en pourcentage du temps écoulé au cours des sept premières années de vie active)

Figure 14 : Temps passé* en emploi et au chômage au cours des sept premières années de vie active, par niveau de diplôme (d'après Couprié et Dzikowski 2015)

Le diplôme continue d'être le principal rempart contre le chômage, en France, mais aussi dans le reste de l'Union Européenne (Eurofound 2012).



ISCED : International Standard Classification of Education

ISCED 0-2 : jusqu'au collège

ISCED 3-4 : enseignement secondaire jusqu'au post-secondaire non supérieur

ISCED 5-6 : enseignement supérieur

Figure 15 : Taux de chômage chez les jeunes selon le niveau d'éducation dans l'Union Européenne en 2007 et 2011 (%) (d'après Eurofound 2012)

Aussi, le niveau de formation va conditionner non seulement l'accès à un emploi, mais aussi à un emploi à durée indéterminée. La moitié des jeunes accèdent à ce statut en moins de six mois, mais ce délai est plus long pour les jeunes ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal à bac +2. Il est ainsi supérieur à un an pour un jeune non diplômé sur deux (Joseph et Rouaud 2014).

Tableau 1 : Trajectoires d'insertion selon le diplôme des jeunes sortis de formation initiale en 2010 (%) (d'après Joseph et Rouaud 2014)

	Emploi à durée indéterminée	Accès rapide à l'emploi (moins de 3 mois)	En emploi quasi permanent*	Très éloigné de l'emploi**
Sans diplôme	40	32	14	36
CAP ou BEP	56	54	29	14
Bac pro. ou techno.	62	67	40	7
Bac général	51	59	29	12
Bac +2	72	70	45	5
Licence générale (L3)	70	70	42	7
Master (M2)	75	74	54	3
Ecoles de commerce	93	71	53	-
Ecoles d'ingénieurs	93	81	70	-
Doctorat	69	85	74	1
Ens. du sup. long (bac +5)	80	76	59	2
Ensemble	66	62	40	12

* Jeunes ayant passé en trois ans, plus de 90% de leur temps en emploi

** Jeunes ayant passé en trois ans, moins de 10% de leur temps en plein emploi

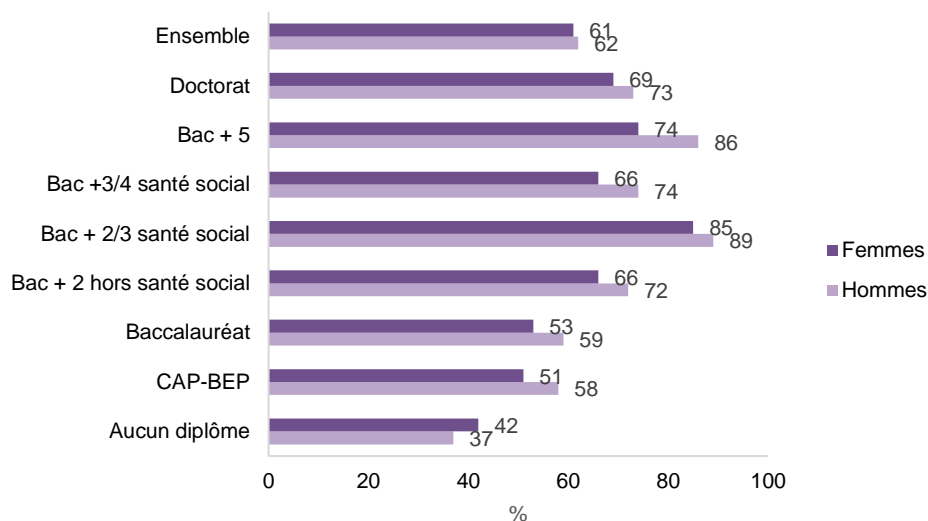


Figure 16 : Part de jeunes ayant accédé à un emploi à durée indéterminée au cours des trois premières années de leur vie active (%) (d'après Joseph et Rouaud 2014)

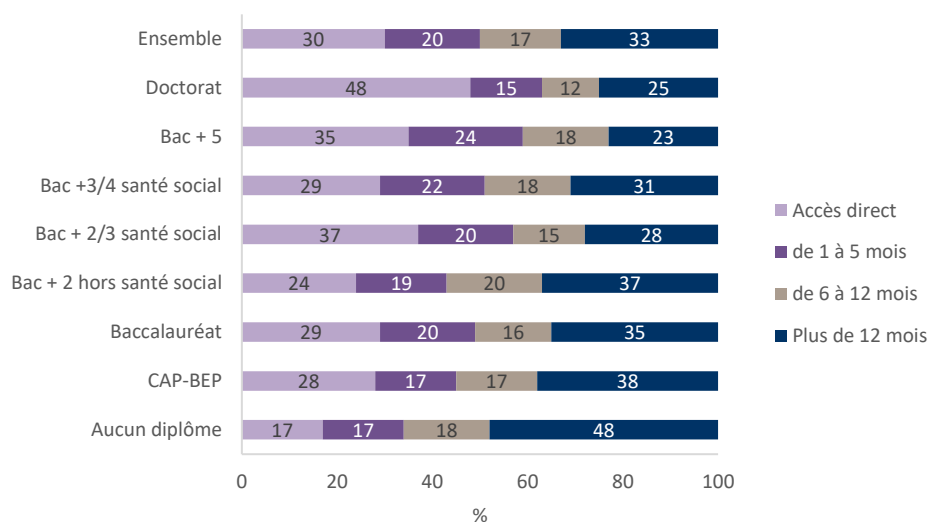


Figure 17 : Temps d'accès au premier emploi à durée indéterminée au cours des trois premières années de vie active (d'après Joseph et Rouaud 2014)

Ainsi, nous avons vu comment la surexposition au chômage est avant tout liée au niveau de diplôme, mais aussi comment le niveau de diplôme conditionne l'accès à un emploi à durée indéterminée. Cependant, à même niveau de qualification, il existe aussi des différences de trajectoire selon les domaines de formation. Il est plus facile de décrocher un emploi à durée indéterminée dans certains domaines à niveau de formation équivalente : par exemple, un tiers des diplômés bac +2/3 du domaine sanitaire et social, accèdent immédiatement à des emplois à durée indéterminée à la sortie de leur formation initiale. Pour les diplômés du secondaire, la filière industrielle offre de meilleures conditions d'insertion pour accéder durablement à l'emploi que les filières tertiaires et générales. Avec un

baccalauréat professionnel industriel, un jeune a le même taux d'accès durable à l'emploi immédiat qu'un diplômé bac+5 hors écoles de commerce ou d'ingénieurs. Pour les diplômés de l'enseignement supérieur, les formations de la santé et du social sont les plus avantageuses en termes d'insertion. Un doctorat en santé permet beaucoup plus facilement d'accéder immédiatement à un emploi durable qu'un doctorat hors santé. A l'université, les diplômés des formations scientifiques ont des trajectoires plus favorables que leurs homologues de lettres ou de sciences humaines, surtout au niveau bac+3 ou bac+4 (Boisson-Cohen et al. 2017 ; Joseph et Rouaud 2014).

Tableau 2 : Trajectoires d'entrée dans la vie active selon le niveau de diplôme durant les trois premières années de vie active des jeunes de la Génération 2010 (%) (d'après Joseph et Rouaud 2014)

	Accès durable à l'emploi		Accès progressif à l'emploi		Sortie d'emploi	Maintien aux marges de l'emploi	Retour à la formation
	immédiat	rapide	après chômage	après inactivité			
Aucun diplôme	17	7	9	6	8	40	13
CAP-BEP	36	12	12	3	11	20	6
CAP-BEP tertiaire	32	11	14	3	11	21	8
CAP-BEP industriel	40	13	10	3	10	19	5
Baccalauréat	44	13	7	4	8	9	15
Bac professionnel tertiaire	46	15	8	4	9	11	7
Bac professionnel industriel	55	15	9	2	7	7	5
Bac technologique tertiaire	40	12	7	4	9	10	18
Bac technologique industriel	42	11	8	6	7	11	13
Bac général	38	11	5	6	6	8	26
Bac+2 hors santé social	51	17	8	3	8	6	7
Bac+2/3 santé social	86	9	1	1	3	<1	<1
Bac+3/4 hors santé social (L, M1)	51	16	6	3	7	5	12
Licence professionnelle	54	22	7	2	6	3	6
Autre bac+3/4, LSH, gestion, droit	45	14	6	4	8	8	15
Autre bac+3/4 Math, sc. et tech, santé, STAPS	58	11	5	5	5	4	12
Bac+5 (M2)	57	22	6	2	6	4	3
Bac+5 hors écoles de commerce ou d'ingénieurs	55	19	7	3	7	5	4
École de commerce	55	26	6	3	5	2	3
École d'ingénieurs	64	27	3	1	3	1	1
Docteurs (D)	78	8	4	1	4	4	1
Doctorat santé	90	2	1	1	3	2	1
Doctorat hors santé	68	13	7	1	6	4	1
Ensemble	44	13	7	4	8	14	10

Les jeunes peu ou non diplômés sont avant tout des jeunes de milieu populaire, notamment des garçons. Les jeunes sans aucun diplôme en 2010 étaient plus souvent rencontrés quand ils résidaient en zone urbaine sensible, quand les parents étaient ouvriers, ou encore quand les parents étaient nés à l'étranger (avec des différences importantes selon les zones géographiques de naissance des parents). Aussi, nous pouvons distinguer deux profils distincts de jeunes issus de l'immigration (dont les deux parents sont nés à l'étranger) : ceux qui sont nés en France, qui ont réalisé tout leur cursus

scolaire en France et qui ont en moyenne des parcours scolaires plus courts que les autres ; et ceux qui sont venus poursuivre des études universitaires en France (essentiellement originaires d’Afrique et d’Europe de l’Est) et qui ont majoritairement obtenu un diplôme de niveau bac +3 ou supérieur (Joseph et Rouaud 2014).

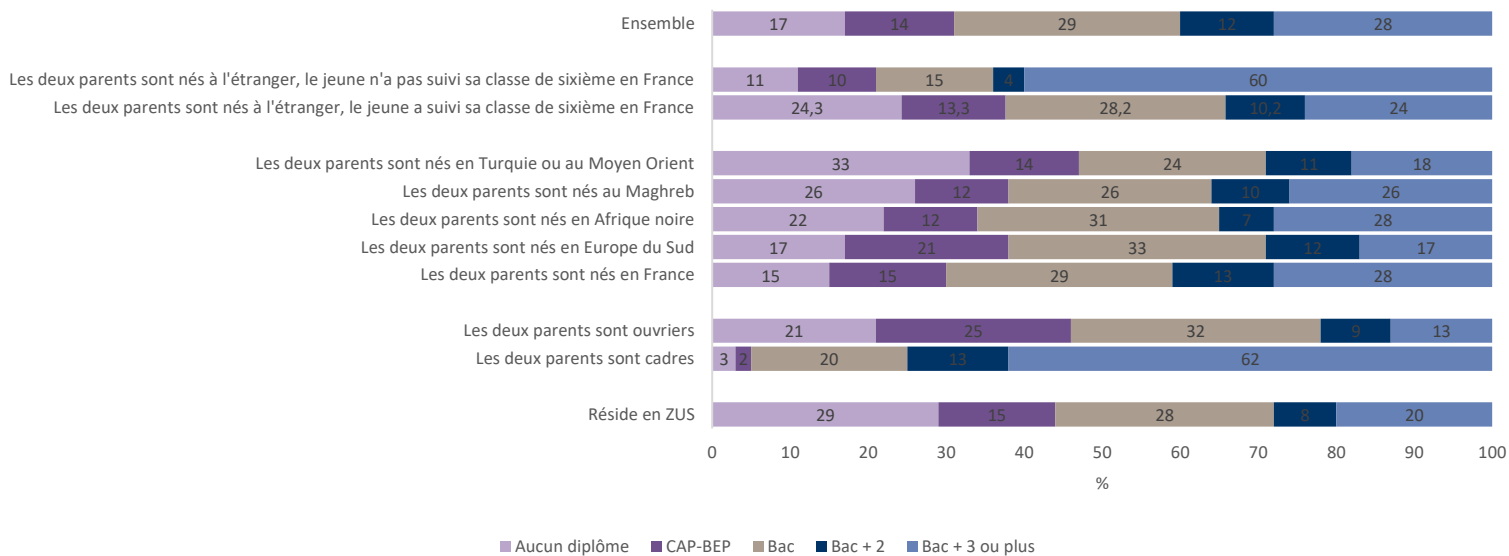


Figure 18 : Plus haut diplôme obtenu selon l’origine socio-culturelle des jeunes de la Génération 2010 (%) (d’après Joseph et Rouaud 2014)

Grâce à la répétition des enquêtes Génération, nous pouvons observer l'impact de la crise de 2008-2009 sur le taux de chômage, en particulier chez les jeunes non diplômés. La crise pénalise les moins armés pour affronter le marché du travail, à savoir les moins diplômés. Ainsi, près d'un jeune actif non diplômé sur deux de la génération 2010 se déclare en recherche d'emploi contre un sur trois de la génération 2004. La situation des titulaires de CAP et BEP s'est aussi dégradée : leur taux de chômage se situe au même niveau que celui des non-diplômés six ans plus tôt. Aussi, 6% des diplômés du supérieur étaient au chômage pour la génération 2004 contre 9% en 2010 (Boisson-Cohen et al. 2017 ; Joseph et Rouaud 2014).

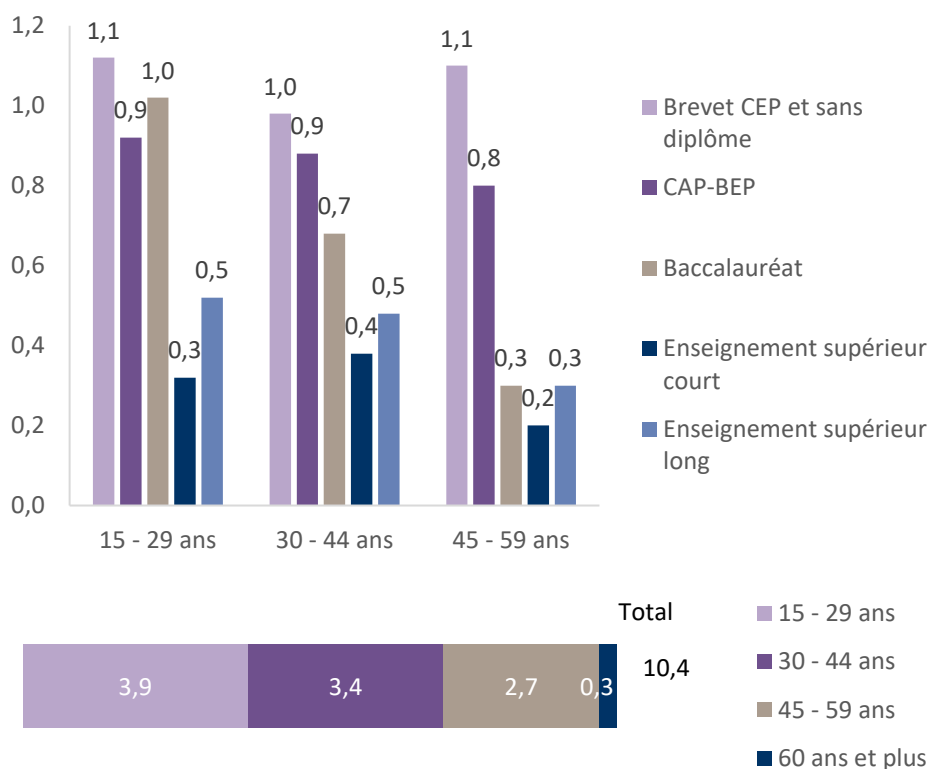
Tableau 3 : Taux de chômage des jeunes trois ans après leur sortie de formation initiale en 2004 et 2010 (%) (d'après Boisson-Cohen et al. 2017)

	2004	2010	Ecart
Ensemble	14	22	8
Non-Diplômés	32	48	16
Diplômés du secondaire	15	25	10
CAP, BEP, mention complémentaire	17	32	15
Bac professionnel ou technologique	13	20	7
Bac général	15	21	6
Diplômés du supérieur court	7	11	4
BTS, DUT et autres bac + 2	9	15	6
Bac +2/3 Santé social	2	2	-
Licence générale (L3) et autres	8	14	6
Licence professionnelle	5	10	5
M1 et autres bac+4	10	14	4
Diplômés du supérieur long	6	9	3
M2 et autres bac+5	6	12	6
Ecoles de commerce	5	9	4
Ecoles d'ingénieurs	4	4	-
Doctorat	7	6	-1

Si tous les jeunes étaient diplômés, pourrions-nous alors enrayer cette surexposition au chômage ? Cécile Van de Velde (Van de Velde 2010) nous apporte un début de réponse : « Au moment même où le diplôme n'est plus ressenti comme une garantie absolue d'insertion, il reste encore perçu comme une clé minimum en temps d'incertitude, pénalisant fortement ceux qui en sont dépourvus, tout en légitimant un surinvestissement dans les études et une logique anticipatrice d'accumulation d'attributs avant l'entrée définitive sur le marché du travail. La baisse de valeur effective du diplôme sur le temps long se conjugue ainsi avec une crispation sur sa valeur perçue dans le temps court de la crise [...]. C'est un diplôme moins valorisé que celui des pères, mais toujours rentable vis-à-vis des pairs. ».

Lorsqu'on décompose le taux de chômage par tranche d'âge et par niveau de diplôme, le niveau de qualification ressort, davantage que l'âge, comme un facteur expliquant la surexposition au chômage. Les moins diplômés (brevet, CEP et sans diplôme, CAP-BEP) contribuent de façon comparable au taux

de chômage national quel que soit leur âge : 2 points aussi bien pour les 15-29 ans que pour ceux entre 30 et 44 ans et ceux entre 45 et 59 ans. Pour les plus diplômés, l'âge n'a pas non plus d'effet sur le taux de chômage. Pour ceux qui ont le baccalauréat, l'effet âge semble avoir un effet plus spécifique : les 15-29 ans de ce niveau de formation contribuent pour 1 point au taux de chômage, les 30-44 ans pour 0,7 point et les 45-49 ans pour 0,3 point (Boisson-Cohen et al. 2017).



Lecture : Les jeunes de 15 à 29 ans, titulaires au plus d'un CAP ou d'un BEP, contribuent pour 0,9 point au taux de chômage national (de 10,4%). Les jeunes de 15 à 29 ans, tout diplôme confondu, contribuent pour 3,9 points au taux de chômage national.

Figure 19 : Contributions au taux de chômage en 2015, par âge et niveau de qualification (d'après Boisson-Cohen et al. 2017)

Ainsi, la place prépondérante du diplôme dans la détermination des trajectoires individuelles, très française, doit être interrogée. Dans le rapport très complet de la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques qui dépend du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social) sur l'insertion professionnelle des jeunes (Boisson-Cohen et al. 2017) que nous citons largement dans ce chapitre, le constat de « la toute-puissance du diplôme » amène les auteurs « à s'interroger sur ce qui se passe en amont du marché du travail, au moment de l'orientation des jeunes dans certaines filières ou spécialités. Les parcours scolaires des jeunes demeurent fortement marqués par l'orientation en fin de troisième pour les sortants du secondaire et par le type de baccalauréat obtenu pour les sortants du supérieur. Or le système d'orientation, notamment scolaire, favorise souvent des mécanismes de sélection qui renforcent la reproduction sociale (et interroge la responsabilité du diplôme, seul, dans l'accès à l'emploi, du moment où il va de pair avec un capital social hérité élevé). Et c'est bien souvent l'irréversibilité des

choix qui prime. Le dernier rapport du CNESCO (Conseil national d'évaluation du système scolaire) sur les inégalités sociales à l'école souligne les effets d'autocensure des familles défavorisées sur l'espace des possibles scolaires de leurs enfants et les inégalités réelles dans l'orientation. À niveau scolaire comparable, les jeunes issus des milieux sociaux les moins favorisés sont davantage orientés vers les formations les moins prisées contre leur gré ». Le rapport de l'INJEP sur les inégalités entre jeunes en temps de crise (INJEP 2012) nous rappelle quant à lui que la situation du « diplôme sinon rien » découle « du caractère méritocratique² et corporatiste de notre société [...]. L'économie de la connaissance favorise le développement d'emplois qualifiés, tandis que la demande de travail peu ou non qualifié est appelée à stagner globalement [...]. Constituant un signal fort de l'employabilité des jeunes, l'emprise du diplôme n'est pas près de s'affaiblir, a fortiori dans une période de mutations économiques. Avec la norme de 80% d'une cohorte au bac, ce diplôme constitue de plus en plus le niveau zéro dans l'échelle des titres scolaires, ce qui dévalorise ipso facto ceux qui ne l'obtiennent pas ou qui détiennent un autre diplôme ».

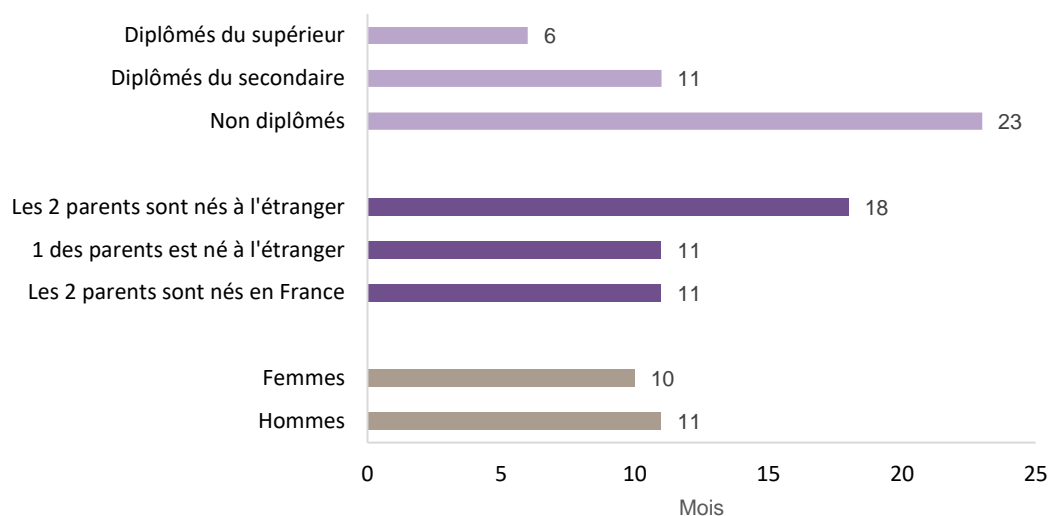
2. L'origine migratoire, le territoire et le genre

Le diplôme n'explique pas tout : l'insertion professionnelle des jeunes reste aussi très liée à l'origine sociale et/ou géographique, et dans une moindre mesure au genre. Les difficultés d'accès à l'emploi peuvent relever de discriminations (liées à l'origine ou au quartier de résidence par exemple), d'un moindre capital social ou d'un moindre capital économique (rendant par exemple, la mobilité domicile-travail plus difficile).

Les jeunes issus de l'immigration ont ainsi plus souvent des difficultés d'insertion professionnelle que les jeunes sans ascendance migratoire directe. Ces difficultés sont plus marquées pour les enfants ayant deux parents immigrés, et en particulier les descendants d'immigrés d'Afrique. Par exemple, le taux de chômage chez les jeunes de moins de 25 ans d'origine africaine dépasse les 40%, soit presque le double du taux des jeunes sans ascendance migratoire directe. Au sein de la population générale, un jeune sortant de formation initiale en 2004 a passé en moyenne 11 mois au chômage au cours des sept premières années de vie active. Si cette durée est peu corrélée au sexe, les disparités selon l'origine migratoire des deux parents sont d'un ordre de grandeur comparable à celles qui sont reliées au niveau de diplôme. Par exemple, un individu dont les deux parents sont nés à l'étranger passe en

² Ou apparemment méritocratique (voir la critique de cette vision méritocratique largement erronée de David Guilbaud dans *L'illusion méritocratique*, ou encore d'Elise Tenret dans *L'école et la méritocratie. Représentations sociales et socialisation scolaire* (Guilbaud 2018 ; Tenret 2011)).

moyenne 7 mois de plus au chômage qu'un individu dont les deux parents sont nés en France (Couprié et Dzikowzski 2015).



Lecture : un jeune sorti du système éducatif en 2004, dont un des parents est né à l'étranger a connu en moyenne 11 mois de chômage (cumulés) durant ses sept premières années de vie active.

Figure 20 : Durée cumulée de chômage (mois) au cours des sept premières années de vie active de la Génération 2004 selon le sexe, l'origine migratoire et le niveau de diplôme (d'après Couprié et Dzikowzski 2015)

Ces difficultés sont en partie liées aux parcours scolaires et aux processus d'orientation des descendants d'immigrés. En effet, plus souvent sans diplôme à la fin de leur scolarité que les jeunes dont les deux parents sont nés en France, ils obtiennent en moyenne des niveaux de diplôme moins élevés et, pour les descendants d'immigrés d'Afrique et de Turquie, dans des filières souvent moins porteuses en matière d'insertion professionnelle (moins d'apprentissage par exemple) (Boisson-Cohen et al. 2017).

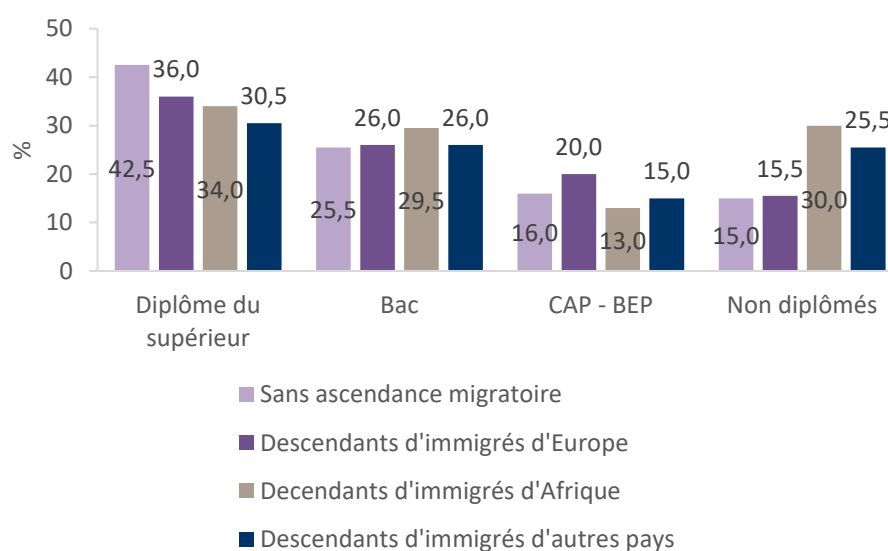


Figure 21 : Structure des sortants du système éducatif par niveau de diplôme, selon la zone d'origine des parents entre 2007 et 2012 (%) (d'après Boisson-Cohen et al. 2017)

Ces difficultés d'insertion des jeunes issus de l'immigration sont en partie expliquées par le parcours scolaire, mais pas seulement. Parmi les jeunes de moins de 30 ans, le risque de chômage est plus élevé pour les jeunes descendants d'immigrés africains toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire même lorsque les effets liés à l'âge, au diplôme, à l'origine sociale ou au lieu de résidence sont neutralisés (Odds ratio à 1,9 par rapport à un jeune sans ascendance migratoire). Il en est de même pour les jeunes résidant en moyenne ou grande agglomération du nord de la France et en zone urbaine sensible (ZUS) (Odds ratio respectivement à 1,4 et à 1,5).

Tableau 4 : Facteurs de risque de chômage parmi les actifs de 15 à 29 ans entre 2007 et 2012 en France (d'après Cusset et al. 2015)

	Odds-ratio
Age	
Moins de 20 ans	1,9
20 à 24 ans	1,8
25 à 29 ans	Réf.
Genre	
Femme	1,1
Homme	Réf.
Effet conjoncturel	
Années 2009 à 2012	1,3
Années 2007 à 2008	Réf.
Niveau et spécialité du diplôme	
Sans diplôme	2,2
CAP-BEP spécialité de services	1,5
CAP-BEP spécialité de production	1,2
Bac général	Réf.
Bac spécialité de services	1,1
Bac spécialité de production	0,7
Bac+2 santé, social	0,2
Diplôme du supérieur, spécialité de services ou sciences humaines	0,8
Diplôme du supérieur, spécialité de production ou scientifique	0,7
CSP du père	
Père inactif	1,3
Père non salarié	0,8
Père cadre	ns
Père profession intermédiaire	0,9
Père employé de services ou de commerce	1,1
Père autre employé	Réf.
Père ouvrier qualifié	ns
Père ouvrier non qualifié	1,1
CSP de la mère	
Mère inactive	1,3
Mère autre situation	Réf.
Lieu de résidence	
Réside dans l'agglomération de Paris	0,8
Réside en moyenne ou grande agglomération du Nord de la France	1,4
Réside en moyenne ou grande agglomération du Sud de la France	1,2
Réside ailleurs en France	Réf.
Territoire	
ZUS	1,5
Hors-ZUS	Réf.
Origine migratoire	
Immigré originaire d'Europe	ns
Immigré originaire d'Afrique	2,2
Immigré autres origines	1,3
Descendant d'immigrés européens	1,1
Descendant d'immigrés africains	1,9
Descendant d'immigrés d'autres continents	1,4
Sans ascendance migratoire directe	Réf.

Estimation reposant sur un modèle logit prenant en compte l'âge, le genre, l'effet conjoncturel (années 2009-2012), le niveau et la spécialité du diplôme, l'origine sociale du père et de la mère, le lieu de résidence et l'origine géographique.

Les jeunes résidant en zone urbaine sensible³ à la fin de leurs études sont désavantagés dans l'accès à l'emploi. Trois ans après la fin de leurs études, leur taux de chômage est de 34%, soit supérieur de douze points à celui des jeunes qui ne résidaient pas dans ces territoires (22%). Ces difficultés touchent particulièrement les hommes. Les jeunes qui résidaient dans une ZUS à la fin de leurs études en 2010 présentent un profil socio-démographique spécifique. Ils sont plus souvent d'origine sociale modeste (32% déclarent avoir un père ouvrier contre 23% des autres jeunes). Leurs deux parents sont plus souvent nés à l'étranger (39% contre 11%). Ils sont moins diplômés que les autres jeunes (29% sortent du système éducatif sans aucun diplôme contre 16% chez les jeunes non issus des ZUS ; 28% ont un diplôme de l'enseignement supérieur contre 41% dans le reste de la population). Les jeunes de ZUS s'estiment plus souvent victimes de discrimination (19%) que les autres (11%), et ce, quel que soit le profil socio-démographique ou le parcours scolaire. Ces difficultés accrues dans l'accès à l'emploi sont notamment dues aux origines plus populaires et aux parcours scolaires en moyenne plus courts des jeunes ayant grandi en ZUS. A niveau de diplôme similaire, les jeunes de ZUS étaient systématiquement plus exposés au chômage. Cependant, les études semblent réduire significativement les écarts : plus le niveau de diplôme est élevé, moins les écarts sont grands entre résidents ZUS et résidents hors-ZUS (Joseph et Rouaud 2014).

Tableau 5 : Taux de chômage en 2011 selon l'âge et le territoire (%) (d'après Onzus 2012)

Âge	Taux de chômage parmi les habitants résidant en ZUS (%)	Taux de chômage parmi les habitants ne résidant pas en ZUS (%)
15-24 ans	40,4	21,6
25-49 ans	21,9	8,6
50-64 ans	14,9	6,3

³ Les Zones urbaines sensibles (ZUS) sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires (Définition de l'Insee du 13 octobre 2016).

Au-delà de la distinction entre ZUS et non-ZUS, la région de formation a également un impact sur l’insertion. Ainsi, en Ile-de-France, la part des diplômés du supérieur est de 10 points supérieure à celle des autres régions de la moitié Nord de la France, avec un taux de chômage moindre pour ces jeunes.

Tableau 6 : Insertion et région de formation (%) (source : INJEP 2018)

Régions	Part de diplômés de l'enseignement du supérieur (%)	Taux de chômage au printemps 2016 (%)
DOM	17	43
Centre-Val de Loire	35	22
Normandie	35	22
Bourgogne-Franche-Comté	36	22
Hauts de France	39	24
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	26
Corse	40	18
Grand-Est	41	22
Pays de la Loire	44	14
Nouvelle Aquitaine	45	18
Bretagne	46	13
Occitanie	47	17
Auvergne-Rhône-Alpes	48	15
Ile-de-France	53	18

Il existe cependant de fortes disparités infra-régionales. Ainsi, en Ile-de-France, entre 2011 et 2015, la grande majorité des Missions locales connaissant les taux de chômage les plus élevés, supérieurs à 29%, sont situées en Seine-Saint-Denis, notamment La Courneuve, Saint-Denis et Aubervilliers. A contrario, hormis Lagny-Sur-Marne et Massy, les Missions locales avec les taux de chômage des jeunes les plus faibles se situent dans les Yvelines et les Hauts de Seine, en particulier Meudon, Versailles et Saint-Germain-en-Laye.

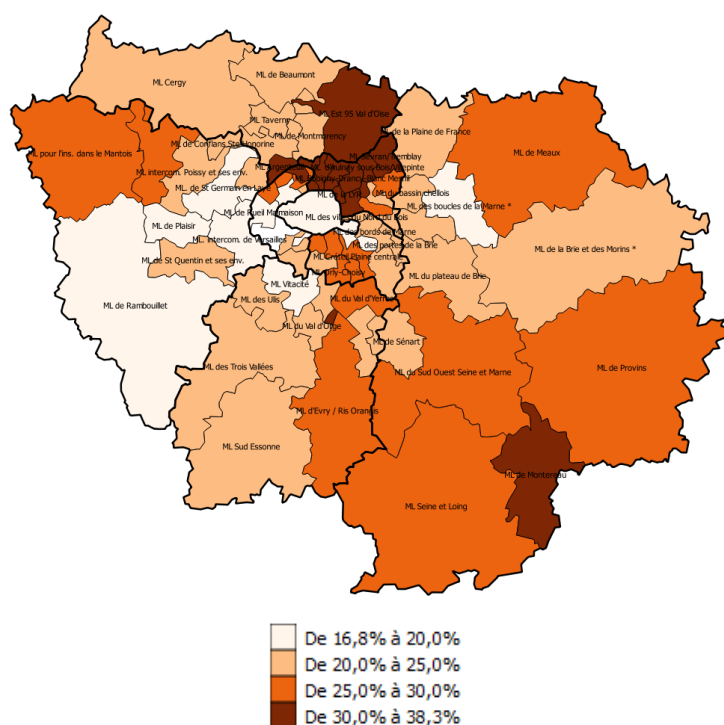


Figure 22 : Taux de chômage des jeunes par territoire de Mission locale en Ile-de-France entre 2011 et 2015 (%) (d’après Direccte Ile-de-France 2017)

Les phénomènes de discriminations à l’embauche liés à l’origine de ces jeunes, à leur religion ou à leur lieu de résidence expliquent aussi en partie cette surexposition au chômage. Cette discrimination apparaît particulièrement marquée pour les jeunes descendants d’immigrés d’Afrique, et pour les jeunes hommes (Joseph et Rouaud 2014).

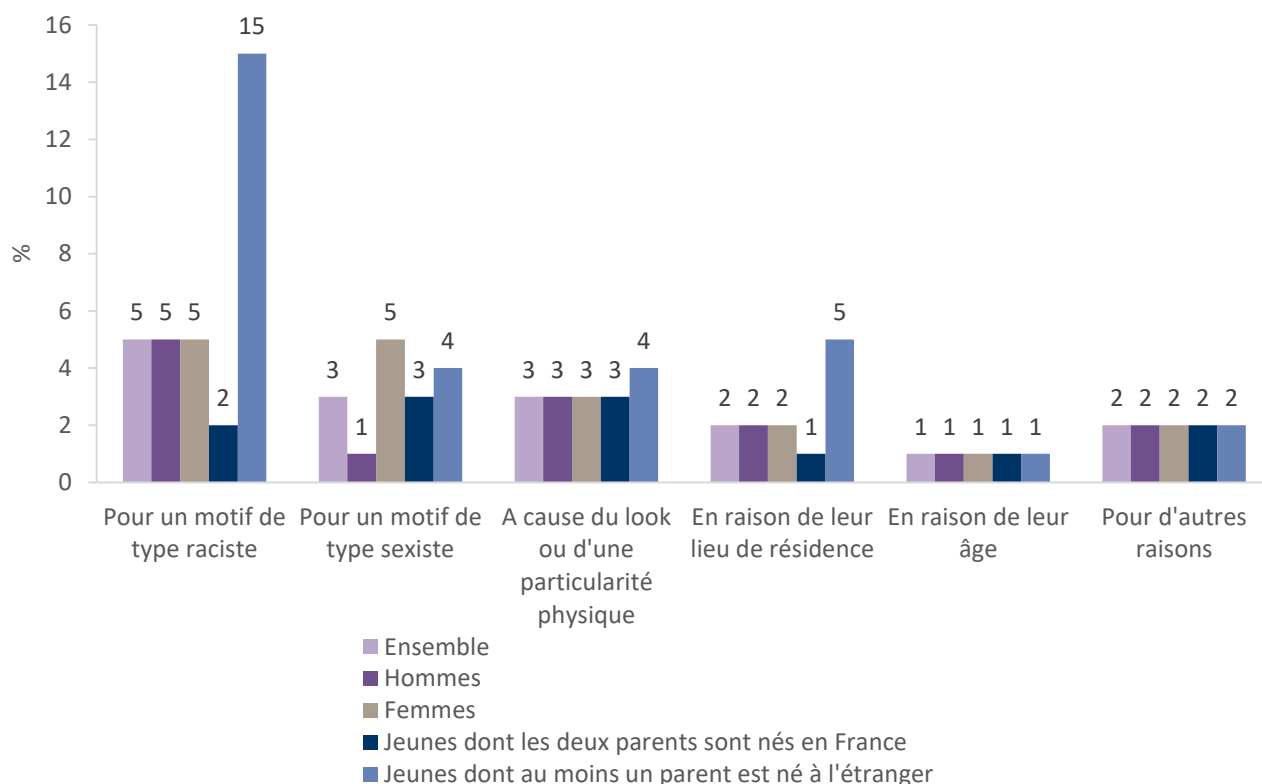


Figure 23 : Fréquence des motifs de discrimination rapportés par les jeunes de la Génération Céreq 2010 (%) (d’après Joseph et Rouaud 2014)

Aux effets de l’origine sociale et du diplôme, viennent s’ajouter ceux du genre. Si être enfant d’ouvriers ou d’employés restreint les chances d’accéder à l’enseignement supérieur, le désavantage est encore plus marqué pour les garçons. Au contraire, lorsque les garçons possèdent un diplôme supérieur ou égal à un niveau bac+5, les fils de cadres ont significativement plus de chances d’occuper un emploi de cette catégorie que leurs homologues féminines. Quel que soit le niveau de diplôme, les jeunes femmes sont plus souvent embauchées sur les contrats à durée déterminée et/ou à temps partiel que les garçons (Joseph et Rouaud 2014).

3. Le capital social

Le rapport de la DARES (Boisson-Cohen et al. 2017) nous rappelle que « le capital social joue un rôle important dans l’insertion professionnelle des jeunes. Pour l’ensemble des actifs, les premiers modes d’obtention d’un emploi en France sont les candidatures spontanées, suivies des relations et en troisième position les intermédiaires publics de l’emploi. Pour les jeunes, les réseaux jouent un rôle sensiblement plus important, compensant pour partie leur manque d’expérience et l’absence d’information sur leur productivité. Qu’ils soient professionnels, familiaux ou amicaux, ces réseaux

sont des canaux efficaces pour l'insertion dans l'emploi : plus d'un jeune sur trois (35%) de la génération 2010 a trouvé son premier emploi dans une entreprise qu'il connaissait auparavant pour y avoir effectué un stage ou y avoir déjà travaillé (28% par une candidature spontanée, seulement 8% par un intermédiaire : Pôle emploi, Association pour l'emploi des cadres, etc.). Les jeunes les moins diplômés sont ceux qui sont les moins insérés dans ces réseaux du fait de leur milieu social d'origine et de leur moindre expérience d'emploi pendant leurs études. Ils ont donc davantage recours aux intermédiaires publics de l'emploi pour s'insérer, notamment les Missions locales.» Un autre exemple qui illustre que le diplôme n'est pas rentabilisé de la même manière selon l'origine sociale : un diplôme de niveau bac+5 ou supérieur permet à 60% des jeunes dont les deux parents sont ouvriers ou employés d'atteindre le statut de cadre contre 72% de leurs homologues dont les deux parents sont déjà cadres eux-mêmes (Joseph et Rouaud 2014).

E. Certaines difficultés d'insertion relèvent de facteurs externes au marché du travail et aux compétences des jeunes

Certaines difficultés, en dehors du niveau de diplôme et de la conjoncture économique, sont susceptibles d'interférer dans le projet d'insertion professionnelle de certains jeunes. Ainsi, certains jeunes adultes vont cumuler les handicaps face au marché du travail.

Parmi ces freins supplémentaires (Boisson-Cohen et al. 2017), nous pouvons citer :

- Des freins pour accéder au marché du travail :
 - les difficultés de déplacements. A diplôme égal, les taux d'emploi des jeunes sans permis sont inférieurs aux taux d'emploi des jeunes avec permis. Sept mois après la fin de leurs études, 45% des jeunes diplômés d'un CAP qui ont le permis de conduire sont en emploi contre 19% de ceux qui n'ont pas le permis. L'accès au permis de conduire est très dépendant du soutien des familles : d'une part, parce que la conduite accompagnée facilite l'obtention du permis de conduire ; d'autre part, parce que 84% des titulaires du permis et 64% des possesseurs d'un véhicule âgés de 18 à 24 ans ont bénéficié d'un financement familial. En 2012, 66% des jeunes âgés de 18 à 24 ans étaient titulaires d'un permis B, alors que le taux de possession du permis

B parmi les jeunes suivis en Mission locale ne s'élevait qu'à 37% (Association Prévention Routière 2013).

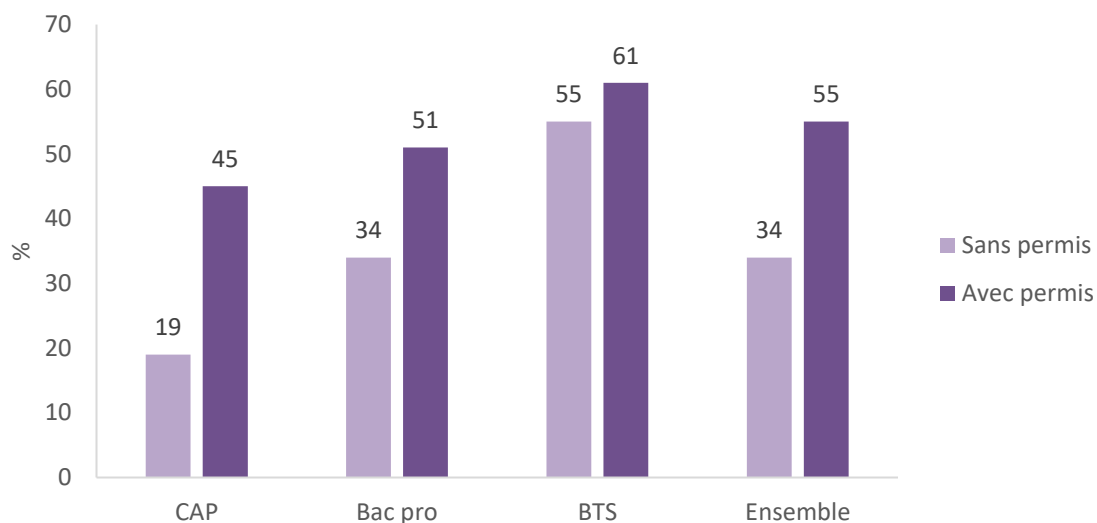


Figure 24 : Taux d'emploi selon le diplôme et la possession du permis de conduire (%) (d'après Boisson-Cohen et al. 2017)

- les difficultés liées à la tension entre zones d'emploi et zones d'habitation. Il existe des différences importantes en termes d'opportunité d'emploi selon les territoires, et l'offre résidentielle, insuffisante ou inadaptée aux besoins des jeunes dans certaines de ces zones (notamment en Ile-de-France), constitue un frein majeur à l'insertion. Les principaux obstacles sont le manque de logements à faible loyer, les cautions exigées par les bailleurs, mais également le manque de logements temporaires ou de courte durée.
 - un manque de maîtrise d'internet à des fins d'insertion socio-professionnelle. Les taux moyens d'équipement sont élevés chez les jeunes : en 2015, 90% des 18-24 ans ont un accès à internet à leur domicile. Cependant, le taux d'équipement des jeunes suivis en Mission locale serait inférieur d'environ 10 points.
- Des freins à la disponibilité pour occuper un emploi :
- un état de santé dégradé (cf. Chapitre 1 – Un état de santé dégradé et un moindre recours aux soins des jeunes en insertion). L'état de santé peut faire obstacle à l'insertion socio-professionnelle que ce soit à cause de la limitation de certaines capacités ou alors de l'adoption de certains comportements à risque, notamment dans le domaine des addictions.
 - Les difficultés d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle. Ainsi 13% des jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation en Europe déclarent une inactivité liée à des contraintes familiales (Eurofound 2012).

- Des freins à l'emploi dus à des conditions de vie précaires. L'absence de revenus et plus globalement des conditions de vie instables nuisent à l'élaboration d'un projet professionnel et à la mise en œuvre des démarches d'insertion :
 - Les difficultés financières. On sait que l'absence de revenus est un frein pour faire face aux frais associés à la recherche d'emploi (mobilité, restauration, matériel ou tenue vestimentaire liés à l'emploi, etc.). Les ressources des jeunes reposent sur trois piliers : le soutien familial (aides en nature ou financières), les aides publiques et les revenus du travail. Or, les jeunes de moins de 25 ans sont exclus de l'accès au RSA (revenu de solidarité active) sauf s'ils ont des enfants à charge ou sous certaines conditions d'activité. Des dispositifs spécifiques leur sont destinés : des aides ponctuelles ou d'urgence, des allocations versées par l'intermédiaire de dispositifs d'insertion (à l'exemple de la Garantie Jeunes).
 - Les difficultés de logement. La part des revenus consacrée aux dépenses de logement est en moyenne plus élevée pour les jeunes de 18 à 29 ans que pour les personnes plus âgées et ils présentent plus fréquemment des difficultés pour payer leur loyer ou leurs charges. Ces difficultés sont encore plus marquées chez les jeunes chômeurs.
 - Les défauts de couverture santé (cf. Chapitre 1 – Un état de santé dégradé et un moindre recours aux soins des jeunes en insertion). Pour l'ensemble des jeunes, les changements de situation fréquents et des complexités administratives peuvent exposer à des défauts de couverture santé. Concernant la couverture complémentaire, pour faire une demande de CMU complémentaire (CMUc) ou d'Aide à la complémentaire santé (ACS), les moins de 25 ans doivent joindre leur demande à celle de leurs parents ou alors fournir une déclaration fiscale séparée. Du fait de leurs types de contrats (inférieurs à un an, à temps très partiel, etc.), certains jeunes sont dispensés de couverture collective obligatoire.
 - L'isolement relationnel et les ruptures familiales. Alors que les jeunes constituent le groupe d'âge qui déclare le plus de relations sociales, certaines caractéristiques – être non diplômé, inactif, chômeur ou parent célibataire – sont plus souvent associées à un isolement relationnel.

F. Les NEETs

Alors que l'intégration des jeunes dans la société était habituellement perçue comme une séquence d'étapes successives de l'école à l'emploi, cette transition linéaire est de plus en plus remise en question. Comme nous venons de le voir, l'insertion professionnelle s'avère complexe et longue pour nombre de jeunes avec des allers-retours fréquents entre séquences en emploi et hors emploi, en particulier en période de crise économique. Ainsi, certains jeunes sans emploi peuvent ne pas être comptabilisés statistiquement comme chômeurs (cf. Encadré 1) car ils ne remplissent pas toutes les conditions. Aussi, certains souhaitent travailler mais ne sont pas disponibles pour s'insérer immédiatement ou encore n'ont pas fait de recherche active récemment et se trouvent comptés

comme inactifs. Ces approches traditionnelles (basées sur la simple dichotomie entre actifs et inactifs) pour comprendre le statut des jeunes à l'égard de l'emploi sont de moins en moins adaptées pour représenter et comprendre les situations des jeunes lors de leurs premiers pas dans la vie active.

Pour aller au-delà de ces approches classiques, les chercheurs, les institutions et les organisations internationales ont donc commencé à utiliser une nouvelle catégorie pour décrire les différentes « nuances de gris » de l'insertion des jeunes sur le marché du travail dans la société contemporaine : la catégorie des NEETs (contraction de l'expression anglaise Neither in Employment, nor in Education or Training). La part de NEETs permet ainsi de mesurer la part des jeunes ni en emploi, ni en étude, ni en formation parmi l'ensemble de la population âgée de 15 à 29 ans. Au-delà de la barrière chômage/inactivité, il s'agit de rendre visible une population par rapport à l'ensemble de la jeunesse et de questionner son désengagement ou son exclusion du marché du travail, voire de la société (Couppié et al. 2018 ; Eurofound 2012).

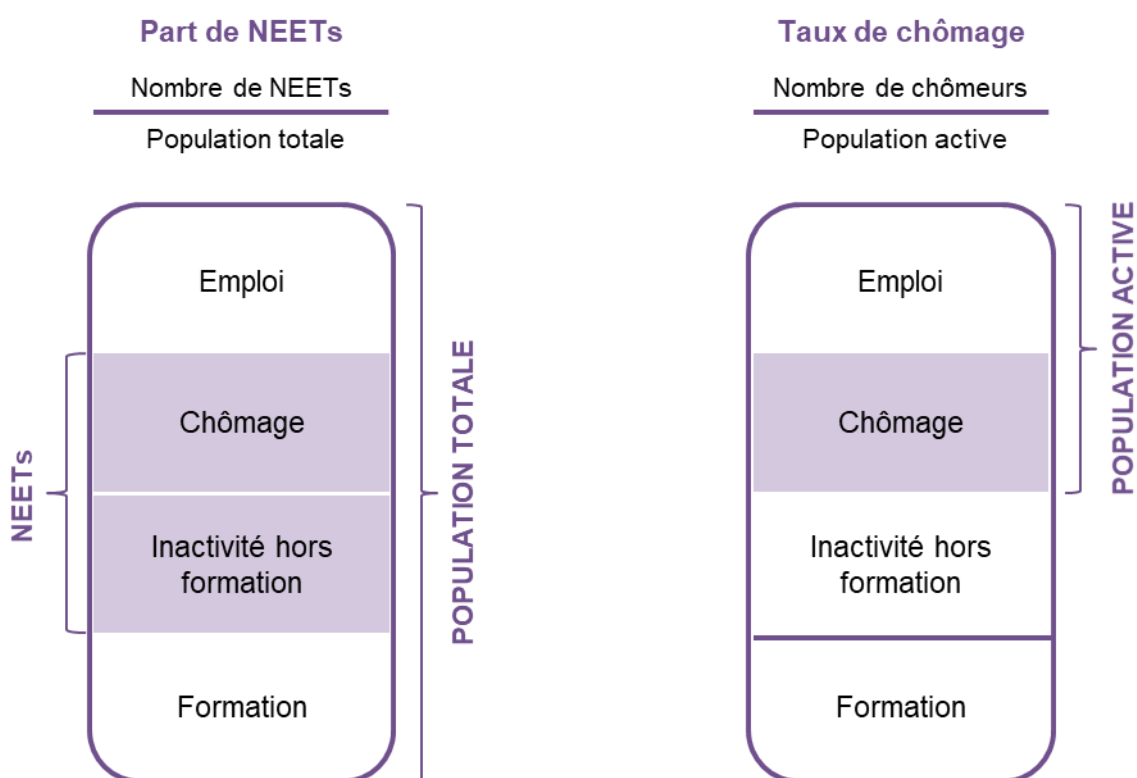


Figure 25 : Différence entre part de NEETs et taux de chômage (d'après Timoteo 2016)

1. Des origines au développement du terme NEET

La nécessité de créer une nouvelle catégorie pour les jeunes ni en emploi, ni en étude, ni en formation a émergé au Royaume-Uni à la fin des années 1980. Cela a été causé par les changements du régime d'assurance chômage pour les jeunes âgés de 16 à 18 ans, qui n'avaient désormais plus droit aux allocations chômage. Les pouvoirs publics ont alors adopté de nouveaux termes : « Status Zer0 », qui a ensuite été remplacé par « Status A ». Le « Status 1 » désignait les jeunes de plus de 16 ans en étude,

le « Status 2 » les jeunes en stage, et le « Status 3 » les jeunes en emploi. Le « Status Zer0 » a vite été perçu comme une métaphore éloquente : les jeunes en « Status Zer0 » « ne comptaient pour rien et n’allaient nulle part » (Williamson 1997). A la fin des années 1990, les institutions britanniques ont remplacé ce terme par celui de NEET, entre autres pour éviter les connotations négatives, mais aussi car il permettait de mieux appréhender l’hétérogénéité des jeunes de cette catégorie. Le terme NEET a été pour la première fois employé dans un rapport officiel britannique en 1999 (Social Exclusion Unit 1999). Le terme s’est rapidement exporté dans la décennie qui a suivi et des définitions similaires ont été adoptées par l’ensemble des pays de l’Union Européenne. Des pays comme le Japon, la Corée du Sud, Taiwan, la Nouvelle Zélande et Hong Kong ont, eux, développé leurs propres définitions. Au Japon et en Corée du Sud, le terme est associé avec un phénomène social qui ne concerne pas seulement le marché du travail mais plus généralement l’intégration des jeunes dans la société. La définition japonaise ou sud-coréenne, qui diffère ainsi de celle adoptée par les pays de l’Union Européenne, est la suivante : « les personnes âgées de 15 à 34 ans qui sont sans emploi, célibataires, non-inscrits à l’école ou occupés dans des tâches domestiques, et ne cherchant pas de formation technique requise pour un travail » (Eurofound 2012).

Encadré 3 : Les différents noms donnés aux NEETs

Aussi appelés les trois ni, ou encore les NEEF (ni en emploi, ni aux études, ni en formation) au Québec ou encore les NINI en Espagne, ces différents termes recouvrent une même réalité, celle d’une population jeune à haut risque d’exclusion (Longo et Gallant 2016).

2. Quelques chiffres sur les NEETs en France, en Europe et dans le Monde dans les années 2010

La part des NEETs dans la population des jeunes est importante : selon la DARES, en 2011, en moyenne 14,9% des jeunes de 15 à 29 ans ne sont ni en emploi ni en formation en 2010 en France, soit environ 1,9 million de jeunes. Parmi ceux-ci, 57,5% sont au chômage au sens du BIT et 42,5 % sont inactifs. La part des NEETs augmente avec l’âge : de 6,4% pour les 15-19 ans, la proportion s’élève à 18,2% pour les 20-24 ans et à 19,7% pour les 25-29 ans en 2010 en France. Les femmes sont plus concernées que les hommes (16,4% vs 12,9% en 2011) (Cahuc et al. 2013 ; INJEP 2012 ; INJEP 2018).

Les NEETs ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire. Les départements d’Outre-Mer, la Corse, le Nord, le bassin lorrain, le pourtour méditerranéen, la Seine-Saint-Denis et certaines zones rurales enclavées concentrent plus de jeunes en difficulté.

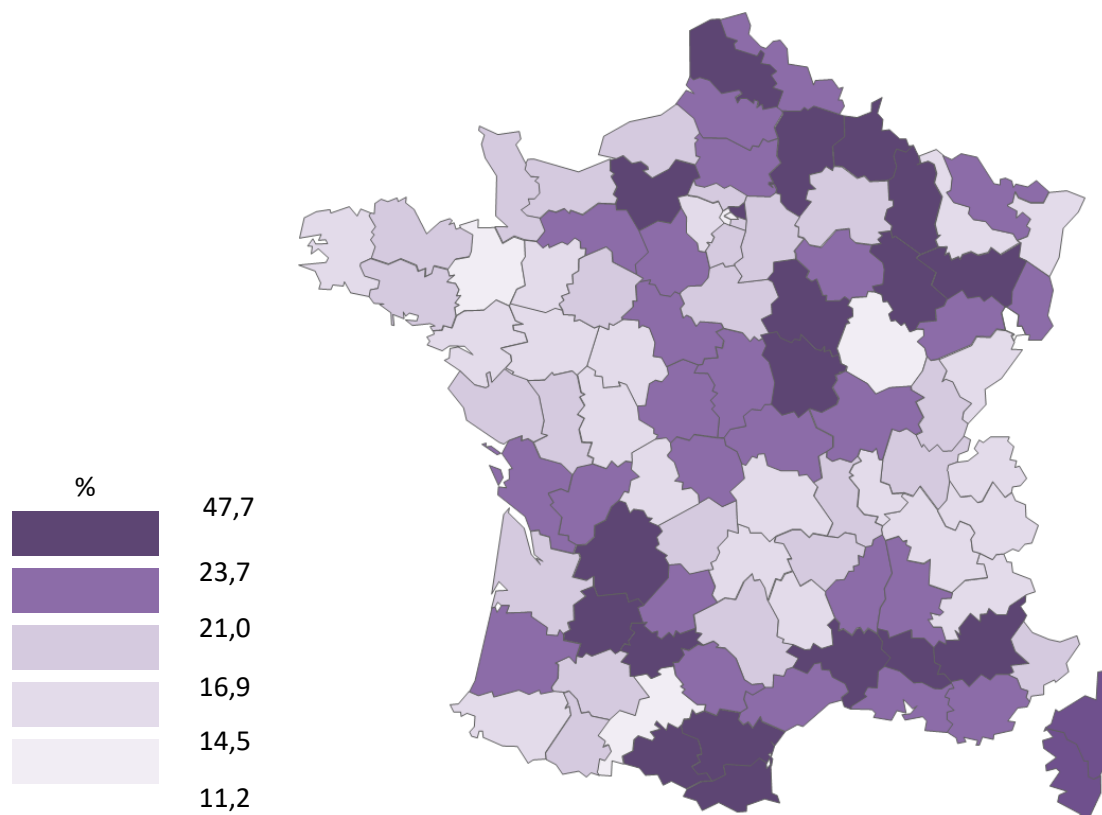


Figure 26 : Part des NEETs par département (%) (d’après INJEP 2012)

La part des NEETs en France a augmenté durant la dernière crise économique (hausse de 2,5 points pour les 15-29 ans entre 2007 et 2012) jusqu’à atteindre un pic en 2012 à 15,1%.

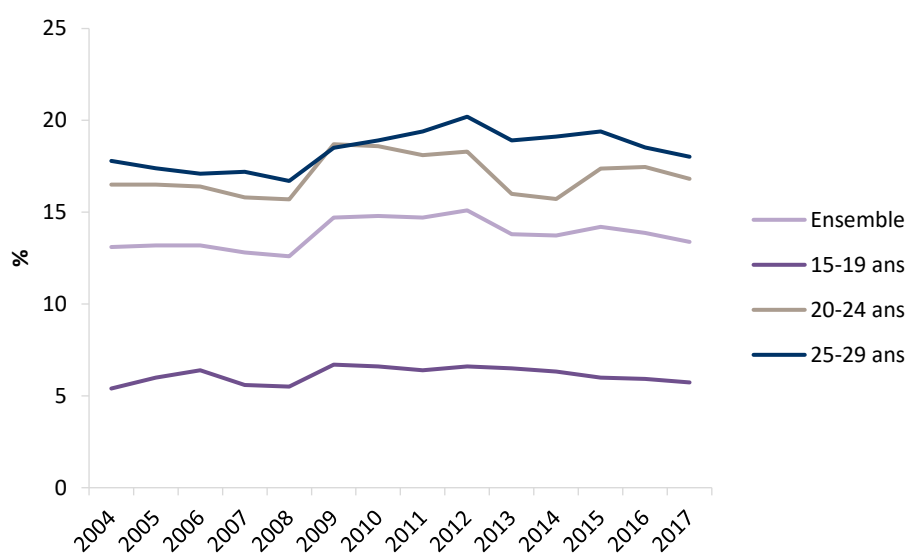


Figure 27 : Part des NEETs en France parmi les 15-29 ans entre 2004 et 2017 (%) (source : INJEP 2018)

La part des NEETs en France (14,9%) est légèrement inférieure à la moyenne des 27 pays de l'Union Européenne (15,2% pour les 15-29 ans en 2011), proportion qui varie considérablement d'un pays à l'autre (5,8% aux Pays-Bas, 23,6% en Bulgarie). En 2011, selon les données Eurostat, 14 millions de jeunes âgés de 15 à 29 ans (soit 7,5 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans et 6,5 millions de jeunes âgés de 25 à 29 ans) n'étaient ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation en Europe. Dans presque tous les pays Européens, le phénomène s'est aggravé pendant la crise de 2008-2009. Alors qu'en 2008, la part des NEETs s'élevait à 11% des 15-24 ans et 17% des 25-29 ans, en 2011, ces taux étaient respectivement de 13% et 20% (Eurofound 2012).

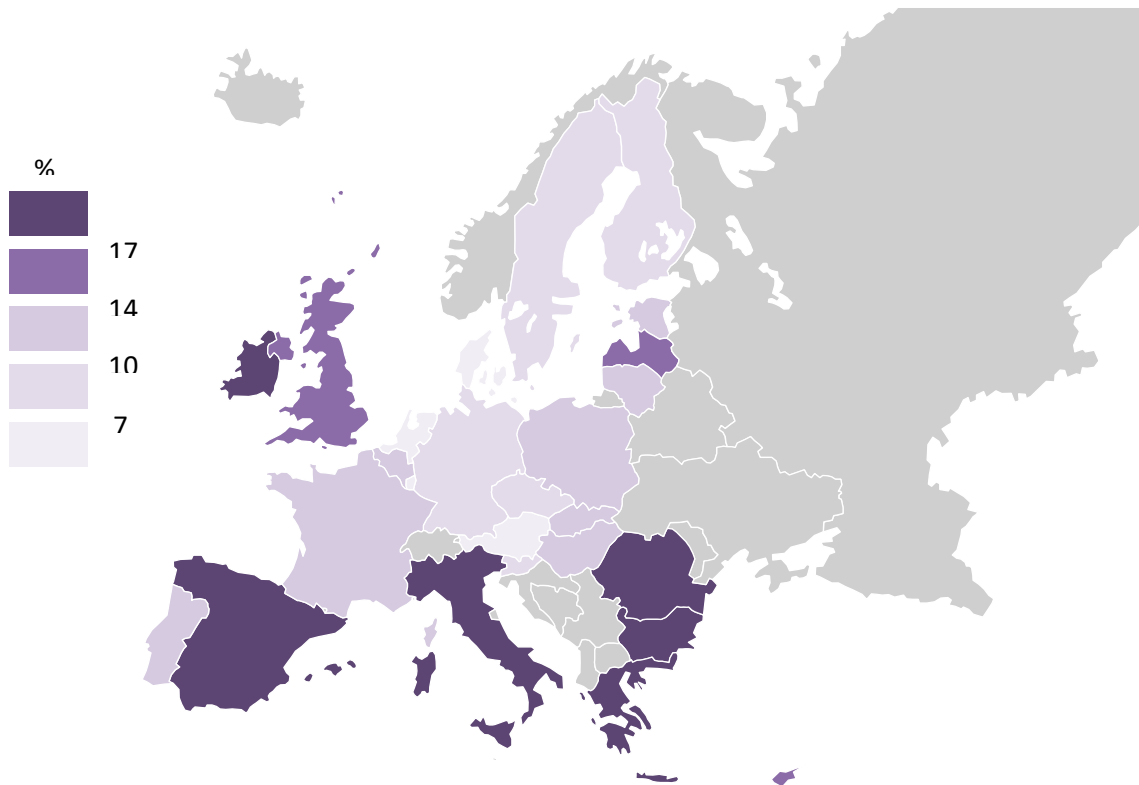


Figure 28 : Part des NEETs dans l'Union Européenne en 2011 parmi les 15-24 ans (%) (d'après Eurofound 2012)

Selon l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), la part des NEETs s'élevait en France en 2011 à 16,4% parmi les 15-29 ans, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (15,9%). (Attention les sources de données de l'OCDE ne sont pas similaires aux sources de données d'Eurofound et de la DARES).

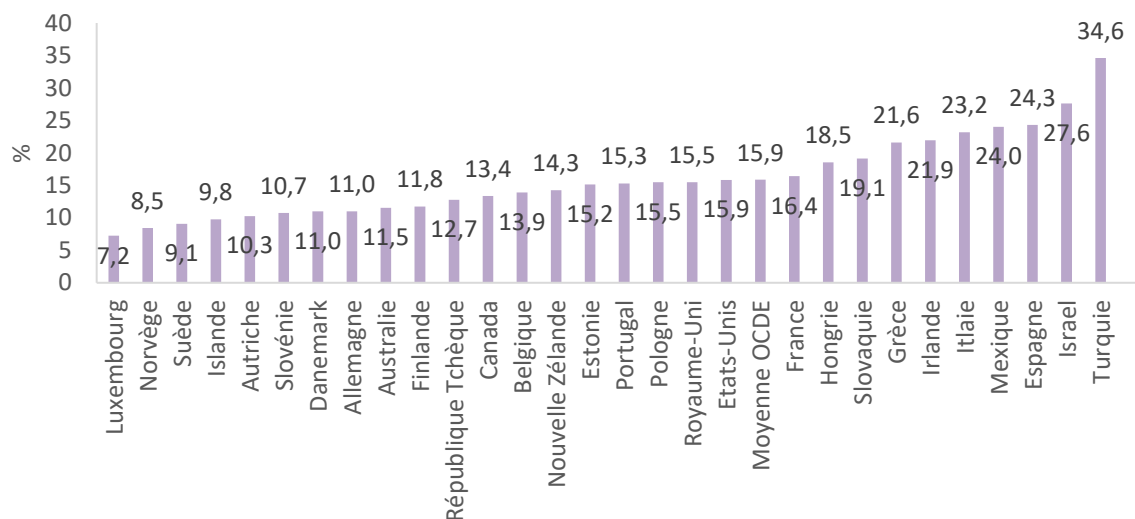


Figure 29 : Part des NEETs parmi les 15-29 ans en 2011 dans les pays de l'OCDE (%) (source : OCDE 2015)

Encadré 4 : Le coût économique des NEETs

Selon Eurofound, l'estimation du coût économique des NEETs dans l'Union Européenne s'élevait en 2011 à environ 153 milliards d'euros – soit 1,21% du PIB (produit intérieur brut) de l'Union Européenne – se répartissant entre 142 milliards d'euros de manque à gagner et 11 milliards d'euros liés aux dépenses des systèmes de protection sociale (indemnités chômage, allocations diverses) et de santé. Ce coût correspond à plus de 2% du PIB dans certains pays (en Bulgarie, Chypre, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie et Pologne) (Eurofound 2012).

3. Les NEETs : une population hétérogène

Même si d'un point de vue statistique, il est relativement facile de dénombrer la population des NEETs, il faut souligner que cette catégorie renvoie à une population très hétérogène. Elle recouvre une hétérogénéité de situations vécues par les jeunes et amène à considérer des groupes très vulnérables en même temps que d'autres qui le sont moins. Eurofound (Eurofound 2012) identifie ainsi différents sous-groupes :

- les chômeurs « traditionnels » de courte ou longue durée ;
- les personnes non disponibles (malades, handicapées ou assurant la prise en charge d'un proche) ;

- les personnes désengagées (y compris les travailleurs découragés et les jeunes engagés dans des modes de vie dangereux ou asociaux) ;
- les personnes à la recherche d'opportunité (qui recherchent activement une formation, un stage ou un emploi en rapport avec leur diplôme et expérience) ;
- les volontaires (des jeunes qui voyagent, ou qui sont engagés dans d'autres activités par exemple artistiques ou en apprentissage autonome).

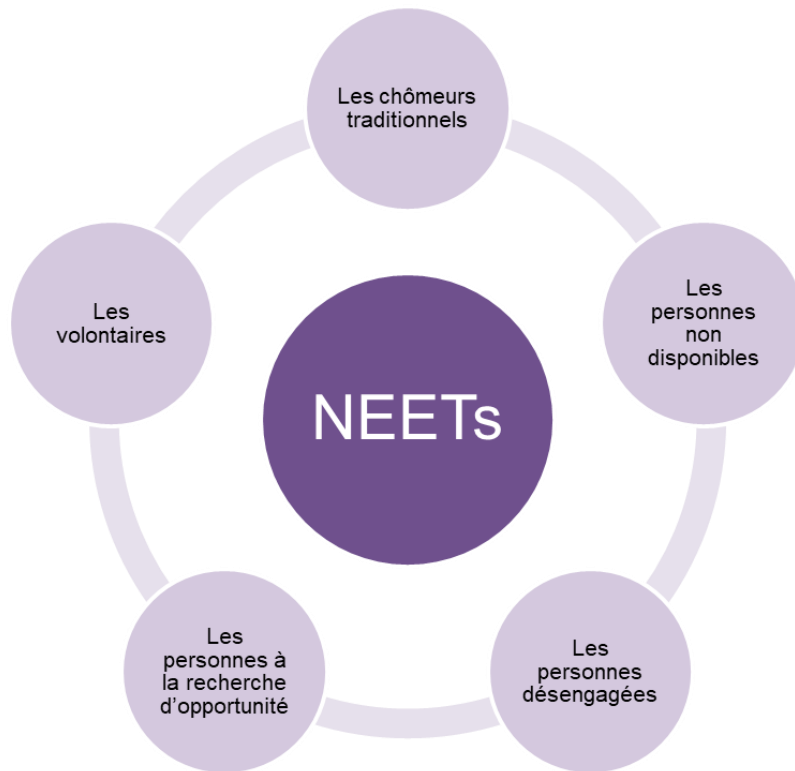


Illustration 2 : Les NEETs : une population hétérogène (inspiré d'Eurofound 2012)

En 2016, dans son rapport « Exploring the diversity of NEETs », Eurofound recatégorise la diversité des NEETs par une approche différente en distinguant les NEETs de courte et de longue durée. Environ 40% des jeunes NEETs sont chômeurs depuis moins d'un an, dont une partie ré-entre sur le marché du travail après une reprise d'études ou une formation tandis qu'environ 60% des jeunes NEETs sont chômeurs de longue durée ou inactifs. C'est pour cette dernière population que l'existence de freins périphériques à l'emploi est avérée (découragement, état de santé, responsabilités familiales, etc.) ou du moins présumée (Eurofound 2016).

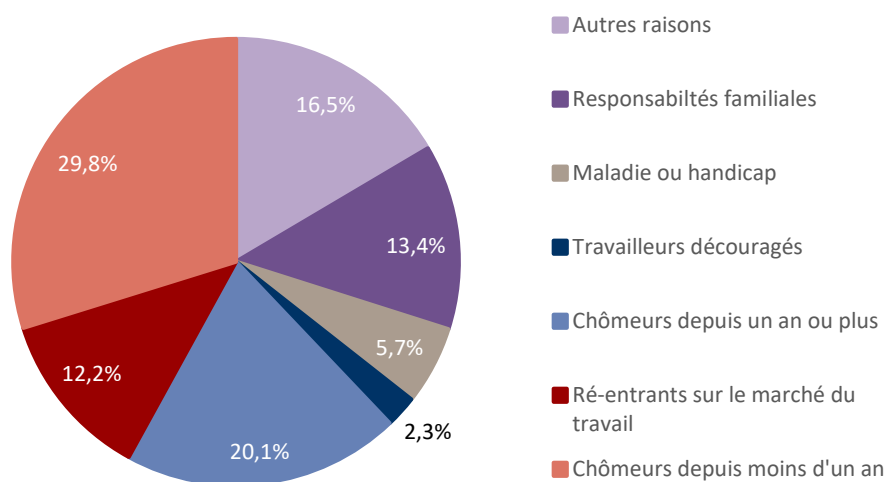


Figure 30 : Les raisons du statut des NEETs de longue durée (d'après Eurofound 2016)

4. Que partagent les NEETs ? Quels sont les facteurs associés au statut de NEET ?

De nombreux facteurs socio-démographiques au niveau individuel mais aussi familial ont été associés au statut de NEET. De façon attendue, ces facteurs sont quasiment identiques à ceux qui étaient associés au statut de jeune chômeur (et que nous avons décrits ci-dessus). Les sources de données sont différentes : essentiellement Eurofound et l'OCDE pour ce paragraphe (car la part de NEETs est devenu un indicateur plus précocement utilisé à une échelle européenne voire mondiale, qu'à l'échelle de la France) ; l'Insee et les enquêtes Génération du Céreq pour les paragraphes précédents (qui s'intéressent plus souvent au taux de chômage qu'à la part des NEETs chez les jeunes).

Ainsi dans les enquêtes européennes, certaines caractéristiques individuelles sont surreprésentées chez les NEETs (Eurofound 2012 ; Timoteo 2016) :

- un faible niveau d'éducation ;
- des difficultés d'apprentissage ;
- une forme de handicap ou un problème de santé ;
- le fait d'être une femme ;
- le fait d'être issu de l'immigration ;

- les grossesses précoces et la monoparentalité ;
- la délinquance ;
- un manque de confiance en soi et une faible estime de soi ;
- un manque de confiance vis-à-vis des autres.

En 2012, l'OCDE observait également que les femmes étaient sur-représentées parmi les NEETs et que les NEETs étaient plus affectés par des problèmes de santé que les autres jeunes du même âge.

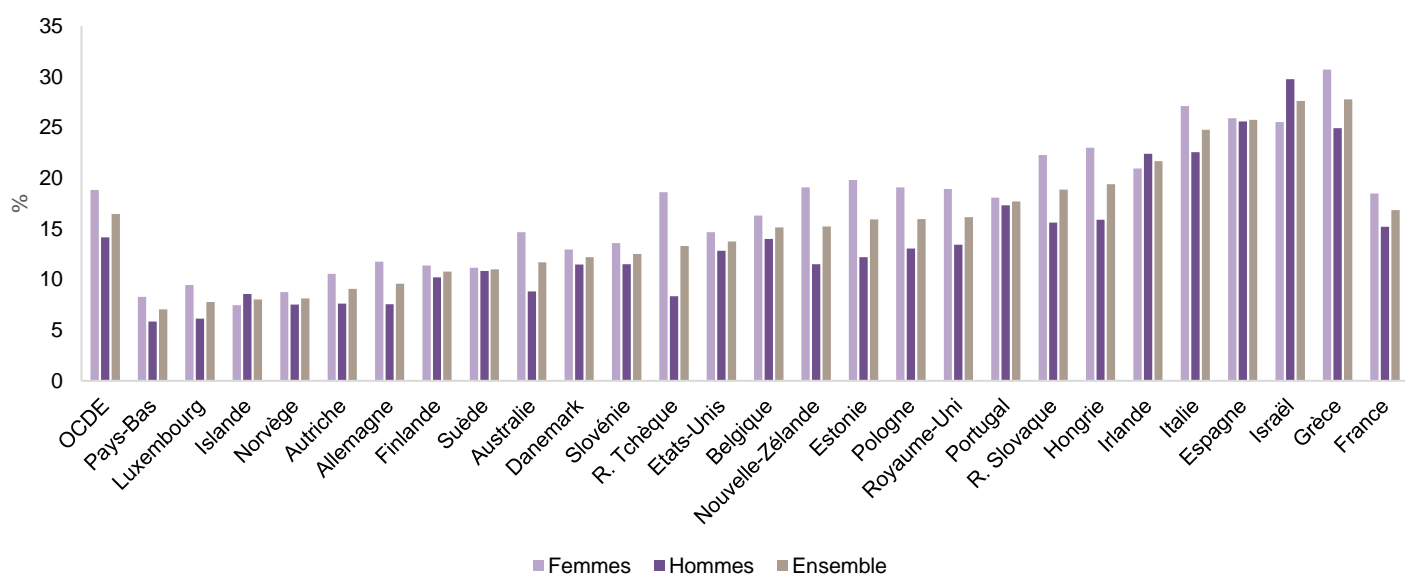


Figure 31 : Proportion de NEETs selon le genre parmi les 15-29 ans dans certains pays de l'OCDE en 2012 (%) (d'après OCDE 2015)

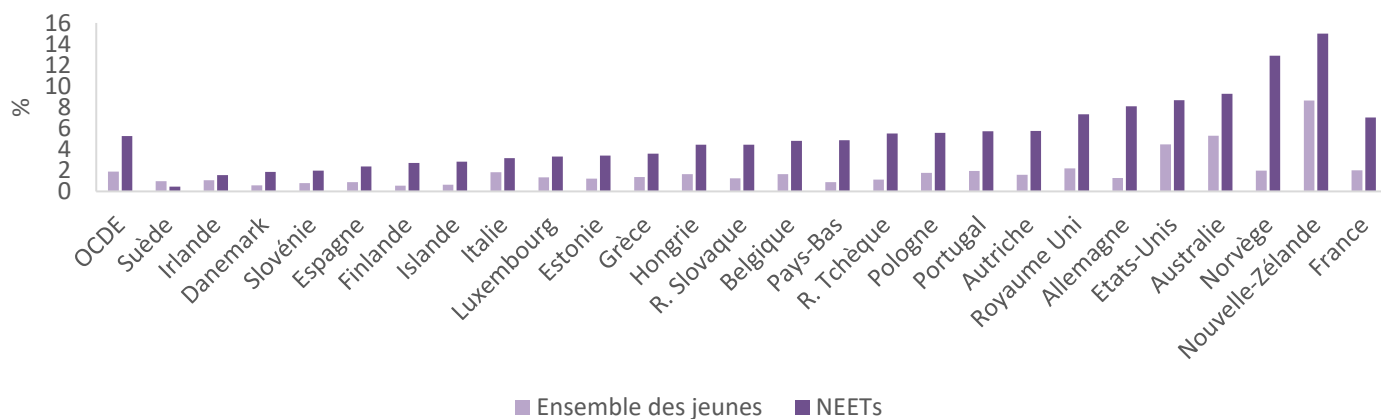


Figure 32 : Part des jeunes et des NEETs en mauvaise santé parmi les 16-29 ans dans différents pays de l'OCDE en 2012 (%) (d'après OCDE 2015)

A l'exception du Royaume-Uni et de l'Australie, dans de nombreux pays, comme en France, les descendants d'immigrés sont également plus souvent dans cette situation que les jeunes sans ascendance migratoire directe.

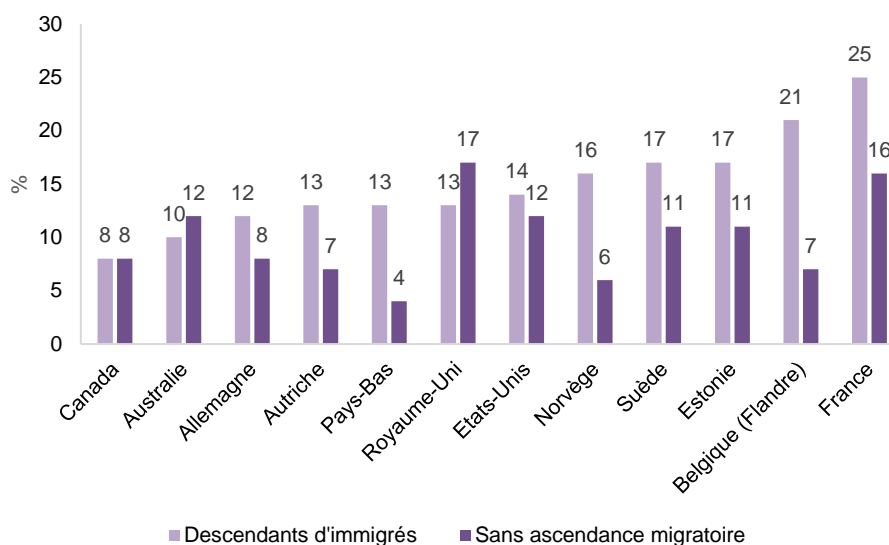


Figure 33 : Proportion de NEETs selon l'ascendance migratoire parmi les 16-29 ans dans certains pays de l'OCDE en 2012 (%) (d'après Boisson-Cohen et al. 2017)

Au niveau familial, ces enquêtes internationales montrent également que certaines caractéristiques sont plus souvent observées chez les NEETs :

- avoir des parents au chômage ;
- avoir des parents peu diplômés ;
- être issu d'une famille nombreuse ;
- vivre dans un logement surpeuplé.

Encore faut-il porter une attention particulière à ne pas confondre les facteurs de risque de *devenir* NEET aux facteurs associés au *statut* de NEET. Dans le rapport d'Eurofound (Eurofound 2012), un modèle statistique a été proposé pour identifier les facteurs de risque de devenir NEET à partir de différentes études européennes. De nombreux facteurs socio-démographiques viennent accroître, quelquefois de manière cumulative, le risque de devenir NEET :

- le fait d'être issu de l'immigration (70% de risque de plus que les autres) ;
- le niveau d'éducation (les jeunes dont le niveau d'éducation est faible ont un risque trois fois plus élevé de devenir NEET que les jeunes diplômés de l'enseignement supérieur) ;
- le fait de vivre dans une zone rurale ;
- une forme de handicap ou un problème de santé (avec un risque augmenté de 40% par rapport aux autres jeunes en bonne santé) ;

- avoir des parents dont le niveau d'éducation est faible, qui ont connu des périodes de chômage et/ou qui ont divorcé.

Le contexte économique peut venir amplifier ce risque, car comme nous l'avons vu précédemment, la crise pénalise les moins armés pour affronter le marché du travail. A noter que ce modèle a été proposé à partir de données européennes, mais à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux facteurs de risque de devenir NEET, spécifiquement, en France.

Encadré 5 : Les conséquences sociétales d'être NEET

Les conséquences sociétales d'être NEET (par rapport aux non-NEETs) sur la socialisation sont difficiles à mesurer et aucune étude spécifique n'a été faite en France. Eurofound en a réalisé une au niveau européen en réunissant les pays par groupes, mais a intégré la France dans le groupe des pays continentaux (qui comportait entre autres l'Allemagne et l'Autriche), groupe dans lequel le profil des NEETs mais aussi les fonctionnements sociétaux étaient très différents. Malgré ces limites, il semblerait que les NEETs aient moins souvent confiance dans les institutions, soient moins politisés et participent moins souvent à des activités de loisir que les non-NEETs (Eurofound 2012).

5. Quelles sont les conséquences à long terme d'être NEET ?

Maintenant que nous avons identifié les facteurs associés au statut de NEET, nous nous attarderons sur les conséquences individuelles d'avoir passé une période de sa vie en tant que NEET. L'intérêt de les étudier est de comprendre l'importance de réinsérer les jeunes ou de les encourager à rester en emploi ou en formation. Etre en formation, ou en emploi présente d'autres avantages que la seule employabilité. Le chemin vers l'âge adulte est souvent conceptualisé comme une accumulation d'investissements divers formant un capital socio-culturel propre à l'individu. Un individu réussira (ou ne réussira pas) son insertion professionnelle grâce à ses ressources (« stock ») en termes d'éducation, de caractéristiques sociales et psychologiques. Pour Bourdieu, c'est la combinaison de trois formes de capital qui expliquent la hiérarchie sociale : le capital économique, le capital social et le capital culturel (Bourdieu 1980). Plusieurs mécanismes peuvent empêcher l'acquisition de ces capitaux, mais la conséquence principale d'être NEET est le frein à la constitution de ces capitaux économiques, sociaux et culturels (Eurofound 2012).

Le passage par le chômage dans les premières années de la vie active pénalisera-t-il ces jeunes pour le reste de leur carrière ?

Malgré l'hétérogénéité de la population des NEETs, leurs différentes situations ont pour point commun la non-accumulation des connaissances, des compétences et des expériences professionnelles par les

voies traditionnelles, par rapport à un autre jeune actif sur la même période. Ceci les expose à plusieurs risques au niveau professionnel :

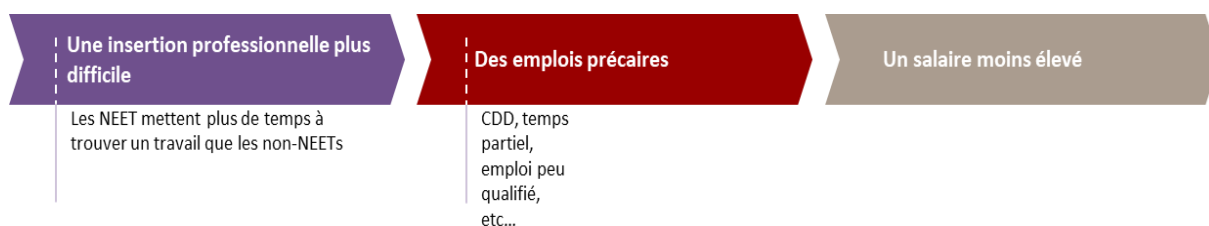


Illustration 3 : Les conséquences d'être NEET sur l'emploi (infographie inspirée de Fondation AlphaOméga 2015)

Les difficultés d'insertion professionnelle ou l'inactivité des NEETs sur une période donnée peuvent avoir des effets durables sur leur avenir, et ainsi entraîner une plus forte probabilité de vivre à long terme une situation d'inactivité prolongée, d'emplois précaires et de faibles revenus. Ce phénomène qualifié d'« effet cicatrice » (ou « scarring effect » en anglais), représente un enjeu majeur pour les politiques publiques en matière de jeunesse et d'emploi (Gaini et al. 2013 ; INJEP 2012).

Une longue période d'inactivité ou de chômage chez les NEETs peut se répercuter durablement sur leurs conditions de vie avec notamment :

- Un risque de pauvreté plus élevé ;
- Une situation de chômage persistant ;
- Un accès au logement plus difficile ;
- Une santé fragilisée ;
- Une marginalisation sociale.

Sur le plan émotionnel, les NEETs développent davantage de sentiments négatifs à leur propre égard et vis-à-vis de leur environnement : sentiments d'isolement social, d'impuissance, d'absence de confiance en soi, d'angoisse sur l'avenir, etc. Les NEETs sont plus exposés à un risque de marginalisation de la société, de délinquance, ou d'engagement dans des activités criminelles (vol, usage et vente de substances illicites, etc.). Il existe aussi un risque d'exclusion politique et sociale : l'intérêt des NEETs pour la vie politique, leur engagement politique et social et leur confiance dans les institutions sont considérablement plus faibles que chez les jeunes non-NEETs.

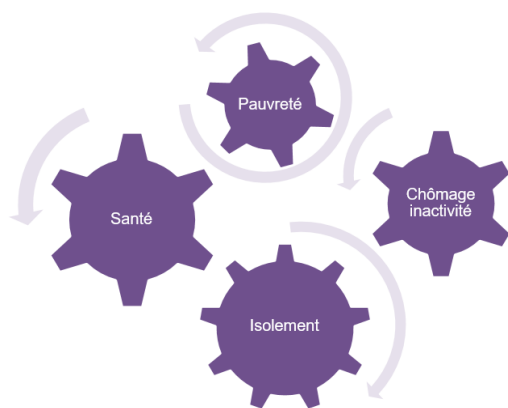


Illustration 4 : L'engrenage socio-économique d'être NEET (infographie inspirée de Fondation AlphaOmega 2015)

Sur le long terme, les NEETs peuvent être entraînés dans un engrenage de chômage/d'inactivité dont il devient de plus en plus difficile de sortir. Ces conséquences ont également un impact sur leur environnement, la famille et la société dans laquelle ils évoluent, que ce soit en termes de coût social (désaffection sociale, faible confiance dans les institutions, etc.) ou de coût économique (allocations diverses, pertes de revenus, diminution des contributions aux systèmes de protection sociale nationaux, etc.). Devenir NEET ne relève donc pas seulement d'un simple gâchis du potentiel

d'un jeune, mais a des répercussions sur l'ensemble de la société.

Pour autant, faute d'études de cohorte prospective ou rétrospective, il reste souvent difficile de distinguer conséquences et facteurs associés au risque d'être NEET. Est-ce parce qu'un jeune est déprimé qu'il aura plus de difficultés à trouver un emploi ? Ou est-ce parce qu'il est dans cette situation professionnelle qu'il sera plus déprimé ? Est-ce parce qu'il a des difficultés à se loger que son accès à l'emploi sera limité ? Ou est-ce parce qu'il n'a pas d'emploi que son accès au logement est entravé ?

Après ce constat plutôt sombre sur les conséquences à court et long terme d'être NEET, quelles solutions peuvent être proposées à ces jeunes pour (ré-)intégrer le marché du travail et plus généralement pour se réinsérer dans la société ? Quels dispositifs ont été mis en place en France depuis quarante ans ? Comment accompagner ces jeunes dans leur insertion professionnelle et sociale ?

III. Les Missions locales et l'accompagnement des jeunes

A. Quarante ans de politique d'emploi en faveur des jeunes – Une succession de dispositifs

Quand la progression du chômage, entamée à la fin des années 1960, s'accélère au cours des années 1970, l'importance des jeunes parmi les demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE (Agence nationale pour l'emploi) conduit à les mettre au cœur des premières politiques d'emploi. Depuis les années 80, le taux de chômage des jeunes est supérieur à 15% et il a régulièrement franchi les 20%. Face à ce constat, des mesures politiques se sont succédées pour favoriser l'insertion des jeunes dans l'emploi, de deux manières différentes : réduire le coût du travail pour les employeurs pour compenser le déficit d'expérience professionnelle des jeunes (notamment grâce aux contrats subventionnés par l'Etat) et accroître la qualification des jeunes pour améliorer leurs chances d'accès à l'emploi (via la promotion de l'apprentissage, la formation professionnelle, les formations en alternance, les stages, etc.). Les dispositifs comportant un fort contenu en formation, ainsi que les formules qui s'appuient sur une alternance entre périodes de formation et d'emploi ont pris une importance croissante depuis le courant des années 1990. En 2010, 24% des emplois occupés par des jeunes de moins de 26 ans bénéficient d'une aide de l'État, soit 665 000 emplois (contre 4% pour l'ensemble des actifs occupés). Cette part s'élevait à 11% en 1980, 20% en 1990, 30% en 2000 (Aeberhardt et al. 2011).

Encadré 6 : Le cheminement vers l'emploi

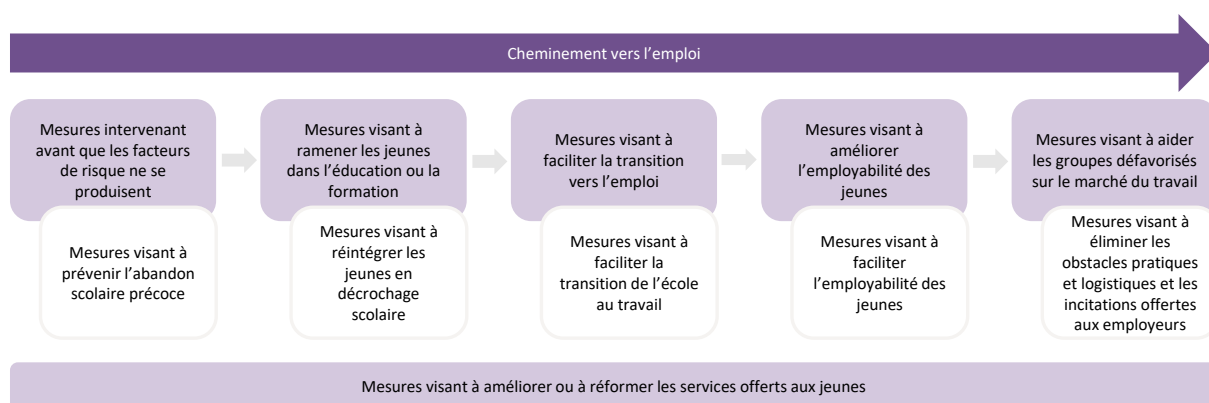


Figure 34 : Le cheminement vers l'emploi (d'après Eurofound 2012)

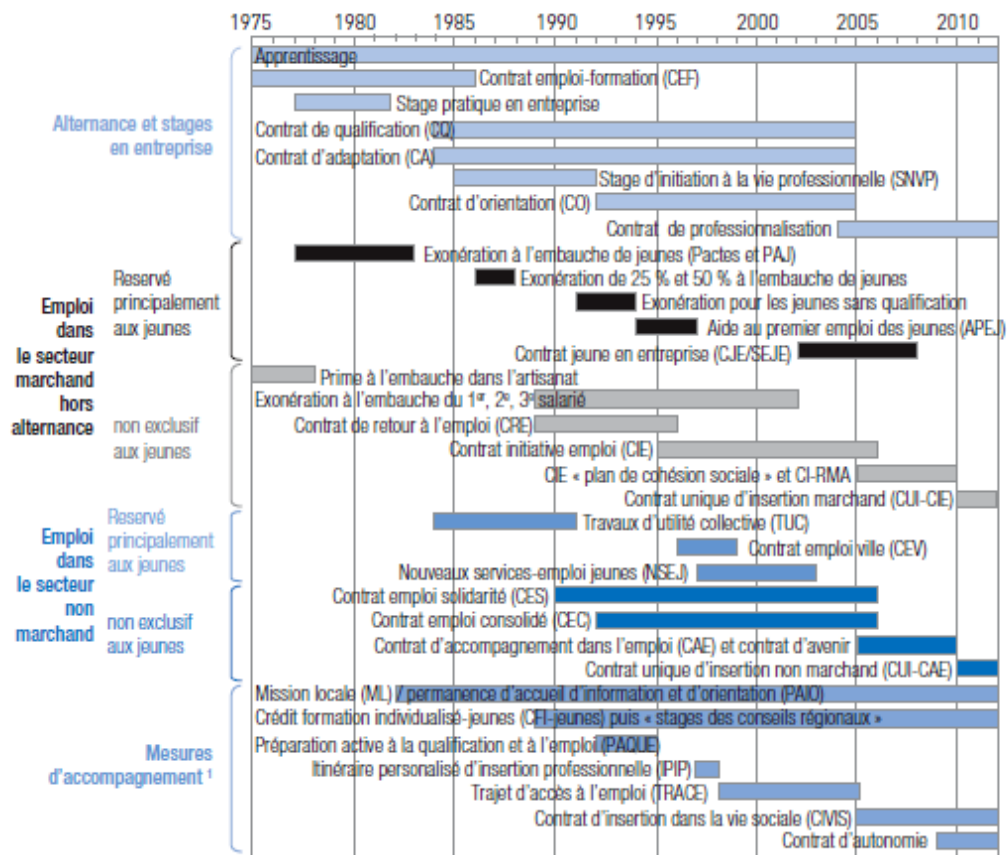
Pour beaucoup de jeunes, le cheminement de la sortie de la formation initiale vers l'emploi n'est pas linéaire et ceux qui sont devenus NEETs se sont éloignés de ce « chemin » à un moment donné. Comme illustré dans la figure ci-dessus, les mesures mises en place pour contrer la problématique des NEETs sont de deux types : des interventions préventives pour empêcher les jeunes de quitter ce « chemin » et des interventions pour ramener les jeunes sur les « rails » afin qu'ils développent leur compétences

et participent activement à la société. Ces dispositifs peuvent être regroupés en cinq catégories, qui peuvent se recouper :

- Les mesures pour empêcher le décrochage scolaire ;
- Les mesures pour réintégrer les décrocheurs scolaires ;
- Les mesures pour faciliter la transition de la sortie de formation initiale vers l'emploi ;
- Les mesures pour favoriser l'employabilité des jeunes ;
- Et enfin, les mesures pour limiter les obstacles pratiques et logistiques pour l'employabilité et les mesures incitatives à l'emploi.

En 1975, Paul Granet met en place les premières mesures de formation professionnelle à destination des demandeurs d'emploi de 16 à 20 ans les moins qualifiés. En 1977, le gouvernement Barre lance le premier « pacte national pour l'emploi des jeunes » au profit des jeunes de 16 à 25 ans. De 1978 à 1981, deux autres pactes s'enchaînent, puis le Plan avenir jeunes de 1981, le plan d'urgence de 1986, etc. Les appellations, les paramètres et l'ampleur des dispositifs à destination de l'emploi des jeunes

changeront en fonction des orientations politiques et des contraintes budgétaires. Le schéma ci-contre résume cette histoire (Aeberhardt et al. 2011; INJEP 2012).



1. Les mesures d'accompagnement ne sont pas en elles-mêmes des contrats de travail ; elles peuvent mobiliser les autres mesures existantes dont les contrats d'aide à l'emploi.

Note : seules les périodes d'entrée en dispositif sont reportées ici ; les dispositifs peuvent rester actifs au-delà de ces périodes en raison de la durée des contrats. Les exonérations mentionnées correspondent à des exonérations de cotisations sociales.

Source : DARES (in Aeberhardt et al., 2011).

Figure 35 : Les principales mesures d'aide à l'emploi des jeunes de 1975 à nos jours (d'après Aeberhardt et al. 2011)

B. Les principes fondateurs et l'histoire du réseau des Missions locales

Les premières Missions locales apparaissent en 1982 à la suite du rapport de Bertrand Schwartz. Ce dernier préconise une approche globale des difficultés que les jeunes peuvent rencontrer dans leur transition entre l'école et la vie active, parce que les difficultés d'insertion professionnelle et sociale sont interdépendantes. Certes, l'accès à l'emploi doit conduire à l'intégration sociale et faciliter l'accès au logement, à la santé, au transport, mais la prise en compte de ces préoccupations en parallèle ou préalablement à la question de l'accès à l'emploi peut aussi faciliter l'accès à l'emploi. Les préconisations du rapport conduisent à la mise en place de guichets uniques décentralisés, destinés spécifiquement aux jeunes : les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) et les Missions locales d'insertion. Il leur revient de fournir un accès à l'information sur les formations et sur les métiers. Elles doivent également suivre de façon individuelle les jeunes en difficulté d'insertion, en mobilisant de façon adaptée l'ensemble des dispositifs existant par ailleurs (Aeberhardt et al. 2011 ; INJEP 2012).

Monsieur le Professeur,

L'entrée des jeunes dans la vie active, après la fin de la scolarité, est devenue pour beaucoup d'entre eux une véritable course d'obstacles et une période d'incertitude et de déstabilisation.

La crise économique et l'ampleur du chômage ne sont pas seuls responsables de cette situation. L'organisation actuelle du système éducatif, de la formation professionnelle et des services d'information, d'orientation et de placement, les dispositifs d'insertion professionnelle mis en place au cours des dernières années, ainsi que les aides au premier emploi ne procèdent pas d'une conception d'ensemble, mais de la juxtaposition de dispositions parfois contradictoires et souvent conjoncturelles.

L'articulation de l'école, de la formation et de l'emploi des jeunes, ainsi que du service national, doit faire l'objet d'une réflexion approfondie, qui s'appuie sur une analyse lucide de la situation actuelle.

Lors du Conseil des Ministres du 27 mai dernier, le gouvernement, sachant l'intérêt personnel que vous portez à ces questions et considérant l'importance et la notoriété des travaux que vous leur consacrez depuis de nombreuses années, a décidé de vous confier une mission d'étude pour la réalisation d'une meilleure insertion des jeunes de seize à vingt-et-un ans dans la vie professionnelle.

.../...

Monsieur le Professeur
Bertrand SCHWARTZ
326, rue Saint-Jacques
75005 PARIS

Cette étude devra aboutir à un ensemble de propositions permettant d'établir une meilleure articulation de tous les services publics concernés, de telle sorte que les jeunes de cet âge ne soient jamais condamnés au chômage, ni à des emplois par trop précaires, qu'ils aient la possibilité d'acquérir la culture et la formation qui leur permettront de s'adapter aux changements à venir et qu'ils bénéficient des moyens d'orienter leur vie professionnelle vers les emplois qui correspondent le mieux à leurs goûts et à leurs capacités.

Ces propositions devront comporter un degré de précision suffisant pour qu'elles puissent être ensuite traduites en dispositions législatives, réglementaires, financières et pédagogiques.

Pour conduire cette étude, vous bénéficierez du concours de l'ensemble des services compétents et notamment de ceux qui relèvent de l'autorité du ministre de l'Éducation nationale, du ministre du Travail et du secrétaire d'État auprès du ministre de l'Éducation nationale, chargé de la formation professionnelle.

Enfin, votre mission ne saurait être menée à bien sans que vous procédiez à une large consultation de tous les partenaires sociaux concernés par les problèmes des jeunes.

Je vous demande de bien vouloir me remettre votre rapport le 15 septembre.

Je vous remercie du concours que vous apportez à l'action du gouvernement en acceptant cette mission, et je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.



Pierre Mauroy

Illustration 5 : Lettre de mission de Pierre Mauroy à l'attention de Bertrand Schwartz (Schwartz 1981)

Encadré 7 : Mort de Bertrand Schwartz, le « père » des Missions locales

Article du Monde publié à l'occasion de la disparition de Bertrand Schwartz (Scheffer 2016)

A l'origine d'une nouvelle approche de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, incarnée par la création des Missions locales, ce polytechnicien est mort le 30 juillet à 97 ans.

Par Nicolas Scheffer Publié le 12 août 2016 à 14h51 - Mis à jour le 03 octobre 2016 à 12h08



Bertrand Schwartz dans les années 1980. DR

« Cette fois, c'est juré, je prends ma retraite », disait-il en 1996, à l'âge de 77 ans. On lui répliquait « Vous ne pouvez pas dire ça, Bertrand. D'ailleurs, vous en êtes bien incapable. » Jusqu'à ses derniers mois, Bertrand Schwartz, le « père » des Missions locales, s'est voué à sa tâche, l'accompagnement des jeunes en difficulté d'intégration, jusqu'à son décès, le 30 juillet, à l'âge de 97 ans.

Né en 1919, cousin germain de Michel Debré, le premier ministre du Général de Gaulle, son parcours est semé de mérites républicains. Il fait ses classes dans les meilleurs lycées parisiens, Janson-de-Sailly, Saint-Louis, Louis-le-Grand. Polytechnicien, il intègre l'École nationale supérieure de la métallurgie et de l'industrie des mines de Nancy comme professeur en 1948, avant d'en prendre la direction de 1957 à 1966 et de réformer en profondeur l'enseignement.

Pendant tout le reste de sa carrière, le polytechnicien ne s'intéresse qu'aux « bac moins douze ». En 1981, Pierre Mauroy lui confie la rédaction d'un rapport qui fera date sur l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Ses conclusions plaident pour une nouvelle approche de l'insertion fondée sur une vision globale. L'objectif des Missions locales qu'il a inspirées entend apporter aux 16-25 ans un accompagnement à la fois sur la formation, la recherche d'emploi, mais aussi la culture, la santé ou les loisirs.

Sa ligne de conduite : donner à chacun sa chance et considérer que ceux qui ne sont pas formés ne sont pas les moins intelligents. Le polytechnicien s'est battu pour que les exclus des schémas sélectifs trouvent leur place. Sa méthode consistait à écouter pour élaborer un programme. Il laissait aux jeunes la parole libre sans intervenir dans les débats et valorisait toute connaissance concrète menant, sans relâche, des expériences de pédagogie. Il pratiquait notamment la maïeutique, l'art de faire accoucher les esprits, chère à Socrate, posant plus de questions qu'il n'apportait de réponse.

« Il s'est toujours heurté avec ténacité aux institutions pour ne pas être enfermé, affirme Jean-Patrick Gille, député d'Indre-et-Loire et président de l'Institut Bertrand Schwartz. Il avait une volonté farouche de faire avancer les choses. Il avait des intuitions profondes qu'il souhaitait mettre en œuvre. Il n'était pas contre l'administration, mais militait pour qu'elle soit tournée vers l'action. » Infatigable poil à gratter, il militait auprès des cabinets ministériels pour l'insertion des jeunes. « Il surgissait avec une note sur un projet et faisait le siège en attendant une réponse du ministre », confiait un conseiller de Martine Aubry en 1996 [...].

François Mitterrand disait de lui qu'il fait partie de ceux qui, en 1981, lui ont « éclairé la route », avec Hubert Dubedout, maire (parti socialiste) de Grenoble (1965-1983), « père » de la politique de la ville, et Gilbert Bonnemaïson, à l'origine de la création des conseils de prévention de la délinquance. Au soir de sa vie, en 1994, le président Mitterrand déclarait : « Ce sont des pionniers, ils ont tracé des voies ; encore faut-il que ces voies soient maintenant non seulement explorées, mais poursuivies et élargies par leurs successeurs. »

La quasi intégralité du chapitre ci-après et qui porte sur l'histoire des Missions locales est issue de l'article de Philippe Brégeon, sociologue au laboratoire GRESCO de l'Université de Poitiers, intitulé « Histoire du réseau des Missions locales », qui est lui-même issu de l'ouvrage « A quoi servent les professionnels de l'insertion ? » publié en 2008 dans la collection « Le travail du social » dirigée par Alain Vilbrod, aux éditions l'Harmattan (Brégeon 2008).

1. Le rapport de Bertrand Schwartz en 1981 : un autre regard sur l'insertion professionnelle – Les années 1980

« Pierre Mauroy demande en juin 1981 à Bertrand Schwartz de faire un diagnostic sur la situation du chômage des jeunes et de faire des propositions pour arriver à une meilleure articulation des services publics concernés par le problème. La définition de la commande n'est pas neutre : *« La crise économique et l'ampleur du chômage ne sont pas seuls responsables de la situation des jeunes. L'organisation actuelle du système éducatif, de la formation professionnelle et des services d'information, d'orientation et de placement, les dispositifs d'insertion professionnelle mis en place au cours des dernières années, ainsi que les aides au premier emploi ne procèdent pas d'une conception d'ensemble, mais de la juxtaposition de dispositions parfois contradictoires et souvent conjoncturelles »* (Schwartz 1981). Cette formulation ouvre à Bertrand Schwartz l'espace nécessaire pour remettre en cause les pratiques pédagogiques et institutionnelles à l'œuvre. Le rapport avance quelques analyses sur les jeunes qui apparaissent quasiment aujourd'hui comme des lieux communs : la jeunesse que l'on considère artificiellement comme une catégorie, recouvre en fait une hétérogénéité de situations sociales : des plus favorisés aux jeunes en situation de précarité, en passant par les autres. » (Brégeon 2008)

« Conformément aux expériences menées par Bertrand Schwartz, on retrouve une priorité à l'alternance en tant que modèle de formation, qu'il convient de réhabiliter. La formation en alternance serait un système particulièrement efficace pour lutter contre les inégalités et intégrer les catégories sociales les plus défavorisées dans la société. En permettant à ces jeunes de faire des allers-retours entre l'expérience au travail et les apprentissages plus formels, le modèle serait le plus à même de les aider à dépasser les expériences scolaires difficiles, à faire leurs preuves dans la vie professionnelle et à se qualifier. Il s'agit potentiellement d'un sas pour pénétrer des réseaux professionnels et sociaux. Le rapport prône également la validation et la capitalisation des acquis. On retrouve, là encore, l'expérience de formation conduite par Bertrand Schwartz quelques années auparavant sur le bassin minier de Briey. Même si la filiation reste à démontrer, la Validation des Acquis de l'Expérience institutionnalise les principes. Dans cette perspective de construction des processus de qualification, le rapport fait allusion à la notion de compétences. Il s'agit de définir plus clairement ce que recouvrent la maîtrise et le contenu des métiers. Il s'agit aussi de retravailler la notion de qualification pour un modèle plus autonome par rapport aux institutions d'enseignement et de formation.» (Brégeon 2008)

Encadré 8 : Quelques phrases clés du rapport Schwartz

Face au constat qu'« il n'y a pas de lieu ni de personne qui puisse écouter les jeunes tout à la fois sur les problèmes aussi importants que la santé, la sexualité, la drogue, le logement, la culture, le travail, etc. », Bertrand Schwartz propose de créer des « Missions locales », structures imaginées comme temporaires, constituées d'équipes pluridisciplinaires et interinstitutionnelles, ayant un mode d'intervention globale et un rôle de « guichet unique ». « Il convient donc de créer des lieux susceptibles de concerner tous les aspects de la vie sociale et individuelle des jeunes. Cela doit permettre de traiter les différents aspects d'un même problème et, pour sa solution, de réaliser toutes les interconnexions souhaitables » (Schwartz 1981).

« Le vocable « insertion » est bien présent et les propos semblent préfigurer de l'instrumentalisation future de cette notion. Alors que la commande n'induisait pas un tel débordement, le rapport envisage « la seconde chance », non seulement du point de vue de l'accès à la qualification et à l'emploi, mais également en direction de l'ensemble des thématiques de la vie des jeunes. Le chapitre 4 [du rapport Schwartz] s'empare des questions de logement, de santé, de loisirs, de temps libre, de justice, de médias, de citoyenneté. Ce que Bertrand Schwartz appelle le projet global, l'action globale ou le mode d'intervention globale consiste à prendre en compte tous les problèmes au niveau local dans leurs interrelations, de dépasser la simple addition de points de vue spécialisés pour développer des synergies entre les institutions concernées. Parce que chaque individu est en réalité une personne, il convient d'aborder celui-ci « dans sa globalité ». Ainsi, le postulat de l'approche globale va s'installer au cœur de la rhétorique des Missions locales. » (Brégeon 2008)

Encadré 9 : De l'importance de la prise en charge globale dans les Missions locales comme en médecine générale

La médecine générale, pierre angulaire de la prise en charge de la population en soins primaires, s'articule autour de trois dimensions intrinsèquement liées : biologique, psychologique et sociale.

Voici deux exemples de ma pratique quotidienne qui viennent illustrer l'importance de cette prise en charge globale :

Une mère, célibataire et avec peu de ressources, vit à l'hôtel depuis deux mois avec son fils de 3 ans. Elle vient consulter pour son fils car il est constipé depuis deux mois. En effet, il n'y a pas de cuisine dans l'hôtel, elle ne peut donc pas cuisiner de légumes et elle n'a pas les moyens d'acheter des fruits. Prescrire des laxatifs à cet enfant au long cours serait iatrogène, et la solution réside dans un hébergement pérenne. Il a donc fallu travailler en collaboration avec les travailleurs sociaux du territoire où j'exerce pour trouver une solution pour cette famille.

Un homme d'une cinquantaine d'années est en arrêt de travail prolongé suite à une dépression réactionnelle aux décès de trois de ses frères et sœurs en deux mois. Ses ressources diminuent car il passe à mi-traitement, cela l'angoisse et les symptômes dépressifs s'aggravent. Il fait une tentative de suicide par pendaison. Nous voyons avec son employeur et son assistante sociale pour qu'il soit pris en charge en congé longue maladie, ce qui lui sera accordé. Le traitement par anti-dépresseur et la psychothérapie de soutien avec une psychologue du centre médico-psychologique de secteur permettent une amélioration de son état et il peut reprendre le travail.

« Le rapport de Bertrand Schwartz va être diversement accueilli. La plupart des militants et des professionnels en contact avec les jeunes vont être sensibles au caractère humaniste de son contenu. Il conforte le sens de leurs engagements et la valeur de leurs actions. Les institutions les plus concernées se montrent davantage critiques. Elles vont surtout retenir l'impression globale d'une critique du système en place et le discours militant pour le renouvellement des pratiques va plutôt irriter. Auparavant, le chômage des jeunes était envisagé plus simplement du point de vue de l'articulation entre le temps de la formation et celui de l'entrée dans la vie professionnelle, de l'enseignement et du marché de l'emploi. L'élargissement de cette question autour de la prise en compte de multiples domaines (santé, logement, loisirs, culture, etc.) laisse perplexe et vient bouleverser la frontière fragile entre le domaine privé et l'action publique. Le risque est d'alimenter une certaine confusion et l'institutionnalisation de la thématique de l'insertion dans les décennies qui suivent ne lèvera pas cette crainte, bien au contraire.

Constatant une certaine résistance de la part des institutions et des rivalités entre les ministères concernés, le Président de la République crée le 21 octobre 1983 une délégation interministérielle à l'insertion des jeunes auprès du Premier ministre. Bertrand Schwartz en est le titulaire. Son rôle est de faciliter la coordination interministérielle en matière sociale et professionnelle des jeunes. Il est aussi de développer et d'animer le réseau des premières Missions locales. Leur développement sera finalement constant sur les quatre premières années : 56 [Missions locales ouvertes] à la fin de l'année 1982, 86 à la fin de l'année 1984, 101 à la fin de l'année 1985, 105 en 1987 [...]. L'ouverture des Missions locales a amené un certain flottement au sein des institutions qui accueillaient déjà auparavant les jeunes. C'est le cas en particulier des ANPE, des centres communaux d'action sociale, des assistantes sociales en polyvalence de secteur, des équipes de préventions spécialisées, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des maisons de quartiers.

La création des cent premières équipes de Missions locales et des PAIO apporte une première armature composée à la fois des salariés et des membres des conseils d'administration. Sous le patronage des élus le plus souvent à gauche, le réseau commence à disposer d'un portage politique dont le poids va croissant. Trois ans après la création des premières Missions locales et des premières PAIO, sous l'impulsion de Bertrand Schwartz, une centaine de Missions locales sont présentes pour un

premier rassemblement à La Villette en 1985. La rhétorique prône le militantisme pour des actions de terrain. Le discours conserve les mêmes orientations que le rapport de Bertrand Schwartz : « *Agir pour l'insertion des jeunes sans qualification est un devoir de l'Etat, des collectivités locales, des acteurs sociaux, et de la société entière* ». Les premières Missions locales sont arrimées à la majorité du moment, ce qui pose un problème d'image. Le risque évident est de produire un réseau identifié comme étant une simple émanation du parti socialiste et de la CFDT (Confédération française démocratique du travail). La délégation essaie d'élargir le portage politique et des élus de droite commencent à voir dans ce réseau une ressource nouvelle pour leur politique auprès des jeunes.» (Brégeon 2008)

Encadré 10 : Les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO)

Les PAIO ont été créées par l'ordonnance n° 82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de seize à dix-huit ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale. À l'origine, leurs attributions étaient distinctes de celles des Missions locales et se limitaient à l'accueil, à l'information et à l'orientation des jeunes, les Missions locales étant, pour leur part, chargées de mettre en œuvre des actions d'insertion. Cependant, compte tenu de la complémentarité de leurs missions, ces deux structures ont peu à peu fusionné (Patriat et Requier 2017).

« En 1986 avec l'alternance, l'arrivée de Philippe Seguin au Ministère du travail amène un vent de panique, il entend mettre fin à l'expérience des Missions locales. Le réseau se mobilise et il faut l'intervention de certains élus de la majorité de l'époque qui vont manifester leur soutien en prenant appui sur l'activité et la dynamique des Missions locales dans leur territoire. Cet épisode en préfigurera d'autres et montre la dépendance des Missions locales par rapport au champ politique. Elles doivent à leur ancrage local et à la volonté des élus locaux de disposer d'une force d'action.

Avec le nouveau changement de majorité en 1988, Jean-Pierre Soisson, ministre du Travail, commande à Bernard Hastoy une étude de la situation et un premier bilan du réseau des Missions locales qui a maintenant six années d'existence. Les conclusions du rapport iront dans le sens de la poursuite du développement des réseaux locaux d'insertion.» (Brégeon 2008)

Le changement de paradigme de la question de la transition professionnelle des jeunes amène une certaine confusion. Auparavant, il s'agissait de traiter le passage de l'école à l'emploi qui relevait d'abord de la responsabilité des parents et donc du domaine privé. Avec l'insertion, on élargit grandement la cible pour prendre en compte la globalité des difficultés que rencontrent les jeunes et cela relève maintenant tout autant de l'action publique que du domaine privé. Cette nouvelle perspective est d'autant plus contestable pour certains, qu'elle semble fragiliser les institutions comme l'Education Nationale et le rapport entre les générations. Les positions sur le territoire vont mettre quelques années pour se stabiliser. Pour un réseau identifié comme étant une émanation du parti

socialiste et de la CFDT, le franchissement réussi après le changement de majorité en 1986 va lui donner une certaine assise. Les institutions les plus réticentes vont devoir prendre acte de l'existence durable du réseau. Il est devenu incontournable pour l'accès des jeunes dans de nombreux stages d'insertion qui se développent (Brégeon 2008 ; Patriat et Réquier 2017).

Encadré 11 : D'où viennent les termes Mission locale ?

Les termes « Mission locale » correspondent à un choix par défaut. Le mot mission – outre le fait qu'il s'inspire du catholicisme social – renvoie à une action pour le bien commun qui devait être temporaire. Les créateurs des Missions locales espéraient qu'avec l'élection de François Mitterrand, le problème du chômage serait réglé rapidement. Le mot local entend souligner que la priorité est bien à la prise en compte du contexte d'un territoire, à l'échelon du bassin d'emploi, c'est-à-dire le plus souvent celui d'un territoire de plus de 50 000 habitants. Bertrand Schwartz était persuadé que les Missions locales contribueraient à accélérer le processus de décentralisation en cours (Berjon 2001 ; Wikipédia 2020).

2. Le bouleversement de la loi quinquennale dans le schéma institutionnel – Les années 1990

« Durant les années 1990, l'organisation de l'insertion des jeunes va connaître un bouleversement de taille suite à la promulgation de la loi quinquennale du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle. Il s'agit de compléter les lois de décentralisation que Gaston Defferre avait fait voter après 1981 et qui donnaient aux Conseils régionaux une responsabilité de droit commun en matière de formation professionnelle et d'apprentissage. Les Conseils régionaux ont désormais la responsabilité d'élaborer un plan régional de développement de la formation professionnelle des jeunes [...].

Les Missions locales se retrouvent alors face à une double commande qui s'exerce de manière plus ou moins concertée : « Alors qu'avant, c'était l'Etat qui payait tout, on se retrouve à ce moment-là avec l'obligation de saucissonner les tâches. Quand on recevait un jeune et qu'on lui proposait une formation, le service devenait un service payé par la Région, quand on travaillait par rapport à un problème d'insertion sociale, le service était payé par l'Etat » (témoignage d'un professionnel de Mission locale). Ainsi, insertion et qualification qui étaient intimement liées dans le rapport de Bertrand Schwartz se retrouvent en désynchronisation, avec des politiques qui s'ignorent [...].

L'autonomie du réseau est mise en cause par le rapprochement avec l'ANPE. L'histoire entre ces deux institutions aux cultures fondamentalement différentes est avant tout marquée par des tensions.

Les ANPE restent centrées sur la question de l'emploi malgré un renforcement du discours vers la thématique de l'accompagnement issue partiellement des Missions locales. De leur côté, les Missions locales voudraient rester fidèles à l'idée d'approche globale et au maintien du principe de démarche volontaire des jeunes. Ils défendent une approche plus complexe de cette question de l'emploi.

En conséquence, leur intégration dans les services publics pour l'emploi rencontre une forte réticence sur le terrain : « On est en train de mettre des bâtons dans les roues des Missions locales en les réduisant en ANPE jeunes... On les prive des moyens et du potentiel d'intelligence qu'elles ont et dont elles auraient besoin pour préparer demain et après-demain. Et je pense qu'on prive un certain nombre de professionnels de toute la richesse de leur expérience. C'est d'une certaine manière leur expertise et leurs capacités à faire le lien entre les jeunes et le niveau politique qui est remis en cause. » (témoignage d'une professionnelle de Mission locale). Bon nombre de salariés interprètent ce processus comme une banalisation de leur modèle d'action d'inspiration humaniste qui dérape vers des formes d'action standardisées. » (Brégeon 2008)

3. D'une obligation de moyens à une obligation de résultats – Les années 2000

« Dans les années 2000, si l'intégration du réseau dans la mouvance de l'ANPE favorise aussi son extension, elle fragilise son identité et son niveau d'autonomie. Elle autorise ainsi l'État à mettre la pression pour l'accès à l'emploi : « On nous a dit, l'insertion sociale que vous faisiez avant, vous pouvez encore continuer à la faire si vous le voulez, mais pour nous ça n'est pas important, avec le CIVIS (Contrat d'insertion dans la vie sociale), on vous demande de mettre ces jeunes dans l'emploi. On passe d'une obligation de moyens à une obligation de résultats ! » (Témoignage d'un professionnel en Mission locale). Il s'agit d'infléchir la culture du réseau pour un rapprochement avec celle de l'ANPE : « Pour le ministère du Travail, la Direction générale de l'emploi, Bertrand Schwartz et l'approche globale, c'est dépassé ... On a injonction de recruter des gens avec des profils moins sociaux pour travailler dans le CIVIS. Ils veulent des salariés qui connaissent les entreprises pour placer les jeunes » (témoignage d'un professionnel en Mission locale). Dans ces conditions, le réseau agite le spectre de devoir faire le tri des jeunes pour obtenir les financements nécessaires à la survie économique, compte tenu de l'objectif vers l'emploi. » (Brégeon 2008)

Encadré 12 : Exemples de dispositifs pour l'insertion des jeunes en Europe

Au vu des différents profils des jeunes en insertion, les mesures mises en place pour accompagner les jeunes vers l'emploi sont évidemment extrêmement diverses selon chaque pays. Ainsi par exemple, en Espagne, des Communautés éducatives ont été mises en place dans les zones défavorisées afin de lutter contre la déscolarisation précoce. La mesure principale consiste en une collaboration importante entre les partenaires scolaires, les associations de parents et les communautés locales pour proposer des méthodes d'apprentissage innovantes. En Finlande et en Suède, un projet de « Garantie jeune » a été mis en place dans les années 2005. L'objectif de ce projet est de minimiser le temps passé sans emploi, formation ou stage afin de diminuer « l'effet cicatrice ». Dans les trois premiers mois passés sans emploi, le jeune est enregistré parmi les demandeurs d'emploi et un plan de développement

personnel est mis en place. Si au bout des trois mois, la situation du jeune n'a pas changé alors les services publics doivent lui proposer soit un travail, soit une formation (Eurofound 2012).

C. Le réseau et l'organisation des Missions locales en France

En 2014, il existait 450 Missions locales en France (soit une Mission locale pour environ 150 000 habitants, ou encore une Mission locale pour environ 3 000 NEETs de 16 à 25 ans).

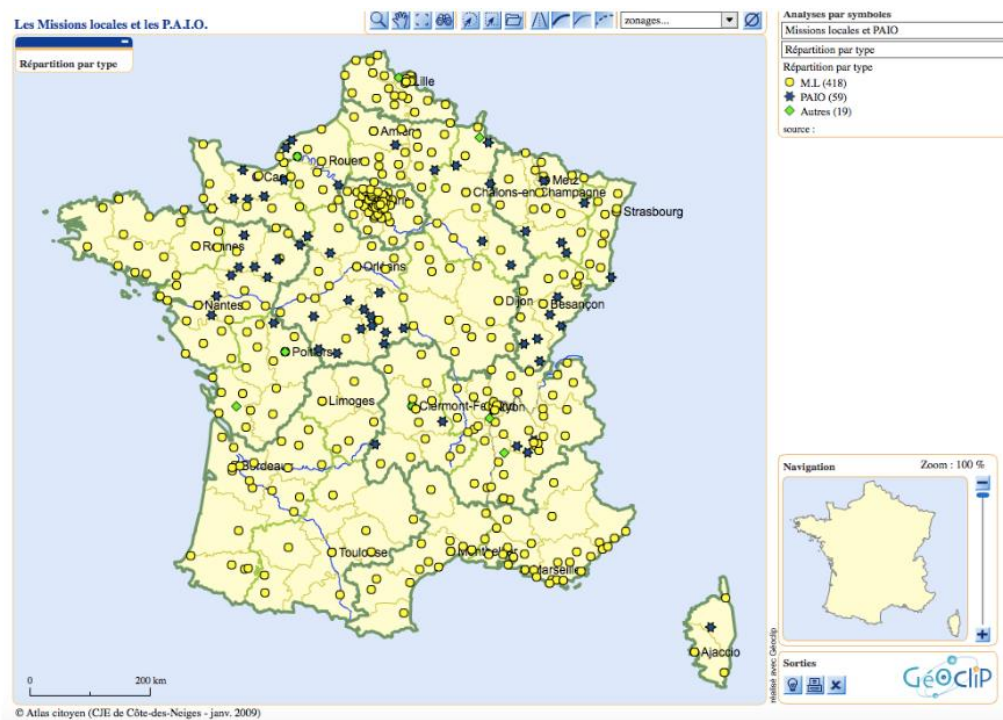


Illustration 6 : Répartition des Missions locales et des PAIO en France métropolitaine en 2009

Les Missions locales sont constituées entre l'État, des collectivités territoriales, des établissements publics, des organisations professionnelles et syndicales et, le cas échéant, des associations (loi du 19 décembre 1989). Elles prennent le plus souvent la forme d'une association, présidée obligatoirement par le maire de la commune ou le président de l'intercommunalité (ou par délégation un maire adjoint), ou plus rarement le président d'un groupement d'intérêt public. Le réseau est exclusivement financé sur fonds publics : l'État accorde les subventions de fonctionnement, les régions apportent les fonds dans le cadre des compétences transférées, les communes fournissent des financements complémentaires (le plus souvent sous la forme d'apports en nature, locaux, etc.). Enfin, d'autres institutions comme l'Union européenne (par le biais du Fond social européen ou FSE) ou les conseils généraux peuvent aussi apporter leur soutien financier. En 2016, le financement total des Missions locales était évalué à 640 millions d'euros. Les dépenses de personnel représentent une partie majoritaire de ce montant (70%). L'État constitue le principal financeur des Missions locales (46% du

total des financements), devant les communes et les établissements publics de coopération intercommunale (ou EPCI) à hauteur de 18% et les régions (16%).

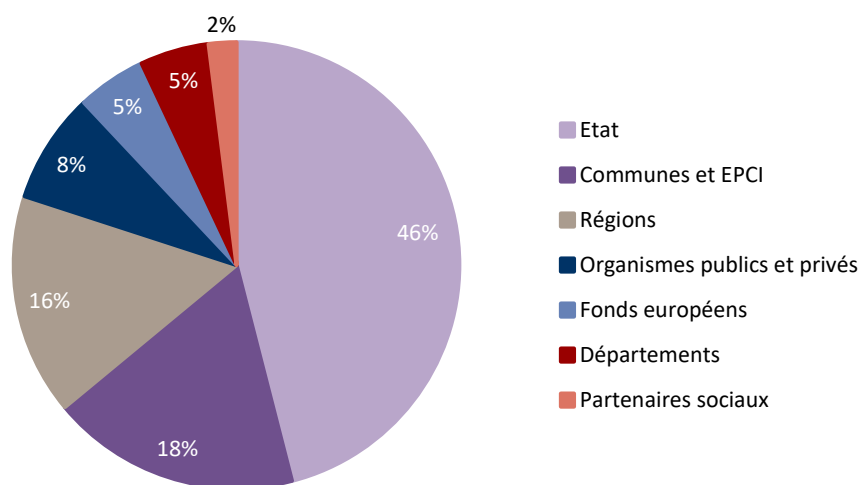


Figure 36 : Répartition des principaux financeurs des Missions locales en 2015 (d'après Patriat et Requier 2017)

Le financement des Missions locales est donc éclaté, faisant intervenir près d'une dizaine d'acteurs différents. La part de chaque financer varie en outre selon les régions, voire selon les structures. Il existe une instabilité chronique des financements des Missions locales, due actuellement à un retrait de certains financeurs, en particulier des collectivités territoriales, en lien avec la diminution des dotations de l'Etat depuis 2014. Les écarts entre les territoires ne sont pas compensés par des moyens plus importants là où il y en aurait le plus besoin. Certaines Missions locales situées sur les territoires où les besoins sont les plus grands comptent parmi les moins financées (notamment en Seine-Saint-Denis). Les Missions locales en milieu rural parviennent difficilement à « mailler » des territoires peu denses et étendus. Elles ne sont pas facilement accessibles. Le risque pour les jeunes les plus vulnérables d'être non repérés et non accompagnés est donc accru sur certains territoires (Berot-Caboche 2018 ; Patriat et Requier 2017).

Environ 13 500 professionnels de l'insertion travaillent au sein des Missions locales en 2016 (UNML 2016). Les jeunes accueillis en Mission locale sont suivis individuellement par un conseiller (ceux-ci ayant généralement une formation de travailleur social).

D. Qui sont les jeunes reçus par les Missions locales ?

Maintenant que nous avons appréhendé l'histoire des Missions locales, leurs principes fondateurs et leur rôle (en permanente évolution au gré des différentes orientations politiques et des contraintes budgétaires), qui sont les jeunes reçus et accompagnés en Mission locale ?

Finalement, les NEETs de 16 à 25 correspondent bien au public cible des Missions locales. Pour autant, le public effectivement accueilli par les Missions locales correspond-il au public ciblé, à savoir les NEETs de 16 à 25 ans ?

1. L'ampleur du recours au Service public de l'emploi parmi les jeunes

Au cours de l'année 2011, 1 385 000 jeunes ont été en contact avec une Mission locale dont 487 000 ont été accueillis pour la première fois. Plus de 1,1 million de jeunes ont bénéficié d'au moins un entretien individuel avec un conseiller. Les jeunes peuvent se présenter de manière spontanée en Mission locale mais il arrive aussi qu'ils soient orientés par d'autres structures (travailleur social, pôle emploi, conseiller d'orientation, injonction judiciaire, etc.).

Tableau 7 : Caractéristiques de l'accueil des jeunes reçus en Missions locales entre 2007 et 2012 (d'après Patriat et Requier 2017)

	2007	2008	2009	2010	2011
Jeunes en contact	1 130 000	1 213 000	1 323 000	1 365 000	1 385 000
Jeunes reçus en entretien individuel	995 000	1 011 000	1 088 000	1 110 000	1 134 000
Jeunes accueillis pour la première fois	452 000	467 000	515 000	515 000	487 000
<i>Dont femmes (%)</i>	54	52	50	51	52
<i>Dont mineurs (%)</i>	17	17	15	15	16

Parmi les jeunes de la Génération 2007, au cours des trois premières années de vie active, 24% ont été en contact au moins une fois avec une Mission locale. Comme le montre le graphique ci-dessous, l'évolution du nombre de jeunes en contact avec les Missions locales est globalement corrélée à l'évolution de la situation du marché de l'emploi des 15-24 ans (Berthet et al. 2013 ; Patriat et Requier 2017).

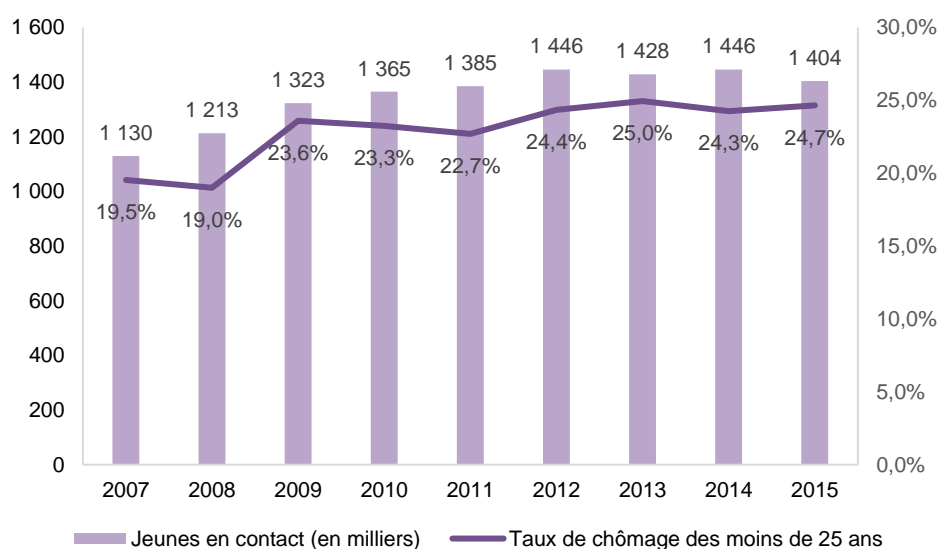


Figure 37 : Evolution du nombre de jeunes en contact avec une Mission locale (en milliers) et du taux de chômage des moins de 25 ans (%) (d'après Patriat et Requier 2017)

Au cours de leur premier épisode de chômage d'au moins quatre mois, la plupart des jeunes de la Génération 2010 ont effectué de nombreuses démarches de recherche d'emploi (envoi de

candidatures spontanées, mise en ligne du CV, réponse à des annonces). Ces démarches sont surtout le fait des plus diplômés. Parmi les non-diplômés, 18% n'ont effectué aucune démarche alors qu'ils déclarent être en recherche d'emploi (contre 5% pour l'ensemble des jeunes de la génération 2010) (Joseph et Rouaud 2014).

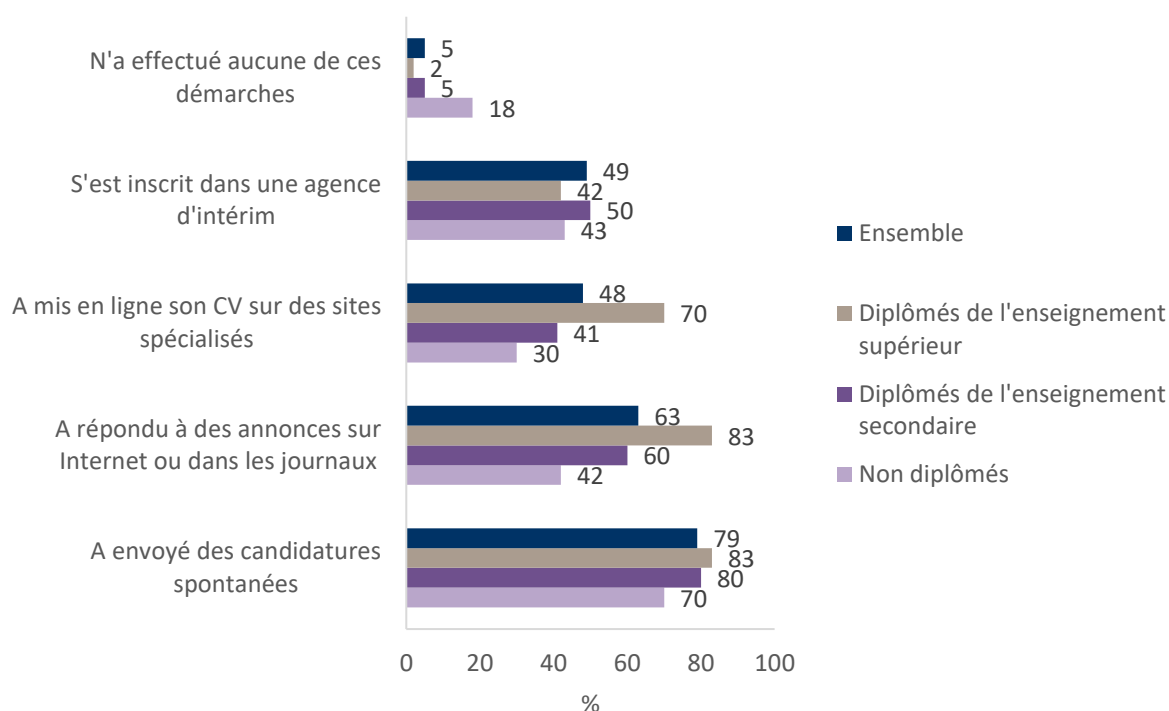


Figure 38 : Démarches de recherche d'emploi effectuées parmi les jeunes de la Génération 2010 ayant connu un épisode de chômage de quatre mois ou plus (d'après Joseph et Rouaud 2014)

Près de la moitié (47%) des jeunes de la Génération 2010 qui ont connu un premier épisode de chômage d'au moins quatre mois ont été reçus au moins une fois en entretien en Mission locale. Les non-diplômés sont beaucoup plus nombreux à avoir bénéficié du suivi et du conseil des Missions locales : 67% d'entre eux y ont été reçus au moins une fois en entretien contre 20% des diplômés du supérieur (Joseph et Rouaud 2014).

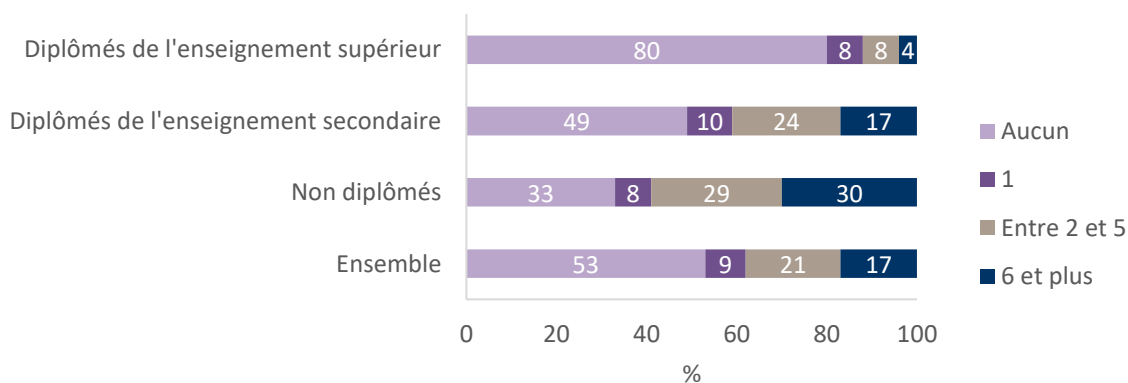


Figure 39 : Nombre d'entretiens avec un conseiller en Mission locale parmi les jeunes de la Génération 2010 ayant connu un épisode de chômage de quatre mois ou plus (d'après Joseph et Rouaud 2014)

2. Profils socio-démographiques des jeunes ayant eu recours au réseau des Missions locales

Parmi les jeunes accueillis en Mission locale en 2011, les femmes étaient tout juste majoritaires (51%) et 16% étaient mineurs.

Les jeunes ayant recours aux services des Missions locales sont, de façon attendue, faiblement qualifiés et ont plus souvent que les autres des origines sociales modestes. Ainsi, en 2007, la proportion de jeunes en premier accueil disposant d'un niveau inférieur au baccalauréat s'élevait à 62%. Ils résidaient plus fréquemment en ZUS au moment de la fin de leurs études et étaient plus souvent issus de familles dont le père était ouvrier ou employé. Par ailleurs, ils avaient plus souvent au moins un parent né à l'étranger (Berthet et al. 2013 ; Patriat et Requier 2017).

En 2010, 64% des jeunes ayant contacté une Mission locale vivaient chez leurs parents, contre 44% en moyenne au sein de la Génération 2007. Les jeunes accueillis par les Missions locales étaient aussi confrontés à des difficultés en matière de transport (62% d'entre eux n'avaient aucun moyen de transport individuel motorisé). Ces jeunes étaient donc plus susceptibles de cumuler des difficultés liées à l'emploi, au logement et aux transports. En principe, l'ensemble de ces difficultés devraient pouvoir être traitées simultanément par les Missions locales (Berthet et al. 2013 ; Patriat et Requier 2017).

Tableau 8 : Caractéristiques des jeunes de la Génération 2007 ayant eu recours aux Missions locales dans les trois ans suivant la sortie de leur formation initiale (source : Berthet et al. 2013)

	Recours aux Missions locales (N=1637) (%)	Pas de recours aux Missions locales (N=3204) (%)	Risque relatif [IC 95%]
Caractéristiques individuelles			
Femme	50,8	49,0	1,05 [0,97-1,14]
Homme	49,2	51,0	0,95 [0,88-1,03]
Sans qualification	17,7	5,0	2,10 [1,93-2,28]
Autres non diplômés	18,2	6,0	1,98 [1,82-2,15]
CAP-BEP	26,0	13,0	1,67 [1,53-1,81]
Bac pro/techno	18,0	16,0	1,10 [0,99-1,21]
Bac général	6,6	7,0	0,96 [0,82-1,13]
Diplômés du supérieur	13,5	53,0	0,24 [0,21-0,27]
Retard scolaire en 6 ^{ème}	25,2	13,0	1,63 [1,50-1,77]
Caractéristiques des parents			
Père ouvrier ou employé	58,6	41,0	1,60 [1,48-1,74]
Père profession intermédiaire ou cadre	14,4	34,0	0,45 [0,39-0,50]
Père artisan ou agriculteur	10,0	16,0	0,68 [0,60-0,79]
Père décédé ou pas d'information	16,8	10,0	1,44 [1,31-1,59]
Au moins un parent né à l'étranger	27,2	21,0	1,24 [1,14-1,35]
Caractéristiques résidentielles			
Résidait en ZUS à la fin de ses études	8,6	4,0	1,60 [1,42-1,81]
Vit chez ses parents en 2010	63,9	33,0	2,72 [2,60-2,85]
Vit en couple en 2010	21,6	42,0	0,51 [0,46-0,56]
Vit seul en 2010	14,5	25,0	0,62 [0,55-0,70]

En outre, on ne retrouve pas de travaux qui étudient si les jeunes qui fréquentent les Missions locales sont bien représentatifs de l'ensemble des jeunes en insertion socio-professionnelle et des NEETs. Il est difficile d'étudier les jeunes en insertion socio-professionnelle qui ne vont pas en Mission locale, car sans statut et non repérés. La part des jeunes NEETs « invisibles » – c'est-à-dire les NEETs non accompagnés – a fait l'objet d'une estimation autour de 4% des jeunes âgés de 15 à 29 ans en 2012, soit environ 460 000 jeunes en France (un NEET sur quatre environ) : 60 000 jeunes de 15 à 19 ans, 130 000 de 20 à 24 ans, 270 000 de 25 à 29 ans, avec un probable effet de seuil dû aux dispositifs intensifs et/ou ciblés à destination des jeunes de moins de 26 ans. (Bernot-Caboche 2018 ; Boisson-Cohen et al. 2017).

Finalement, sur leurs trois premières années de vie active, un quart des jeunes de la Génération 2007 ont eu recours aux Missions locales. Les bénéficiaires présentent des caractéristiques globalement moins favorables, que ce soit en termes de caractéristiques socio-démographiques ou de parcours scolaire. Ainsi, ce sont les jeunes les moins diplômés qui ont le plus recours aux Missions locales, attestant du fait que le ciblage du public des Missions locales semble fonctionner. Parmi l'ensemble des NEETs, le public qui semble être effectivement accueilli correspond selon la classification d'Eurofound (cf. Illustration 2) aux « chômeurs traditionnels » de courte ou longue durée et aux personnes à la recherche d'opportunité. Cependant, comme avec tout dispositif, les plus vulnérables, et en particulier les jeunes désengagés, n'y accèdent pas. La mesure de l'effet du recours aux Missions locales sur l'insertion se révèle en outre délicate (cf. partie dédiée de la discussion ci-dessous) (Berthet et al. 2013).

IV. La santé des jeunes

A. Généralités

Si l'on s'en tient à une approche restrictive de la santé, les taux de mortalité et de morbidité en France pendant l'enfance et la jeunesse sont très faibles et augmentent exponentiellement à partir de 30 ans. En 2004, le taux de mortalité des 15-19 ans était de 0,48 pour 1000, et de 0,69 pour 1000 entre 20 et 24 ans. Il existe une nette surmortalité masculine chez les jeunes avec un sex-ratio de l'ordre de 2. Plus de la moitié des décès des 15-24 ans sont dus aux accidents de la route et aux suicides. La mortalité et la morbidité des jeunes sont très peu liées aux accidents du travail, aux cancers et aux maladies cardiovasculaires (Ined 2018 ; Insee 2019).

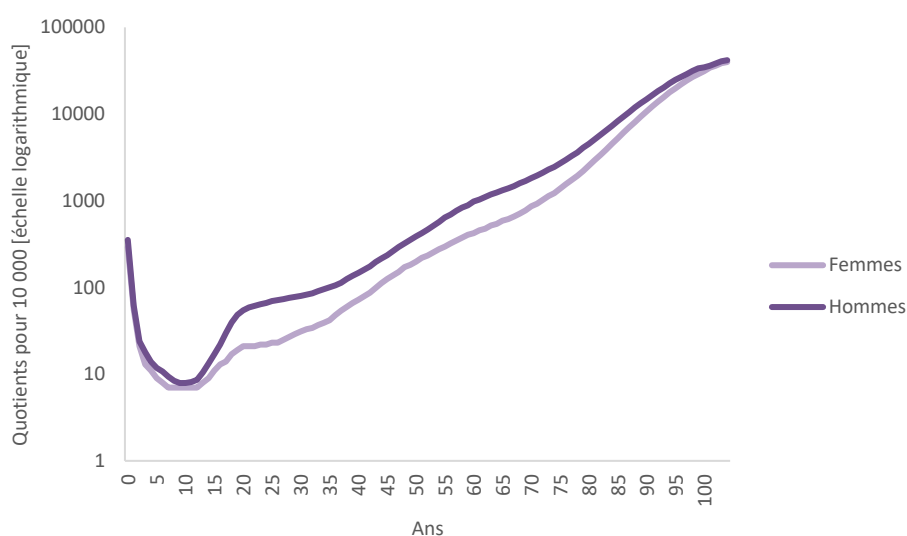


Figure 40 : Quotients de mortalité par sexe et âge en France, années 2012-2016 (source : Insee 2019)

Les jeunes se considèrent globalement en bonne santé. Leur âge implique probablement qu'ils se sentent moins concernés par les maladies, en particulier parmi les jeunes hommes. Toutefois, ce sentiment s'atténue avec l'âge. Parmi les jeunes de 15 à 30 ans, en 2010, 96,2% se déclarent en bonne santé (47,4% en excellente ou très bonne santé, 48,8% en bonne santé). Avec l'avancée en âge, la perception de la santé se dégrade : 59,5% des 15-19 ans se disent en excellente ou très bonne santé, alors que les 20-25 ans ne sont plus que 45,2% à avoir cette opinion et les 26-30 ans sont encore moins nombreux, soit 38,4% (Beck et Richard 2013).

Encadré 13 : Le Baromètre santé

La plupart des données de ce chapitre sont issues du Baromètre santé 2010.

Les Baromètres santé ont été créés en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), avec le soutien de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la Direction de la recherche, de

l'évaluation et des études statistiques du ministère de la Santé et des Solidarités (DREES) et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). De 2002 à 2016, ils ont été menés par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Ces enquêtes déclaratives répétées visent à suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France : tabagisme, alcoolisation, consommation de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale, etc.

Cette grande enquête scientifique repose sur un sondage aléatoire à deux degrés (tirage d'un ménage puis d'un individu), réalisé à l'aide du système d'interview par téléphone assisté par ordinateur. Les numéros de téléphone, fixes et mobiles, sont désormais générés aléatoirement afin de pouvoir interroger les ménages et individus absents des annuaires téléphoniques. Par son protocole, la grande taille de son échantillon et sa vocation de représentativité, sa répétition dans le temps et son caractère multithématique, les Baromètres santé offrent des données de cadrage uniques en France pour l'observation conjointe des comportements de santé et de la perception des risques (Beck et Richard 2013 ; Santé publique France 2020).

Les jeunes de moins de 25 ans sont principalement suivis par des médecins généralistes. Ils ont moins souvent recours aux médecins que le reste de la population, et quand ils y vont, c'est essentiellement pour des acte de prévention (vaccins notamment), des problèmes administratifs (rédaction de certificats), puis pour des infections notamment de la sphère ORL. En 2010, le médecin généraliste reste le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes puisque près de 8 jeunes sur 10 de 15 à 30 ans (79,8%) l'ont consulté au moins une fois dans l'année, devant le gynécologue pour les femmes (52,8%), le dentiste (49,1% ; 45,2% des jeunes hommes contre 53,1% des jeunes filles; $p < 0,001$), le médecin ou l'infirmière scolaire pour les jeunes scolarisés (40,3%). Les filles ont davantage recours au médecin généraliste que les garçons (84,8% contre 73,5% des garçons; $p < 0,001$). A noter que le recours au médecin généraliste augmente sensiblement avec l'âge tout au long de la vie (84,0% chez les 31-45 ans, 87,8% chez les 46-60 ans, 92,8% chez les 61-75 ans). Près de la moitié des 15-30 ans (48,6%) déclarent avoir consulté leur généraliste pour une visite de routine dans l'année précédente. Il est

probable qu'une partie de ces visites s'explique par un motif administratif : certificat d'aptitude au sport, certificat de vaccination, etc. (Beck et Richard 2013).

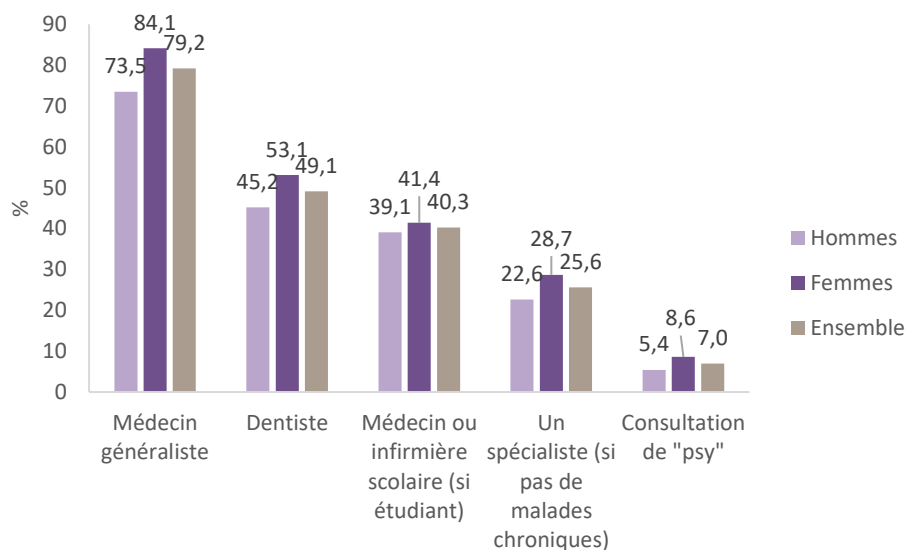


Figure 41 : Consultations de professionnels de santé chez les 15-30 ans au cours des 12 derniers mois selon le sexe en 2010 (%) (d'après Beck et Richard 2013)

Parmi les 15-30 ans, 8,7% des enquêtés déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont les plus touchées par ces situations chez les 15-30 ans (10,6% vs 6,8% des hommes ; $p < 0,001$), alors que c'est l'inverse parmi les plus de 30 ans (8,1% vs 12,7% des hommes chez les 31-75 ans ; $p < 0,001$) (Beck et Richard 2013).

B. La santé mentale, le suicide et le mal-être chez les jeunes

La recherche de documents sur la santé des jeunes nous a permis de constater 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 acceptation la plus large. Il existe toute une palette de manifestations de la souffrance psychique qui va du mal-être aux conduites à risque, en passant par les tentatives de suicide.

Comme nous venons de le voir, les indicateurs de santé physique sont globalement bons chez les jeunes. Ils le sont un peu moins concernant la santé mentale. En effet, les affections touchant la santé mentale sont les premières causes de prise en charge de longue durée chez les jeunes (Medina et Guye 2006). La santé mentale révèle de fortes disparités entre les sexes. En 2010, les jeunes femmes âgées de 15 à 30 ans présentaient plus souvent des problèmes d'anxiété (36,3% vs 27,7%) et de dépression (34,4% vs 24,0%) que les jeunes hommes du même âge (Beck et Richard 2013).

Il est relativement aisé de connaître le taux de mortalité par suicide. Bien que les taux de suicide soient les plus élevés chez les personnes âgées, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-30 ans selon le CépiDC. D'après les données du Baromètre santé 2010, 0,9% des 15-30 ans (0,5%

des hommes et 1,3% des femmes) ont fait une tentative de suicide dans les douze derniers mois. Ces taux positionnent ainsi cette tranche d'âge comme la plus concernée.

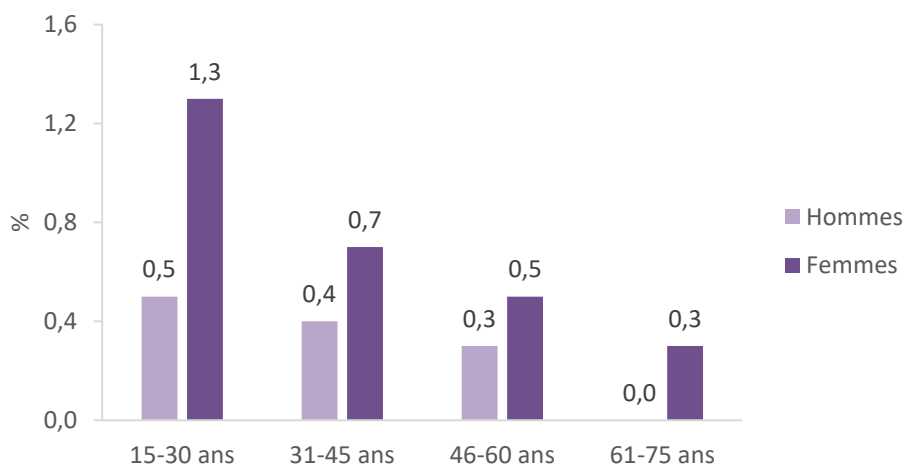


Figure 42 : Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (%) (d'après Beck et Richard 2013)

Les facteurs associés aux tentatives de suicides chez les jeunes sont le fait d'être une femme, le fait d'avoir subi des violences dans le passé et un bas revenu. En revanche, la situation professionnelle et notamment le fait d'être au chômage ou inactif, n'est pas associé à un accroissement du taux de suicide chez les jeunes. Pour plus d'un tiers des répondants, la tentative de suicide a été faite avec une intention de se donner la mort. Après cette tentative de suicide, près d'un jeune sur deux a été suivi par un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

En revanche, les notions de mal-être et de souffrance psychique sont difficiles à définir et à circonscrire (et donc de ce fait à chiffrer). Les acteurs de terrain qui travaillent auprès des jeunes reportent très souvent un mal-être, notamment chez les jeunes en insertion. Le mal-être des jeunes en insertion semble être le fruit d'un sentiment d'insécurité, d'incertitude face à l'avenir, d'une rareté des repères affectifs et sociaux, dans un contexte d'événements de vie difficiles (Medina et Guye 2006).

Dans le très bon travail qualitatif sur les pratiques de santé des jeunes suivis par les Missions locales en Isère, on nous rappelle à juste titre 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 individuel 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, etc.) 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. » (Medina et Guye 2006)

C. La santé des jeunes et les politiques de santé publique

Les adolescents et jeunes adultes ont été régulièrement placés au cœur des politiques de santé publique depuis l'épidémie de SIDA, dans les années 1990. Un plan « Santé des jeunes » centré sur les 16-25 ans a été présenté par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports en février 2008, suivi d'une série de mesures spécifiques énoncées dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » en juillet 2009. En 2012, le Président de la République, François Hollande, a conforté la place de la prévention des comportements à risque des jeunes, et en particulier l'alcoolisation et le tabagisme, parmi les priorités du 3^{ème} plan cancer.

Dans un système de santé très centré sur le curatif, la question de la santé des jeunes apparaît essentiellement comme une affaire de prévention. En effet, la jeunesse est une période d'engagement dans de nouvelles conduites, qui se trouve constituée de transformations, de tentations et de transgressions, de prises d'initiatives et de prises de risques⁴.

Cette préoccupation politique s'inscrit aussi dans une forme d'investissement social, s'appuyant sur l'idée que les dépenses consacrées à l'éducation permettent d'éviter une partie des dépenses réparatrices qui surviendraient en l'absence d'effort de prévention. Ces politiques de santé publique doivent veiller à ne pas vouloir normaliser les jeunes à travers la médicalisation pour, in fine, les encadrer voire les surveiller, car à vouloir modifier les comportements des jeunes, c'est parfois inconsciemment la jeunesse elle-même qu'on veut changer (Beck et Richard 2013). Michel Foucault, illustre déjà ce phénomène en 1976 par les discours médicaux sur les dangers de la masturbation aux 18^{ème} et 19^{ème} siècle (Foucault 1976 ; Lorient 2004) : « Présenter les jeunes bourgeois comme des malades potentiels, car dominés par des pulsions pathologiques, est un moyen d'en faire un âge à surveiller. Le risque de dispersion de l'héritage, génétique et matériel, est alors contrôlé, tandis que la dilapidation devient l'objet d'une condamnation scientifique relayant le discours moral. »

Malgré les discours politiques, l'éducation à la santé et la prévention demeurent un pan très mineur des politiques de santé publique en France. Le budget investi dans la prévention est de l'ordre de 2,8% des dépenses courantes de santé en 2007. Les services de médecine scolaire et universitaire sont sous-dotés, alors même qu'ils devraient être théoriquement le fer de lance de cette politique ambitieuse dans le domaine de la prévention en santé des jeunes. A titre d'exemple, le rapport parlementaire

⁴ Dans son dossier « Les conduites à risque des jeunes comme résistance », David Le Breton précise qu'en dépit des souffrances qu'elles entraînent, les conduites à risque possèdent un versant positif : elles favorisent la prise d'autonomie du jeune et sont un moyen de se construire une identité. Ces conduites sont une tentative paradoxale de reprendre le contrôle de son existence, quel qu'en soit le prix. Aussi la vision de la mort est lointaine et de fait, la conscience du danger est faible. Parfois en quête d'un sens à donner à son existence, le jeune interroge la signification ultime qu'est la mort pour savoir si vivre a encore un sens, d'où sa recherche délibérée de prises de risque, de conduites susceptibles d'entraîner des effets dangereux tant pour lui-même que pour les autres (Dequiré 2012 ; Le Breton 2005).

d'information n° 3968, paru en novembre 2011 sur la médecine scolaire fait état d'une baisse de 10% des effectifs de médecins scolaires entre 2001 et 2011. Les actions en faveur de la santé des jeunes sur les territoires se heurtent souvent à la multiplicité des acteurs investis qui se retrouvent en concurrence pour des financements en baisse, ce qui nuit à l'efficacité des projets (Forum français de la jeunesse 2013 ; Gaudron et Pinville 2011).

Afin de mener à bien une politique ambitieuse, globale et cohérente à l'égard de la santé des jeunes, l'attention des pouvoirs publics doit porter sur un besoin de connaissances non seulement au sujet de l'état de santé des jeunes, mais surtout au sujet de leurs comportements de santé. S'intéresser à la santé des jeunes signifie aussi recueillir des informations sur les besoins, les attitudes, la qualité de vie, les modes de vie, etc. Certains comportements à risque, que ce soit en termes de consommation de substances psychoactives, de sexualité, d'alimentation ou de pratique d'activité physique, deviennent des enjeux de santé publique à court et plus long terme puisqu'ils peuvent à la fois avoir des répercussions immédiates sur la santé des jeunes (suicides, accidents, etc.) mais aussi entraîner une mauvaise santé à l'âge adulte. Par ailleurs, placer l'effort de prévention sur les jeunes apparaît crucial dès lors que les inégalités sociales se structurent dès les premiers âges de la vie, pour ne cesser de s'aggraver si rien n'est fait pour les contrer (Beck et Richard 2013 ; Loriol 2004).

D. Les comportements de santé des jeunes

En ce qui concerne les comportements à risque vis-à-vis de la santé, la situation est également complexe. Comme la santé des jeunes est essentiellement abordée par le prisme de la prévention et des facteurs de risque, les quelques (et trop) rares études françaises qui s'y intéressent, dressent très souvent le portrait de jeunes insouciants, « sacrifiant systématiquement leur santé future à la jouissance immédiate ».

Examinons donc de plus près les principaux comportements à risque couramment identifiés ainsi que la perception des risques et regardons si le portrait de ces « jeunes insouciants » est réaliste :

1. Les conduites addictives chez les jeunes

C'est principalement à l'adolescence qu'a lieu l'initiation à l'usage de substances psychoactives dont la répétition est susceptible d'entraîner un abus voire une dépendance. En France, en dépit de la réglementation visant à limiter l'accès à ces substances et les campagnes de prévention répétées, les niveaux de consommation des substances licites, comme l'alcool et le tabac, mais aussi illicites, comme le cannabis, demeurent élevés chez les adolescents comme nous allons le voir ci-après. Il est important de souligner que, chez les adolescents, l'ensemble des conduites addictives peuvent avoir un impact sur leur développement. Dans une période clé d'apprentissage scolaire et de découverte émotionnelle,

la prise de substances psychoactives peut entraver le parcours de vie et constituer un handicap ou une perte de chance pour l'avenir (Inserm 2014).

Le tabagisme

Dans le Baromètre Santé 2010, la prévalence du tabagisme régulier chez les 15-30 ans (36,1%) est légèrement inférieure à celle des 31-45 ans (38,1%). Ces taux sont bien supérieurs que ceux observés chez les personnes plus âgées. La proportion de fumeurs quotidiens augmente rapidement avec l'âge, passant de 23,6% chez les 15-19 ans à 40,9% chez les 20-25 ans ; les femmes sont moins nombreuses à fumer que les hommes pour toutes les tranches d'âge. Alors qu'une large majorité des jeunes se sentent « bien informés » sur le tabac (93,3%), le niveau de crainte des maladies liées au tabac est relativement bas parmi les fumeurs de 15 à 19 ans, mais augmente rapidement dès l'âge de 20 ans. La mise à distance du risque, fréquemment évoquée chez le jeunes, fait donc place à une prise de conscience accrue des risques du tabagisme pour soi-même qui s'avère même supérieure à celle observée au-delà de 30 ans, et cela même si les jeunes adultes restent les plus nombreux à fumer.

La prévention du tabagisme des jeunes est indispensable car la précocité de l'expérimentation est identifiée comme un facteur de risque important pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance.

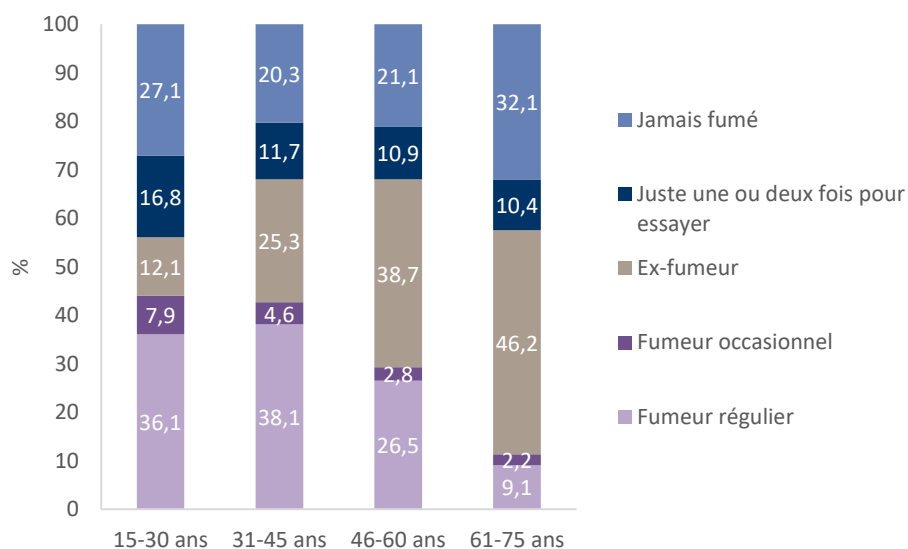
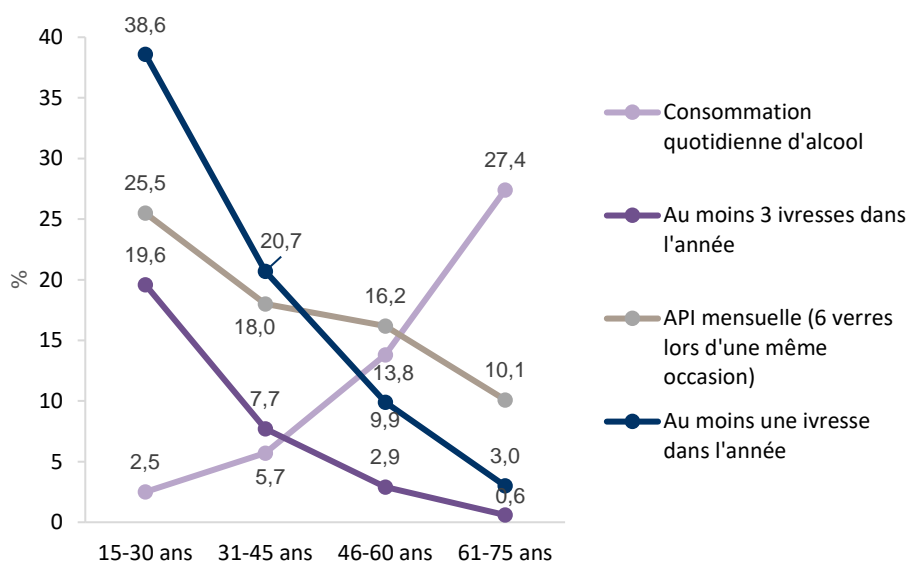


Figure 43 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-75 ans en 2010 (%) (source : Beck et Richard 2013)

La consommation d'alcool

Les 15-30 ans se distinguent des personnes plus âgées par des consommations d'alcool moins régulières mais plus excessives. Ces caractéristiques liées à la jeunesse sont anciennes et se révèlent

relativement stables au fil des différents Baromètres santé. Le niveau de crainte des maladies liées à l'alcool chez les jeunes est comparable à celui observé au-delà de 30 ans (12,8% versus 11,5%).



API : alcoolisation ponctuelle importante

Figure 44 : Evolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des alcoolisations ponctuelles importantes selon l'âge en 2010 (%) (source : Beck et Richard 2013)

La consommation de drogues illicites

En 2010, parmi les 15-30 ans, 19% (13% des femmes et 25% des hommes) déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, contre 3,8% des 31-64 ans ; 5,1% ont consommé du cannabis au moins dix fois dans le mois précédent l'enquête contre 0,9% des 31-64 ans. Le fait d'être un homme, la situation de chômage et les difficultés financières perçues sont plus souvent associées à une consommation régulière de cannabis.

S'agissant des drogues illicites autres que le cannabis, la cocaïne et le poppers se distinguent par une disponibilité et des niveaux de consommation en essor en France depuis le début des années 1990. En revanche, la consommation des autres drogues illicites reste stable. Même si les taux de

consommation des drogues illicites restent peu élevés même parmi les jeunes, ils sont plus élevés parmi les jeunes que dans le reste de la population.

Tableau 9 : Usage de drogues illicites autre que le cannabis en 2010 par sexe parmi les 15-30 ans et comparaison avec les 31-64 ans (%) (source : Beck et Richard 2013)

	Ensemble 15-30 ans	Hommes 15-30 ans	Femmes 15-30 ans	Ensemble 31-64 ans
Poppers	2,2	2,4	1,9	0,3
Cocaïne	1,8	2,7	1,0	0,5
Champignons hallucinogènes	0,6	0,9	0,4	0,1
Ectasy/MDMA	0,9	1,1	0,6	0,1
Produits à inhaler	0,9	1,1	0,6	0,1
Amphétamines	0,6	0,8	0,3	0,1
LSD	0,4	0,6	0,3	< 0,1
Héroïne	0,5	0,9	0,1	0,1
Crack/freebase	0,2	0,3	0,1	< 0,1
GHB/GBL	0,1	0,2	< 0,1	< 0,1
Kétamine	0,1	0,1	0,1	< 0,1
Produits de substitution aux opiacés				
Subutex	0,5	0,8	0,3	0,1
Méthadone	0,2	0,3	0,1	0,1

2. La sexualité

En 2010, la couverture contraceptive est importante parmi les jeunes femmes de 15 à 29 ans concernées par un risque de grossesse non prévu. Plus de 90% d'entre elles déclarent en effet utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Les pratiques varient de manière importante selon différentes caractéristiques socio-démographiques. Les jeunes femmes les moins diplômées, les moins favorisées financièrement, et vivant en dehors d'une grande agglomération sont celles qui déclarent le moins utiliser une méthode contraceptive de manière systématique. En 2010, 11% des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze derniers mois ont utilisé une contraception d'urgence. Après ajustement sur l'âge, il apparaît qu'un âge tardif au premier rapport, une situation financière perçue comme difficile, un niveau de diplôme plus élevé, et le fait d'habiter en région parisienne augmente la probabilité d'avoir utilisé une contraception d'urgence au cours des douze derniers mois (Beck et Richard 2013).

Les jeunes femmes de 15 à 30 ans concernées par la contraception utilisent plus souvent la pilule et/ou le préservatif comme moyen de contraception que leurs aînées qui utilisent plus souvent le dispositif intra-utérin. L'âge médian au premier rapport est stable au cours de la dernière décennie, à 17,6 ans pour les filles et 17,0 pour les garçons. Les premiers rapports sont protégés dans la grande majorité des situations ; un préservatif a été utilisé dans près de 90% des cas, sans différence entre les femmes et les hommes (Bajos et al. 2018).

En 2010, 66% des femmes âgées de 18 à 30 ans et 59% des hommes âgés de 18 à 30 ans en Ile-de-France ont eu recours à un test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie. Ces taux sont un

peu inférieurs à ceux des personnes âgées de 31 à 44 ans mais supérieurs à ceux des personnes âgées de 45 à 54 ans (Beltzer et al. 2011).

3. L'alimentation et la pratique du sport

La fréquence de consommation de fruits et légumes, faible pour l'ensemble de la population, l'est encore davantage parmi les jeunes. Seuls 6% des 12-30 ans déclarent en avoir mangé au moins cinq fois la veille de l'enquête (comme recommandé dans le plan national nutrition santé), contre 8% des 31-45 ans. Les produits laitiers sont plus souvent consommés par les jeunes que par les adultes à la fréquence recommandée. La consommation alimentaire des jeunes femmes de 12-30 ans apparaît plus favorable que celle des jeunes hommes du même âge. Les jeunes sont plus nombreux à sauter un repas que leurs aînés. Sur plusieurs indicateurs (notamment les fruits et les légumes), les jeunes de 12 à 30 ans affichent une meilleure connaissance des repères de consommation que leurs aînés. De même, leur pratique sportive est en moyenne plus importante que celle de leurs aînés. La pratique du sport décroît en effet fortement avec l'âge entre 12 et 75 ans. Pour cette raison, mais aussi du fait d'une physiologie favorable et, surtout pour les filles, d'un souci de l'esthétique, les problèmes de poids sont plus rares chez les jeunes que chez leurs aînés (Beck et Richard 2013 ; Lorient 2004).

Finalement, les jeunes semblent relativement mieux informés et souvent plus sensibilisés aux risques sanitaires que leurs aînés. Il s'agit probablement d'un effet des politiques d'éducation à la santé à destination des jeunes, dont nous avons discutées ci-dessus. Outre la consommation de tabac et de cannabis, les autres comportements à risque notamment en termes de consommation d'alcool, de sexualité et d'alimentation ne semblent pas plus fréquents chez eux que chez leurs aînés. Pour autant, il est important de poursuivre les efforts d'information auprès de cette population car beaucoup des comportements futurs se jouent durant cette période de la vie. En outre, si les comportements de santé s'acquièrent au moins autant, voire plus, par l'internalisation de normes que par l'information et l'éducation à la santé, ceux-ci ne seraient-ils pas avant tout déterminés par l'origine sociale ?

E. Les inégalités chez les jeunes concernent aussi la santé

Malgré le progrès biomédical et technologique continu lors du dernier siècle, et en dépit de l'universalisation de la protection maladie, les inégalités sociales de santé persistent dans l'ensemble des pays européens (Mackenbach et al. 1997), y compris en France (Chauvin et Lebas 2007). Cela concerne aussi les adolescents et les jeunes adultes (Power 1991). Au Royaume-Uni et en Finlande, Rahkonen (Rahkonen et al. 1995) rapporte que le niveau d'éducation et la classe sociale sont deux facteurs majeurs expliquant les différences en termes de santé chez les jeunes adultes.

Quelques publications internationales mettent en évidence le lien entre inactivité professionnelle et problème de santé chez les jeunes, que ce soit en Suisse (Ferron et al. 1997), en Australie (Scanlan et

Bundy 2009), en Suède (Reine et al. 2004), au Royaume-Uni (West et Sweeting 1996) ou encore au Canada (Béland et al. 2002). En Suède, Helgesson et al. (Helgesson et al. 2013) établissent un risque augmenté de mortalité, d'être en arrêt de travail prolongé (>60 jours), ou de percevoir une pension d'invalidité dans les 15 ans qui suivent une période de chômage chez des jeunes de 20 à 24 ans (par rapport à leurs contemporains n'ayant pas été au chômage). Un rapport britannique (Cole 2009) évoque une surmortalité des NEETs (15% d'entre eux seraient décédés après 10 ans de suivi). West et Sweeting (West et Sweeting 1996) soulignent la difficulté de déterminer si la mauvaise santé est une conséquence ou une cause de l'inactivité professionnelle.

En France, des rapports des Observatoires régionaux de santé (ORS) en Languedoc-Roussillon (ORS Languedoc Roussillon 2008), en Guyane (ORS Guyane 2005), à la Réunion (ORS La Réunion 2011) et en Rhône-Alpes (Medina et Guye 2006) ont étudié la santé des jeunes fréquentant les Missions locales. L'ensemble de ces rapports s'accordait sur le fait que les jeunes en insertion perçoivent plus souvent leur état de santé dégradé par rapport aux autres jeunes du même âge. En 2010 (au moment de la mise en place de Presaje), seules deux études concernant la santé de ce public avaient été publiées à un niveau national en France. En 2005, une étude du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé) mettait en évidence une situation sociale et sanitaire critique chez les jeunes en insertion reçus dans les Centres d'examens de santé (Labbe et al. 2007). En 2008, une seconde étude (Moulin et al. 2009) établissait que ces mêmes jeunes étaient particulièrement concernés par la souffrance psychique. Bien que de bonne qualité, ces deux études nationales ne portaient pas sur des échantillons représentatifs des jeunes suivis en Mission locale (la population de ceux se rendant effectivement dans les centres d'examens de santé étant volontiers entachée de biais de sélection). De leur côté, Harris et Harris (Harris et Harris 2009) mettaient en évidence l'importance de la consultation médicale dans le processus d'insertion professionnelle.

Or, les jeunes suivis en Mission locale – déscolarisés et éloignés du marché du travail – tendent à avoir très peu recours au système de soins et en particulier aux soins primaires. La suppression du service militaire obligatoire en 1996 a entraîné l'arrêt du repérage systématique des problèmes de santé des jeunes hommes. Les jeunes en insertion n'ont pas ou plus accès à aucune médecine préventive institutionnelle : ni à la médecine préventive scolaire (collège, lycée, université), ni à la médecine du travail. Et pourtant, les soins de santé primaires sont considérés comme un moyen de garantir le droit à la santé pour tous et de réduire les inégalités de santé (Bourgueil et al. 2012).

V. Objectifs de la thèse

Comme nous venons de le voir dans cette introduction, les jeunes sont exposés à un risque de chômage élevé, notamment les jeunes peu ou pas diplômés et issus de milieux sociaux défavorisés. Pour favoriser leur insertion professionnelle, mais aussi sociale, les Missions locales ont été créées dans les années 1980, à l'initiative de Bertrand Schwartz. Il préconisait une approche globale des difficultés que les jeunes pouvaient rencontrer dans leur transition entre l'école et la vie active, parce que les difficultés d'insertion professionnelle et sociale sont interdépendantes.

Bien que les jeunes soient globalement en bonne santé, il est important de poursuivre la mobilisation des politiques de santé publique à leur égard (entamées à l'aube de l'épidémie de SIDA). Certains comportements à risque, que ce soit en termes de consommation de substances psychoactives, de sexualité, d'alimentation ou de pratique d'activité physique, deviennent des enjeux de santé à court et plus long terme puisqu'ils peuvent à la fois avoir des répercussions immédiates sur la santé des jeunes mais aussi et surtout entraîner une mauvaise santé à l'âge adulte. Les inégalités sociales de santé concernent aussi les jeunes, et plusieurs études internationales ont montré que les NEETs présentaient un état de santé dégradé pouvant nuire à leur insertion professionnelle.

L'objectif général de cette thèse est de caractériser, à partir des données de l'enquête Presaje, pour la première fois en France la santé et le recours aux soins des jeunes en insertion, et d'évaluer l'intérêt d'une consultation de médecine sociale et préventive intégrée dans les Missions locales à l'égard de leur état de santé et de leur parcours d'insertion.

METHODOLOGIE GENERALE — LE PROJET

PRESAJE

PReSaJe ou Projet de Recherche sur la Santé des Jeunes est un projet mis en place en 2011 par la Maison de l'Emploi et de la Formation de Sénart, le Centre de Recherche en Economie et Statistiques (CREST) de l'Insee et l'ex-équipe DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins ; désormais renommée Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale) de l'Inserm, avec le soutien du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ, Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative).

Il s'agit d'une étude de recherche interventionnelle multicentrique et plus précisément d'un essai contrôlé randomisé.

I. Justification de l'étude

En 2007, la Mission locale de Sénart s'est dotée d'une consultation médicale avec l'arrivée du Dr Joël Dutertre. Cette consultation proposait aux jeunes un diagnostic santé individuel doublé d'un accompagnement aux soins pour les moins autonomes. Cette rencontre avec un médecin était proposée systématiquement à tous les jeunes en contrat CIVIS, mais aussi à tout jeune suivi en Mission locale dès qu'un besoin était perçu par l'équipe de conseillers. Cette consultation avait trois objectifs : l'évaluation de l'état de santé de cette population de jeunes, l'orientation vers des praticiens ou structures de soins si nécessaire, la prévention et l'éducation à la santé. Selon la nécessité, le jeune bénéficiait d'un suivi ou non.

Un premier bilan réalisé par le Dr Dutertre mettait en évidence la répartition suivante à la Mission locale de Sénart : 22% des jeunes rencontrés en consultation nécessitaient des soins mineurs, 48% avaient une pathologie qui devaient faire l'objet d'une prise en charge médicale, 21% avaient une pathologie qui pouvait s'aggraver si elle n'était pas soignée, 5% avaient un problème sanitaire mettant en échec toute forme d'insertion. Au Point Santé de la Mission locale de Clichy-sous-Bois - Montfermeil (Quartier des Bosquets) où travaillait aussi le Dr Dutertre, ce dernier avait estimé que 12% des jeunes reçus étaient atteints d'une affection de longue durée (dont 20% au point d'obtenir une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), et que seuls 22% des jeunes avaient une couverture maladie complète (sécurité sociale et mutuelle ou CMUc) permettant l'accès aux soins.

Le constat empirique dressé par les conseillers de la Mission locale de Sénart était que l'état de santé interférait sur l'accès à l'emploi et d'une façon plus générale sur l'autonomie du jeune. Ainsi la prise en compte de la santé comme facteur diminuant les chances d'insertion des jeunes devait faire l'objet d'une attention particulière. Ce constat était corroboré par différents travaux de recherche menés au niveau international qui trouvaient un lien fort entre santé dégradée et inactivité professionnelle des jeunes (comme nous venons de le voir ci-dessus).

Les causes de cet état de santé dégradé et de ce non-recours sont pourtant mal connues dans cette population en France. Parmi les multiples hypothèses qui ont été formulées pour expliquer ce non-recours, deux hypothèses ont particulièrement retenu l'attention des promoteurs du projet. La première était celle d'un frein financier important qui trouvait en partie son origine dans une méconnaissance du système de Sécurité sociale. Le deuxième était un frein culturel : la santé, en tant que telle, n'est pas valorisée par les jeunes et ils ne lui accordent qu'une importance secondaire.

D'autre part, dans le même temps, les financements alloués aux rares dispositifs de santé intégrés aux Missions locales existants subissaient des réductions substantielles des financements publics.

Les travailleurs sociaux dédiés à l'ouverture des droits à l'Assurance maladie de la Sécurité sociale et les médecins qui travaillaient dans les quelques Missions locales encore pourvues de ces services ont alors fait appel à notre équipe de recherche en épidémiologie sociale pour évaluer s'il existait une plus-value de leur présence au sein même des Missions locales, non seulement en termes de promotion de la santé mais aussi en termes d'accès aux formations et à l'emploi.

II. Les objectifs de l'étude

Les objectifs initiaux de Presaje étaient les suivants :

- Décrire finement la situation sociale et l'état de santé des jeunes suivis en Mission locale ;
- Comprendre les raisons du non-recours aux soins chez ces jeunes ;
- Evaluer l'impact d'une réduction du frein financier par le biais d'une meilleure protection sociale sur la consommation de soins des jeunes en difficultés d'insertion ;
- Mesurer l'effet additionnel d'une plus grande familiarité avec le milieu médical et d'une plus forte sensibilité à sa santé après la consultation avec un médecin ;
- Améliorer leur état de santé et le recours aux soins et, in fine, l'insertion socio-professionnelle des jeunes ;
- Mais aussi d'un point de vue institutionnel, évaluer rigoureusement l'apport des points santé en Mission locale.

Ces ambitieux objectifs se sont traduits par la mise en place de deux interventions présentées ci-dessous.

III. L'intervention

Les jeunes qui se présentaient pour la deuxième fois à la Mission locale étaient aléatoirement répartis en trois groupes (CREST 2014 ; Mission locale de Sénart et al. 2012) :

- au premier groupe était systématiquement proposé un entretien individuel avec un(e) assistant(e) social(e) chargé(e) d'optimiser la couverture maladie des jeunes et de les informer sur le fonctionnement du système de soins. Cette intervention visait à réduire le frein financier en améliorant la couverture maladie des jeunes (ouverture ou simple mise à jour des droits lorsque le jeune n'a pas fait les démarches ; ou bien, optimisation de la couverture, en particulier demande d'assurance complémentaire gratuite, la CMUc, lorsque le jeune est éligible sans le savoir) et en les informant sur leurs droits, sur les procédures à réaliser auprès de la Sécurité Sociale et sur les modalités de remboursement de leurs soins. Ce groupe sera nommé dans le reste de ce travail : « groupe assistant social ».
- au deuxième groupe était systématiquement proposé le même accompagnement « social », complété d'une rencontre individuelle avec le médecin de la Mission locale pour une consultation de prévention et d'orientation (le médecin pouvant ensuite proposer un suivi particulier ou non). Cette deuxième intervention mise en place visait à la fois à réduire les barrières financières mais également les éventuelles barrières socio-culturelles auxquelles les jeunes pouvaient faire face dans leur accès aux soins. Ce groupe sera nommé dans ce manuscrit : « groupe médecin » par simplicité, bien qu'il consistât en l'action coordonnée d'un médecin et d'un assistant social.
- le troisième groupe ne bénéficiait quant à lui d'aucun programme particulier : le jeune était suivi de manière habituelle par la Mission locale. Si un jeune souhaitait rencontrer le médecin ou l'assistant social, il pouvait les rencontrer. Ce groupe, qui servait de groupe témoin, sera nommé « groupe contrôle » par la suite.

La durée du suivi, tant par l'assistante sociale que par le médecin, a été d'un an maximum, durant lequel l'assistant social et le médecin étaient juges du nombre de fois où il était nécessaire de rencontrer chaque jeune.

En pratique, un médecin et un assistant social ont été sollicités dans chacune des Missions locales participant au projet pour mettre en œuvre les interventions, pour une durée d'un an. Afin de faciliter le déploiement du projet et la coordination entre les Missions locales et les organismes évaluateur et

porteur du projet, un assistant de recherche a été mis à disposition de chaque Mission locale. Il se chargeait d'organiser les rendez-vous avec l'assistant social et/ou le médecin – ces prises de rendez-vous pouvant s'avérer difficiles étant donnée la difficulté à joindre certains jeunes – et servait d'interlocuteur entre les responsables du projet et la Mission locale. Les assistants de recherche avaient aussi pour mission la randomisation des différents jeunes dans chaque groupe (1 :1 :1). Enfin, les assistants de recherche étaient chargés de faire passer les questionnaires de début et fin d'étude à l'ensemble des jeunes, en face-à-face dans la mesure du possible ou par téléphone lorsqu'aucun rendez-vous en présentiel avec le jeune n'était possible.

La randomisation était faite à partir d'une liste générée aléatoirement par un ordinateur, en fonction de l'ordre d'inclusion des participants dans les cinq Missions locales. La répartition des groupes n'était masquée ni pour les participants, ni pour les investigateurs de l'étude.

Chaque jeune entrant dans le dispositif répondait à un questionnaire initial. Ce questionnaire comportait plus de 130 questions, dont les différents thèmes portaient sur le parcours scolaire et d'emploi, la situation familiale, l'intégration sociale, les conditions de logement, le quartier de résidence, la santé, le recours et le renoncement aux soins, et enfin la couverture sociale. Chaque jeune était ensuite suivi pendant un an puis répondait à un questionnaire final permettant de mieux cerner l'évolution de ses comportements sanitaires, ainsi que de comprendre ce que les jeunes ont retenu des dispositifs dans lesquels ils se sont trouvés. Néanmoins, dans les faits, les traitements et le suivi des jeunes ont pu parfois se différencier entre chacun des centres d'étude, car les points santé et les accompagnements « sociaux » mis en place dans les Missions locales étaient de nature différente.

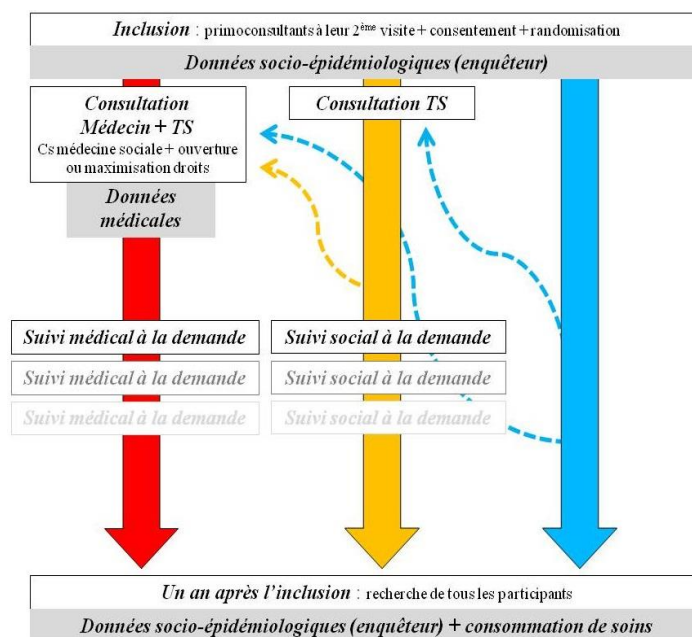


Figure 45 : Schéma de l'intervention de Presaje

Le financeur principal était le Fonds d'expérimentation de la jeunesse.

Presaje a reçu un avis favorable du CCTIRS (Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé) et l'autorisation de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) : autorisation numéro 1527880 du 23/12/2011.

Presaje a été enregistré à posteriori dans le registre ISRCTN (International Standard Randomized Controlled Trial Number) sous le numéro ISRCTN59210540. Cet enregistrement dans un registre d'essai clinique a été demandé lors de la soumission du deuxième papier au journal Plos One. Le registre ISRCTN fait partie des registres internationalement reconnus qui répertorient l'ensemble des essais cliniques qui sont pratiqués dans le monde. Ces registres permettent de fournir des informations actualisées sur les essais cliniques mais aussi de limiter le biais de publication des essais cliniques qui ne trouvent pas de résultats positifs. En effet, l'enregistrement des essais cliniques dans un de ces registres est dorénavant obligatoire avant la mise en œuvre du projet correspondant.

IV. Sélection des Missions locales

Afin de garantir des effectifs suffisants pour détecter l'effet des deux interventions testées dans cette expérimentation mais aussi pour capter les différentes caractéristiques des jeunes en fonction du territoire et enfin pour pallier à l'écueil d'une grande hétérogénéité dans l'organisation de chaque Mission locale, le projet a été mis en place au sein de plusieurs Missions locales.

Un travail préalable débuté au mois de juin 2010 consistait à identifier, par le biais d'un questionnaire envoyé à l'ensemble du réseau des Missions locales, celles susceptibles de participer à l'étude. Pour qu'une Mission locale puisse participer, il fallait qu'elle propose un point santé médicalisé dans ses murs. Sur les 420 questionnaires envoyés, 280 réponses avaient été obtenues (soit un taux de réponse de 66,7%) et toutes témoignaient de l'importance considérable portée par les Missions locales à la question de la santé des jeunes. Après examen des réponses et consultations des Missions locales, il a été possible de mettre en place le dispositif dans cinq Missions locales : Clichy-sous-Bois, Poitiers, Reims, Sénart et Toulouse. Ces cinq structures présentent une diversité en termes de public, de taille et de territoire :

- La Mission locale de la Dhuis (93) située à Clichy-sous-Bois est implantée sur un territoire comprenant 6 communes : Montfermeil, Clichy-sous-Bois, Livry-Gargan, Vaujours, Coubron et Le Raincy. Elle est composée de trois antennes et de deux permanences. Parmi les 2 200 jeunes accueillis sur l'année 2011, 900 environ étaient des primo-accueillis. Dans le cadre de l'étude,

les jeunes des deux permanences du Raincy et de Vaujours n'ont pas été inclus en raison d'effectifs faibles.

- La Mission locale de Reims couvre les communes du Pays Rémois et est présente sur 7 sites : centre-ville, La Nacelle, Wilson, Châtillons, Orgeval, Cormontreuil et Cernay Europe. Les jeunes de toutes les permanences étaient éligibles à l'étude. 9 328 jeunes sont gérés par la Mission locale dont 2 112 primo-accueillis.
- La Mission locale d'Insertion du Poitou se compose d'un siège à Poitiers et de cinq antennes : Neuville-de-Poitou, Mirebeau, Vendevre-du-Poitou, Saint-Julien-l'Ars, et le quartier des Couronneries. Ces deux dernières n'ont pas été incluses dans l'étude en raison des très faibles effectifs. Le champ d'action de la Mission locale se compose de plusieurs territoires qui sont des communautés de communes. Il regroupe 49 communes pour environ 190 000 habitants. 3 605 jeunes ont été accueillis sur l'année 2011 dont 1 637 primo-accueillis.
- La Mission locale de Sénart (77) conduit ses actions sur le territoire de Sénart qui comprend 10 communes : Moissy-Cramayel, Savigny-le-Temple, Lieusaint, Combs-la-Ville, Réau, Tigery, Saint-Pierre-du-Perray, Nandy, Cesson et Vert-Saint-Denis. 2 118 jeunes ont été accueillis sur l'année 2011 dont 931 étaient des primo-accueillis.
- La Mission locale de Toulouse compte sept antennes : Reynerie, Centre ville, Jolimont, Empalot, Les Izards, Bellefontaine et Bagatelle. L'étude est présente dans trois antennes : Reynerie, Centre-Ville et Empalot. 1 586 jeunes ont été accueillis pour la première fois en 2011 dans les trois antennes concernées par l'étude.

V. Critères d'éligibilité des participants et caractéristiques de la population d'étude

Les jeunes éligibles à l'étude étaient les jeunes se présentant une deuxième fois à la Mission locale (pour un entretien avec un conseiller ou tout autre motif). Cela permettait d'éviter d'inclure dans le dispositif des jeunes qui n'auraient pas souhaité bénéficier d'un suivi (notamment les visites uniques pour information). Ce deuxième rendez-vous pouvait varier d'une Mission locale à l'autre, dépendant du circuit proposé aux jeunes dans les différentes structures.

Pour être éligibles, les jeunes devaient avoir entre 18 et 25 ans au moment de l'inclusion. Lorsqu'un jeune entrait dans le dispositif, un premier entretien avait lieu, afin d'expliquer le dispositif expérimental et de recueillir le consentement du jeune. On expliquait alors au participant les enjeux de l'étude, le principe des trois cohortes et de la randomisation.

Par ailleurs, n'étaient pas considérés comme éligibles les jeunes présentant dès leur arrivée :

- une pathologie nécessitant une intervention médicale urgente ;
- un handicap physique lourd entraînant une éventuelle insertion professionnelle dans des filières dédiées spécifiques ;
- une difficulté de compréhension du français nécessitant la présence d'un traducteur.

Au final sur un total de 3 555 jeunes se présentant pour la deuxième fois dans les cinq Missions locales sélectionnées entre le 3 janvier 2011 et le 2 janvier 2012, 314 ont été exclus sur critères (239 jeunes pour non-maîtrise de la langue française, 75 jeunes pour âge inférieur à 18 ans, 0 pour pathologie ou handicap), 206 ont été exclus de façon aléatoire à Reims, Poitiers et Toulouse en raison d'une surcharge de travail des enquêteurs, et 388 ont refusé de participer à l'étude. Parmi les 2 647 volontaires inclus, 1 194 ne sont pas revenus à la Mission locale pour la passation du questionnaire malgré leur accord initial pour participer à l'enquête, et seuls 1 453 (54,9%) ont donc répondu au questionnaire initial administré en face-à-face ; respectivement 191 à Clichy-sous-Bois, 260 à Sénart, 374 à Toulouse, 307 à Poitiers et 321 à Reims. Au total, le taux de refus explicite était de 12,8% (388/3 035) et le taux de non-retour pour la passation du questionnaire initial était de 39,3% (1 194/3 035).

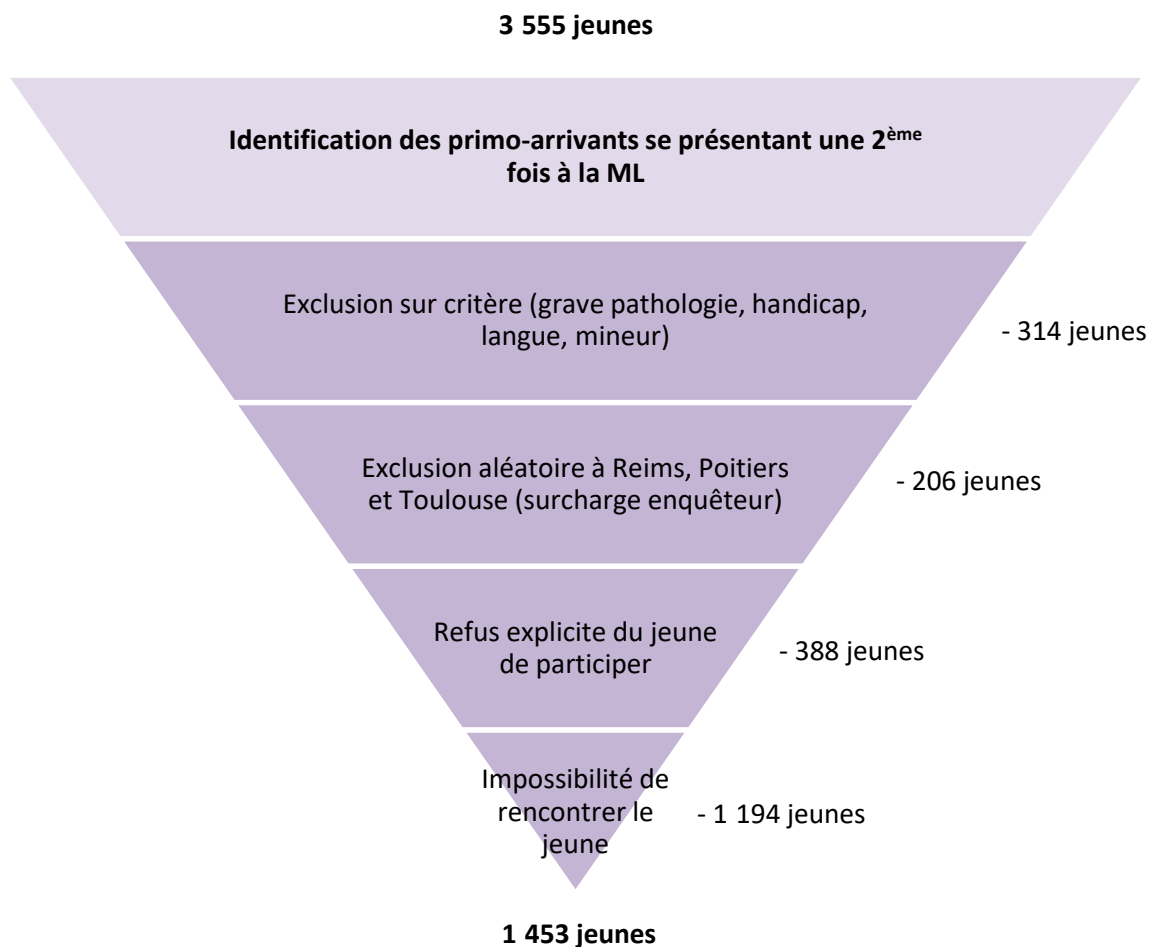


Figure 46 : Sélection des participants

Parmi les 1 453 jeunes, qui ont répondu au questionnaire initial et qui ont été randomisés, 477 ont été assignés au groupe « Assistant social », 504 au groupe « Médecin », et 472 au groupe contrôle. Les taux de suivis à un an ont été similaires entre les trois groupes (respectivement 73,2%, 72,0% et 72,2%, $p=0,915$).

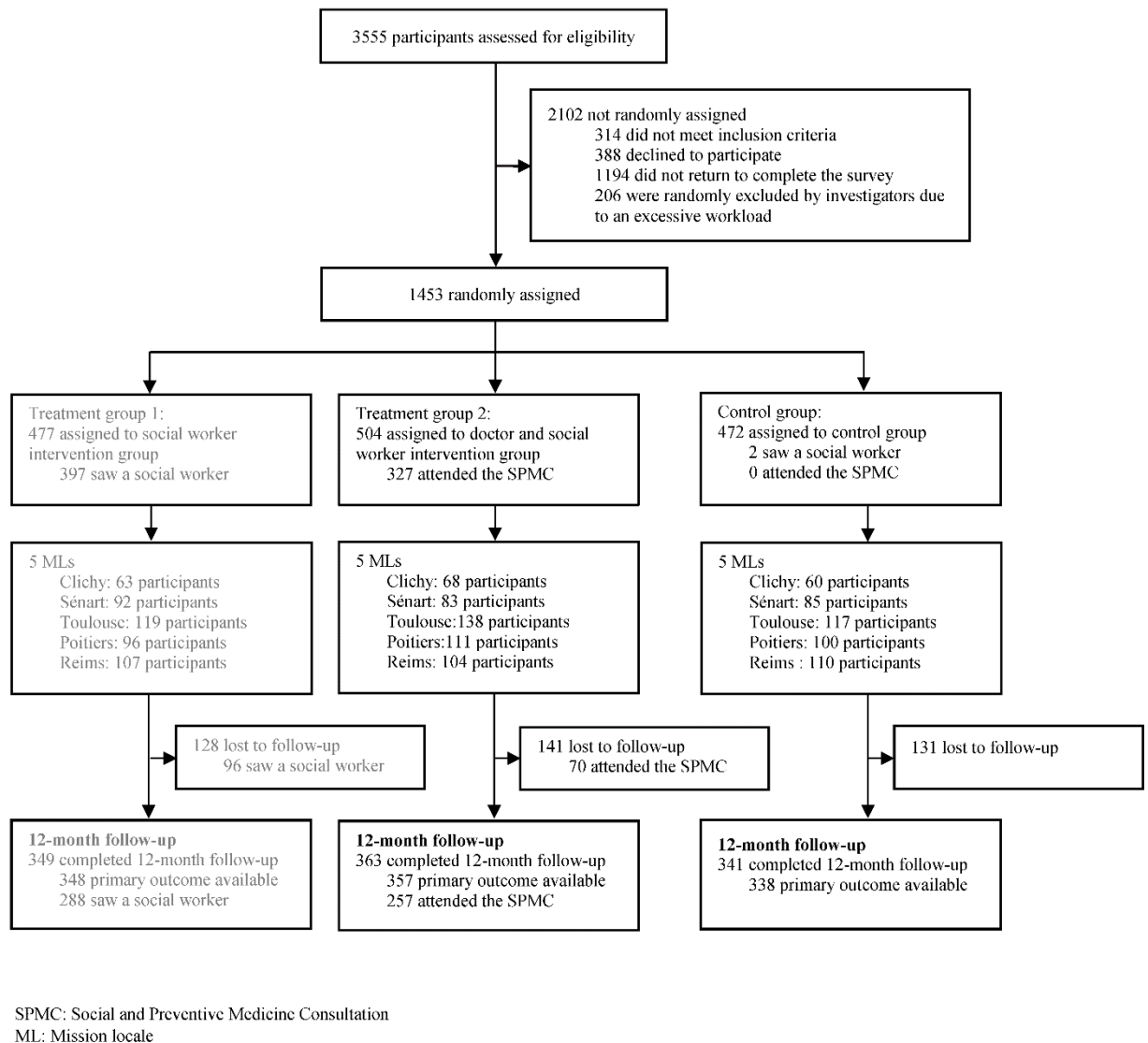


Figure 47 : Flow Chart de Presaje

La moyenne d'âge des jeunes interrogés était de 21,3 +/- 2,0 ans. Le sex-ratio était de 1,1 femme pour 1 homme. On comptait 10,2% d'étrangers dans la population Presaje.

La description de cette population était un des objectifs de l'étude, et a été détaillée dans le chapitre 1 de ce manuscrit (Robert et al. 2017).

VI. Analyses

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata© 12.1.

Les analyses réalisées seront détaillées dans chaque chapitre.

Les prévalences et moyennes de l'enquête Presaje sont des données brutes (non pondérées). Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par le test du χ^2 de Pearson, les comparaisons de moyennes par le test de Student. Pour tous les tests utilisés, le seuil de signification statistique retenu était égal à 0,05. Les intervalles de confiance étaient calculés à 95%.

Certaines variables ont été analysées à l'aide de modèles de régression logistique (notamment le fait d'avoir un état de santé général dégradé et le fait d'avoir un médecin régulier). Les covariables d'intérêt ont été sélectionnées sur la base de la littérature scientifique et des hypothèses sous-jacentes à ce travail de thèse. Toutes les variables avec un degré de significativité inférieur à 0,20 en univarié ont été incluses dans les analyses multivariées, ainsi que les variables pour lesquelles un ajustement nous a paru nécessaire pour garantir l'interprétation des associations estimées.

Les analyses portaient soit sur l'ensemble des effectifs, soit sur des sous-échantillons d'intérêt selon les questions posées (certaines variables n'étaient renseignées que par le médecin). En fonction des résultats descriptifs et des interactions observées, les analyses ont été menées soit séparément chez les hommes et les femmes, soit en fonction du type de Mission locale (Missions locales d'agglomération soit Clichy-sous-Bois, Sénart et Toulouse versus Missions locales de villes moyennes soit Poitiers et Reims), soit sur l'ensemble de l'échantillon. Ces choix sont détaillés dans chacun des chapitres ci-dessous. Les données manquantes, peu nombreuses (toujours dans une proportion inférieure à 5% des répondants) ont fait l'objet d'une exclusion des participants des modèles d'analyse et n'ont pas été imputées.

CHAPITRE 1 – UN ETAT DE SANTE DEGRADE ET UN MOINDRE RECOURS AUX SOINS DES JEUNES EN INSERTION

En premier lieu, nous avons souhaité décrire la santé et le recours aux soins des jeunes en insertion. En effet, comme nous avons pu le voir dans l'introduction, aucune donnée réellement pertinente et fiable n'existait en France. Ce premier travail visait donc à décrire l'état de santé et le recours aux soins des jeunes en insertion socio-professionnelle qui fréquentaient les Missions locales et à les comparer aux autres jeunes du même âge, à partir des données de Presaje, du Baromètre Santé 2010 et de la cohorte francilienne de SIRS 2010.

L'ensemble des jeunes ayant été inclus dans Presaje et qui ont répondu au questionnaire initial ont été inclus dans l'analyse, soit 1 453 jeunes âgés de 18 à 25 ans. Leurs caractéristiques de santé et de recours aux soins ont été comparés aux 2 899 jeunes du même âge du Baromètre Santé 2010 et aux 204 jeunes du même âge de la cohorte SIRS 2010 (la population de jeunes des enquêtes du Baromètre santé et de SIRS étant considérée comme représentative de la population générale de cet âge, respectivement en France métropolitaine et dans l'agglomération parisienne).

Les jeunes de Presaje, bien que présentant des profils sociaux divers, connaissaient globalement des conditions de vie plus difficiles que les autres jeunes du même âge (comme ce qui avait été retrouvé dans les différents travaux décrivant les conditions de vie des NEETs qui ont été présentés dans l'introduction de cette thèse). Ainsi, ils étaient plus souvent d'origine étrangère ou étrangers, ils avaient un moindre niveau de diplôme, une situation financière perçue comme plus difficile, une moins bonne couverture santé, une situation familiale plus compliquée ainsi qu'un isolement social marqué. Ils étaient également plus nombreux à avoir vécu des événements de vie difficiles dans le passé (tels que fugue, disputes des parents, placement dans l'enfance). Plus de la moitié des jeunes n'avaient pas ou peu confiance dans les partis politiques et le gouvernement et près d'un quart d'entre eux n'avaient pas confiance en eux. Ces différents éléments sont connus pour être des facteurs de vulnérabilité vis-à-vis de la santé. De fait, ils présentaient un état de santé général dégradé, notamment en ce qui concerne la santé mentale. Ils étaient plus souvent obèses ou en surpoids que les autres jeunes du même âge.

Malgré leur état de santé, les jeunes de Presaje avaient globalement moins recours aux soins que les autres jeunes du même âge : ils avaient moins souvent de médecin régulier, les jeunes femmes étaient moins souvent suivies au niveau gynécologique et ils déclaraient plus souvent avoir renoncé à des soins pour raisons financières l'année précédant l'enquête (notamment, pour les soins dentaires et les visites chez le médecin généraliste ou les médecins spécialistes) comparativement aux autres jeunes du même âge de la population générale.

En revanche, les fréquences des conduites à risque vis-à-vis de la santé étaient similaires dans la population enquêtée et dans la population générale : les jeunes en insertion avaient leur premier rapport sexuel sensiblement au même âge qu'en population générale, les taux d'IVG et de recours à la pilule du lendemain étaient similaires dans les deux populations, de même que le taux de recours au dépistage du VIH. Les fréquences d'expérimentation du cannabis, de l'ecstasy, de la cocaïne et de l'héroïne étaient similaires. Il était difficile de tirer des conclusions sur la consommation de tabac (en effet, il y avait plus de fumeurs parmi les enquêtés de Presaje que parmi ceux de SIRS, mais plus de fumeurs parmi les enquêtés du Baromètre Santé que parmi ceux de Presaje) et d'alcool (la consommation d'alcool avait été renseignée de manière différente dans les trois enquêtes, rendant toute comparaison impossible).

Ce travail a fait l'objet :

- D'un article publié dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (Robert et al. 2017) :

Robert S, Lesieur S, Chastang J, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017 Aug;65(4):265-276. doi: 10.1016/j.respe.2017.01.120. Epub 2017 Apr 19.

- D'une communication orale au Congrès de la société française de santé publique à Tours en 2015 :

Robert S, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Etat de santé des « NEET » en France métropolitaine. Congrès de la Société française de santé publique, Tours, 04-06 novembre 2015.

- Et d'une communication affichée et commentée à l'European Public Health Conference à Milan en 2015 (Annexe 1) :

Robert S, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Health and socioeconomic characteristics of young people not in employment, education or training in France in 2011. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. Abstract in: Eur J Public Health 2015;25(S3):276.

Un travail préalable de mémoire pour l'obtention du Master 2 Recherche en Santé publique à Paris XI avait été effectué durant l'année universitaire 2013/2014. Il portait sur les facteurs associés à l'absence de médecin régulier parmi les jeunes de Presaje. Un modèle de régression logistique multivariée avait été utilisé, puis la stabilité du modèle avait été étudiée grâce à l'obtention de 1 000 nouveaux échantillons par *bootstrap*.

Certains facteurs associés à l'absence de médecin régulier étaient similaires à ceux retrouvés habituellement dans la littérature : une couverture sociale insuffisante, un isolement social important et des difficultés en termes de mobilité (accès à un véhicule individuel ou à des transports en commun).

Un facteur plus spécifique à cette population était retrouvé : les jeunes qui vivaient encore chez leurs parents étaient bien plus nombreux à avoir un médecin régulier. En général, ils continuaient de consulter leur médecin de famille. A l'inverse, les jeunes qui n'étaient plus portés par le réseau familial, étaient confrontés à des difficultés importantes : difficultés à repérer les problèmes de santé, difficultés à trouver l'information et à repérer des professionnels, difficultés à connaître les droits sociaux et à les faire valoir (ainsi par exemple, 5,4% des répondants de l'enquête Presaje ne connaissaient par leur couverture sociale versus 0,6% de ceux de l'enquête SIRS, $p < 0,001$; 8,7% des jeunes de l'étude Presaje ne savaient pas s'ils avaient une complémentaire santé alors que ce chiffre ne s'élevait qu'à 1,1% dans SIRS, $p < 0,001$) et difficultés à faire face aux frais liés aux soins (effets de seuil CMU, problème de l'avance des frais, absence de mutuelle, etc.).

Le résumé de ce mémoire avait été publié dans la RESP Info en 2015 (Annexe 2) :

Robert S. *Santé et recours aux soins des jeunes en insertion*. RESP-Info. 2015 Apr;2:147.

Ce travail avait également fait l'objet d'une communication orale au Congrès international d'épidémiologie ADEL-EPITER à Nice en 2014 (Annexe 3) :

Robert S., Lesieur S, Kergoat, Dutertre J, Chauvin P. *Quels jeunes en insertion sont les plus à distance du système de soins en France ?* VI^{ème} Congrès International d'Épidémiologie ADEL-EPITER, Nice, 10-12 septembre 2014. Abstract in: Rev Epidemiol Sante Publique 2014;62(S5):S202-3.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762014004532>

Et d'une communication affichée au Congrès de la médecine générale en 2015 :

Robert S., Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. *Pourquoi les jeunes en insertion ont moins de médecin régulier que les autres jeunes en population générale ?* IX^{ème} Congrès de la Médecine Générale France, Paris, 26-28 mars 2015.



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique xxx (2017) xxx–xxx

Revue d'Épidémiologie
et de Santé Publique

Epidemiology and Public Health

Article original

Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale

Health and access to health care of 18–25 years old people not in employment, education or training (NEETs) attending the French 'missions locales'

S. Robert^{a,*}, S. Lesieur^a, J. Chastang^b, V. Kergoat^c, J. Dutertre^c, P. Chauvin^a

^a Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, Inserm, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP UMRS 1136), 27, rue Chaligny, 75012 Paris, France

^b Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, département d'enseignement et de recherche en médecine générale, 75012 Paris, France

^c Mission locale de Sénart, 77127 Lieusaint, France

Reçu le 2 juin 2015 ; accepté le 24 janvier 2017

Abstract

Background. – In France, “missions locales” are public assistance units for young people aged 16–25 years not in employment, education or training (NEET). The health status of the more than 1.5 million young adults attending these units annually is unknown. The purpose of this study was to describe the health status and health care use of this population in comparison with the general population of the same age.

Methods. – The Presaje survey was conducted in 2011 on a randomized sample of 1453 young adults aged 18–25 years who attended five “missions locales” in mainland France. Data were analyzed and compared with those of participants of the same age interviewed in a French national health survey (Baromètre Santé 2010, $n = 2899$) and in a regional cohort (SIRS, $n = 204$) conducted in the Greater Paris area, both in 2010.

Results. – The overall social profiles of this NEET population was diverse, but with globally more difficult living conditions than in the general population. Health-related vulnerability factors identified were: insufficient health insurance; low educational level; numerous adverse experiences during childhood and social isolation. Some of their health indicators were remarkably poor in comparison with participants in the Baromètre santé study: 19.2 % (CI95 % = [17.2–21.3]) had a chronic disease—versus 8.2 % (CI95 % = [7.0–9.4]) ($P < 0.001$); 31.9 % (CI95 % = [26.8–37.4]) were overweight or obese—versus 17.9 % (CI95 % = [16.3–19.6]) ($P < 0.001$) and 19.6 % (CI95 % = [15.2–23.9]) were depressed—versus 7.3 % (CI95 % = [3.8–10.9]) ($P < 0.001$). Compared with participants of the SIRS survey, fewer (70.4 %) (CI95 % = [68.0–72.7]) had a family doctor—versus 79.7 % (CI95 % = [73.1–86.2]) ($P < 0.05$). Among the women in the Presaje survey, 38.0 % [30.5–45.4] had a regular gynecological follow-up—versus 80.9 % (CI95 % = [71.5–90.4]) in the SIRS survey ($P < 0.001$).

Conclusion. – Careful attention must be given to the young NEET population. Many of these youths are not familiar with health care services despite their important health care needs. Integrating health services into the “missions locales” may help detect health problems in this population, facilitating links to care.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Unemployment; Young adult; Social determinants of health; Health status; Health care

Résumé

Position du problème. – En France, les missions locales accueillent les jeunes en insertion âgés de 16 à 25 ans. Elles reçoivent ainsi 10 à 15 % des jeunes de cette tranche d'âge de leur territoire, soit plus de 1,5 millions de jeunes par an. Aucun travail n'a encore étudié leur état de santé à un niveau national. Notre objectif était de décrire cet état de santé et leur recours aux soins et de les comparer à ceux des jeunes en population générale.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sarah.robert@upmc.fr (S. Robert).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

0398-7620/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

Méthodes. – Les données de l'étude multicentrique Presaje conduite en 2011 sur un échantillon aléatoire de 1453 jeunes âgés de 18 à 25 ans fréquentant cinq missions locales (Clichy-sous-Bois, Poitiers, Reims, Sénart, Toulouse) ont été analysées et comparées aux données des 2899 jeunes du même âge du Baromètre Santé 2010 et des 204 jeunes de la cohorte francilienne SIRS 2010.

Résultats. – De profils sociaux divers, ces jeunes connaissaient globalement des conditions de vie plus difficiles que les jeunes du même âge de la population générale. Ils accumulaient des facteurs de vulnérabilité vis-à-vis de la santé : couverture sociale insuffisante, faible niveau de formation, accumulation d'événements de vie difficiles dans l'enfance et isolement social. De fait, 19,2 % (IC95 % = [17,2–21,3]) d'entre eux présentaient une maladie chronique contre 8,2 % (IC95 % = [7,0–9,4]) des jeunes du Baromètre Santé ($p < 0,001$) ; 31,9 % (IC95 % = [26,8–37,4]) étaient en surpoids ou obèses (contre 17,9 %, IC95 % = [16,3–19,6] dans le Baromètre Santé, $p < 0,001$) ; 19,6 % (IC95 % = [15,2–23,9]) étaient dépressifs (contre 7,3 %, IC95 % = [3,8–10,9] des jeunes de SIRS, $p < 0,001$). Ils avaient moins souvent un médecin régulier que les jeunes franciliens (70,4 %, IC95 % = [68,0–72,7] contre 79,7 %, IC95 % = [73,1–86,2] des jeunes de SIRS, $p < 0,05$). Parmi les jeunes femmes de Presaje, seules 38,0 % (IC95 % = [30,5–45,4]) avaient un suivi régulier pour des questions de gynécologie (contre 80,9 %, IC95 % = [71,5–90,4] des jeunes de SIRS, $p < 0,001$).

Conclusion. – Une attention particulière devrait être accordée à cette population nombreuse, ni en emploi ni en formation, qui reste à distance du système de soins alors que ses besoins de santé sont importants. L'intégration d'une offre de soins de santé dans les Missions locales permettrait de détecter leurs problèmes de santé et de les orienter vers le système de soins.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Chômage ; Jeune adulte ; Déterminants sociaux de la santé ; État de santé ; Disparités d'accès aux soins

1. Introduction

L'ordonnance 82–273 du 26 mars 1982 [1,2] relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale reste le texte législatif fondateur des missions locales (ML). Présentes sur l'ensemble du territoire français, les 440 ML exercent une mission de service public de proximité afin de permettre aux jeunes âgés de 16 à 25 ans, qui ne sont pas en formation et qui sont sans emploi, de surmonter les difficultés qui font obstacle à leur insertion professionnelle et sociale. Leur mission est de s'occuper à la fois de la formation, de l'emploi, du logement et de la santé de ces jeunes. En 2013, plus d'un million et demi de jeunes en difficulté [3] se sont présentés au moins une fois à une ML et celles-ci reçoivent en moyenne 10 à 15 % des jeunes de leur territoire. En conséquence, tous les jeunes sans emploi, ni étudiant, ni stagiaire peuvent se présenter de manière spontanée en ML, mais ils sont également souvent orientés par d'autres structures (travailleur social, pôle emploi, conseiller d'orientation, injonction judiciaire...). Bien qu'il existe une grande hétérogénéité dans l'organisation de chaque ML (accueil sur ou sans rendez-vous, type d'activités proposées, ateliers individuels ou en groupe, etc.), les ML sont les seules structures institutionnelles mises en place au niveau national qui offrent un accueil dédié à ce public.

« NEET » est un acronyme de l'anglais « *not in employment, education or training* » (en français : ni en emploi, ni en études ni en formation) apparu dans les années 1980 au Royaume-Uni [4,5]. Depuis 2010, la Commission européenne a adopté le taux de NEETs dans la population des jeunes de 15 à 29 ans comme un nouvel indicateur concernant l'insertion des jeunes sur le marché du travail. Selon les données d'Eurofound [6], la part des NEETs ne cesse de croître dans l'Union européenne ces dernières années – y compris en France – essentiellement à cause des effets néfastes de la crise économique sur l'emploi [7]. En 2012, ils représentaient 15 % de la population des 15–29 ans en France. Dans certains territoires défavorisés, cette proportion

peut être plus importante encore : par exemple, en Seine-Saint-Denis ou dans les Ardennes, la part de ces jeunes s'élève à près de 30 % [8]. Le public visé par les ML correspond donc aux NEETs âgés de 16 à 25 ans.

Malgré le progrès biomédical et technologique continu au cours des dernières décennies, et en dépit de l'universalisation de la protection maladie, les inégalités sociales de santé persistent, voire se sont aggravées au cours des dernières décennies dans l'ensemble des pays européens [9] et en particulier en France [10]. Cela concerne aussi les adolescents et les jeunes adultes [11]. Au Royaume-Uni et en Finlande, Rahkonen et al. [12] rapportent que le niveau d'éducation et la classe sociale sont deux facteurs majeurs expliquant les différences en termes de santé chez les jeunes adultes.

Certaines publications internationales mettent en évidence le lien entre inactivité professionnelle et problèmes de santé chez les jeunes, que ce soit en Suisse [13], en Australie [14], en Suède [15], au Royaume-Uni [16], au Canada [17], en Pologne [18] ou encore en Espagne [19]. En Suède, Helgesson et al. [20,21] observent un risque augmenté de mortalité, d'être en arrêt de travail prolongé ou de percevoir une pension d'invalidité dans les 15 ans qui suivent une période de chômage chez des jeunes âgés de 20 à 24 ans (par rapport à ceux du même âge n'ayant pas été au chômage). Un rapport britannique [22] évoque lui aussi une surmortalité des NEETs.

En France, des rapports des observatoires régionaux de santé (ORS) de Languedoc-Roussillon [23], de Guyane [24], de la Réunion [25], de Rhône-Alpes [26] et de Haute-Normandie [27] ont étudié la santé des jeunes fréquentant les ML. L'ensemble de ces rapports s'accorde sur le fait que les jeunes en insertion perçoivent plus souvent leur état de santé dégradé que les autres jeunes du même âge. À ce jour, en France, seules deux études concernant la santé de ce public ont été publiées à un niveau national. En 2005, une étude du centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) met en évidence une situation sociale et sanitaire critique chez les jeunes en insertion reçus dans les centres d'examen de

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

santé [28]. En 2008, une seconde étude [29] établissait que ces mêmes jeunes étaient particulièrement concernés par la souffrance psychique. Bien que de bonne qualité, ces deux études nationales ne portaient pas sur des échantillons représentatifs des jeunes en insertion socioprofessionnelle (la population de ceux se rendant effectivement dans les centres d'examen de santé étant volontiers entachée de biais de sélection).

Les objectifs de ce travail étaient de décrire l'état de santé et le recours aux soins des jeunes âgés de 18 à 25 ans suivis en ML et de comparer ces caractéristiques à celles des autres jeunes du même âge en population générale française.

2. Matériel et méthodes

2.1. Population d'étude

Presaje (projet de recherche sur la santé des jeunes) est un projet de recherche interventionnelle dont l'objectif était de décrire la situation sociale et l'état de santé des jeunes suivis en ML et d'évaluer la plus-value d'une consultation de prévention chez ces jeunes. Le premier objectif, descriptif, est l'objet de cet article.

Dans un premier temps, un questionnaire a été envoyé à chacune des 420 ML de France métropolitaine pour leur proposer de participer au projet. Pour qu'une ML puisse participer, il fallait qu'elle propose un point santé médicalisé dans ses murs. Au total, 280 ML ont répondu (soit 66,7 %). Toutes témoignaient de l'importance portée par les ML à la question de la santé des jeunes. Cependant, seules cinq d'entre elles proposaient un tel point santé et permettaient de garantir des effectifs suffisants pour détecter l'effet des interventions testées dans cette expérimentation : Clichy-sous-Bois, Sénart, Toulouse, Poitiers et Reims.

Dans ces cinq ML, tous les jeunes âgés de 18 à 25 ans se présentant pour la deuxième fois entre décembre 2010 et décembre 2011 ($n = 3555$) ont été sollicités pour participer au projet (les jeunes n'étaient pas sollicités dès leur première visite afin de ne pas risquer d'inclure des jeunes n'ayant qu'un recours unique, considérés comme non suivis à proprement parler et, par choix, les mineurs n'étaient pas inclus dans le projet). Presaje a reçu un avis favorable du CCTIRS et l'autorisation de la CNIL (autorisation n°1527880 du 23/12/2011). Parmi ces 3555 jeunes, 314 ont été exclus sur critères (non-maîtrise de la langue française, mineur), 206 ont été exclus de façon aléatoire à Reims, Poitiers et Toulouse en raison d'une surcharge de travail des enquêteurs, et 388 ont refusé de participer à l'étude. Parmi les 2647 volontaires inclus, 1194 ne sont pas revenus à la ML pour la passation du questionnaire malgré leur accord initial pour participer à l'enquête, et seuls 1453 (54,9 %) ont donc répondu au questionnaire initial administré en face-à-face ; respectivement 191 à Clichy-sous-Bois, 260 à Sénart, 374 à Toulouse, 307 à Poitiers et 321 à Reims. Au total, le taux de refus explicite était de 12,8 % (388/3035) et le taux de non-retour pour la passation du questionnaire initial était de 39,3 % (1194/3035).

Un sous-échantillon aléatoire (1 sujet sur 3, soit 504 jeunes) a été orienté vers un médecin pour une consultation de prévention. Pour ceux ayant accepté de s'y rendre ($n = 327$, soit 64,9 %), on dispose de caractéristiques sanitaires complémentaires.

2.2. Variables utilisées

Les variables suivantes ont été recueillies auprès de l'ensemble des participants :

- caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, origine migratoire (Français né de deux parents français, Français né d'au moins un parent étranger, étranger) ;
- situation socioéconomique : niveau de diplôme (inférieur au Bac, niveau Bac obtenu ou non, diplôme supérieur au Bac), avoir arrêté l'école avant l'âge de l'obligation scolaire (16 ans en France), niveau de lecture et d'écriture du français (avec ou sans difficulté), situation financière perçue (en quatre classes : « vous êtes à l'aise », « ça va », « c'est juste, il faut faire attention », « vous y arrivez difficilement »), couverture maladie de base et complémentaire santé (parmi ceux qui ont une couverture maladie de base) ;
- situation familiale : composition du foyer (vit seul, vit avec ses parents ou ses beaux-parents, vit avec son conjoint, vit avec d'autres membres de sa famille, vit avec des personnes non apparentées), lieu de vie des jeunes n'habitant plus chez leurs parents (logement stable, en foyer ou sans domicile fixe, logement précaire c'est-à-dire hébergé ou occupant illégalement un logement) ; situation affective (seul ou en couple) ;
- insertions sociales : nombre d'amis (en trois classes : aucun, un, plus d'un), sentiment d'isolement (en quatre classes : se sent très seul, plutôt seul, plutôt entouré ou très entouré), soutien social (sentiment de pouvoir compter sur un proche pour être aidé dans l'un ou l'autre de ces domaines en cas de besoin : pour être aidé financièrement ou matériellement, pour un coup de main dans la vie quotidienne ou pour un soutien moral ou affectif) ;
- événements de vie difficile passés : fugue (vie entière), placement dans l'enfance, divorce ou séparation des parents, graves disputes des parents, graves problèmes de santé des parents (avant l'âge de 18 ans) ;
- caractéristiques de santé : mini-module européen [30] (état de santé général perçu regroupé en deux catégories, présence d'une maladie ou d'un problème de santé chronique, limitation fonctionnelle depuis au moins six mois), santé mentale (présence d'un épisode dépressif évaluée selon les réponses obtenues au Mini-Diag [31], tentative de suicide), état dentaire perçu (dégradé ou non), indice de masse corporelle (IMC) en quatre classes selon les seuils habituels (maigreur : $IMC < 18,5$, normale : $18,5 \leq IMC < 25$, surpoids : $25 \leq IMC < 30$, obésité : $IMC \geq 30$) ;
- recours aux soins : avoir ou non un médecin régulier qu'on peut consulter en priorité si on est malade ; avoir renoncé à des soins pour raisons financières dans l'année précédente ; avoir consulté ou non un médecin généraliste, un dentiste, et/ou un service d'urgences dans l'année précédente ; chez les

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

femmes : avoir un suivi régulier pour les questions de gynécologie (déclaratif : oui/non) et type de médecins assurant ce suivi (généraliste ou gynécologue) et motifs de l'absence éventuelle d'un tel suivi.

Concernant le sous-échantillon interrogé par un médecin, on disposait de deux modules supplémentaires concernant des comportements en lien avec la santé :

- sexualité : avoir déjà eu ou non un rapport sexuel, âge au premier rapport sexuel, avoir pratiqué ou non un test de dépistage du VIH dans l'année précédente, avoir déjà eu recours ou non à une IVG ou à la pilule du lendemain chez les femmes, avoir ou non un comportement possiblement à risque d'infection sexuellement transmissible (notamment VIH) telle qu'évaluée par le médecin au cours de l'entretien (libre) sur l'usage du préservatif et les comportements sexuels (parmi les jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel) ;
- conduites addictives : la consommation de tabac, l'expérimentation du cannabis (âge de la première expérimentation, consommation quotidienne et consommation au cours de l'année écoulée parmi ceux qui avaient déjà expérimenté le cannabis), l'expérimentation de l'ecstasy/MDMA, de la cocaïne et de l'héroïne (toutes les réponses étaient exprimées en oui/non).

2.3. Données comparatives

Les données de l'enquête Presaje ont été comparées aux données de deux autres enquêtes réalisées en 2010 : l'une en milieu urbain (santé, inégalités et ruptures sociales ou SIRS) et l'autre en France entière (le Baromètre santé ou BS). La cohorte SIRS comprend 3000 adultes francophones représentatifs de la population du Grand Paris (Paris et première couronne de département) interrogés en face-à-face à leur domicile [32], parmi lesquels ont été retenus les 204 jeunes âgés de 18 à 25 ans pour la comparaison des résultats. Les données de l'enquête BS portent sur un échantillon aléatoire téléphonique de 2899 jeunes âgés de 18 à 25 ans (certaines variables n'étaient interrogées que dans des sous-échantillons de la population, sélectionnés de manière aléatoire) [33].

2.4. Statistiques

Différentes comparaisons ont été effectuées : entre l'enquête Presaje et SIRS, entre l'enquête Presaje et le BS, selon le profil sexe/âge/niveau de diplôme au sein de l'enquête Presaje, entre ML dites « d'agglomération » (Toulouse, Sénart, Clichy-sous-Bois) et ML dites « de villes moyennes » (Reims et Poitiers). Les effectifs présentés pour les trois enquêtes et les prévalences et moyennes de l'enquête Presaje sont des données brutes. Les pourcentages et moyennes des enquêtes SIRS et BS sont des données pondérées et calées afin de prendre en compte le plan de sondage de chacune des enquêtes et de garantir leur représentativité. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par le test du χ^2 de Pearson, les comparaisons de

moyennes par le test de Student. Pour tous les tests utilisés, le seuil de signification statistique retenu était égal à 0,05.

Afin de déterminer les contributions relatives des différentes variables explicatives au fait d'avoir un état de santé général dégradé (c'est-à-dire perçu comme très mauvais, mauvais ou moyen), un modèle de régression logistique multivariée a été utilisé. Les variables associées (caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, situation familiale, insertions sociales, événements de vie difficile) à la variable d'intérêt lors de l'analyse univariée ont été sélectionnées à un seuil de 0,20. Les 16 variables restantes ont ensuite été intégrées dans un modèle de régression logistique multivarié, à partir duquel une sélection pas à pas descendante a été effectuée (au seuil de 5 %) pour établir le modèle final.

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés avec le logiciel Stata 12.1.

3. Résultats

Les Tableaux 1 et 2 comparent les caractéristiques recueillies dans Presaje et communes avec l'une ou l'autre des deux sources de données en population générale du même âge.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, situation familiale, insertions sociales, événements de vie difficile

La moyenne d'âge des jeunes interrogés était de $21,3 \pm 2,0$ ans (Tableau 1). Le sex-ratio était de 1,1 femme pour 1 homme. On comptait 10,2 % d'étrangers dans la population Presaje (sans différence significative selon le sexe), alors qu'ils étaient 15,5 % dans SIRS ($p < 0,01$) et 4,8 % dans le BS ($p < 0,001$). Seuls 8,9 % des enquêtés en ML avaient obtenu un diplôme supérieur au Bac (alors qu'ils étaient 19,8 % dans le BS, $p < 0,001$) ; 10,7 % (IC95 % = [9,1–12,4]) avaient arrêté l'école avant l'âge légal en France (16 ans) ; 15,6 % (IC95 % = [13,8–17,6]) lisaient le français avec des difficultés et 29,2 % (IC95 % = [26,9–31,7]) l'écrivaient avec des difficultés. Concernant la couverture maladie, les jeunes interrogés en ML étaient plus nombreux à ne pas avoir de droits ouverts ou à ne pas connaître leurs droits que dans SIRS (16,3 % versus 1,5 %, $p < 0,001$). Parmi ceux qui avaient une couverture maladie, ils étaient plus nombreux à bénéficier de la CMUc (19,3 % dans Presaje versus 9,7 % dans SIRS, $p < 0,001$).

Les jeunes de Presaje étaient moins nombreux à vivre avec leurs parents que dans le BS (42,4 % versus 59,6 %, $p < 0,001$), mais beaucoup plus nombreux à vivre avec d'autres membres de leur famille (frère, sœur, oncle, tante, grands-parents) : 12,6 % versus 2,4 %, $p < 0,001$. Parmi les jeunes ne vivant plus avec leurs parents, 74,6 % (IC95 % = [71,4–77,7]) vivaient dans un logement stable, 5,9 % (IC95 % = [4,3–7,8]) étaient en foyer ou sans domicile fixe et 19,5 % (IC95 % = [16,7–22,5]) déclaraient vivre dans un logement précaire (hébergé, occupant illégalement un logement), les diplômés du supérieur vivant plus souvent dans un logement stable que les autres :

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, situation familiale, insertions sociales, événements de vie difficile des jeunes de l'enquête Presaje et comparaison avec l'enquête SIRS et le Baromètre Santé.

	Enquête Presaje		Enquête SIRS		Enquête Baromètre santé	
	Effectif	Moyenne ± ET proportion [IC95 %]	Effectif	Moyenne ± ET proportion [IC95 %] ^a	Effectif	Moyenne ± ET proportion [IC95 %] ^a
<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>						
Âge (années)	1443	21,3 ± 2,0	204	21,7 ± 2,2*	2899	21,5 ± 2,2***
Sexe	1453		204	NS	2899	*
Homme		47,5 [44,9-50,1]		48,8 [39,7-58,0]		49,9 [47,2-52,1]
Femme		52,5 [49,9-55,1]		51,2 [42,0-60,3]		50,1 [47,9-52,3]
Origine migratoire	1453		204		2866	***
Français de 2 parents français		63,7 [61,2-66,1]		48,8 [38,9-58,7]		84,4 [82,6-86,2]
Français d'au moins 1 parent étranger		26,2 [23,9-28,4]		35,6 [25,9-45,4]		10,7 [9,3-12,2]
Étranger		10,2 [8,6-11,7]		15,5 [9,8-21,3]		4,9 [3,7-6,1]
<i>Situation socioéconomique</i>						
Niveau de diplôme	1445				2899	***
Inférieur au baccalauréat		44,3 [41,7-46,9]				44,7 [42,5-46,9]
Niveau baccalauréat		46,9 [44,3-49,4]				35,5 [33,5-37,5]
Supérieur au baccalauréat		8,9 [7,4-10,3]				19,8 [18,2-21,3]
Situation financière perçue	1436		195	***	2892	***
Vous êtes à l'aise		5,2 [4,1-6,4]		13,4 [6,6-20,1]		21,6 [19,8-23,4]
Ça va		27,8 [25,5-30,1]		40,5 [32,1-48,9]		43,1 [41,0-45,3]
C'est juste, il faut faire attention		36,1 [33,7-38,6]		35,4 [26,5-44,4]		21,7 [20,0-23,4]
Vous y arrivez difficilement		30,9 [28,5-33,2]		10,8 [4,9-16,6]		13,6 [11,9-15,2]
Couverture maladie de base	1448		203			
Sécurité sociale		66,6 [64,2-69,1]		91,3 [86,8-95,8]		
CMU		16,4 [14,5-18,3]		6,6 [2,4-10,9]		
AME		0,6 [0,0-1,0]		0,5 [0,0-1,6]		
Non, aucune		10,9 [9,3-12,5]		0,9 [0,0-2,2]		
Ne sait pas		5,4 [4,2-6,6]		0,6 [0,0-1,7]		
Complémentaire santé ^b	1201		203	***		
CMUc		19,3 [17,1-21,6]		9,7 [4,2-15,1]		
Mutuelle ou assurance privée		50,8 [48,0-53,6]		69,0 [59,1-78,9]		
Non, aucune		21,2 [18,8-23,5]		20,3 [13,3-27,2]		
Ne sait pas		8,7 [7,1-10,3]		1,1 [0,0-2,7]		
<i>Situation familiale</i>						
Composition du foyer	1445				2899	***
Vit seul		14,1 [12,3-15,8]				15,3 [14,0-16,5]
Vit avec ses parents ou ses beaux-parents		42,4 [39,9-45,0]				59,6 [57,6-61,6]
Vit avec son conjoint		21,6 [19,5-23,7]				20,1 [18,5-21,8]
Vit avec d'autres membres de la famille		12,6 [10,9-14,3]				2,4 [1,7-3,1]
Autres (amis, colocation, ...)		9,3 [7,8-10,8]				2,6 [1,9-3,2]
Situation affective	1440		203	***	2231	***
Célibataire		65,1 [62,7-67,6]		44,7 [36,0-53,3]		51,7 [49,3-54,2]
En couple		34,9 [32,4-37,3]		55,3 [46,7-64,0]		48,3 [45,8-50,7]
<i>Insertions sociales</i>						
Nombre d'amis	1450		204	***		
0		10,0 [8,5-11,5]		0,4 [0,0-1,0]		
1		15,2 [13,4-17,1]		1,5 [0,0-3,5]		
> 1		74,8 [72,5-77,0]		98,2 [96,1-100,0]		
Sentiment d'isolement	1446		203	***		
Très seul(e)		5,1 [3,9-6,2]		1,3 [0,0-3,0]		
Plutôt seul(e)		18,7 [16,7-20,7]		10,2 [5,2-15,1]		
Plutôt entouré(e)		54,8 [52,2-57,3]		46,2 [38,9-53,9]		
Très entouré(e)		21,5 [19,4-23,6]		42,4 [34,6-50,1]		
Soutien social	1447		204	***		
Avoir les trois types de soutien		78,5 [76,4-80,6]		94,6 [91,2-98,1]		
Manquer d'au moins un type		21,5 [19,4-23,6]		5,4 [1,9-8,8]		
<i>Événements de vie difficile passés</i>						
Fugue	1450		202	***		
Oui		16,1 [14,2-18,0]		4,0 [1,0-7,0]		
Divorce/séparation des parents	1437		168	**	2898	***
Oui		45,7 [43,1-48,3]		25,9 [16,6-35,1]		28,1 [26,1-30,0]
Graves disputes des parents	1442		202	***	2899	***
Oui		30,3 [27,9-32,7]		18,9 [12,9-24,8]		21,5 [19,7-23,4]

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

Tableau 1 (Suite)

	Enquête Presaje		Enquête SIRS		Enquête Baromètre santé	
	Effectif	Moyenne ± ET proportion [IC95 %]	Effectif	Moyenne ± ET proportion [IC95 %] ^a	Effectif	Moyenne ± ET proportion [IC95 %] ^a
Graves pbs de santé des parents	1448		168	*	2896	***
Oui		32,9 [30,5–35,3]		19,6 [10,0–29,2]		21,6 [19,7–23,5]

Sources : SIRS 2010 (Inserm) ; Baromètre santé 2010 (Inpes).

ET : écart-type. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NS : non significatif

^a Données pondérées et calées.

^b Parmi ceux qui ont une couverture maladie de base.

respectivement 87,3 % (IC95 % = [76,5–94,4]) et 65,6 % (IC95 % = [60,1–70,8]), $p < 0,001$.

La proportion de célibataires était plus importante chez les jeunes accueillis en ML (65,1 %) que dans SIRS (44,7 %, $p < 0,001$) ou dans le BS (51,7 %, $p < 0,001$), même si les jeunes femmes étaient plus souvent en couple que les jeunes hommes : 43,0 % (IC95 % = [39,4–46,6]) contre 25,9 % (IC95 % = [22,6–29,3]), $p < 0,001$. Près d'un quart des jeunes (23,8 %) déclaraient se sentir seuls (alors qu'ils n'étaient que 11,5 % dans SIRS, $p < 0,001$) et un jeune sur dix déclarait n'avoir aucun ami, sans différence significative selon l'âge et le sexe concernant ces deux indicateurs.

Au total, 7,6 % (IC95 % = [6,3–9,1]) des jeunes enquêtés avaient été placés dans l'enfance et presque la moitié (45,7 %) avaient des parents séparés ou divorcés (contre 25,9 % des jeunes de SIRS, $p < 0,01$ – et 28,1 % des jeunes du BS, $p < 0,001$).

3.2. Caractéristiques de santé, du recours aux soins et des opinions sur la santé

Les jeunes suivis en ML étaient presque deux fois plus nombreux à rapporter un état de santé général dégradé que ceux de SIRS : 19,5 % vs. 10,4 %, $p < 0,05$ (Tableau 2). Les jeunes femmes déclaraient plus souvent un état de santé dégradé (23,7 %, IC95 % = [20,7–26,9]) que les jeunes hommes (14,8 %, IC95 % = [12,3–17,7]), $p < 0,001$ et les moins diplômés (22,5 %, IC95 % = [19,4–26,0]) que les plus diplômés (10,2 %, IC95 % = [5,5–16,7]), $p = 0,004$). En revanche, on ne retrouvait pas de différence significative selon l'âge des répondants. La prévalence de la dépression (mesurée par le même outil dans les deux enquêtes) était de 19,6 % chez les jeunes de Presaje alors qu'elle était de 7,3 % dans SIRS ($p < 0,001$). Dans l'enquête Presaje, cette prévalence n'était pas significativement différente entre les hommes (15,5 %, IC95 % = [9,9–21,1]) et les femmes (23,5 %, IC95 % = [17,0–30,0]), $p = 0,07$. Par ailleurs, 8,1 % des jeunes avaient déjà fait une tentative de suicide–10,9 % (IC95 % = [8,7–13,2]) des femmes et 4,9 % des hommes (IC95 % = [3,3–6,6]), $p < 0,001$ –contre 1,9 % dans SIRS ($p < 0,01$) et 5,1 % dans le BS ($p < 0,001$). Près d'un jeune en insertion sur cinq (19,4 %, IC95 % = [17,4–21,6]) rapportait également un état dentaire dégradé. Un tiers (32,0 %) était en surpoids ou obèse, contre 21,1 % des jeunes de SIRS ($p < 0,01$) et 17,9 % des jeunes du BS ($p < 0,001$).

Dans l'année précédant l'enquête Presaje, 77,7 % (IC95 % = [75,4–79,8]) des répondants avaient consulté un médecin généraliste, 44,2 % (IC95 % = [41,6–46,7]) un dentiste et 30,8 % (IC95 % = [25,7–35,8]) un service d'urgences. La proportion des jeunes de l'enquête SIRS à avoir consulté aux urgences dans la dernière année était moins importante (19,7 %, IC95 % = [12,4–27,0]), $p < 0,01$. Parmi les enquêtés de Presaje, seules 38,0 % déclaraient avoir un suivi régulier pour des questions de gynécologie, alors qu'elles étaient 80,9 % dans ce cas dans SIRS ($p < 0,001$). Parmi celles qui étaient suivies régulièrement dans l'enquête Presaje, 55,6 % (IC95 % = [42,9–68,2]) l'étaient par un gynécologue de ville et 28,6 % (IC95 % = [17,1–40,0]) par un médecin généraliste. Parmi celles qui déclaraient n'avoir pas de suivi gynécologique, les raisons principalement évoquées étaient l'absence de besoin ressenti pour 44,6 % (IC95 % = [34,9–54,8]) d'entre elles et le fait de ne pas savoir à qui s'adresser pour 27,2 % (IC95 % = [18,9–36,8]).

3.3. Comportements en lien avec la santé

Dans l'enquête Presaje, les jeunes étaient moins nombreux à avoir déjà eu un rapport sexuel (84,0 %) que dans le BS (87,7 %, $p < 0,001$) (Tableau 2). La moyenne d'âge du premier rapport sexuel dans Presaje était de $16,5 \pm 0,1$ ans. La proportion de jeunes ayant déjà eu un rapport ne différait pas selon le sexe ($p = 0,302$), mais les hommes avaient eu en moyenne leur premier rapport à un âge plus jeune que les femmes ($15,9 \pm 1,8$ ans versus $16,9 \pm 2,1$ ans, $p < 0,001$). Parmi les répondants de Presaje ayant déjà eu un rapport sexuel, 30,8 % (IC95 % = [25,3–36,6]) avaient pratiqué un test de dépistage VIH dans l'année précédente. Parmi les jeunes filles (ayant déjà eu un rapport sexuel), 10,7 % (IC95 % = [6,1–17,1]) avaient déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse dans le passé et 46,4 % (IC95 % = [38,0–55,1]) avaient déjà eu recours à la pilule du lendemain, des proportions semblables à celles observées dans le BS (respectivement 12,3 %, IC95 % = [8,5–16,2]), $p = 0,374$, et 42,0 %, IC95 % = [36,8–47,2]), $p = 0,872$). Les médecins qui renseignaient le questionnaire santé de Presaje estimaient que 31,4 % (IC95 % = [25,9–37,3]) des jeunes reçus en consultation avaient des conduites sexuelles à risque d'infection : pour autant, ceux-ci n'avaient pas plus souvent pratiqué de dépistage du VIH dans l'année précédente (29,4 %, IC95 % = [20,0–40,3]) contre 30,7 %, IC95 % = [24,1–37,8] des jeunes non considérés à risque, $p = 0,614$).

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

Tableau 2

Caractéristiques de santé, du recours aux soins et des comportements en lien avec la santé des jeunes de l'enquête Presaje et comparaison avec l'enquête SIRS et le Baromètre santé.

	Enquête Presaje		Enquête SIRS		Enquête Baromètre santé	
	Effectif	Proportion [IC95 %]	Effectif	Proportion [IC95 %] ^a	Effectif	Proportion [IC95 %] ^a
<i>Mini module européen</i>						
État de santé général	1451		204	*		
Moyen, mauvais, très mauvais		19,5 [17,5–21,5]		10,4 [4,8–15,9]		
Maladie ou pb de santé chronique	1451		200	NS	2897	***
Oui		19,2 [17,1–21,2]		22,8 [15,9–29,7]		8,2 [7,0–10,4]
Limitation depuis au moins 6 mois	1444		202	NS	2899	***
Oui, fortement limité(e)		2,8 [2,0–3,7]		2,3 [0,0–5,2]		1,6 [1,0–2,1]
Oui, limité(e)		6,3 [5,0–7,6]		7,0 [1,9–12,0]		4,6 [3,7–5,5]
Non		90,9 [89,4–92,3]		90,7 [85,1–96,3]		93,9 [92,9–94,9]
<i>Santé mentale</i>						
Épisode dépressif actuel (Mini Diag)	327		203	***		
Oui		19,6 [15,2–23,9]		7,3 [3,8–10,9]		
Tentative de suicide	1445		168	**	2899	***
Oui		8,1 [6,7–9,5]		1,9 [0,0–4,5]		5,1 [4,2–6,0]
<i>IMC</i>						
Maigre	313		202	**	2899	***
Normal		6,1 [3,4–8,7]		11,1 [4,9–17,3]		9,0 [7,6–10,4]
Surpoids		62,0 [56,6–67,4]		67,9 [58,7–77,1]		73,1 [71,1–75,0]
Obésité		19,2 [14,8–23,6]		17,4 [10,1–24,6]		12,3 [10,9–13,7]
		12,8 [9,1–16,5]		3,7 [1,0–6,4]		5,6 [4,6–6,7]
<i>Recours aux soins</i>						
Avoir un médecin régulier	1451		201	*		
Oui		70,4 [68,0–72,7]		79,7 [73,1–86,2]		
Renoncement aux soins pour raisons financières	1445		204	NS	2896	**
Oui		11,1 [9,5–12,8]		13,6 [7,6–19,6]		8,4 [7,1–9,8]
Consultation chez le dentiste dans la dernière année	1447				983	NS
Oui		44,2 [41,6–46,7]				46,6 [42,9–50,4]
Suivi gynécologique régulier	166		109	***		
Oui		38,0 [30,5–45,4]		80,9 [71,5–90,4]		
<i>Sexualité</i>						
Avoir déjà eu des rapports sexuels	325		203	NS	2894	***
Oui		84,0 [80,0–88,0]		87,3 [81,2–93,3]		87,7 [86,2–89,2]
<i>Conduites addictives</i>						
Tabac	326		204	**	2879	***
Fumeur quotidien		33,7 [28,9–38,9]		23,2 [16,7–29,8]		39,2 [37,0–41,3]
Fumeur occasionnel		6,1 [3,5–8,8]		13,4 [5,4–21,3]		8,7 [7,5–9,9]
Non-fumeur		60,1 [54,8–65,5]		63,4 [54,7–72,0]		52,2 [50,0–54,3]
Avoir expérimenté le cannabis	327				2898	NS
Oui		45,3 [39,8–50,7]				46,4 [44,2–48,5]
Si oui, Consommation depuis un an	148				1393	***
Oui		56,1 [48,0–64,2]				51,7 [48,6–54,9]
Avoir expérimenté ecstasy ou MDMA	327				2898	NS
Oui		4,3 [2,1–6,5]				4,2 [3,3–5,0]
Avoir expérimenté la cocaïne	327				2899	NS
Oui		6,7 [1,4–9,5]				6,0 [4,8–7,3]
Avoir expérimenté l'héroïne	327				2898	NS
Oui		1,5 [0,2–2,9]				1,4 [0,8–1,9]

Sources : SIRS 2010 (Inserm) ; Baromètre santé 2010 (Inpes)

IMC : indice de masse corporelle. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NS : non significatif.

^a Données pondérées et calées.

Concernant les conduites addictives, la proportion de fumeurs était plus importante dans le BS (47,9 %) que dans l'enquête Presaje (39,8 %, $p < 0,001$). En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre ces deux enquêtes concernant le fait d'avoir déjà expérimenté le cannabis.

L'âge moyen de la première expérimentation du cannabis était de $16,3 \pm 2,4$ ans parmi les jeunes de Presaje et 5,8 % (IC95 % = [3,4–8,9]) d'entre eux consommaient quotidiennement du cannabis. Comme pour le cannabis, il n'y avait pas de différence significative entre l'enquête Presaje et le BS

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

concernant l'expérimentation de l'ecstasy, de la cocaïne ou de l'héroïne.

La proportion de fumeurs et de consommateurs de cannabis ne variait pas significativement selon l'âge des répondants, mais elle différait selon le sexe : parmi les hommes, 52,2 % (IC95 % = [44,2–60,1]) étaient fumeurs (quotidiens ou occasionnels) alors que seules 27,9 % (IC95 % = [21,2–35,4]) des enquêtées étaient fumeuses et 36,7 % (IC95 % = [29,2–44,6]) des jeunes hommes avaient consommé du cannabis dans l'année écoulée contre 14,5 % (IC95 % = [21,2–35,4]) des jeunes femmes ($p < 0,001$).

3.4. Comparaison entre ML d'agglomération (Clichy-sous-Bois, Sénart, Toulouse) et ML de villes moyennes (Poitiers, Reims)

Au sein de la population Presaje, la proportion d'étrangers était différente selon le type d'agglomération où était localisée la ML (Tableau 3). Ainsi cette proportion s'élevait à 12,5 % dans les trois ML d'agglomération et à 7,2 % dans les deux ML de villes moyennes ($p < 0,01$) (Tableau 3). Les jeunes en insertion qui vivaient dans des agglomérations avaient près de deux fois moins souvent un diplôme supérieur au bac (6,5 %) que ceux qui habitaient dans les villes moyennes (12,0 %, $p < 0,01$). Pourtant, les proportions des jeunes qui rapportaient des difficultés avec l'écriture ou la lecture du français étaient, *in fine*, similaires entre les deux types de ML. La proportion de célibataires était plus importante chez les jeunes en ML d'agglomération (74,5 %) que dans les ML de villes moyennes (53,0 %, $p < 0,001$). De fait, les jeunes des ML de villes moyennes vivaient plus souvent avec leur conjoint (26,8 %) que ceux des ML d'agglomération (17,7 %, $p < 0,001$). Dans les ML de villes moyennes, les jeunes étaient deux fois plus nombreux à avoir déjà fait une tentative de suicide (11,5 %) que dans les ML d'agglomération (5,5 %, $p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux types de ML concernant le fait d'avoir déjà fugué, le divorce ou la séparation des parents, le nombre d'amis, le sentiment d'isolement ou encore la présence de soutiens sociaux.

Concernant la santé, il n'y avait pas de différence significative selon le type de ML concernant la santé générale perçue, la prévalence déclarée des maladies chroniques, les limitations fonctionnelles, l'indice de masse corporelle ou les conduites addictives (résultats non montrés pour ces dernières). En revanche, les jeunes en ML d'agglomération étaient plus nombreux à être déprimés (24,4 %) qu'en ML de villes moyennes (14,2 %, $p < 0,020$). Parmi ceux vus par un médecin, ils étaient également plus souvent considérés comme ayant des comportements sexuels à risque d'infection (37,3 %) que ceux suivis en ML de villes moyennes (17,3 %, $p < 0,001$). Ces derniers avaient plus souvent un médecin régulier (74,5 %) que les jeunes des ML d'agglomération (67,2 %, $p < 0,01$). Les prévalences des autres variables étudiées du recours aux soins (renoncement aux soins pour des raisons financières, consultation d'un médecin généraliste, d'un dentiste ou aux urgences dans l'année précédente, suivi régulier pour des questions de

gynécologie) n'étaient pas significativement différentes entre les deux types de ML (résultats non montrés).

3.5. Facteurs d'explication d'un état de santé général ressenti comme dégradé

Parmi les 16 variables qui étaient significativement associées en analyse univariée avec le fait de déclarer un état de santé général dégradé, six ont été retenues au bout du compte dans le modèle de régression logistique final (Tableau 4).

Les femmes avaient près de deux fois plus de risque de déclarer un état de santé général dégradé que les hommes ($OR = 1,84$, IC95 % = [1,38–2,47]) et ce risque était également plus élevé chez les moins diplômés, chez ceux dont la situation financière était la plus difficile, chez ceux qui n'habitaient ni seul, ni avec leur conjoint, ni avec leurs parents, mais aussi à mesure que le sentiment d'isolement était plus et chez ceux qui avaient des antécédents de fugue.

4. Discussion

L'enquête Presaje est la première étude représentative et multicentrique à s'intéresser au public nombreux et vulnérable reçu en ML.

De façon attendue, les jeunes qui fréquentaient les ML, sans emploi, sont moins diplômés que la population générale du même âge. La formation et le niveau de diplôme restent plus que jamais des acquis facilitant l'accès au marché du travail. Ainsi, l'enquête emploi et formation de l'Insee de 2012 rappelait que dans les premières années suivant la fin de leurs études, les jeunes actifs diplômés de l'enseignement supérieur étaient près de cinq fois moins souvent au chômage que ceux qui ont au plus un brevet des collèges [34]. De la même façon, si plus de la moitié des adultes en situation d'illettrisme exerçaient une activité professionnelle et avaient acquis des compétences leur permettant d'accéder au marché du travail, les difficultés à lire ou écrire restaient un frein pour l'accès à l'emploi. Or, une proportion élevée des jeunes interrogés dans Presaje déclarait avoir des difficultés à lire (16 %) ou à écrire (29 %), notamment plus qu'en population générale : l'Insee estimait en 2011 que 10 % des jeunes âgés de 18 à 29 ans avaient des difficultés avec l'écrit [35].

Les liens sociaux des jeunes interrogés apparaissaient très limités. Beaucoup d'entre eux n'avaient peu ou pas d'amis. Ils étaient moins souvent en couple que dans le reste de la population du même âge. Beaucoup d'entre eux se sentaient seuls et rapportaient peu de soutien social en cas de difficultés. Le lien entre inactivité professionnelle et isolement social est déjà connu en population générale française, dans un contexte où le chômage relève d'une « responsabilité partagée » entre la sphère familiale et la solidarité publique [36], qui place la France à mi-chemin entre les pays du Nord et du Sud de l'Europe. L'inactivité professionnelle y favorise la dégradation du niveau de vie, mais aussi l'affaiblissement des liens sociaux et une certaine marginalisation vis-à-vis de la population des actifs en emploi [37]. Dans le même temps, les jeunes en insertion étaient plus nombreux à avoir déjà quitté le domicile

Tableau 3
Comparaison de certaines caractéristiques selon le type de mission locale.

	ML d'agglomération		ML villes moyennes		p
	Effectif	Proportion [IC95 %]	Effectif	Proportion [IC95 %]	
<i>Origine migratoire</i>	825		628		< 0,001
Français de 2 parents français		54,6 [61,2–66,1]		75,6 [72,3–79,0]	
Français d'au moins 1 parent étranger		33,0 [23,9–28,4]		17,2 [14,2–20,2]	
Étranger		12,5 [8,6–11,7]		7,2 [5,1–9,2]	
<i>Niveau de diplôme</i>	820		625		0,001
Inférieur au baccalauréat		45,4 [42,0–48,8]		42,9 [39,0–46,8]	
Niveau baccalauréat		48,2 [44,7–51,6]		45,1 [41,2–49,0]	
Supérieur au baccalauréat		6,5 [4,8–8,1]		12,0 [9,4–14,6]	
<i>Lecture du français</i>	823		627		0,151
Avec difficulté		14,5 [12,1–16,9]		17,2 [14,3–20,2]	
<i>Écriture du français</i>	825		628		0,075
Avec difficulté		27,4 [24,3–30,4]		31,7 [28,0–35,3]	
<i>Situation affective</i>	813		627		< 0,001
En couple		25,5 [22,5–28,5]		47,1 [43,1–51,0]	
<i>Composition du foyer</i>	821		624		< 0,001
Vit seul		13,2 [10,8–15,5]		15,2 [12,4–18,1]	
Vit avec ses parents ou ses beaux-parents				40,7 [36,8–44,6]	
Vit avec son conjoint				26,8 [23,3–30,2]	
Vit avec d'autres membres de la famille				9,9 [7,6–12,3]	
Autres (amis, colocation, ...)				7,4 [5,3–9,4]	
<i>Nombre d'amis</i>	824		626		0,473
0		10,8 [8,7–12,9]		9,0 [6,7–11,2]	
1		14,8 [12,4–17,2]		15,8 [12,9–18,7]	
> 1				75,2 [71,8–78,6]	
<i>Sentiment d'isolement</i>	823		623		0,167
Très seul(e)		6,1 [4,4–7,7]		3,7 [2,2–5,2]	
Plutôt seul(e)		18,6 [15,9–21,3]		18,8 [15,7–21,9]	
Plutôt entouré(e)				54,6 [50,7–58,5]	
Très entouré(e)				23,0 [19,6–26,2]	
<i>Fugue dans le passé</i>	822		628		0,306
Oui		15,2 [12,8–17,8]		17,2 [14,3–20,4]	
<i>État de santé général</i>	823		628		0,549
Moyen, mauvais, très mauvais		20,0 [17,3–22,8]		18,8 [15,3–21,3]	
<i>Maladie ou problème de santé chronique</i>	823		628		0,474
Oui		19,8 [17,1–22,5]		18,3 [15,3–21,3]	
<i>Limitation depuis au moins 6 mois</i>	818		626		0,852
Oui, fortement limité(e)		2,8 [1,7–3,9]		2,9 [1,6–4,2]	
Oui, limité(e)		6,0 [4,4–7,6]		6,7 [4,7–8,7]	
Non		91,2 [89,3–93,1]		90,4 [88,1–92,7]	
<i>IMC</i>	162		151		0,480
Maigre		4,9 [1,6–8,3]		7,3 [3,1–11,5]	
Normal		63,0 [55,4–70,4]		60,9 [53,1–68,8]	
Surpoids		17,3 [11,4–23,2]		21,2 [14,6–27,8]	
Obésité		14,8 [9,3–20,3]		10,6 [5,6–15,6]	
<i>Mini-Diag</i>	172		155		0,020
Épisode dépressif actuel		24,4 [17,9–30,9]		14,2 [8,6–19,7]	
<i>Tentative de suicide dans le passé</i>	820		625		< 0,001
Oui		5,5 [3,9–7,0]		11,5 [9,0–14,0]	
<i>Comportement sexuel à risque d'infection^a</i>	141		130		< 0,001
Oui		41,8 [33,6–50,4]		20,0 [13,5–27,9]	
<i>Avoir un médecin régulier</i>	823		628		0,002
Oui		67,2 [64,0–70,4]		74,5 [71,1–77,9]	

^a Considérés comme tels par le médecin (chez les individus ayant déjà eu des rapports sexuels).

parental qu'en population générale du même âge, ce qui est susceptible d'augmenter encore leur précarité. Si le système français maintient plus longtemps un lien économique à l'égard des parents comparativement à de nombreux pays européens [38], ces jeunes souvent isolés socialement et en rupture familiale ne peuvent bénéficier de la solidarité familiale pour

les aider à habiter de façon autonome. De fait, un quart des jeunes qui n'habitaient plus chez leurs parents (25,4 %) habitaient dans des logements précaires (foyer, sans domicile, squat, hébergé...). De même, les difficultés d'accès à un logement autonome (absence de caution et de sources de revenus suffisantes et régulières, pas de recours possibles aux

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

foyers de jeunes travailleurs ou aux résidences étudiantes) expliquent sans doute la proportion importante (21,9 %) des jeunes qui vivaient en colocation ou chez des membres de leur famille (autres que leurs parents) [39].

Les jeunes enquêtés étaient nombreux à avoir déjà vécu un ou plusieurs événements de vie difficile (séparation des parents, graves disputes des parents, placement dans l'enfance...). Le lien entre événements de vie difficiles dans l'enfance et moins bonne insertion sociale à l'âge adulte est établi dans la littérature. À l'extrémité du continuum social, chez les plus marginalisés, Marpsat et al. [40] avaient déjà observé, au tournant des années 2000, que les jeunes franciliens sans domicile cumulaient les événements de vie difficile (fugue, tentative de suicide, décès d'un des parents, passage par la prison, placement dans l'enfance...) à une fréquence bien supérieure aux autres.

Ainsi, les jeunes en insertion socioprofessionnelle accumulent un faible niveau de formation, des ressources limitées, des événements de vie difficile dans l'enfance [41] et un isolement social, autant de facteurs connus pour être péjoratifs pour la santé et les recours aux soins [42–45] et que nous retrouvons tous ici associés, en analyse multivariée, à un état de santé perçu dégradé. Cette situation concerne un jeune sur cinq de l'enquête Presaje, c'est-à-dire deux fois plus que dans SIRS ou dans une enquête de l'Insee de 2007 (enquête menée auprès de 17 830 élèves qui étaient entrés au collège en 1995) [46]. Comme dans l'ensemble de la population adulte, la santé était également plus souvent perçue de façon positive par les hommes que par les femmes de l'enquête Presaje [47]. En revanche, contrairement au reste de la population générale (notamment la plus âgée [48]), le fait de vivre seul n'apparaît pas, dans notre étude, comme un facteur péjoratif pour la santé perçue.

Dans l'enquête de l'Insee précédemment citée [46], 14 % des jeunes déclaraient avoir une maladie chronique, alors que cette proportion s'élevait à 19 % dans notre enquête. Les jeunes en insertion étaient plus souvent déprimés que les jeunes de l'enquête SIRS (la comparaison avec le BS n'était pas directement possible puisque ce dernier utilisait un autre outil, le CIDI-short form) et près d'un sur trois (30,2 %) déclarait un état de santé psychologique ou émotionnel dégradé. Comme pour toutes les autres caractéristiques sanitaires, il est difficile de déterminer, dans une enquête transversale, si cette fragilité psychologique était la cause ou la conséquence de leur situation sociale. Une étude de cohorte suisse suggère que la situation sociale des NEETs est une conséquence de leur santé mentale et de la consommation de cannabis et d'alcool et non l'inverse [49]. Enfin, les jeunes de l'enquête Presaje étaient plus souvent obèses ou en surpoids que les jeunes de la population générale. Le lien entre obésité et niveau socioéconomique a déjà été établi [50,51] ; il semblerait d'ailleurs que le lien entre obésité et inactivité professionnelle soit médié par le statut socioéconomique et non un lien causal direct en population générale adulte [52].

D'une façon générale, on sait que le suivi médical des jeunes est difficile pour différentes raisons, notamment parce qu'ils ressentent peu le besoin de consulter et ne perçoivent pas l'intérêt d'un suivi médical régulier à leur âge [46,53]. Les

Tableau 4
Analyse multivariée des caractéristiques associées à un état de santé perçu dégradé.

	OR	IC 95 %	p
<i>Sexe</i>			< 0,001
Homme	Ref.	Ref.	
Femme	1,84	[1,38–2,47]	
<i>Niveau de diplôme</i>			0,040
Inférieur au baccalauréat	2,23	[1,16–4,29]	
Niveau baccalauréat	1,83	[0,95–3,51]	
Supérieur au baccalauréat	Ref.	Ref.	
<i>Situation financière perçue</i>			< 0,001
Vous êtes à l'aise	Ref.	Ref.	
Ça va	2,75	[0,95–8,01]	
C'est juste, il faut faire attention	2,76	[0,96–7,93]	
Vous y arrivez difficilement	4,77	[1,65–13,8]	
<i>Composition du foyer</i>			0,022
Vit seul	1,06	[0,67–1,68]	
Vit avec ses parents ou ses beaux-parents	Ref.	Ref.	
Vit avec son conjoint	1,44	[0,98–2,12]	
Vit avec d'autres membres de la famille	1,59	[1,03–2,45]	
Autres (amis, colocation,...)	1,97	[1,23–3,17]	
<i>Sentiment d'isolement</i>			< 0,001
Très seul(e)	4,58	[2,40–8,74]	
Plutôt seul(e)	3,63	[2,28–5,77]	
Plutôt entouré(e)	1,69	[1,10–2,57]	
Très entouré(e)	Ref.	Ref.	
<i>Fugue</i>			0,001
Oui	1,79	[1,27–2,51]	
Non	Ref.	Ref.	

professionnels des ML rapportent que ce suivi semble plus compliqué encore pour les jeunes qu'ils reçoivent. Plus souvent en rupture familiale (donc moins accompagnés par leurs parents dans leur démarche de soins, même banaux, que d'autres jeunes du même âge), relativement isolés, ils méconnaissent largement leurs droits (peu d'entre eux arrivent en ML en bénéficiant déjà de la CMU complémentaire), leur couverture effective (beaucoup ne savent pas s'ils sont encore ayant droit de leurs parents, ou assurés, ou non, en leur nom propre et à quel titre) et le fonctionnement du système de soins (l'offre de soins, de prévention, de dépistage, de planification familiale, etc.). De fait, nos résultats montrent qu'ils étaient moins nombreux à avoir un médecin régulier et qu'ils avaient a contrario plus souvent consulté un service d'urgences dans l'année précédente que les autres jeunes du même âge de la population générale.

En revanche, il semble que la fréquence des conduites à risque vis-à-vis de la santé habituellement évoquée chez les jeunes était similaire dans la population enquêtée et dans la population générale : les jeunes en insertion avaient leur premier rapport sexuel sensiblement au même âge que dans la population générale (l'âge moyen au premier rapport était, en 2006, de 17,5 ans dans la population âgée de 18 à 34 ans la moins qualifiée) [54] ; les taux d'IVG et de recours à la pilule du lendemain étaient similaires dans les deux populations, de même que le taux de recours au dépistage du VIH (26,3 % dans notre enquête contre 27,4 % des femmes âgées de 18 à 30 ans en France et 23,0 % des hommes âgés de 18 à 30 ans en

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

Île-de-France, en 2010 [55]) ; les fréquences d'expérimentation du cannabis, de l'ecstasy, de la cocaïne et de l'héroïne étaient également similaires. On comptait même plus de jeunes fumeurs en population générale dans SIRS et le BS que parmi les jeunes de Presaje (la consommation d'alcool avait été renseignée de manière différente dans les trois enquêtes retenues dans ce travail rendant toute comparaison impossible).

Près de la moitié des jeunes inclus (45,1 %) ne sont pas revenus pour la passation du questionnaire, nous ne pouvons donc pas exclure un biais de sélection de la population étudiée. Au vu de l'absence de données sur ces jeunes, nous ne pouvons rien dire de leur état de santé. Ce dernier peut tout aussi bien être similaire, meilleur (par exemple si les plus malades ont été effrayés de répondre à nos questions) ou moins bon (si au contraire les plus malades, ou les plus inquiets sur leur santé, ont plus participé).

Les jeunes des ML partageaient globalement de nombreuses caractéristiques communes quel que soit le type de ML (accumulation des événements de vie difficile dans l'enfance, faible niveau de formation, isolement social, état de santé dégradé). Pour autant, nous avons observé certaines différences entre les ML d'agglomération et les ML de villes moyennes. Dans les premières, la part des étrangers ou des jeunes issus de l'immigration était bien plus importante que dans les villes moyennes. Ceci est facilement expliqué par la répartition des étrangers et des descendants d'immigrés en France, qui varient fortement sur l'ensemble du territoire [56]. Les jeunes des ML d'agglomération étaient également moins souvent diplômés que les jeunes des ML de villes moyennes. Ce constat, qui ne peut bien sûr pas être généralisé à l'ensemble des ML—suggère que les trajectoires scolaires des jeunes suivis à Clichy-sous-Bois, Sénart et Toulouse ont été plus difficiles que celles des jeunes suivis à Poitiers et Reims, et/ou que le marché local de l'emploi n'était pas le même, entraînant des processus de « sélection par le chômage » différents des jeunes suivis en ML (de fait, il y a plus d'offres d'emplois qualifiés pour les jeunes en Midi-Pyrénées et en Île-de-France que dans le reste de la France) [57]. Enfin, en ce qui concernait les tentatives de suicides, rapportées plus fréquemment chez les jeunes des ML d'agglomération, des disparités régionales ont également été observées concernant le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide [58]. Ainsi, en 2011, ce taux s'élevait à 8,4 pour 10 000 hommes en Île-de-France et 9,2 pour 10 000 en Midi-Pyrénées alors qu'il s'élevait à 20,5 pour 10 000 en Champagne-Ardenne et 16,6 pour 10 000 en Poitou-Charentes. On observait la même tendance dans notre population, les jeunes de ces deux dernières régions ont plus souvent déjà fait une tentative de suicide comparativement aux jeunes des ML d'Île-de-France et de Toulouse.

Finalement, les jeunes suivis en ML avaient des profils sociaux divers, mais connaissaient globalement des conditions de vie et certaines conditions de santé notablement plus difficiles que les jeunes du même âge de la population générale. Les disparités régionales qu'on observait d'une ML à l'autre semblaient relever plutôt de spécificités contextuelles locales que de mécanismes de fragilisation spécifiques ou différenciés des jeunes en insertion socioprofessionnelle.

5. Conclusion

L'état de santé des jeunes en insertion socioprofessionnelle apparaît plus souvent dégradé que dans la population générale, en lien avec des facteurs de vulnérabilité socioéconomiques connus en population générale et qui restent discriminants dans cette population jeune et sans emploi. Leur recours aux soins est difficile, souvent en lien avec une couverture sociale insuffisante ou inexistante, une méconnaissance du parcours de soins et d'importantes difficultés financières. Une attention spécifique devrait être portée à ce public vulnérable, nombreux et à distance du système de soins. Les missions locales qui constituent un « passage obligé » pour tous les jeunes déscolarisés âgés de plus de 16 ans qui souhaitent reprendre une formation pour adulte (stagiaire de la formation professionnelle), bénéficier d'un dispositif d'insertion par l'activité économique (tels que les chantiers d'insertion) ou de la future « garantie jeunes », pourraient utilement être investies d'une mission de repérage des situations critiques en termes d'accès à la prévention et aux soins et de mise en œuvre d'actions adaptées à ces publics, notamment en termes d'éducation à la santé ou de promotion de la santé.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement Arnaud Gautier et Pierre Arwindson (INPES) qui leur ont permis d'accéder aux données du Baromètre santé 2010.

Références

- [1] Ordonnance n°82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale. JORF 1982.
- [2] Le portail des politiques publiques de l'emploi et de la formation professionnelle. Les textes de référence des missions locales : de l'ordonnance de 1982 au Protocole 2010; 2012 [Disponible : <http://www.emploi.gouv.fr/cnml/textes-referance-des-missions-locales-1%E2%80%99-ordonnance-1982-au-protocole-2010>, en ligne, modifié le 26 mars cité le 21 mai].
- [3] Le Point. Près d'1,5 million de jeunes suivis par les missions locales en 2013, un record; 2015 [En ligne, modifié le 30 juin 2014 ; cité le 21 mai 2015. Disponible : http://www.lepoint.fr/societe/pres-d-1-5-million-de-jeunes-suivis-par-les-missions-locales-en-2013-un-record-30-06-2014-1841976_23.php].
- [4] Le Monde. Jeune sans emploi et hors du système scolaire: qui sont les « NEET » ?; 2015 [En ligne, modifié le 11 juillet 2014 ; cite le 21 mai 2015. Disponible : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/07/10/jeune-sans-emploi-et-hors-du-systeme-scolaire-qui-sont-les-neet_4453249_4355770.html].
- [5] Minni C, Pommier P. Emploi et chômage des 15-29 ans en 2012. DARES analyses; 2013;73.
- [6] Mascherini M, Ludwinek A, Vacas C, Meierkord A, Gebel M. Eurofound mapping youth transitions in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- [7] Lerais F, Math A. Jeunes européens en temps de crises Informations sociales, 180. 2013;p. 32–40.

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. Rev Epidemiol Sante Publique (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

- [8] Labadie F. Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse; 2012.
- [9] Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997;349(9066):1655–9.
- [10] Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. In: Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D, editors. *Traité de santé publique*. 2^e éd, Paris: Flammarion médecine sciences; 2007. p. 331–41 [2^e édition revue et augmentée].
- [11] Power C. Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Soc Sci Med* 1991;32(4):411–7.
- [12] Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: a comparison of young men and women in Britain and Finland. *Soc Sci Med* 1995;41(2):163–71.
- [13] Ferron C, Cordonier D, Schalbeter P, Delbos-Piot I, Michaud P. La santé des jeunes en rupture d'apprentissage. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne: Raisons de santé; 1997. 10.
- [14] Scanlan JN, Bundy AC. Is the health of young unemployed Australians worse in times of low unemployment? *Aust J Public Health* 2009;33(1):79–82.
- [15] Reine I, Novo M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health* 2004;118:337–45.
- [16] West P, Sweeting H. Nae job, nae future: young people and health in a context of unemployment. *Health Soc Care Community* 1996;4(1):50–62.
- [17] Béland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Soc Sci Med* 2002;55:2033–52.
- [18] Kobus M, Jakubek M. Youth unemployment and mental health: dominance approach. Evidence from Poland. IBS Working Papers, Instytut Badań Strukturalnych; 2015. 4.
- [19] Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Youth unemployment and economic recession in Spain: influence on health and lifestyles in young people (16–24 years old). *Int J Public Health* 2015;60(4):427–35. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-015-0668-9>.
- [20] Leyland AH. Youth unemployment at times of recession: what does the future hold? *Eur J Public Health* 2013;23(4):527.
- [21] Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingard E. Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *Eur J Public Health* 2013;23(4):606–10.
- [22] Oliver EJ, Mawn L, Stain HJ, Bamba CL, Torgerson C, Oliver A, et al. Should we 'hug a hoodie'? Protocol for a systematic review and meta-analysis of interventions with young people not in employment, education or training (so-called NEETs) *Syst rev* 2014;3:73.
- [23] ORS Languedoc-Roussillon. Diagnostic régional santé 16-25 ans. Rapport d'étude 2009. [86pp.]
- [24] ORS Guyane. La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle en Guyane. Rapport d'étude 2006. [97pp.]
- [25] ORS La Réunion. État de santé des primo-inscrits en missions locales à la Réunion. Rapport d'étude 2011. [82pp.]
- [26] ORS Rhône-Alpes. Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère. Rapport d'étude 2006. [85pp.]
- [27] Observatoire régional de la jeunesse-missions locales Haute-Normandie. La santé des jeunes en insertion. Rapport d'étude 2009. [4 pp].
- [28] Labbe E, Moulin JJ, Sass C, Chatain C, Guéguen R, Gerbaud L. État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle. *Prat Org Soins* 2007;38:43–53.
- [29] Moulin JJ, Labbe E, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile. *Sante Homme* 2009;399:21–4.
- [30] Cox B, Van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, et al. The reliability of the minimum European health module. *Int J public Health* 2009;54(2):55–60.
- [31] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD 10. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22–33.
- [32] Lefèvre T, Rondet C, Parizot I, Chauvin P. Applying multivariate clustering techniques to health data: the 4 types of healthcare utilization in the Paris metropolitan area. *PloS One* 2014;9:e115064.
- [33] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard J-B. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010. In: Beck F, Richard JB, editors. *Les comportements de santé des jeunes*. Saint-Denis: Éditions Inpes; 2013. p. 27–50.
- [34] Martinelli D, Minni C. Face à la crise, le diplôme protège du chômage et favorise l'accès à la formation continue. *Formation et emploi Céreq*; 2013
- [35] Jonas N. Pour les générations les plus récentes les difficultés des adultes diminuent à l'écrit mais augmentent en calcul, n°1426. *Insee Première*; 2012
- [36] Gallie D, Paugam S, editors. *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- [37] Paugam S. L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux ? *Rev Eur Sci Soc* 2006;44(135):11–27.
- [38] Lhommeau B. Quand les jeunes n'habitent pas chez leurs parents : revenus et niveau de vie Études et résultats, n°867. *DREES*; 2014.
- [39] Dulin A. Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes. *Avis du conseil économique social et environnemental*; 2015.
- [40] Marpsat M, Firdion JM, Meron M. Le passé difficile des jeunes sans domicile Population et sociétés, n°363. 2000.
- [41] Cambois E, Jusot F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J public Health* 2010;21(5):667–73.
- [42] Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. *Why are some people healthy and others not?*. New York: A. de Gruyter; 1994.
- [43] Chauvin P. Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique. In: Lebas J, Chauvin P, editors. *Précarité et santé*. Paris: Flammarion médecine sciences; 1998. p. 59–74.
- [44] Marmot M, Wilkinson RG, et al. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- [45] Eckersley R, Dixon J, Douglas B, et al. *The social origin of health & well-being*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- [46] Brocas AM, Olier L. Santé des jeunes. Rapport d'étude de la DREES; 2009.
- [47] Montaut A. Santé et recours aux soins des hommes et des femmes Études et résultats, n°717. *DREES*; 2010.
- [48] Gaymu J, Springer S. Vivre seul ou en couple : quelle influence sur la satisfaction de la vie des hommes et des femmes âgés en Europe ? *Population* 2012;67:45–74.
- [49] Baggio S, Iglesias K, Deline S, Studer J, Henchoz Y, Mohler-Kuo M, et al. Not in education, employment or training status among young Swiss men. Longitudinal associations with mental health and substance use. *J Adolesc Health* 2015;56:238–43.
- [50] Paraponaris A, Saliba B, Ventelou B. Obesity, weight status and employability: empirical evidence from a French national survey. *Econ Hum Biol* 2005;3:241–58.
- [51] Morris S. The impact of obesity on employment. *Labour Econ* 2007;14:413–33.
- [52] Lindeboom M, Lundborg P, Van der Klaauw B. Assessing the impact of obesity on labor market outcomes. *Econ Hum Biol* 2010;8:309–19.
- [53] Amsellem-Mainguy Y, Timoteo J. Quelles politiques pour la jeunesse ? L'accès à la santé In: Amsellem-Mainguy Y, Timoteo J, editors. *Atlas des jeunes en France*. Paris: Autrement; 2012. p. 68–9.
- [54] Bozon M. Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. In: Bajos N, Bozon M, editors. *La sexualité en France*. Paris: La Découverte; 2008. p. 117–47.
- [55] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Île-de-France en 2010. In: *Rapport de l'ORS Île-de-France et du groupe KABP*; 2011.
- [56] Fiche thématique : population immigrée. In: *Immigrés et descendants d'immigrés en France*. INSEE références; 2012.
- [57] Befly M, Leprevost E, Martinelli D. Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007 Formation et emploi des jeunes dans les régions françaises, n°1219. *INSEE Première*; 2009.
- [58] Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004–2011 et d'Oscur[®] 2007–2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014.

Pour citer cet article : Robert S, et al. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. *Rev Epidemiol Sante Publique* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

CHAPITRE 2 – LA PROPOSITION D’UNE CONSULTATION DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE AMELIORE LES ENTREES EN MESURE ET LES COMPORTEMENTS EN SANTE DES NEETS SUIVIS EN MISSION LOCALE

Ce deuxième axe visait à étudier l’effet de l’intervention du projet Presaje sur les entrées en mesure (participation à une formation ou à un atelier), l’emploi et la santé des jeunes NEETs qui fréquentaient les Missions locales. Il visait à répondre à l’objectif principal du projet.

Parmi les 1 453 participants qui avaient été inclus dans l’étude initialement, 504 avaient été assignés de façon aléatoire au groupe médecin, 477 au groupe « Assistant social » et 472 au groupe contrôle. Le critère de jugement principal de cette analyse était la participation à au moins un atelier ou une formation dans l’année qui suivait l’inclusion dans l’étude. La participation à un atelier ou à une formation correspond à une « entrée en mesure » dans le langage employé en Mission locale. Au vu du délai, de la complexité et de la diversité des différentes formes d’accès à l’emploi (stage, intérim, contrats courts, contrats aidés, etc.), il apparaissait difficile d’en faire un critère principal de jugement mais l’accès à l’emploi dans l’année suivant l’intervention était un critère secondaire de jugement.

I. Les effets de l’intervention du groupe « assistant social »

Dans le papier publié dans Plos One, les participants du groupe « médecin » et du groupe contrôle ont été inclus dans l’analyse, mais pas ceux du groupe « assistant social » (ou groupe AS). En effet, le groupe « assistant social » était plutôt à l’initiative des économistes du projet pour étudier l’effet de la réduction du frein financier sur les différents objectifs du projet. Aussi, dans les faits, en raison d’une hétérogénéité très importante de pratique des travailleurs sociaux mais aussi des couvertures sociales proposées (à Clichy-sous-Bois, et seulement dans ce centre, il existait une initiative locale qui permettaient aux jeunes suivis dans la Mission locale d’accéder facilement et gratuitement à une CMU complémentaire jeunes), les résultats étaient difficiles à interpréter. De plus, les jeunes ressentaient très peu le besoin d’avoir la meilleure couverture sociale à laquelle ils pouvaient prétendre, d’autant qu’ils se sentaient en bonne santé. De ce fait, l’entretien individuel avec l’assistant social prenait plus de sens après avoir vu le médecin. Nous avons aussi supposé que l’intervention pluri-professionnelle

serait plus efficace que l'intervention de l'assistant social seul, d'autant qu'en pratique les professionnels travaillent ensemble.

Pour information, aucun effet de l'intervention de l'assistant social n'a été trouvé sur les objectifs principaux du projet : pas d'amélioration de l'accès aux soins, de l'état de santé, des comportements en santé ni de l'insertion professionnelle un an après l'intervention comparativement au groupe contrôle. Parmi les jeunes qui n'avaient pas de couverture maladie avant l'expérimentation, les jeunes du groupe Assistant social étaient plus nombreux à en avoir obtenu une au moment de la passation du questionnaire final comparativement aux jeunes du groupe contrôle (12,0% vs 7,4%, $p=0,04$). A noter que les deux groupes n'étaient pas comparables sur la variable « avoir une couverture maladie » au moment de la passation du questionnaire initial : les jeunes du groupe contrôle étaient initialement plus nombreux à posséder une couverture maladie que ceux du groupe Assistant social.

Tableau 10 : Comparaison des variables en pré et post intervention entre le groupe « Assistant social » et le groupe contrôle

Variable	Pré (n, %)			Analyse en intention de traiter Post (n, %)		
	Groupe AS (N=477)	Groupe contrôle (N=472)	p	Groupe AS (N=349)	Groupe contrôle (N=341)	p
Entrée en mesure						
Avoir travaillé l'année suivant l'intervention				269 (77,8)	259 (76,4)	0,68
Avoir participé à une formation l'année suivant l'intervention				207 (59,5)	188 (55,6)	0,31
Etat de santé général bon ou très bon	378 (79,3)	385 (81,6)	0,37	280 (80,2)	284 (83,5)	0,26
Recours aux soins						
Avoir une couverture maladie	413 (86,6)	432 (91,7)	0,01	329 (94,3)	321 (94,7)	0,81
Avoir une complémentaire santé	339 (71,2)	331 (70,4)	0,79	285 (81,7)	281 (82,9)	0,67
Avoir un médecin régulier	335 (70,2)	347 (73,5)	0,26	289 (83,5)	273 (80,8)	0,35
Avoir vu un psychologue l'année précédente	40 (8,4)	38 (8,1)	0,85	35 (10,0)	30 (8,8)	0,58
Avoir renoncé à des soins l'année précédente	128 (26,9)	127 (27,0)	0,98	113 (32,6)	88 (26,0)	0,06
Connaissances en santé						
Sait qu'on prend la pilule du lendemain quand on a oublié de la prendre la veille				179 (51,3)	156 (45,9)	0,16
Sait que la pilule du lendemain ne protège pas du sida et des IST				316 (91,1)	300 (88,2)	0,22
Comportements en santé						
Faire quelque chose dans le but d'entretenir sa santé	205 (43,1)	206 (43,8)	0,81	176 (50,6)	165 (48,5)	0,59
Par alimentation	52 (26,7)	53 (27,2)	0,91	40 (24,0)	45 (28,0)	0,41
Par sport	149 (76,4)	152 (77,8)	0,72	133 (79,6)	122 (74,9)	0,40
Aucune contraception lors du dernier rapport sexuel				76 (22,7)	83 (25,1)	0,47

Tableau 11 : Différence de prévalences des évolutions favorables entre le groupe AS et le groupe contrôle

Variable	Groupe AS		Groupe contrôle		Différence de prévalences des évolutions favorables entre le groupe AS et le groupe contrôle	
	n/N	%	n/N	%	Différence (IC 95%)	p
Est à un an en bon ou très bon état de santé général alors qu'il ne l'était pas initialement	30/349	8,6	35/340	10,3	- 1,7 (-6,2 à 2,7)**	0,45
Recours aux soins						
A une couverture maladie à un an alors que n'en avait pas initialement	42/349	12,0	25/338	7,4	4,6 (0,2 à 9,1)	0,04
A une complémentaire santé à un an alors que n'en avait pas initialement	66/349	18,9	64/338	18,9	0 (-5,9 à 5,8)	0,99
A un médecin régulier à un an alors que n'en avait pas initialement	68/346	19,7	49/338	14,5	5,2 (-0,5 à 10,8)*	0,07
A vu un psychologue pendant l'année suivant l'intervention alors que n'en avait pas vu l'année précédant l'intervention	27/349	7,7	24/341	7,0	0,7 (-3,4 à 4,6)	0,73
N'a pas renoncé à des soins dans l'année suivant l'intervention alors qu'avait renoncé à des soins l'année précédant l'intervention	37/346	10,7	46/338	13,6	- 2,9 (-7,8 à 2,0)**	0,24
Comportements en santé						
Fait quelque chose dans le but d'entretenir sa santé à un an alors que ne le faisait pas initialement	72/348	20,7	67/339	19,8	0,9 (-5,1 à 6,9)	0,76
Par alimentation	25/165	15,2	26/157	16,6	1,4 (-9,5 à 6,6)	0,73
Par sport	61/165	37,0	57/157	36,3	0,6 (-9,8 à 11,1)	0,9

*Parmi les 346 jeunes du groupe AS (pour lesquels nous avons des informations sur la variable « avoir un médecin régulier » initialement et à un an), 68 jeunes (19,7%) avaient un médecin régulier un an après l'expérimentation alors qu'ils n'en avaient pas initialement ; parmi les 278 jeunes restants, 25 n'avaient plus de médecin régulier à un an alors qu'ils en avaient initialement, 221 avaient un médecin initialement et à un an et 32 n'avaient pas de médecin initialement ni à un an. Parmi les 338 jeunes du groupe contrôle (pour lesquels nous avons des informations sur la variable « avoir un médecin régulier » initialement et à un an), 49 jeunes (14,5%) avaient un médecin régulier un an après l'expérimentation alors qu'ils n'en avaient pas initialement. Pour appréhender l'effet de l'intervention, nous avons choisi de ne nous intéresser qu'aux évolutions favorables des comportements (ou « favorable changes » dans l'article publié dans Plos One). Dans cet exemple, l'évolution favorable correspondait à « avoir un médecin régulier un an après l'expérimentation alors que le jeune n'en avait pas initialement ». L'évolution favorable de la variable avoir un médecin régulier a donc concerné 19,7% des jeunes du groupe AS, versus 14,5% des jeunes du groupe contrôle, la différence de prévalences d'évolution favorable entre le groupe AS et le groupe contrôle est donc égale à 5,2 points.

**La différence de prévalences d'évolution favorable entre le groupe AS et le groupe contrôle peut être négative si la prévalence d'évolution favorable dans le groupe contrôle est supérieure à la prévalence d'évolution favorable dans le groupe AS.

II. Les effets de l'intervention du groupe « médecin »

Parmi les 1 453 participants qui avaient été inclus dans l'étude initialement, 504 avaient été assignés de façon aléatoire au groupe médecin, 477 au groupe « Assistant social » et 472 au groupe contrôle. Parmi les 504 participants du groupe médecin, 327 avaient effectivement répondu à l'invitation du médecin (mais nous ne savons pas combien d'entre eux avaient aussi vu l'assistant social). Parmi les 472 participants du groupe contrôle, deux avaient demandé à voir un assistant social, mais aucun n'avait demandé spontanément à voir le médecin. Parmi les 976 participants initialement inclus dans le groupe médecin et le groupe contrôle, 704 (soit 72,1% des participants) ont répondu au questionnaire final : 363 dans le groupe médecin et 341 dans le groupe contrôle. Il n'y avait pas de différence significative concernant le taux de perdus de vue entre ces deux groupes (28,0% dans le groupe médecin contre 27,8% dans le groupe contrôle, $p=0,94$). Les caractéristiques socio-économiques étaient similaires entre les deux groupes. Les caractéristiques socio-économiques prises en compte étaient les suivantes : l'âge, le genre, l'origine (Français né de deux parents français, Français né d'au moins un parent étranger), le niveau d'éducation (collège, lycée ou études supérieures), le niveau de lecture ou d'écriture du français (avec ou sans difficulté), le fait de ne percevoir aucun revenu, le fait d'être en couple, le fait d'habiter un logement précaire (c'est-à-dire d'être hébergé par un tiers ou d'occuper illégalement un logement) et la composition du foyer (vit seul, vit avec ses parents ou ses beaux-parents, vit avec son conjoint, autre).

Les caractéristiques socio-économiques des perdus de vue étaient globalement plus défavorables que celles des participants qui avaient répondu au questionnaire final : ils étaient plus nombreux à avoir arrêté leurs études au collège, à vivre dans un logement précaire, et à ne vivre ni en couple ni chez leurs parents. Les caractéristiques socio-économiques des perdus de vue étaient en revanche similaires entre le groupe médecin et le groupe contrôle.

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, ces caractéristiques socio-économiques correspondent aux caractéristiques le plus souvent associées au statut de NEET. Etant établi que ces caractéristiques étaient similaires entre les deux groupes à l'inclusion mais aussi entre les perdus de vue des deux groupes, nous pouvions interpréter la comparaison des différentes variables de résultat comme l'effet moyen de l'intervention du groupe médecin. Ainsi, concernant l'objectif principal de cette analyse, plus de jeunes inclus dans le groupe « médecin » avaient participé à une entrée en mesure dans l'année qui suivait l'intervention, en analyse en intention de traiter. Cet effet était plus marqué chez les femmes, les participants de moins de 21 ans, ceux vivant dans un logement précaire et ceux ayant arrêté leurs études le plus précocement, mais aucun effet particulier n'était retrouvé en fonction de l'état de santé initial du jeune. Cette étude ne visait pas à détecter une amélioration du taux d'emploi

chez les jeunes, elle ne disposait d'ailleurs pas de la puissance statistique nécessaire à cette fin. Comme attendu, aucune différence significative sur le retour à l'emploi n'a été détectée dans l'année suivant l'inclusion (un délai très court pour un tel retour) mais l'objectif des formations auprès des NEETs était d'améliorer leur employabilité en les accompagnant pour acquérir de nouvelles compétences afin de réaliser une transition réussie sur le marché du travail.

Un meilleur recours aux soins, et en particulier le recours à un psychologue, mais aussi certaines connaissances et comportements en santé, notamment en santé sexuelle, étaient améliorés dans le groupe « médecin » par rapport au groupe contrôle.

Nous avons donc observé un effet moyen de l'intervention pluri-professionnelle sur plusieurs indicateurs relevant de différents domaines de la vie de ces jeunes. Il est intéressant de souligner que cette intervention a fonctionné chez ceux dont les besoins en prévention et en santé étaient sans doute les plus grands. Cette intervention n'a donc pas dû faire face aux limites de « l'inverse care law ».

Ce travail a fait l'objet d'un article publié dans Plos One (Robert et al. 2019) :

Robert S, Romanello L, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Ibanez G, Chauvin P. Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): a multicenter interventional study in France. *Plos One* 2019;14(4): e0216226.

L'ensemble des données ayant permis ces analyses ont été déposées dans Dryad sous le numéro 10.5061/dryad.2h0cc57.

A la suite de la présentation de l'article publié dans Plos One, le tableau 12 présente plus en détail que dans l'article la prévalence des évolutions favorables des différentes variables d'intérêt du groupe médecin et du groupe contrôle (ces résultats intermédiaires n'étaient pas présentés dans l'article Plos One) et le calcul de la différence de ces prévalences (« différence de différence »)⁵.

⁵ Le calcul de la différence des différences était aussi présenté dans la dernière colonne du tableau 2 de l'article publié dans Plos One.

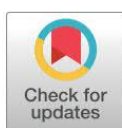
RESEARCH ARTICLE

Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): An interventional study in France

Sarah Robert^{1,2*}, Lucile Romanello^{1,3}, Sophie Lesieur¹, Virginie Kergoat⁴, Joël Dutertre⁴, Gladys Ibanez^{1,2}, Pierre Chauvin¹

1 INSERM, Sorbonne Université, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Department of Social Epidemiology, Paris, France, **2** Sorbonne Université, Pierre et Marie Curie Faculty of Medicine, Department of Education and Research in General Medicine, Paris, France, **3** INSERM, UVSQ, Université Paris-Saclay, Population-Based Epidemiological Cohorts Unit (UMS 11), Villejuif, France, **4** Mission locale de Sénart, Lieusaint, France

* sarah.robert.mg@gmail.com



OPEN ACCESS

Citation: Robert S, Romanello L, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Ibanez G, et al. (2019) Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): An interventional study in France. *PLoS ONE* 14(4): e0216226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216226>

Editor: Catherine Haighton, Northumbria University, UNITED KINGDOM

Received: January 10, 2019

Accepted: April 16, 2019

Published: April 26, 2019

Copyright: © 2019 Robert et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data were deposited on Dryad DOI: [10.5061/dryad.2h0cc57](https://doi.org/10.5061/dryad.2h0cc57).

Funding: The study was supported by the Fond d'Expérimentation pour la Jeunesse. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Abstract

Background

NEETs (young people not in employment, education or training) are at higher risk for poorer mental and physical health. In France, the *Missions locales* (MLs) are the only social structures dedicated to this population. We sought to determine whether the systematic offer of a social and preventive medicine consultation at a ML might increase NEET participants' access to training in the 12 months following the intervention.

Methods

This intervention research was a parallel randomised controlled interventional study conducted at five MLs in mainland France in 2011–2012. It included 976 NEETs aged 18 to 25 years who attended one of the five MLs. At inclusion, participants were randomly assigned (1:1:1) to three groups: those in the first group were invited to see a social worker (not studied in this paper), those in the second group were invited to see a doctor and a social worker (intervention group), and the third was a control group. The primary outcome was participation in at least one training session during the year following study inclusion.

Results

Among the 976 participants, 504 were randomly assigned to the intervention group and 472 to the control group; 704 (72.1%) were included in the analyses. A significantly higher proportion of the participants in the intervention group participated in a training session in the 12 months following the intervention than of those in the control group (63.3% vs 55.6%; $p = 0.04$). This difference was significantly greater for women, those less than 21 years of age, those unstably housed and those with a lower level of education.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Conclusions

Social and preventive medicine consultations that are fully integrated into the social services for NEETs have an impact on their access to training and contribute to changing some of their health-related behaviours. This may improve their access to the labour market.

Introduction

The NEET concept refers to a specific subgroup of young people that are not in employment, education or training. This acronym appeared first in the United Kingdom in the 1980s [1]. In 2010, the European Commission adopted the proportion of NEETs in the population of young people aged 15 to 29 years as an indicator of their integration into the job market. According to Eurofound data, the proportion of NEETs has continued to increase in the past few years, including in France, essentially because of the negative effects of the 2007/2008 economic crisis on employment [2]. In 2012, they accounted for 15% of the 15- to 29-year-olds in France [3]. In certain underprivileged areas, this proportion can be as high as 30% [4]. Research suggests that spending time in NEET status at a young age can have long lasting consequences or 'scars'. These scars can have a negative effect on future employment outcomes and earnings as well as negative consequences on physical and mental health [1]. Social health inequalities apply to adolescents and young adults, too [5–7]. In the United Kingdom and Finland, Rahkonen and collaborators report that the level of education and social class are two main factors that explain health differences in young adults [8]. In addition, certain international publications have highlighted the link between occupational inactivity and health problems in young people, whether it is in France, Poland, Spain, Sweden, Switzerland or the United Kingdom, but also in Australia and in Canada [9–17]. In Sweden, Helgesson and collaborators observed an increased risk of mortality, of being out of work for a prolonged period of time or of receiving a disability pension during the 15 years following a period of unemployment in young people aged 20 to 24 years (compared to those of the same age who were not unemployed) [18].

In France, the 440 *Missions locales* (MLs), which operate throughout the country, perform a public service mission at the neighbourhood level to enable young people aged 16 to 25 years who have no training and no job to overcome the difficulties that impede their social and occupational integration [19,20]. They are the only facilities dedicated to this population that have been established in France. They are charged with welcoming, informing, providing vocational guidance to, and supporting young people in helping them build a career and life plan. The central concept of MLs is the global approach, that is, the inseparability of the work and social dimensions: making all efforts to facilitate young peoples' access to jobs and independence, especially through individual follow-up by a counsellor (who generally have training as social workers).

The population targeted by MLs consists of NEETs aged 16 to 25 years. In 2013, more than 1.5 million young people in difficulty visited an ML in France at least once, and the MLs received an average of ten to fifteen percent of all young people in their respective territories. The original mission of MLs, which were created in 1982, was to attend to the training, employment, housing and health of these young people. Little by little, with the continuous rise in unemployment among the young people concerned, the public authorities ordered the MLs to concentrate essentially on access to jobs and training.

Originally, at certain MLs, there were social and preventive medicine consultations whose objectives were to promote health, the use of appropriate care, and social integration. These

consultations helped to identify and refer young people who needed primary health care to the usual health care system (especially in general medicine). They were most often far removed from the existing offer of primary care because of their age and difficult social situations. With time, these social and preventive medicine consultations disappeared at most MLs. The social workers dedicated to access to health insurance under Social Security and the physicians who were working at the few MLs that were still providing these services therefore asked our research team to determine if their presence among the MLs had added value, not only in terms of health promotion, but also in terms of access to training and jobs. We conducted a multicenter interventional research project aimed at determining if systematically offering a social and preventive medicine consultation to NEETs who frequented five MLs would increase their participation in training sessions during the year following the intervention, knowing that there is an important link between training and job access, especially since a low level of education is the key risk factor for being a NEET.¹ Given the length, complexity and diversity of the different types of job access (work term, interim, short contracts, subsidized contracts, etc.), it seemed difficult to make them a primary outcome. However, access to work within the year following the intervention was a secondary outcome.

Materials and methods

Study design and participants

PRESAJE (the French acronym for a research project on young people's health) was an unmasked, randomised controlled parallel interventional study conducted in five French cities in 2011–2012.

Participants were recruited from five selected MLs in Clichy, Sénart, Toulouse, Poitiers, and Reims. Clichy, Sénart and Toulouse are in urban areas (the first two cities are in the Paris metropolitan area and the last one is a regional capital), while Poitiers and Reims are both medium-sized towns in rural areas. These facilities were selected on the basis of their interest in the study and their ability to implement its empirical design. Because one treatment consisted of the intervention by health professionals, only MLs with at least a part-time general practitioner (GP) in-house could take part in the study.

All young people aged 18 to 25 years who came to one of these five facilities a second time were invited to participate. Since more than half of the young people who visit an ML do so only once (e.g., only to obtain information), we decided to select only those who were likely to avail themselves of the services—that is, to undergo long-term counselling and a follow-up by a counsellor—in order both to select the real target population of recipients of MLs' services and to reduce attrition bias. After their meeting with their counsellor, the young people were sent to the member of the field staff in charge of presenting the study design. They could choose to agree or not agree to participate. Participants were ineligible if they were unable to speak or understand French because the consent forms and questionnaire were provided only in French. The study protocol was approved by the French authorities: the *Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé* (CCTIRS) and the *Commission nationale de l'informatique et des libertés* (CNIL) (authorisation number 1527880), in accordance with French legislation. All the patients gave their written informed consent. This study was listed on the ISRCTN registry with study ID ISRCTN59210540.

Randomisation and masking

Patients were recruited between January 3, 2011 and January 2, 2012. They were randomised upon the receipt and signing of the informed consent form and the baseline questionnaire. Research assistants were in charge of assigning the participants to the study groups (1:1:1)

using a computer-generated random list in the order of their inclusion. Neither the participants nor the investigators were masked to group assignment in this open trial.

Procedures

This study is part of a trial that includes three groups. Eligible participants were randomly assigned to one of three groups (1:1:1): treatment group 1, treatment group 2 or the control group.

The participants in treatment group 1 were systematically invited to an interview with a social worker (social worker group). The main objective of this treatment was to reduce or eliminate financial barriers to access to health care. Taking into account the participants' then-current situation regarding their health insurance status, the social workers were in charge of providing basic information about the French health-care and insurance systems, finding the most advantageous coverage for them, and assisting them in registering with Social Security for their basic health insurance and in obtaining supplemental health insurance.

In treatment group 2 (the intervention group in the rest of the paper), the participants were additionally encouraged to consult with a doctor for an on-site social and preventive medicine consultation. The purpose of these consultations with a GP was to investigate the young person's health status and health-care habits and practices, to provide them with health information (sexual health, health risk behaviours, healthy lifestyles), and to refer them to health-care services, if warranted. The main goals of this second treatment were to detect serious health problems, encourage healthy behaviours, and increase the participants' autonomy in managing their health and health care. The consultation practices and contents were neither systematic nor formally standardized, but the five GPs involved in the project met once to be reminded of the objectives of the consultations and to enable them to share their professional approaches and practices with the consultants. No reminder to attend the social and preventive medicine consultation was done. Participants could attend these social and preventive medicine consultations as many times as they wanted.

The third group was the control group. The participants in this group received the usual social services offered by the MLs as those in the two experimental groups. They were not encouraged to meet with a doctor or social worker, but when necessary, they could make an appointment with one (in these cases, they were mainly referred by their counsellor).

The interventions for participants of treatment group 1 (the invitation to see a social worker) and treatment group 2 (the invitation to attend social and preventive medicine consultations) were proposed just after randomisation. The participant had one year to see the professionals.

Demographics, socioeconomic characteristics and certain health data were collected at inclusion using a face-to-face questionnaire administered by research assistants. One year later, the participants were contacted again by phone and invited to an interview with the same research assistant, who completed a final questionnaire. No major protocol changes were made to the inclusion criteria or the treatment interventions during the study. The five research assistants (one per location) met six times in total in order to standardize the interventions and to complete the baseline and final questionnaires in a similar manner.

When the study was designed, we initially wanted to study the effect of a social and preventive medicine consultation, as described in the introduction. An economist suggested that we add a third group to the study (the social worker group) to study the unique effect of reducing or eliminating financial barriers to access to health care. In practice, we observed a high variability in terms of health insurance (in Clichy's ML, all the participants could very easily pretend to have complete health coverage because a local project was being tested), but also in

terms of practices of the social workers. Furthermore, doctors and social workers worked together, and the need felt by young people to get the best health coverage was very low as soon as they assumed they were in good health. The social worker intervention gained meaning after the visit to the GP. Consequently, we assumed that the multi component intervention would be more effective. Therefore, we present in this paper the comparison between the intervention group and the control group to answer our main objective about the combined physician/social worker intervention. However, because the study was designed with the three groups, the methodology as well as the description of the trial profile are made with the three groups. The rest of the results are presented only for the intervention and control groups.

Outcomes

The primary outcome was participation in a training session during the year following study inclusion. Other outcomes included access to employment (having worked) during the year following study inclusion, and certain characteristics related to health status (perceived health status grouped into two categories: very good or good, versus average, poor or very poor), health care (having: basic health insurance provided by Social Security; supplemental health insurance; a regular GP; seen a psychologist in the last year; and had unmet health needs in the previous year), health knowledge (assessed by the correct [true/false] answers to the following statements: "The morning-after pill is the pill taken the day after missing a birth control pill." and "The morning-after pill protects against AIDS and sexually transmitted infections."), and health-related behaviours (assessed by the questions "Do you do anything to maintain your health. If so, is it through diet? Through exercise?", and by the reporting of no contraceptive method having been used during the last sexual intercourse, including condoms by men).

Statistical analysis

A preliminary study had estimated that 55% of the young people who visited the MLs participated in a training session during the year following the start of their follow-up. To detect a 10-point increase for each of the interventions in relation to the control group, it was estimated that 409 patients were needed in each group with a power of 90% and a type I (alpha) risk of 0.05 (one-sided test). The theoretical lost to follow-up rate was estimated at 15%. It was therefore necessary to include 481 patients in each group.

The data analyses were performed on the intent-to-treat population (except for certain results specifically mentioned as being per-protocol).

Comparisons between the intervention group and the control group mainly used χ^2 tests (or Fisher exact tests when the sample sizes were too small) to compare:

- the intervention and control groups at baseline;
- the follow-up and lost to follow-up participants' characteristics at baseline;
- the intervention and control groups 12 months after inclusion in the intent-to-treat analysis for all participants and by subgroups by gender, age group, type of housing, and level of education at baseline;
- the intervention and control groups 12 months after inclusion in the intent-to-treat analysis by centers (ie in each ML), but also regrouping the MLs into two subgroups (urban MLs vs medium-sized towns MLs).
- the intervention group participants who actually saw a doctor and control group 12 months after inclusion (actually for only one outcome: to have seen a psychologist in the last year).

The Student's *t*-test was used for means comparisons, where appropriate.

Outcome differences between intervention and control groups were computed in two different manners: one, as absolute prevalence differences between the two groups at 12 months (when data had been collected only at 12 months but not at inclusion); the other (when data had been collected both at inclusion and at 12 months), as a difference in the proportion of people with favourable changes between the two groups (difference of differences approach).

The statistical analyses were performed using Stata/SE 12.1. A *p*-value <0.05 was considered significant.

CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial can be found in Appendix 1.

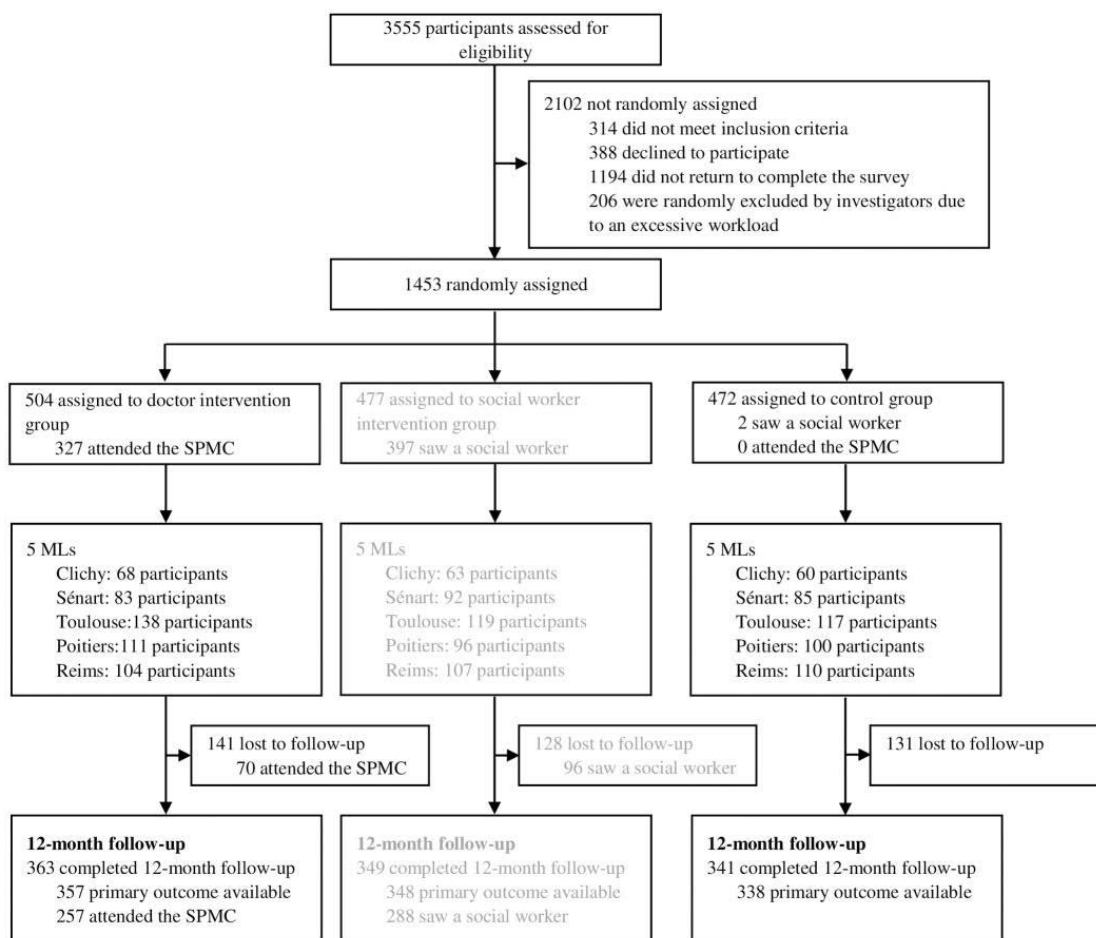
Results

Of the 3555 eligible individuals, 2102 (59.1%) were excluded: 314 (8.8%) did not meet the inclusion criteria (73 were under 18 years of age, two were over 26 years of age, 239 did not speak French well enough to answer the questionnaires), 388 (10.9%) declined to participate, 206 (5.8%) were excluded by the investigators due to excessive workload, and 1194 (33.6%) did not return to complete the baseline questionnaire (Fig 1). The remaining 1453 (40.9%) individuals were enrolled and randomly assigned: 504 (34.7%) to the intervention group, 477 (32.8%) to the social worker group, and 472 (32.5%) to the control group. Of those enrolled, 363 from the intervention group, 349 from the social worker group and 341 from the control group completed both the baseline and 12-month questionnaires, for a completion rate of 72.4%.

The intervention and control groups have similar characteristics (Table 1). At baseline, the mean age of everyone in the study was 21.3 years (SD: 1.98). Just over half were female (52.2%); 64.3% were French, born to two French parents; 26.5% were French, born to at least one foreign parent; and 9.1% were foreign immigrants. Three-quarters (74.9%) had not continued their education beyond high school, and 15.0% were unstably housed. The participants lost to follow-up were in a more disadvantaged situation than those reinterviewed at 12 months (S1 Table). The lost to follow-up rate was similar in the intervention and control groups (28.0% vs 27.8%, respectively; *p* = 0.94). The participants lost to follow-up' characteristics were similar in both groups (S2 Table).

With regard to the primary outcome, 63.3% of the participants in the intervention group participated in a training session compared to 55.6% in the control group (*p* = 0.039), an absolute difference of 7.7 points (95% CI 0.4 to 14.9) (Table 2). There was a significantly higher training session participation rate in the intervention group than in the control group for the women (66.3% vs 51.1%; *p* = 0.003), the younger participants (65.3% vs 54.9%; *p* = 0.041), those unstably housed (79.4% vs 52.3%; *p* = 0.013) and/or who had not continued their education beyond middle school (85.7% vs 45.2%; *p* = 0.003) or high school (62.7% vs 53.4%; *p* = 0.045) (Tables 3 and 4). However, the training session participation rate was the same in each group, regardless of the participants' health status reported at baseline (179, or 62.8%, in the intervention group vs 151, or 55.7%, in the control group [*p* = 0.09] for the participants in very good and good health and 46, or 64.8%, vs 37, or 55.2%, respectively [*p* = 0.251] for the others). In per-protocol analysis, 163, or 63.9%, of the participants in the intervention group who actually visited a doctor participated in a training session during the year following study inclusion versus 188, or 55.6%, of those in the control group (*p* = 0.023).

As for the secondary outcomes, no significant difference was observed between the intervention group and the control group in terms of the employment rate during the year following the intervention or in terms of perceived overall health. Similarly, the intervention did not seem to have any effect on social security coverage or on foregoing care, but significantly more



SPMC : the social and preventive medicine consultation

Fig 1. Trial profile.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216226.g001>

intervention group participants saw a psychologist during the year following the intervention (16.8% vs 8.8%; $p = 0.002$), especially among the men, those in a stable housing situation, and those who had not continued their education beyond high school (Tables 3 and 4). In addition, of those in the intervention group who visited a psychologist, 37 (60.7%) did so at least twice. Of the participants who had not seen a psychologist during the year preceding study inclusion, 11.6% of those in the intervention group vs 7.0% of those in the control group ($p = 0.039$) consulted one during the 12-month follow-up, a 4.5-point difference in the proportion of favourable changes between the two groups. Similarly, of those who had not had a regular GP at baseline, 21.1% now had one at 12 months in the intervention group vs 14.5% in the control

Table 1. Baseline characteristics.

	Intervention group (n = 504)	Control group (n = 472)	p
Age (years)	21.3 (1.9)	21.2 (2.1)	0.42
Gender			0.21
Female	253 (50.2%)	256 (54.2%)	
Male	251 (49.8%)	216 (45.8%)	
Origin			0.61
French, born to two French parents	317 (62.9%)	311 (65.9%)	
French, born to foreign parent(s)	140 (27.8%)	119 (25.2%)	
Foreigner	47 (9.3%)	42 (8.9%)	
Level of education			0.36
Middle school	40 (8.0%)	48 (10.2%)	
High school	329 (65.5%)	312 (66.1%)	
Postsecondary	133 (26.5%)	112 (23.7%)	
Difficulty reading French*	81 (16.1%)	75 (15.9%)	0.93
Difficulty writing in French*	144 (28.6%)	151 (32.0%)	0.25
No income	215 (45.9%)	196 (45.1%)	0.79
Had a partner	174 (34.7%)	166 (35.5%)	0.79
Unstable housing†	67 (14.2%)	71 (15.9%)	0.46
Lived:			0.72
Alone	74 (14.8%)	60 (12.8%)	
With parents	203 (40.5%)	205 (43.6%)	
With a partner (as a couple)	113 (22.6%)	105 (22.3%)	
Other	111 (22.2%)	100 (21.3%)	

Data are mean (SD) or n (%).

*Difficulty reading French or writing in French were self-reported and assessed by the question "In daily living, do you read/write in French with great, some or no difficulty?".

†Being unstably housed was defined as being hosted by friends or relatives or being a squatter.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216226.t001>

group (p = 0.023), a 6.6-point difference in the proportion of favourable changes between the two groups.

On the subject of health knowledge, a higher proportion of participants in the intervention group knew when to use the morning-after pill than in the control group (53.3% vs 45.9%; p = 0.026). This difference was significant among the women but not among the men, among the participants under the age of 21 years, and those who were stably housed and/or who had not continued their education beyond high school.

Overall, in both groups, a higher proportion of men than women engaged in sports to maintain their health (253 or 90.0%, vs 151, or 66.2%; p < 0.001). Moreover, a higher proportion of men in the intervention group engaged in sports to maintain their health than in the control group (95.2% vs 84.9%; p = 0.016). A significantly smaller proportion of men in the intervention group did not use a method of contraception during their last sexual intercourse than in the control group (17.4% vs 27.2%; p = 0.033), while for the women, no significant difference was observed between the two groups for these two variables. In addition, a higher proportion of the older participants in the intervention group used a means of contraception during their last intercourse than those in the control group.

In the intervention group, the participants who had actually attended a social and preventive medicine consultation and those who had not were broadly comparable in terms of age, gender, the level of education, difficulty reading French, income, having or not having a

Table 2. Outcomes in the intervention and control groups: pre-intervention, intent-to-treat analysis and observed differences.

	Pre-intervention			Post-intervention: Intent-to-treat analysis			Difference in the proportion of favourable changes between the intervention and control groups	
	Intervention Group (n = 504)	Control Group (n = 472)	p	Intervention Group (n = 363)	Control Group (n = 341)	p	Difference (95% CI)	p
Met outcome measure during the year following the intervention								
Participated in a training session (primary outcome)				226 (63.3%)	188 (55.6%)	0.039		
Worked				281 (78.3%)	259 (76.4%)	0.56		
Overall health								
Good or very good	405 (80.7%)	385 (81.6%)	0.72	284 (83.5%)	297 (82.3%)	0.66	1.1 (-3.6 to 5.7)	0.64
Use of care								
Had medical insurance	445 (89.0%)	432 (91.7%)	0.15	336 (93.1%)	321 (94.7%)	0.37	1.5 (-2.7 to 5.6)	0.47
Had supplemental health insurance	360 (72.1%)	331 (70.4%)	0.55	307 (85.5%)	281 (82.9%)	0.34	-0.4 (-6.2 to 5.4)	0.89
Had a regular GP	339 (67.5%)	347 (73.5%)	0.040	310 (85.9%)	273 (80.8%)	0.07	6.6 (0.9 to 12.2)	0.023
Had seen a psychologist during the previous year	46 (9.1%)	38 (8.1%)	0.55	61 (16.8%)	30 (8.8%)	0.002	4.5 (0.2 to 8.9)	0.039
Had foregone care during the previous year	155 (31.1%)	127 (27.0%)	0.15	92 (25.8%)	88 (26.0%)	0.94	2.3 (-3.0 to 7.6)	0.40
Health knowledge								
Knew that the morning-after pill is taken the day after missing a birth control pill				196 (53.3%)	156 (45.9%)	0.026		
Knew that the morning-after pill does not protect against AIDS or STIs				319 (88.6%)	300 (88.2%)	0.88		
Health behaviours								
Was doing something to maintain his/her health	233 (46.4%)	206 (43.8%)	0.42	185 (51.1%)	165 (48.5%)	0.50	-3.4 (-9.2 to 2.3)	0.24
Through diet	55 (24.7%)	53 (27.2%)	0.58	51 (28.2%)	45 (28.0%)	0.91	5.6 (-3.0 to 14.0)	0.20
Through sports	71 (77.0%)	152 (77.8%)	0.82	149 (82.3%)	122 (74.9%)	0.09	-3.4 (-13.5 to 6.8)	0.52
No contraception during last intercourse				68 (19.1%)	83 (25.1%)	0.06		

Data are n (%), unless indicated otherwise.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216226.t002>

partner, the type of housing, household composition and baseline overall health. On the other hand, in the intervention group, a higher proportion of those who ended up attending a social and preventive medicine consultation were French, born to two French parents or foreign immigrants (respectively, 215, or 65.8%, vs 102, or 57.6%, and 34, or 10.4% vs 13, or 7.3%; p = 0.023), and had difficulty writing in French (104, or 31.8%, vs 40, or 22.6%; p = 0.029) than of those who had not attended a consultation.

There were no significant effects on the primary outcome based on the ML, nor on the type of the ML (urban MLs vs medium-sized towns MLs).

No unintended effects were reported in either group.

Table 3. Comparison of post-outcome measures between the intervention and control groups by subgroups (gender and age).

	Gender						Age					
	Male			Female			≤ 21 years			> 21 years		
	Intervention Group (n = 182)	Control Group (n = 149)	p	Intervention Group (n = 181)	Control Group (n = 192)	p	Intervention Group (n = 194)	Control Group (n = 187)	p	Intervention Group (n = 166)	Control Group (n = 152)	p
Met outcome measure during the year following the intervention												
Participated in a training session	108 (60.3%)	91 (61.5%)	0.83	118 (66.3%)	97 (51.1%)	0.003	124 (65.3%)	101 (54.9%)	0.041	100 (61.0%)	86 (56.6%)	0.43
Worked	148 (82.2%)	115 (77.7%)	0.31	133 (74.3%)	144 (75.4%)	0.81	149 (77.2%)	142 (76.3%)	0.84	130 (79.3%)	116 (76.8%)	0.60
Overall health												
Good or very good	155 (85.7%)	129 (87.2%)	0.69	142 (78.9%)	155 (80.7%)	0.66	157 (80.9%)	154 (82.8%)	0.64	137 (83.5%)	128 (84.2%)	0.87
Use of care												
Had medical insurance	165 (91.2%)	137 (93.2%)	0.50	171 (95.0%)	184 (95.8%)	0.70	179 (92.3%)	174 (93.6%)	0.76	154 (93.3%)	145 (96.0%)	0.29
Had supplemental health insurance	148 (81.8%)	116 (78.9%)	0.52	159 (89.3%)	165 (85.9%)	0.32	162 (84.4%)	152 (81.7%)	0.49	142 (86.6%)	127 (84.1%)	0.53
Had a regular GP	145 (80.1%)	110 (74.3%)	0.21	165 (91.7%)	163 (85.8%)	0.08	169 (87.1%)	152 (82.2%)	0.18	138 (84.2%)	119 (78.8%)	0.22
Had seen a psychologist during the previous year	32 (17.6%)	10 (6.7%)	0.003	29 (16.0%)	20 (10.4%)	0.11	35 (18.0%)	12 (6.4%)	0.001	24 (14.5%)	18 (11.8%)	0.49
Had foregone care during the previous year	40 (22.5%)	33 (22.3%)	0.97	52 (29.1%)	55 (29.0%)	0.98	47 (24.5%)	42 (22.7%)	0.69	45 (27.8%)	46 (30.5%)	0.60
Health knowledge												
Knew that the morning-after pill is taken the day after missing a birth control pill	88 (48.6%)	65 (43.9%)	0.40	108 (60.0%)	91 (47.4%)	0.015	102 (52.9%)	72 (38.7%)	0.006	92 (55.8%)	84 (55.3%)	0.93
Knew that the morning-after pill does not protect against AIDS or STIs	159 (88.3%)	128 (86.5%)	0.62	160 (88.9%)	172 (89.6%)	0.83	165 (85.5%)	161 (86.6%)	0.77	152 (92.1%)	137 (90.1%)	0.53
Health behaviours												
Was doing something to maintain his/her health	108 (59.3%)	86 (58.1%)	0.82	77 (42.8%)	79 (41.2%)	0.75	94 (48.5%)	76 (40.9%)	0.14	90 (54.6%)	89 (58.6%)	0.47
Through diet	19 (18.3%)	20 (23.3%)	0.40	32 (41.6%)	25 (33.3%)	0.30	22 (24.2%)	18 (23.7%)	0.94	28 (31.5%)	27 (31.8%)	0.97
Through sports	99 (95.2%)	73 (84.9%)	0.016	50 (64.9%)	49 (65.3%)	0.96	77 (84.6%)	61 (80.3%)	0.46	71 (79.8%)	61 (71.8%)	0.22
No contraception during last intercourse	31 (17.4%)	40 (27.2%)	0.033	37 (20.8%)	43 (23.4%)	0.55	36 (19.1%)	39 (21.7%)	0.53	30 (18.3%)	43 (28.9%)	0.027

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216226.t003>

Table 4. Comparison of post-outcome measures between the intervention and control groups by subgroups (type of housing and level of education).

	Type of housing						Level of education					
	Unstable		Stable		Middle school		High school		Postsecondary		p	
	Intervention Group (n = 34)	Control Group (n = 45)	Intervention Group (n = 305)	Control Group (n = 276)	Intervention Group (n = 21)	Control Group (n = 32)	Intervention Group (n = 242)	Control Group (n = 221)	Intervention Group (n = 98)	Control Group (n = 88)		
Met outcome measure during the year following the intervention												
Participated in a training session	27 (79.4%)	23 (52.3%)	184 (61.3%)	156 (56.9%)	18 (85.7%)	14 (45.2%)	148 (62.7%)	117 (53.4%)	59 (60.2%)	57 (64.8%)	0.045	0.52
Worked	25 (73.5%)	31 (68.9%)	211 (76.7%)	238 (78.8%)	16 (76.2%)	17 (53.1%)	179 (74.6%)	168 (76.7%)	84 (87.5%)	74 (84.1%)	0.60	0.51
Overall health												
Good or very good	28 (82.4%)	33 (75.0%)	255 (84.2%)	236 (85.5%)	12 (57.1%)	27 (84.4%)	195 (80.9%)	183 (82.8%)	88 (90.7%)	74 (85.1%)	0.60	0.24
Use of care												
Had medical insurance	32 (94.1%)	41 (93.2%)	287 (94.4%)	262 (95.3%)	19 (90.5%)	27 (87.1%)	223 (92.9%)	208 (94.1%)	92 (93.9%)	86 (98.9%)	0.60	0.08
Had supplemental health insurance	28 (82.4%)	33 (75.0%)	269 (88.8%)	235 (85.1%)	15 (71.4%)	26 (81.3%)	206 (85.8%)	180 (81.8%)	11 (11.5%)	12 (13.8%)	0.40	0.63
Had a regular GP	25 (75.8%)	30 (68.2%)	267 (87.8%)	230 (93.9%)	17 (85.0%)	26 (81.3%)	203 (84.2%)	175 (79.9%)	89 (90.8%)	72 (82.3%)	0.73	0.10
Had seen a psychologist during the previous year	5 (14.7%)	8 (17.8%)	50 (16.4%)	19 (6.9%)	3 (14.3%)	2 (6.3%)	37 (15.3%)	18 (8.1%)	21 (21.4%)	10 (11.4%)	0.33	0.07
Had foregone care during the previous year	7 (20.6%)	12 (27.9%)	76 (25.4%)	71 (25.8%)	5 (23.8%)	7 (21.9%)	61 (25.5%)	50 (22.7%)	24 (25.3%)	31 (36.1%)	0.87	0.12
Health knowledge												
Knew that the morning-after pill is taken the day after missing a birth control pill	17 (50.0%)	19 (43.2%)	170 (55.9%)	123 (44.6%)	10 (47.6%)	15 (46.9%)	126 (52.5%)	89 (40.3%)	59 (60.2%)	52 (59.8%)	0.006	0.95
Knew that the morning-after pill does not protect against AIDS or STIs	29 (87.9%)	37 (84.1%)	269 (88.5%)	244 (88.4%)	18 (85.7%)	26 (81.3%)	207 (86.6%)	194 (87.8%)	92 (93.9%)	80 (92.0%)	0.64	0.61
Health behaviours												

(Continued)

Table 4. (Continued)

	Type of housing						Level of education					
	Unstable		Stable		Middle school		High school		Postsecondary		p	
	Intervention Group (n = 34)	Control Group (n = 45)	Intervention Group (n = 305)	Control Group (n = 276)	Intervention Group (n = 21)	Control Group (n = 32)	Intervention Group (n = 242)	Control Group (n = 221)	Intervention Group (n = 98)	Control Group (n = 88)		
Was doing something to maintain his/her health	17 (50.0%)	20 (45.5%)	154 (50.7%)	137 (49.6%)	7 (33.3%)	10 (31.3%)	117 (48.6%)	106 (48.0%)	60 (61.2%)	49 (56.3%)	0.50	
Through diet	4 (23.5%)	8 (44.4%)	44 (29.0%)	34 (25.2%)	1 (14.3%)	1 (10.0%)	36 (31.9%)	26 (24.8%)	14 (23.3%)	18 (39.1%)	0.08	
Through sports	15 (88.2%)	12 (66.7%)	122 (80.3%)	104 (77.0%)	5 (71.4%)	7 (70.0%)	92 (81.4%)	80 (76.2%)	51 (85.0%)	35 (76.1%)	0.25	
No contraception during last intercourse	12 (36.4%)	19 (45.2%)	53 (17.8%)	58 (21.6%)	3 (14.3%)	12 (40.0%)	54 (22.9%)	53 (24.7%)	10 (10.3%)	18 (20.9%)	0.046	

Data are n (%).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216226.t004>

Discussion

This study showed how systematically offering a social and preventive medicine consultation could improve training participation among the NEETs who visited MLs in France. This effect was more pronounced in women, participants under 21 years of age, those unstably housed and those who stopped their education earlier. There was no evidence of a differential effect according to perceived overall health at baseline.

Reducing the unemployment rate among young people has been and still is a priority in developed countries, both for societal and economic reasons, but also, of course, for improving the well-being, social integration and health of the young people concerned. This study was neither designed nor powered to detect employment but instead used an intermediate outcome (participation in training sessions). As expected, no significant difference in terms of returning to the labour market was observed during the year following study inclusion (a very short period of time for such an event), but the aim of training among NEETs is to enhance their employability by giving them the support and skills needed to make a successful transition to the job market. It has been shown that the return to the labour market in the short and long term is better for people who have access to training [21,22].

In their meta-analysis of re-engagement interventions among NEETs, Mawn and colleagues found that high-intensity multicomponent interventions featuring classroom and job-based training appear to increase employment amongst NEETs by 4% compared to controls. This is especially true when jobseekers are young [23]. In our study as well, the intervention worked better among younger participants. Even though a single meeting with either a social worker or a physician is a very low contact rate (and therefore the 'intervention dose' is very low), this study provides some preliminary evidence that multi-component interventions might work better than one-field intervention. Also, we think our intervention may have worked better because this single meeting might have made it more likely for participants in the intervention group to show up at a training session.

NEETs constitute an exceedingly heterogeneous population. It comprises several subgroups, each having its own characteristics and needs. That said, it is important to identify the characteristics and needs of the different subgroups that require specific forms of policy intervention, such as in the form of welfare or providing training [1]. This diversity among NEETs was encountered in our study population, as was the diversity of the effects of the intervention evaluated in different subgroups. It is interesting to note that this intervention was effective in those whose prevention and health needs were certainly greater, such as young women, the participants who were unstably housed and those who were less educated. In general, interventions among NEETs are less effective with those most disadvantaged, and there was, similarly, reason to fear that our primary care intervention would obey the inverse care law [21,24].

Regarding its primary purpose, our intervention had an impact on the women but not on the men, similar to the "Jovenes en Accion" intervention carried out in Colombia in 2005, although no hypothesis was offered in an attempt to explain this difference [25]. The authors of the 2017 meta-analysis hypothesized that "females had benefitted more from the intervention because of their possible lower levels of labour market engagement relative to males in control populations" [21]. The employment rate in our control group was, in fact, lower among the women than the men. More generally, it is known that in France, since 2009, in the most disadvantaged neighbourhoods and at a time when there is continually increasing unemployment, working-age women have been gradually withdrawing from the labour market: 50% of them are no longer in the job market compared to 30% of men, and they hold part-time jobs three to four times more often than men, (in more than half of the cases) [26].

We acknowledge certain limitations in both the design and conduct of this study. We chose to present in this paper the comparison between the intervention group and the control group but not that between the social worker group and the control group. This was done for two reasons. One was that the effect of solely the intervention by the social worker alone was nil (results not shown). The other was that, like other authors, we assumed that a multi-component intervention would be more effective [21]. In the end, the study population was smaller than anticipated because of a higher-than-expected lost to follow-up rate (although it was the same in both groups). However, we nonetheless observed our intervention to have a significant effect, with a power of 70%. The lost to follow-up rate can be explained, among other things, by the difficulties that the young people had in getting to the MLs to take the final questionnaire (busy with training, a work term, working, transportation problems, etc.). We do not have any information on the fate of these participants lost to follow-up, but, broadly speaking, they were more vulnerable than those who were followed. It is therefore possible that self-selection operated among the most vulnerable NEETs whereby the most motivated ones were retained in the study (and at the MLs?) and which could also explain, at least in part, why the intervention was more effective in these followed vulnerable participants than in the others who were followed. Lastly, in the baseline questionnaires and at 12 months, certain information was missing, information that would have been useful for better describing this population and understanding the reasons for the intervention's success or failure, specifically, more-detailed information on their work history and health-related information (e.g. smoking status, drug use, etc.). It had been decided—for ethical and data quality reasons—to have this information collected by the physicians. It is therefore available only for the young people in the per-protocol intervention group. Yet, only 65% of the young people in the intervention group actually attended a social and preventive medicine consultation. They were broadly comparable to those who did not attend for most of the study variables, including overall health at baseline, except for migration origin and the ability to write in French (probable connection). This proportion can be considered a success for young people whose young age, socially disadvantaged situation and frequent isolation from their families are not conducive to the use of health-care services. Conversely, a third of the young people did not want this service systematically offered by the research assistants. Strategies would no doubt be needed on a routine basis to improve their motivation, such as information and reminders from the personal counsellor, information and advertising on the MLs' premises, and young people sharing their experiences with one another. Lastly, if this intervention is generalized to all the MLs, this would probably require greater formalization of the contents of the consultations offered. The physicians who participated in this experiment actually had lengthy experience with this type of consultation and the target population. It is not certain that all MLs would have access to such experienced primary care physicians.

Despite its limitations, this study is the first of its kind in France and, to our knowledge, the first of its kind to be published in the scientific literature. Indeed, no randomised controlled trial had ever been conducted to examine the effect of a health intervention on the training participation rate among NEETs (or on their return to the labour market). As well, there has been little research to examine NEETs' physical and mental health outcomes. This is surprising, given the well-established bidirectional relationships between unemployment and health. Yet it is more than likely that the barriers to accessing preventive and social medicine consultations that are described in the general population are even greater in this population. In primary care, it is unfortunate that such primary care practices—focused on health promotion and disease prevention—are not widely practiced and accessible [27,28]. Different reasons can explain this at three different levels: at the physician level (e.g., uncertainty due to conflicting recommendations, a lack of time, and a lack of knowledge of young people's needs and

expectations), at the patient level (e.g., fear of consulting a doctor, unawareness of services and their benefits, a lack of autonomy, competition with other basic needs), and, lastly, at the health-care system level (e.g., a lack of low-threshold services and/or services integrated into the social services dedicated to these underserved, hard-to-reach populations) [29]. For instance, in France, preventive medical consultations are available (under conditions provided by law or the welfare system) at schools, universities, in the workplace, and for poor persons over 25 years of age. This means that NEETs are falling between the cracks in terms of the existing dedicated preventive medical services. In our study, 38% of the intervention group participants reported afterwards that they needed this consultation, even though they had not previously thought that they did, and 60% found that they learned things about health during the consultation. After this single consultation, certain changes in health behaviours were observed. The men in the intervention group used contraception more often than those in the control group, and a higher proportion of them reported, at 12 months, engaging in sports to improve their health than in the control group. As for the women, a higher proportion of them now knew when and in what circumstances to use the morning-after pill. As well, a higher proportion of the participants in the intervention group who did not have a regular GP now had one than in the control group. Another positive result was that a higher proportion of the young people saw a psychologist after the intervention (and began a follow-up with him/her). This is especially important because mental health in this population is particularly poor and because it is a known fact that the better a young person's mental health and self-esteem, the better their chances of finding a job [10,30,31].

It is very difficult to demonstrate the effectiveness of intervention studies involving primary care prevention. Indeed, it is not easy to document that changes in risk factors or disease prevalence can be achieved by means of preventive service programs or that reducing risk factors or disease leads to less morbidity and mortality (in a manner of speaking, preventive success is a nonevent) [29]. From this standpoint, having chosen an intermediate indicator that was observable in the short term was one of the key factors for this trial's success. We find these positive results especially important because once the value of preventive services is recognized and supported, programs and systems for implementing them can be introduced and funded. In the Paris region, for instance, the results of our study have convinced the decision-makers at the regional health agency (*Agence régionale de santé d'Ile-de-France*) to put improvements in NEETs' health at the top of the priorities for the 2013–2017 Regional Programme for Access to Prevention and Primary Care (*Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins*). For future trial recommendation, we would suggest to follow up the participants at 6 months (and one year). Indeed, this population is in transition and it has been demonstrated that the quicker the intervention is after receiving the status of NEET (to help young people to find a job or to enroll in the regular education system), the better his chances are in the job market, reducing 'scarring' and 'wage penalties' [1].

As reported in 2016 by the Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing, in health promotion and prevention, just as in marketing, interventions that influence attitudes, values, and behaviours are likely to be more impactful during adolescence or early adulthood than at any other period of life [32–34]. Many of the benefits conferred by preventive medicine are achieved only after a long period of time and consequently require an investment in the future. However, early adulthood is characterized by the end of a period of high brain plasticity associated with adolescence in which the final phase of adult brain organization takes place [35]. As well, during adolescence and young adulthood, people acquire the physical, cognitive, emotional, social, and economic resources that constitute the foundation for their health and wellbeing later in life [36]. These very resources establish trajectories into the next generation. Investing in the health and wellbeing of adolescents and young adults—especially those, such as

NEETS, at greatest need—is providing benefits now and will do so in the coming decades and for the next generation.

Supporting information

S1 Appendix. CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial.

(DOC)

S2 Appendix. Trial study protocol.

(DOCX)

S1 Table. Baseline characteristics of follow-up and lost to follow-up participants among the 976 patients randomised to the intervention and control groups.

(DOCX)

S2 Table. Comparison of the lost to follow up participants' baseline characteristics by group.

(DOCX)

Acknowledgments

We are grateful to the participants who agreed to take part in the study. We are also grateful to the staff of the Missions locales for their assistance in recruiting participants and for the warm reception on their premises. We would also like to thank Mark Wickens and Dahlia Kupfer for the English editing and revision of the manuscript.

Author Contributions

Conceptualization: Sophie Lesieur, Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Pierre Chauvin.

Data curation: Lucile Romanello, Sophie Lesieur, Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Pierre Chauvin.

Formal analysis: Sarah Robert, Pierre Chauvin.

Funding acquisition: Lucile Romanello, Sophie Lesieur, Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Pierre Chauvin.

Investigation: Lucile Romanello, Sophie Lesieur, Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Pierre Chauvin.

Methodology: Sarah Robert, Lucile Romanello, Pierre Chauvin.

Project administration: Lucile Romanello, Sophie Lesieur, Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Pierre Chauvin.

Resources: Sophie Lesieur, Joël Dutertre, Pierre Chauvin.

Supervision: Gladys Ibanez, Pierre Chauvin.

Validation: Gladys Ibanez, Pierre Chauvin.

Writing – original draft: Sarah Robert, Lucile Romanello, Sophie Lesieur, Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Gladys Ibanez, Pierre Chauvin.

Writing – review & editing: Sarah Robert.

References

1. Mascherini M, Salvatore L, Meierkord A, Jungblut JM. Eurofound. NEETs—Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe. Publications Office of the European Union. Luxembourg, 2012.
2. Mascherini M, Ludwinek A, Vacas C, Meierkord A, Gebel M. Eurofound. Mapping youth transitions in Europe. Publications Office of the European Union. Luxembourg, 2014.
3. Minni C, Pommier P. Emploi et chômage des 15–29 ans en 2012. *DARES analyses*. 2013; 73.
4. Lerais F, Math A. Jeunes européens en temps de crises. *Informations sociales* 2013; 180:32–40.
5. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavalaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349(9066):1655–9. PMID: [9186383](#)
6. Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. In: Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D, eds. *Traité de santé publique*. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 2007:331–341.
7. Power C. Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Soc Sci Med* 1991; 32:411–7. PMID: [2024156](#)
8. Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: A comparison of young men and women in Britain and Finland. *Soc Sci Med* 1995; 41:163–71. PMID: [7667680](#)
9. Robert S, Lesieur S, Chastang J, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2017; 65:265–276. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120> PMID: [28433462](#)
10. Labbe E, Moulin JJ, Sass C, Chatain C, Guéguen R, Gerbaud L. Etat de santé, comportements et environnement social de 105901 jeunes en insertion professionnelle. *Pratique et Organisation des Soins* 2007; 38:43–53.
11. Kobus M, Jakubek M. Youth unemployment and mental health: dominance approach. Evidence from Poland. IBS Working Papers, Instytut Badań Strukturalnych. 2015;4.
12. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Youth unemployment and economic recession in Spain: influence on health and lifestyles in young people (16–24 years old). *Int J Public Health* 2015; 60:427–35. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0668-9> PMID: [25724155](#)
13. Reine I, Novo M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health* 2004; 118:337–45. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2003.10.008> PMID: [15178140](#)
14. Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbos-Plot I, Michaud P. La santé des jeunes en rupture d'apprentissage. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Raisons de Santé, Lausanne 1997; 10.
15. West P, Sweeting H. Nae job, nae future: young people and health in a context of unemployment. *Health Soc Care Community* 1996; 4:50–62.
16. Scanlan JN, Bundy AC. Is the health of young unemployed Australians worse in times of low unemployment? *Aust N Z J Public Health* 2009; 33:79–82. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2009.00343.x> PMID: [19236364](#)
17. Béland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Soc Sci Med* 2002; 55:2033–52. PMID: [12406469](#)
18. Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingard E. Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *Eur J Public Health* 2013; 23:606–10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks099> PMID: [22930745](#)
19. Ordonnance n°82–273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale. JORF (28 mars 1982).
20. Ministère du travail. Les textes de référence du réseau des missions locales. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/les20mission3315.pdf> (accessed March 24, 2018).
21. Mawn L, Oliver EJ, Akhter N, Bamba CL, Torgerson C, Bridle C, et al. Are we failing young people not in employment, education or training (NEETs)? A systematic review and meta-analysis of re-engagement interventions. *Syst Rev* 2017; 6:16. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0394-2> PMID: [28122584](#)
22. Hutchinson J, Kettlewell K. Education to employment: complicated transitions in a changing world. *Educational Research* 2015; 57:113–20.
23. Jasaroski E, Poujouly C. Formation et retour à l'emploi. *Eclairages et synthèses* 2016; 26.
24. Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1:405–12. PMID: [4100731](#)
25. Attanasio O, Kugler A, Meghir C. Subsidizing vocational training for disadvantaged youth in Colombia: evidence from a randomized trial. *Am Econ J App Econ* 2011; 3:88–220.

26. Henry M, Dieusaert P. L'emploi des femmes dans les zones urbaines sensibles. *ONZUS infos* 2014.
27. Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. *Prim Health Care Res Dev* 2017; 18:529–40. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000494> PMID: 28797316
28. Brontons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005; 40:595–601. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.07.020> PMID: 15749144
29. Hensrud D. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice:1. Rationale and current preventive practices. *Mayo Clin Proc* 2000; 75:65–72.
30. Donovan A, Oddy M, Pardoe R, Ades A. Employment status and psychological well-being: a longitudinal study of 16-year-old school leavers. *J Child Psychol Psychiatr* 1986; 27:65–76.
31. Creed PA, Machin MA, Hicks RE. Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behaviour therapy based training interventions. *J Organiz Behavior* 1999; 20:963–78.
32. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387:2423–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1) PMID: 27174304
33. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet* 2012; 379:1564–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60472-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60472-3) PMID: 22538176
34. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012; 379:1630–40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5) PMID: 22538178
35. Baker ST, Lubman DI, Yucel M, Allen NB, Whittle S, Fulcher BD et al. Developmental changes in brain network hub connectivity in late adolescence. *J Neurosci* 2015; 35:9078–87. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5043-14.2015> PMID: 26085632
36. World Bank. *World Development Report 2007: Development and the next generation*. Washington, DC: World Bank, 2007.



CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	2-3
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	4-5
	2b	Specific objectives or hypotheses	5
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	6
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	7
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	6
	4b	Settings and locations where the data were collected	6
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	6-7
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	8
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	8
Sample size	7a	How sample size was determined	8-9
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	NA
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	6-7
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	6-7
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	6-7
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	7
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those	7
		assessing outcomes) and how	
Statistical methods	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	8-9
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	9
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	10 and fig 1
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	10 and fig 1
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	6
	14b	Why the trial ended or was stopped	NA
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	11
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	11-17
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	15
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	13
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	13-18
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	18
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	20-22
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	20-22
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	20-22
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	6
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	appendix
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	23

CONSORT 2010 checklist

Page 1

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming; for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

CONSORT 2010 checklist

Page 2

Appendix 2: Table 4: Baseline characteristics of follow-up and lost to follow-up participants among the 976 patients randomised to the intervention and control groups

	Lost to follow-up participants (n=272)	Follow-up participants (n=704)	<i>p</i>
Age (years)	21.1 (2.1)	21.3 (2.0)	0.26
Gender			0.40
Female	136 (50.0%)	373 (53.0%)	
Male	136 (50.0%)	331 (47.0%)	
Origin			0.26
French, born to two French parents	164 (60.3%)	464 (65.9%)	
French, born to foreign parent(s)	81 (9.8%)	178 (25.3%)	
Foreigner	27 (9.9%)	62 (8.8%)	
Level of education			0.020
Middle school	35 (12.9%)	53 (7.6%)	
High school	178 (65.4%)	463 (66.0%)	
Postsecondary	59 (21.7%)	186 (26.5%)	
Difficulty reading French	41 (15.1%)	115 (16.4%)	0.61
Difficulty writing in French	87 (32.0%)	208 (29.6%)	0.46
No income	121 (48.2%)	290 (44.5%)	0.31
Had a partner	87 (32.3%)	253 (36.1%)	0.27
Unstable housing	59 (22.8%)	79 (12.0%)	<0.001
Lived:			<0.01
Alone	44 (16.2%)	90 (12.9%)	
With parents	104 (38.4%)	304 (43.4%)	
With a partner (as a couple)	48 (17.7%)	170 (24.3%)	
Other	75 (27.7%)	136 (19.4%)	

Data are mean (SD) or n (%).

Appendix 3: Table 5: Comparison of the lost to follow up participants' baseline characteristics by group

	Intervention group (n=141)	Control group (n=131)	<i>P</i>
Age (years)	21.1 (2.2)	21.1 (2.0)	0.71
Gender			0.72
Female	72 (51.1%)	64 (48.9%)	
Male	69 (48.9%)	67 (51.2%)	
Origin			0.75
French, born to two French parents	82 (58.2%)	82 (62.6%)	
French, born to foreign parent(s)	44 (31.2%)	37 (28.2%)	
Foreigner	15 (10.6%)	12 (9.2%)	
Level of education			0.36
Middle school	19 (13.5%)	16 (12.2%)	
High school	87 (61.7%)	91 (69.5%)	
Postsecondary	35 (24.8%)	24 (18.3%)	
Difficulty reading French	19 (13.5%)	22 (16.8%)	0.45
Difficulty writing in French	39 (27.7%)	48 (36.6%)	0.11
No income	67 (51.2%)	54 (45.0%)	0.33
Had a partner	48 (34.3%)	39 (30.2%)	0.48
Unstable housing	33 (24.6%)	26 (20.8%)	0.46
Lived:			0.99
Alone	23 (16.3%)	21 (16.2%)	
With parents	53 (37.6%)	51 (39.2%)	
With a partner (as a couple)	25 (17.7%)	23 (17.7%)	
Other	40 (28.4%)	35 (26.9%)	

Data are mean (SD) or n (%).

Tableau 12 : Différence de prévalences des évolutions favorables entre le groupe médecin et le groupe contrôle

Variable	Groupe médecin		Groupe contrôle		Différence de prévalences des évolutions favorables entre le groupe médecin et le groupe contrôle	
	n/N	%	n/N	%	Différence (IC 95%)	p
Est à un an en bon ou très bon état de santé général alors qu'il ne l'était pas initialement	41/360	11,4	35/340	10,3	1,1 (-3,6 à 5,7)	0,64
Recours aux soins						
A une couverture maladie à un an alors que n'en avait pas initialement	32/359	8,9	25/338	7,4	1,5 (-2,7 à 5,6)	0,47
A une complémentaire santé à un an alors que n'en avait pas initialement	66/356	18,5	64/338	18,9	-0,4 (-6,2 à 5,4)	0,89
A un médecin régulier à un an alors que n'en avait pas initialement	76/360	21,1	49/338	14,5	6,6 (0,9 à 12,2)	0,02
A vu un psychologue pendant l'année suivant l'intervention alors que n'en avait pas vu l'année précédant l'intervention	42/363	11,6	24/341	7,0	4,5 (0,2 à 8,9)	0,04
N'a pas renoncé à des soins dans l'année suivant l'intervention alors qu'avait renoncé à des soins l'année précédant l'intervention	56/352	15,9	46/338	13,6	2,3 (-3,0 à 7,6)	0,40
Comportements en santé						
Fait quelque chose dans le but d'entretenir sa santé à un an alors que ne le faisait pas initialement	59/361	16,3	67/339	19,8	-3,4 (-9,2 à 2,3)	0,24
Par alimentation	39/176	22,2	26/157	16,6	5,6 (-3,0 à 14,0)	0,20
Par sport	58/176	33,0	57/157	36,3	-3,4 (-13,5 à 6,8)	0,52

DISCUSSION

Jusqu'en 2009, il était très étonnant qu'aussi peu d'études en France aient porté spécifiquement sur la santé mentale et physique des jeunes en insertion socio-professionnelle, alors même que le lien entre problème de santé et inactivité professionnelle était largement établi en population générale. Deux études s'étaient intéressées à la santé des jeunes en insertion socio-professionnelle en France, mais aucune ne portait spécifiquement au public nombreux et vulnérable reçu en Mission locale⁶. Nous avons pu mener – grâce à l'enquête Presaje – deux analyses supplémentaires dans ce domaine permettant de dresser un état des lieux de la santé et du recours aux soins de ces jeunes pour la première et une étude d'intervention pluri-professionnelle dont l'objectif était d'améliorer l'insertion et l'état de santé de ces derniers pour la seconde. Malgré leurs limites, ces études sont les premières de ce type en France et, à notre connaissance, à être publiées dans la littérature scientifique. Aucun essai contrôlé randomisé n'avait jamais été conduit pour étudier l'effet d'une intervention en santé sur l'insertion sociale et professionnelle des jeunes reçus en Mission locale. Quels enseignements pouvons-nous retenir de ces analyses ? Notons en premier lieu que vu dans leur ensemble, nos analyses tendent à confirmer le constat établi dans d'autres pays à savoir l'existence d'un gradient social de santé et du recours aux soins chez les jeunes en général, mais aussi au sein des jeunes en insertion socio-professionnelle. En particulier, la perception de sa propre santé physique ou émotionnelle – indicateur pertinent de la santé générale d'un individu – est d'autant plus dégradée que le jeune est mal inséré socialement et professionnellement. Au sein de cette population spécifique des jeunes reçus en Mission locale, les facteurs pouvant expliquer une moins bonne santé ou un moindre recours aux soins sont identiques aux facteurs qui sont retrouvés en population générale, à savoir : accumulation d'événements de vie difficiles dans l'enfance, isolement social, faible niveau de formation, confiance en soi et dans les institutions limitée, couverture sociale insuffisante, difficultés en termes de mobilité, le fait d'être issu de l'immigration, précarité financière, etc. Il est à noter que l'hétérogénéité des situations chez les jeunes à l'égard de l'emploi peut également s'expliquer par les mêmes facteurs.

⁶ Nous avons fait l'hypothèse forte dans l'ensemble du manuscrit que les jeunes reçus en Mission locale étaient représentatifs des jeunes en insertion socio-professionnelle (et par là-même aux NEETs) de 16 à 25 ans, à l'exception des jeunes invisibles. En effet, les Missions locales sont les seules structures institutionnelles mises en place au niveau national qui offrent un accueil à ce public.

La forte interdépendance entre les conditions de vie, la situation sanitaire et la situation face à l'emploi des jeunes rend complexe la production de recommandations pour améliorer l'insertion des jeunes. Par quel levier commencer ?

Ainsi, dans Presaje, l'objectif principal était de favoriser in fine l'insertion sociale et professionnelle des jeunes grâce à la proposition systématique d'une consultation de médecine sociale et préventive. Cette étude a montré comment la proposition systématique d'une consultation de médecine sociale et préventive pouvait améliorer la participation à des formations des NEETs qui fréquentaient les Missions locales en France. Cet effet était plus marqué chez les femmes, les participants de moins de 21 ans, ceux vivant dans un logement précaire et ceux ayant arrêté leurs études le plus précocement. Cette intervention a donc mieux fonctionné chez ceux dont les besoins en prévention et en santé étaient sans doute les plus grands. Un meilleur recours aux soins, et en particulier le recours à un psychologue, mais aussi certaines connaissances et comportements en santé, notamment en santé sexuelle, étaient améliorés dans le groupe « médecin » par rapport au groupe contrôle.

I. L'aller-vers

Pierre Chauvin nous questionne dans l'introduction de son article « Au-devant, auprès et avec. La nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant outreach, proximité et accompagnement dans le système de soins » sur les enjeux de la recherche en épidémiologie sociale : « Concernant la santé et la prise en charge des personnes en situation précaire, la recherche en épidémiologie sociale et en santé publique poursuit plusieurs objectifs : décrire rigoureusement (c'est-à-dire de la façon la moins biaisée et la plus reproductible possible) les situations sanitaires des personnes concernées, parfois à partir de constats ou d'interpellations d'acteurs de terrain ; analyser les liens et les processus qui relient les situations sociales et ces conditions de vie aux situations sanitaires observées ; départager, parmi eux, ceux dont l'intensité serait spécifiquement plus problématique dans ces populations ; dénoncer également – dans une perspective critique qui est, n'en déplaise à certains décideurs politiques, consubstantielle de la recherche dans ces domaines – les situations les plus injustes et les plus aiguës et les porter à la connaissance du plus grand nombre (notamment, dans notre « société du chiffre », par l'estimation quantitative de ces phénomènes) ; évaluer, finalement, les actions, dispositifs et pratiques mis en œuvre pour y répondre. La nécessité de produire des recommandations constitue une obligation affichée en santé publique qui plonge souvent les chercheurs soucieux de répondre à cette demande sociale dans un abîme croissant de perplexité à mesure qu'ils déconstruisent et caractérisent de façon de plus en plus fine ce qui relie les conditions de vie des personnes précaires et leur situation sanitaire, tant l'écheveau des interrelations et des chemins de cause à effet sont complexes. Quel bénéfice les populations vulnérables qu'ils étudient retirent-elles, in fine, de leurs recherches ? Quelles influences ou quels échos ont, en pratique, leurs constats et leurs résultats sur les pratiques professionnelles, les choix organisationnels et politiques en matière de santé ? Et si, très modestement, il ne s'agissait que de tenter de communiquer une culture scientifique de la complexité et du doute aux acteurs et aux décideurs pour mettre ces derniers (ou du moins ceux d'entre eux qui sont les plus impliqués) à l'abri des préjugés, des solutions simplistes ou des réponses inappropriées ? Comment fournir réellement – à partir de recherches parcellaires et tout en restant dans la culture de la preuve scientifique – des recommandations aux décideurs ? L'acuité croissante avec laquelle se pose la question de la santé des précaires – et plus largement des inégalités de santé – en France depuis plus de vingt ans ne signe-t-elle pas avant tout l'échec terrible de cette stratégie naïve des chercheurs comme des acteurs : faire connaître et comprendre pour faire changer les choses, initier des dispositifs innovants mais exceptionnels... sans interpellier les causes structurelles, sociales et sanitaires de leurs constats, y compris celles relatives à notre système de soins (si tant est, d'ailleurs, que l'offre de soins fasse réellement système dans notre pays) ?

Dans la situation actuelle où la lutte contre les inégalités sociales de santé est – enfin ! – reconnue et affichée en France (HCSP 2009), mais où on peut craindre que cet arbre ne cache la forêt d'une rationalisation des politiques de santé et de l'offre de soins qui met l'accent sur la responsabilité individuelle, sur la lutte obsessionnelle et démagogique contre les usages frauduleux, sur la diminution des coûts au prix d'un désintérêt croissant du sort des plus démunis, des plus vulnérables et des plus pauvres, quelles pistes quelque peu structurantes peut-on proposer ? » (Chauvin 2012). Trois démarches sont proposées dans cet article : « l'aller-vers » que nous développerons dans le chapitre ci-dessous, la proximité de l'offre de soins et enfin l'accompagnement.

A. Définition et concept de « l'aller-vers » (ou outreach)

Très peu de travaux scientifiques en France se sont intéressés au concept de « l'aller-vers » ou outreach en anglais. Les documents qui l'abordent sont le plus souvent des études de cas ou des retours d'expériences. Nous nous baserons dans ce chapitre essentiellement sur un rapport de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France publié en 2018 intitulé « Etat des lieux des actions d'aller-vers à destination des personnes en situation de grande précarité en Ile-de France » (Blanc et al. 2018). La définition donnée dans ce rapport de « l'aller-vers », comme concept de santé publique, consiste en une inversion du rapport entre le professionnel de santé et le public ciblé. A rebours du schéma classique où le patient prend rendez-vous avec le soignant, « l'aller-vers » se traduit par une démarche proactive de la part du professionnel de santé qui vise à rechercher et identifier son public cible de sorte à initier la relation en provoquant la rencontre. Il y a donc deux principes fondamentaux dans les approches « d'aller-vers » : l'initiation de la relation par l'intervenant et le déplacement de l'intervenant là où se trouve le public. Il s'agit d'aller au-devant des personnes qui sont en besoin sans être pour autant en demande (Blanc et al. 2018 ; Chauvin 2012).

Au cours de ce projet, nous pouvons donc considérer que l'expérimentation consistait bien en une démarche « d'aller-vers » les jeunes en insertion socio-professionnelle. Nous avons vu que les seuls guichets institutionnels déployés à un niveau national et dédiés à ces derniers sont les Missions locales. Au cours de l'expérimentation, c'est l'assistant de recherche qui initiait la relation en proposant aux jeunes d'aller rencontrer l'assistant social et/ou le médecin au sein même de la Mission locale. En dehors de l'expérimentation, le fonctionnement des points santé situés dans les murs des Missions locales permettent aussi cette démarche « d'aller-vers ». Ce n'est plus l'assistant de recherche qui invite alors à la consultation mais le travailleur social qui reçoit le jeune lors d'un entretien individuel (initial ou de suivi).

Avec le concept « d'aller-vers », le déplacement peut être physique ou virtuel. Le plus souvent, dans les exemples retrouvés, le déplacement sera physique : maraude à la rencontre des sans domicile fixe, bus à la rencontre des travailleurs du sexe, médiateurs en santé pour le dépistage des cancers féminins, etc. Quand le déplacement est virtuel, la personne peut être contactée par mail ou par téléphone. Par exemple, certaines associations de réduction des risques contactent des travailleurs du sexe sur internet.

Encadré 14 : Les différents termes qui désignent des actions « d'aller-vers »

Maraude, équipe mobile, visite à domicile, action hors les murs, action sociale de proximité, prévention spécialisée, travail social de rue, permanence délocalisée, consultation avancée, outreach, etc. sont différents termes qui désignent des actions « d'aller-vers ».

Dans le cas des points santé au sein des Missions locales, cela correspond au concept de « permanence délocalisée ». En effet, « une permanence délocalisée » ou « consultation avancée » correspond à un déplacement d'un service dans un lieu différent du lieu habituel d'exercice, à des heures et jours fixes. C'est une action inscrite dans la durée, un service assuré toute l'année et souvent sur plusieurs années. Le service est délocalisé dans un lieu le plus proche possible des lieux fréquentés par les personnes qui en ont besoin (en l'occurrence dans les murs des Missions locales) (Blanc et al. 2018).

B. Naissance de « l'aller-vers »

Les premières expériences qui ont été conceptualisées comme étant des démarches « d'aller-vers » datent des années 1960 à Chicago, dans un quartier noir et pauvre, confronté à une épidémie d'héroïne. Pour les experts de l'époque, la toxicomanie était une maladie incurable. Le Dr Patrick Hughes ouvre un centre de soin où il propose cures de sevrage et traitements substitutifs par méthadone. Pour mieux comprendre les enjeux de ce fléau dans le quartier, le Dr Hughes s'appuie sur l'expertise d'ethnographes et d'épidémiologistes, mais c'est avant tout avec les héroïnomanes du quartier que l'équipe se constitue. Malgré des débuts difficiles (un usager rechute, un autre s'avère peu fiable), l'équipe d'outreach finira par trouver ses marques grâce au recrutement d'un héroïnomanes respecté de tous. L'action, menée entre 1968 et 1974, a obtenu des résultats appréciables : presque tous les héroïnomanes du quartier ont pu avoir accès à un traitement ; certains se sont désintoxiqués, d'autres ont gardé un traitement par méthadone. Les consommations d'héroïne ont pu être contenues dans ce quartier précis pendant un temps donné (Coppel 2002 ; Hughes 1977).

Avant cette expérience qui a été la première à être « labellisée » outreach, nous pouvons trouver des exemples d'outreach dans l'action sociale européenne. À l'époque de la tuberculose, les assistantes

sociales frappaient aux portes des familles défavorisées. Dans les années 1950, pour prévenir la délinquance, est né le statut d'éducateur : nombre d'entre eux ont été eux-mêmes des « blousons noirs ». La lutte contre le VIH dans le champ de la toxicomanie a en fait réactualisé une méthode de l'intervention sociale déjà éprouvée mais a constitué une innovation en santé publique majeure en France dans le domaine de la réduction des risques. Beaucoup d'expériences d'outreach se sont basées sur un apprentissage par les pairs et ont été couronnés de succès.

Encadré 15 : Les travailleurs pairs

Les travailleurs pairs/médiateurs de santé sont des personnes qui ont une expérience de vie et/ou de maladie similaire à celles des personnes avec qui elles travaillent. La notion de pair-aidance est assez ancienne, et selon les personnes, elle peut être considérée comme constitutive des échanges de savoir. La formalisation sous sa forme actuelle, avec une théorie sous-jacente de changement via les transferts de savoir d'expérience pour lutter contre la maladie, remonte aux Alcooliques Anonymes. La pair-aidance est aujourd'hui utilisée dans le champ sanitaire pour de très nombreuses maladies chroniques, comme le cancer, le diabète, l'obésité, l'asthme, le VIH, etc. (MARSS 2020).

C. Les actions « d'aller-vers » sont surtout destinées aux personnes précaires

Les actions « d'aller-vers » en santé publique sont le plus souvent destinées aux personnes précaires⁷. Beaucoup des jeunes en insertion, comme nous l'avons vu dans l'introduction, sont en situation de précarité. Ils constituent donc un public cible auprès duquel une démarche « d'aller-vers » prend tout son sens.

Les actions « d'aller-vers » ont d'ailleurs été essentiellement théorisées et mises en pratique auprès des personnes les plus à la marge de nos sociétés (prostituées, sans domicile fixe, migrants,

⁷ La précarité telle que définie par Wresinski en 1987 correspond à l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. La grande qualité du concept de précarité est de s'être écartée des catégories construites à partir des dispositifs publics (par exemple les RMIstes, les chômeurs en fin de droit, etc.), en considérant la vulnérabilité indépendamment de leur prise en charge par le système d'aide sociale. Ce concept s'oppose utilement à la vision dualiste d'une société partagée entre « inclus » et « exclus » de part et d'autre d'une « fracture sociale ». Il renouvelle et complète la conception d'un continuum social tendu entre les personnes les plus privilégiées et les plus défavorisées, dont les personnes en situation de précarité ne constituent pas la borne inférieure mais se retrouvent – avec certes une fréquence différente – à tous les niveaux de la hiérarchie sociale. Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe définissable par les critères socio-économiques habituels de la statistique publique. Confrontées à un ensemble hétérogène de situations génératrices de difficultés diverses, elles ont néanmoins en commun une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans les différentes sphères de la socialisation : la famille, le milieu professionnel, le réseau amical notamment (Chauvin et Estacahandy 2010 ; Chauvin 2012 ; Paugam 2009).

toxicomanes, etc.) et donc souvent en rupture avec les institutions et services médico-sociaux classiques. Les maraudes des dispositifs du « Samu social » ou les équipes mobiles psychiatrie-précarité sont des exemples emblématiques de cette démarche en France.

Encadré 16 : Un exemple d'outreach : les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

A nouveau, nous nous appuyerons sur l'article de Pierre Chauvin intitulé « Au-devant, auprès et avec » pour illustrer un exemple de mise en œuvre d'une démarche « d'aller-vers » : « Les équipes mobiles psychiatrie précarité ont été mises en place à partir de 2005 et sont aujourd'hui une centaine en France. La circulaire du 23 novembre 2005 prévoyait qu'elles devaient bénéficier à des publics très larges : toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale atteintes de pathologies psychiatriques ou en situation de souffrance psychique. Ces équipes sont censées constituer un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins "de droit commun" et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés. Leurs deux principes d'action sont d'aller au-devant des publics (une pratique d'outreach) et de travailler en réseau et partenariat avec le secteur social. Dans les faits, un premier bilan réalisé en 2007 (Mercuel 2008) a montré que ces pratiques avancées pouvaient prendre diverses formes : une moitié des équipes effectuaient des maraudes dans la rue (des pratiques partagées avec d'autres équipes dans les champs des addictions, du travail social et de l'action humanitaire), d'autres intervenaient en porte à porte dans les logements insalubres, d'autres encore dans les structures d'accueil et d'hébergement. Seules de telles pratiques permettent de détecter, d'initier et parfois de poursuivre un lien de soins avec des personnes difficiles à joindre et ou à amener vers les dispositifs de soins de droit commun (en ville en comme à l'hôpital), des personnes qui n'expriment pas toujours, initialement et d'elles-mêmes, le besoin spontané d'être soignées. Mais – et ce n'est pas le moindre de leur intérêt – elles permettent également aux soignants, dans une pratique qui se rapproche de la visite à domicile (devenues si rare en milieu urbain), de mieux connaître les conditions de vie des personnes, de mieux appréhender leurs besoins, de connaître et d'anticiper les difficultés de leur prise en charge en comprenant mieux leurs logiques et leurs priorités vis-à-vis des soins de santé. Les professionnels auditionnés dans le cadre du rapport sur la santé des personnes sans chez soi (Girard et al. 2010) ont souligné les difficultés rencontrées quand il s'agissait d'orienter les patients dans les structures de soins communs (en l'occurrence, ici, la psychiatrie de secteur et la psychiatrie hospitalière). Une autre difficulté est la prise en charge somatique des personnes, les EMPP n'ayant que très rarement un médecin généraliste dans leur équipe. Ce manque d'omnipraticiens fait, à son tour, obstacle à une prise en charge globale de la santé, ce qui est tout à fait regrettable de la part de tels dispositifs qui prennent la peine, pour une fois, d'aller au-devant des malades. » (Chauvin 2012)

D. Les raisons du non-recours à l'offre sociale

Pourquoi les démarches « d'aller-vers » s'adressent le plus souvent aux personnes en situation de précarité ? La principale raison réside dans le fait que ces personnes précaires n'ont pas recours à l'offre sociale déjà existante. C'est donc à l'offre publique d'aller vers les personnes les plus démunies (et de fait éloignées du système). Nous étudierons dans ce chapitre les raisons générales du non-recours à l'offre sociale ou sanitaire. Pour rappel, un des objectifs de Presaje était d'étudier les raisons du non-recours aux soins chez les jeunes en insertion⁸.

Dans le projet Presaje, le non-recours peut être interrogé à trois niveaux : le non-recours des jeunes en insertion socio-professionnelle aux Missions locales (cf. les jeunes invisibles), le non-recours des jeunes accueillis dans les Missions locales mais qui ne sollicitent pas les offres proposées habituellement au sein des Missions locales (formation, stage, etc.), le non-recours des jeunes de l'expérimentation du groupe « assistant social » ou du groupe « médecin » qui ne sont pas allés voir l'assistant social et/ou le médecin.

En 2015, 18% des jeunes déclarent ne pas avoir bénéficié de tous les droits auxquels ils pouvaient prétendre depuis un an, un taux très proche de celui observé auprès de la population dans son ensemble. Si on y ajoute les 38% de jeunes qui ne savent pas s'ils ont renoncé à des droits (parce qu'ils ne connaissent pas les aides auxquelles ils peuvent prétendre par exemple), le non-recours pourrait potentiellement concerner plus d'un jeune sur deux (56%). Le non-recours est plus fréquemment signalé par les jeunes peu qualifiés sans emploi ni formation (28% contre 18% en moyenne), les jeunes chômeurs (27%), les inactifs non-étudiants (24%), les parents (26%), les bas revenus (26%), ainsi que les femmes (21%). Globalement, la part de jeunes qui se disent concernés par le non-recours diminue à mesure que le niveau de vie s'améliore (Crédoc/INJEP 2016 ; ODENORE 2020).

⁸ Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur la protection sociale des jeunes pointe en la matière la très grande complexité du système de protection sociale pour les jeunes. L'inspection rappelle que le modèle social français est historiquement fondé sur une double assise, professionnelle liée aux cotisations associées à l'emploi, et familiale, lorsqu'il n'y a pas de revenu professionnel. Les auteurs, au terme de leurs travaux, pointent le manque d'adéquation aux trajectoires actuelles des jeunes qui rencontrent de nombreuses difficultés d'insertion durable dans l'emploi et les questions que pose l'allongement des temps de formation avec ses conséquences sur l'autonomie des jeunes. Pour pallier ces manques, « de nombreuses mesures sont intervenues, sur la durée [...] les réformes menées comme des dérogations successives – et parfois mal coordonnées – aux règles générales de notre système de protection sociale aboutissent enfin à une forte complexité des processus imposés aux jeunes. Nombre d'entre eux doivent accomplir des démarches administratives personnelles ardues pour assurer leur couverture [...]. À ne pas comprendre le contenu et le sens de la sécurité sociale, les jeunes s'exposent à un risque de non-recours aux droits, ou critiquent vivement les procédures. Une telle situation est source de défiance à l'égard d'un système qui a pourtant besoin de leur adhésion pour pérenniser sa légitimité. » (Crédoc/INJEP 2016 ; IGAS 2016)

Le non-recours à l'offre sociale ou sanitaire – et plus généralement à l'offre d'insertion sociale et professionnelle – repose sur des ressorts multiples (Bernot-Caboche 2018 ; Blanc et al. 2018 ; Boisson-Cohen et al. 2017 ; Mazet 2010 ; Vial 2014) :

- la non-connaissance : l'offre n'est pas connue, souvent par manque d'information. C'est un motif explicatif courant dans les problématiques d'accès aux droits.
- la non-demande : l'offre est connue mais n'est pas demandée. Des individus informés de l'existence d'une offre publique choisissent de ne pas la solliciter et restent en retrait de dispositifs auxquels ils ont le droit. Dans cette situation, la non-demande peut être expliquée par différentes raisons. La priorité à la survie est une raison explicative du non-recours : les problèmes de santé apparaissent moins prioritaires qu'un travail pour nombre de NEETs. Ces derniers étant confrontés à de nombreuses barrières – qu'elles soient financière, matérielle, cognitive, psychologique, physique, symbolique, etc. – le coût d'entrée dans le dispositif de demande apparaît plus élevé que les bénéfices que les individus peuvent en attendre ; il s'agit là d'un raisonnement coût-bénéfice qui est à l'origine de la non-demande. Pour d'autres, la non-demande est liée à un sentiment de stigmatisation, que ce soit sur une base sociale (pauvre), ethnique (discrimination), ou territoriale (quartier). Pour d'autres encore, le passage obligé par un travailleur social, le fait de se rendre au centre social du quartier ou au guichet de la Caisse d'allocations familiales, de devoir se à mettre à nu (en racontant sa vie passée ou en parlant de ses projets) sont parfois réhibitoires pour s'engager dans les dispositifs d'aide et dans l'accès à certains droits. Le coût « identitaire » du recours aux soins (accepter le statut social de malade et ses conséquences identitaires, pratiques et psychologiques pour soi-même et autrui) et la honte de fréquenter les dispositifs d'assistance sont deux aspects qui ont été particulièrement mis en lumière par Isabelle Parizot dans « Soigner les exclus » (Parizot 2003). Ce coût psychologique du soin médical nécessite une aptitude à « faire face », des capacités et des possibilités à se projeter dans l'avenir, à reconsidérer au moins temporairement ses priorités de vie, à pouvoir se ménager un temps pour s'occuper de soi, qui ne sont pas égales pour tous et qui sont souvent particulièrement compromises chez les personnes en situation précaire (Chauvin 2012). De façon plus rare, la non-demande peut être expliquée par un sentiment de honte : « la conception que les individus ont d'eux-mêmes ou les modèles culturels auxquels ils sont attachés (autonomie et indépendance) impliquent de ne pas demander à autrui » (Mazet 2010). La non-demande résulte d'un choix, celui de conserver une bonne image de soi. Dans un certain nombre de cas, ce sont les difficultés pour accéder à l'offre qui sont à l'origine de la non-demande. Pierre Mazet (Mazet 2010) nous éclaire sur ce point : « l'augmentation des contraintes et conditionnalités imposant un espace d'obligation

et de devoirs, tels qu'ils se développent de plus en plus dans les politiques d'individualisation, d'incitation ou d'activation, illustrent de manière marquante l'incompatibilité des normes entre l'offre et ses destinataires. Les normes de responsabilisation et d'autonomie individuelle, l'exhortation à formuler un projet ou à prononcer un engagement, sont de fait irrecevables lorsqu'elles s'adressent à des individus marqués par des difficultés à agir par eux-mêmes ou dont la situation de précarité se caractérise justement par une incapacité à se projeter positivement dans le temps. Elles génèrent souvent un repli ou un abandon et accentuent un sentiment de soi négatif face au modèle promu de l'accomplissement individuel. Si l'on considère que les politiques sociales ont pour but de produire de la reconnaissance, l'analyse des comportements de non-demande apporte un éclairage surprenant : elle montre des individus qui préfèrent ne pas être reconnus parce qu'ils ne s'y retrouvent pas dans le respect et l'estime de soi proposés par l'offre publique. Ils se détournent alors de l'offre de protection parce que les dispositifs institutionnels qui s'adressent à eux leur renvoient de fait une forme de mépris – une reconnaissance négative – ou ne les reconnaissent pas dans la réalité de leur situation – déni de reconnaissance. » En effet, dans notre société de la performance, la dépendance peut être prise pour un facteur d'indignité et la fragilité pour un échec. De manière implicite, la raison principale de la non-demande repose donc sur une perte de confiance en soi, dans les autres et les institutions.

Ces réflexions nous amènent à émettre une hypothèse d'un mécanisme qui pourrait expliquer en partie l'efficacité de l'intervention du « groupe médecin » sur le recours plus important à l'offre habituellement proposée par les Missions locales (les entrées en mesure) des jeunes participants de ce groupe. En facilitant l'accès à un médecin et un assistant social, en simplifiant les démarches, en reconnaissant les difficultés de ces jeunes de façon globale et non segmentée, peut-être avons-nous réussi à renforcer la confiance en soi de ces jeunes mais aussi leur confiance dans les institutions ?

- la non-proposition : l'offre n'est pas proposée ou n'est pas activée par l'intermédiaire social. Dans le domaine des soins de santé, cette absence de proposition peut notamment concerner les recours secondaires aux soins spécialisés, à l'origine de ce que Pierre Lombrail appelle les inégalités de soins « par omission » (Lombrail et Pascal 2008).
- la non-réception : l'offre est demandée mais n'est pas reçue. Dans le cadre de l'insertion socio-professionnelle, ceci est dû entre autres à une insuffisance de moyens des Missions locales qui

ne peuvent pas recevoir et suivre correctement les jeunes. Dans certains territoires – les plus défavorisés – là où les besoins sont les plus grands, mais où les financements sont les plus faibles, ce phénomène de non-réception de l’offre s’en trouve aggravée.

Le non-recours à l’offre sociale interroge l’effectivité et la pertinence des droits et des dispositifs.

E. Les objectifs de « l’aller-vers »

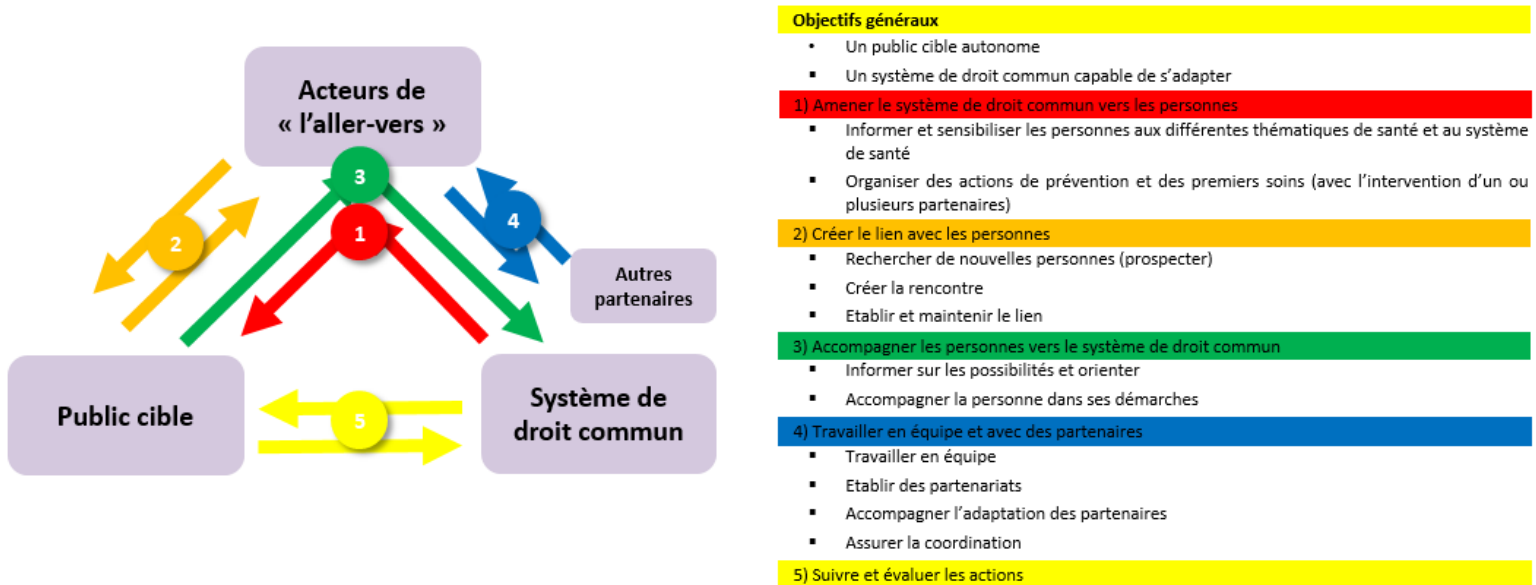


Figure 48 : Les objectifs de « l’aller-vers » (inspiré de Blanc et al. 2018)

Les objectifs généraux des actions « d’aller-vers » à destination des personnes en situation de précarité sont de différentes sortes (Blanc et al. 2018) :

Tout d’abord, ces actions visent à amener le système de droit commun vers les individus. Pour cela, le système de droit commun doit être capable de s’adapter au(x) public(s) cible(s). En premier lieu, il faut donc identifier le public cible, puis créer un lien avec ces personnes (ou « tricoter » un lien, comme disent les acteurs de terrain).

En filigrane, les acteurs des structures de droit commun peuvent faire face à des difficultés pour accéder à ces publics cibles et les accompagner. Un des objectifs des actions « d’aller-vers » à destination de ces structures est la formation et la sensibilisation des professionnels de ces structures pour une meilleure prise en charge des personnes précaires. Cette formation doit permettre en particulier de lutter contre la discrimination et les préjugés envers les publics non recourant. Les professionnels devront donc identifier les publics qui ne viennent pas dans les structures de droit commun, les raisons de ce non-recours et trouver des moyens pour y remédier. Ainsi, les acteurs du

« aller-vers » peuvent jouer un rôle d'interface, de facilitateur entre les publics précaires et les structures de droit commun. Ils n'ont pas vocation à se substituer au droit commun, ni à créer une voie parallèle de recours. Leurs actions visent à rétablir le lien entre le public cible et les structures de droit commun.

L'accompagnement passe d'abord par la formulation d'une demande. Ce qui interroge la responsabilité d'un intervenant à porter la demande d'une personne dans l'incapacité ou dans l'impossibilité de la formuler, tout en respectant le choix des personnes ne souhaitant pas d'accompagnement. L'accompagnement des personnes va pour certains intervenants au-delà de l'information et de l'orientation⁹. Les acteurs de « l'aller-vers » peuvent accompagner dans les démarches administratives, notamment pour s'assurer de l'ouverture des droits des personnes. Cet accompagnement en co-gestion avec la personne concernée peut se manifester par un soutien moral, un déplacement physique avec les personnes dans les structures, un rappel des rendez-vous, etc. De nombreuses stratégies sont mises en place pour renforcer la capacité des personnes à se rendre de façon autonome dans les structures de droit commun. Dans le domaine de la santé, l'accompagnement est déterminant pour améliorer la qualité des soins effectivement reçus et optimiser les trajectoires de soins dans une offre à la fois pléthorique et peu lisible (Chauvin 2012).

Le travail en équipe et en réseau sont indispensables à la bonne mise en œuvre des actions « d'aller-vers ». Certains partenariats seront formalisés par une convention, d'autres seront le fruit d'un accord tacite entre deux parties (qui peuvent être des individus, ou des structures). Les personnes rencontrées font souvent face à des difficultés qui touchent plusieurs domaines de leur vie. Il faut prendre en compte les personnes dans leur globalité pour mener à bien ces actions, rendant le travail en réseau indispensable. Ce travail exige des temps de coordination importants, trop souvent peu valorisés.

Enfin, pour parfaire leur mission, les acteurs de « l'aller-vers » doivent suivre et évaluer leurs actions. Pour cela, ils mettent en place des outils d'évaluation qui permettent en premier lieu de suivre l'évolution de la situation des personnes, mais aussi de produire des données quantitatives et/ou qualitatives sur les activités entreprises à des fins de retour d'expérience, d'échange de pratiques et de capitalisation des savoirs, de valorisation des actions auprès des instances de tutelles et des financeurs et d'adaptation des programmes mis en place. Penser les indicateurs d'impact et les outils qui permettront de les relever (sans entraver l'action mais en restant pertinent) est un réel enjeu pour

⁹ En médecine, information et orientation sont au cœur de la relation médecin-malade et constituent une responsabilité particulière de la médecine générale.

l'avenir de ces actions. Trop souvent, cette évaluation se limite à un rapport d'activité aux tutelles alors que celles-ci devraient soutenir et fournir les moyens d'une évaluation réellement utile et pertinente.

In fine, l'ensemble de ces actions visent à renforcer la capacité des personnes à se rendre de façon autonome dans les structures de droit commun et à renforcer leur pouvoir d'agir. L'autonomie n'est pas synonyme d'indépendance dans le sens où l'objectif serait que la personne n'ait besoin de personne d'autre. L'autonomie s'entend comme la capacité d'une personne à mobiliser les ressources autour d'elle pour faire face aux situations qu'elle rencontre. Cette autonomie suppose un travail sur l'estime de soi, la confiance dans les institutions de droit commun et une confiance dans l'avenir. Cela interroge sur les limites de l'accompagnement, non seulement dans le temps, mais aussi dans son contenu. Dans quelles conditions une conduite est jugée trop intrusive et ne respectant pas le libre arbitre de la personne ? A quel moment considère-t-on qu'une personne est autonome ? Quand doit-on mettre fin à un accompagnement ?

La juste distance dans le domaine de l'accompagnement entre l'intervenant et le public cible constitue un véritable enjeu : si cette distance est trop grande, alors l'action sera probablement un échec, les bénéficiaires de l'action retrouvant alors les processus habituels, froids et désobjectivants du système classique. Trop souvent, on apprend aux acteurs du soin à ne pas s'exposer personnellement pour se protéger de la relation. Or, Marcel Mauss dans son « Essai sur le don » évoquait la nécessité d'équilibrer le don par un « contre-don » (Mauss 1925). Si le soignant se protège de la relation, alors, le patient n'a pas de moyen de rendre car c'est dans le champ de la relation qu'il est le plus à même de se reconnaître également comme un être de don. Si la distance est trop proche, la sollicitude – dont les limites avec la pitié et/ou la condescendance sont parfois floues – risque alors de prendre le pas sur la relation et le risque projectif et fusionnel entre les deux acteurs de la relation peut devenir problématique. L'accompagnant devra veiller aussi à n'être ni moralisateur, ni paternaliste. La juste distance dans l'accompagnement se joue donc dans cette nécessaire et subtile tension entre attraction et distanciation (Chatel 2010).

L'accompagnement va à contre-courant des valeurs que prône notre société actuelle où la performance – au niveau individuel comme au niveau institutionnel – est mise en exergue. Selon le Président de la République, Emmanuel Macron, il suffit « de traverser la rue pour trouver du travail ». Notre société renvoie à ces jeunes en insertion que leur situation socio-professionnelle ne relève que de leur responsabilité individuelle. Les théories néo-libérales renforcent cette idée que chacun est responsable de son propre destin, alors que, nous avons bien vu dans l'introduction que de nombreux facteurs (indépendants de la volonté et de la responsabilité des jeunes) pouvaient entraver leur insertion socio-professionnelle. Ces courants idéologiques ont donc rendu les actions à destination de

ces jeunes peu populaires. Les Missions locales, dont les principes fondateurs étaient ancrés dans un idéal social très fort, ont dû petit à petit valoriser leur travail. Les missions les plus éloignées de l'insertion professionnelle ont peu à peu été mises de côté car plus difficilement valorisables. La pression du chômage a poussé les différents gouvernements à prioriser l'accès à l'emploi dans une culture du chiffre¹⁰, qui tend à favoriser l'accompagnement des jeunes les plus facilement « employables » au détriment des plus vulnérables. Très concrètement, de nombreuses Missions locales ont dû fermer ou diminuer drastiquement les accueils psychologiques. Les financements des ARS ont été réduits alors que les besoins sociaux et sanitaires persistent voire augmentent (Kergoat et al. 2013). Comment montrer que prendre en compte la santé des jeunes peut également avoir des effets sur leur insertion sociale et professionnelle ? Comment évaluer rigoureusement l'apport des points santé au sein des Missions locales ? Quelle méthode utiliser pour évaluer leur impact ? Il était nécessaire de trouver une méthode scientifique légitime auprès des décideurs publics afin que les résultats de l'étude puissent être pris au sérieux et que des actions soient entreprises¹¹. Le choix de la méthode s'est donc naturellement portée vers l'essai contrôlé randomisé car elle apportait un niveau de preuve suffisant et était alors en plein essor en recherche interventionnelle en santé des populations – cette méthode étant alors considérée comme le gold-standard tant pour la communauté scientifique que pour les décideurs de la sphère publique. Bien que cette méthode présente des avantages certains, son développement ultra-rapide s'est accompagné de certains écueils. Nous illustrerons ces propos dans le prochain chapitre en nous inspirant d'un autre domaine – l'économie du développement – où ces méthodes (largement importées de la recherche en santé) ont connu un essor plus fulgurant encore. Elles ont valu un « prix Nobel d'économie » [prix de la Banque de Suède en sciences économiques en mémoire d'Alfred Nobel] à leurs promoteurs mais ont, en effet, été largement critiquées.

¹⁰ « La mise en place de la globalisation des crédits d'accompagnement des Missions locales doit s'inscrire dans une nouvelle approche de la performance. C'est pourquoi la nouvelle stratégie pluriannuelle de performance des Missions locales porte, pour la période 2019-2022, un nouveau cadre de performance avec l'instauration d'une part variable de 10% appliquée à toutes les Missions locales. Ainsi, en 2020, le montant de cette part sera déterminé au regard de l'atteinte des objectifs 2019 fixés lors des dialogues de gestion. » (réponse du Ministère du travail publiée au Journal Officiel du Sénat du 13/06/2019, p. 3108)

¹¹ De fait, les résultats de cette recherche ont été cités et utilisés par l'ARS Ile-De-France dans sa stratégie d'amélioration de la santé des jeunes (ARS Ile-de-France 2018).

II. La mise en perspective des essais contrôlés randomisés en économie du développement

Dans cette deuxième partie de la discussion, nous discuterons de la méthode employée dans Presaje, c'est-à-dire des essais contrôlés randomisés. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur les réflexions d'Agnès Labrousse dans son article intitulé « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement » (Labrousse 2010) et de Florent Bédécarrats, Isabelle Guérin et François Roubaud dans l'article intitulé « L'étalon-or des évaluations randomisées : économie politique des expérimentations aléatoires dans le domaine du développement » (Bédécarrats et al. 2017) à propos des essais contrôlés randomisés en économie du développement. Bien que les propos de ces derniers dans les deux articles sources soient à charge contre les « randomistas » (et en particulier contre Esther Duflo), leurs propos nous éclairent pour discuter de la pertinence des essais contrôlés randomisés dans notre contexte et donc, in fine, de nos résultats.

Les essais contrôlés randomisés, autrement appelés méthodes expérimentales d'évaluation d'impact par assignation aléatoire (en anglais Randomized Control Trial, RCT dans la suite du texte), sont utilisés dans le domaine de la recherche médicale depuis les années 1940 (Labrousse 2010). Aux Etats-Unis, ces méthodes sont utilisées depuis les années 1960 pour l'évaluation des politiques publiques dans les domaines comme la criminalité, l'assurance, l'emploi, la fiscalité ou encore l'éducation. Elles sont devenues le gold-standard de l'évaluation en économie du développement depuis les années 2000 avec l'essor de jeunes chercheurs tels qu'Esther Duflo ou Abhijit Banerjee. Cette transposition de méthodologie du domaine médical au domaine économique intervient dans des circonstances opportunes (omniprésence de la culture de l'évaluation au sein du courant néolibéral et fin du cycle idéologique du consensus de Washington).

Encadré 17 : Le consensus de Washington

Le consensus de Washington (Geoconfluences 2019) est un corpus de mesures d'inspiration libérale appliquées aux économies en difficulté face à leur dette (notamment en Amérique latine) par les institutions financières internationales siégeant à Washington (Banque mondiale et Fonds monétaire international) et soutenues par le département du Trésor américain. Il reprend les idées présentées en 1989, sous la forme d'un article par l'économiste John Williamson soutenant dix propositions fortement inspirées de l'idéologie de l'école de Chicago :

- Discipline budgétaire stricte (équilibre des dépenses et des recettes) ;

- Réorientation de la dépense publique (vers des secteurs de forts retours économiques sur investissements, diminution des inégalités de revenu) ;
- Réforme fiscale (élargissement de l'assiette fiscale, diminution des taux marginaux) ;
- Stabilité monétaire (inflation faible, réduction des déficits du marché, contrôle des réserves d'argent) ;
- Adoption d'un taux de change unique et compétitif ;
- Libéralisation du commerce extérieur ;
- Élimination des barrières à l'investissement direct étranger ;
- Privatisation des entreprises publiques (pour une meilleure efficacité et pour réduire l'endettement) ;
- Déréglementation des marchés (fin des barrières à l'entrée ou à la sortie) ;
- Prise en compte des droits de propriété (incluant la propriété intellectuelle).

Ces méthodes jouissent actuellement d'une réelle légitimité politique et académique. La montée en puissance du paradigme de l'Evidence based policy (comme dans les années 1990 de l'Evidence based medicine), qui consiste à fonder toute décision publique sur des preuves scientifiques, réserve aux chercheurs une légitimité nouvelle en politique. Outil de preuve, l'Evidence based policy est devenu un outil de gouvernement. Il ne faut pas oublier que cette technique, comme celle des essais cliniques, relève d'un construit social et n'est pas un instrument purement objectif, même si les RCT permettent des expériences in vivo et non en laboratoire. Esther Duflo (Duflo 2009) l'illustre ainsi : « [dans] les expériences dites de « laboratoires », où des sujets volontaires (souvent des étudiants) ont à prendre des décisions plus ou moins fictives dans un environnement contrôlé [...], la flexibilité du laboratoire joue aux dépens du réalisme, à la fois des sujets recrutés et des conditions dans lesquelles ils opèrent ». De plus, l'avantage de l'expérimentation par assignation aléatoire serait d'échapper aux contraintes des expériences dites naturelles : faible « stock » d'expériences naturelles, difficultés dans les vérifications des groupes de contrôle et des groupes de traitement. Esther Duflo a bien conscience que : « On critique souvent la méthode des RCT avec la boutade de l'ivrogne qui cherche ses clés sous le lampadaire parce qu'il n'y a que là qu'on y voit quelque chose. Le chercheur en est réduit à évaluer ce qu'il peut évaluer » (Duflo 2009 ; Labrousse 2010).

Encadré 18 : Le premier essai contrôlé randomisé et le roi Nabuchodonosor

La première description connue d'un essai contrôlé remonte à l'ancien Testament. En effet, le roi Nabuchodonosor aurait ordonné à un premier groupe de sujets de manger de la viande et de boire du vin, tandis qu'il aurait demandé à un second groupe de sujets de devenir végétarien afin de comparer les bienfaits de chacun de ces deux régimes (Eble et al. 2014).

La principale critique qui peut être émise à l'égard des essais contrôlés randomisés est l'absence d'explication de la relation causale entre l'intervention et les résultats obtenus. Les RCT permettent de mesurer certains impacts mais ils ne permettent pas d'en analyser les mécanismes ni les processus sous-jacents. Les raisons de l'impact sont ignorées. Il est intéressant de soulever ce paradoxe : les RCT auraient le meilleur niveau de preuve pour identifier un véritable impact causal mais ne peuvent rien dire sur les processus à l'œuvre, c'est-à-dire sur les causes de l'impact. D'ailleurs, les reviewers dans le cadre de la soumission des articles et divers intervenants lors de la présentation du projet Presaje dans certains congrès nous ont demandé d'expliquer – légitimement – comment et pourquoi notre intervention avait fonctionné. Aucun mécanisme causal ne pouvait être déduit en se basant sur les résultats de l'étude ; des hypothèses pouvaient seulement être formulées.

Les RCT permettent de fournir des estimateurs de l'effet moyen, mais, cette méthode ne nous éclaire pas sur l'hétérogénéité des impacts et leur distribution. Ceci est problématique quand les effets du traitement sont hétérogènes, tant en matière de développement qu'en santé : en effet, les patients ou les usagers sont susceptibles de réagir très diversement à un traitement. Aussi, les résultats des RCT sont très souvent interprétés de façon très binaire : ce programme « fonctionne » ou ce programme « ne fonctionne pas ».

Une autres des principales difficultés rencontrées avec cette méthode est le passage à l'échelle (ou scaling up). Par exemple, au Kenya, un programme de contractualisation des enseignants vacataires (plutôt que fonctionnaires) avait montré un effet positif sur le niveau d'éducation des élèves (Duflo et al. 2015). Ce programme était mené par une ONG (organisation non gouvernementale) sur un territoire circonscrit. Ce programme, une fois généralisé et mis en œuvre par l'Etat, n'avait plus aucun effet (Bold et al. 2013). Bold et ses collègues émettent l'hypothèse que l'absence d'effet une fois passé à l'échelle serait due au changement d'opérateur du projet : des ONG sélectionnées et motivées d'un côté, des fonctionnaires de l'autre. Dans sa méta-analyse, Vivalt (Vivalt 2016) généralise ce résultat. Les programmes gouvernementaux ont des effets significativement plus faibles que ceux mis en œuvre par les ONG ou les centres de recherche. L'autre résultat principal de cette méta-analyse est que la multiplication des RCT sur des terrains différents ne rend pas les résultats plus robustes car le facteur déterminant de la réussite d'un programme réside dans le type d'opérateurs qui la met en œuvre.

Dans Presaje, la question de la généralisation de nos résultats s'est effectivement posée. Pour pouvoir le faire, nous avons choisi de mener notre étude dans cinq lieux différents en France métropolitaine avec des caractéristiques géographiques très différentes (grands centres urbains avec les Missions locales de Toulouse et de banlieue parisienne d'une part et villes de taille moyenne, capitale de régions rurales avec Poitiers et Reims). Cependant, malgré le choix d'une étude multicentrique, nous craignons

que nos résultats une fois passés à l'échelle soient moins convaincants. En effet, ces cinq Missions locales, réputées pour être des Missions locales « dynamiques », étaient « motivées » pour participer à l'étude et Joël Dutertre, le médecin dans deux des cinq Missions locales, était un des promoteurs du projet. Bédécarrats et al. nous rappellent qu'il n'y a pas de loi en sciences sociales comme dans les sciences dites dures. Les RCT ne permettent pas de dégager de lois générales et universelles, mais de comprendre des phénomènes historiquement, spatialement et socialement situés. Comme l'affirme Montesquieu, il n'y a pas de lois qui soient mauvaises ou bonnes, il n'y a que des lois qui sont bonnes ou mauvaises dans leur contexte (Labrousse 2010). La question du passage à l'échelle de politiques évaluées dans des conditions expérimentales paraît particulièrement difficile à résoudre. Bédécarrats et al. suggèrent qu'il est plus pertinent de prendre des décisions politiques dans un contexte donné en s'inspirant d'études non randomisées mais menées dans le même contexte que d'études randomisées menées ailleurs (Bédécarrats et al. 2017).

Dans le domaine de l'économie du développement, les RCT sont devenus une véritable industrie depuis une dizaine d'années avec la création d'ONG ou de fondations. Il est devenu très difficile de publier dans les revues d'économie des articles basés sur d'autres approches. Même si le niveau de preuve fourni par les expérimentations par sélection aléatoire est, dans certaines configurations, supérieur à d'autres méthodologies, de telles expérimentations ne s'appliquent qu'à un nombre limité de situations. « Il importe donc de se prémunir de la tentation de privilégier les preuves de *niveau élevé* au détriment des preuves *pertinentes* pour l'action envisagée. Pour les politiques de développement qui doivent souvent mobiliser des connaissances de sources diverses, cette question de la concurrence entre preuves devient un enjeu fondamental » (Laurent et al. 2009). Un effet d'éviction peut apparaître. Faire d'une approche méthodologique unique le parangon de la scientificité serait contreproductif (Labrousse 2010).

Encadré 19 : Justification du choix d'un essai contrôlé randomisé rédigé par les économistes du projet Presaje avant la mise en place du projet

Voici l'argumentaire des économistes du projet Presaje (Benoît Crépon, Lucile Romanello, Simon Beck, Julie Pernaudet) pour justifier du choix de la méthode auprès des financeurs lors de la mise en place du Projet Presaje : « En s'inspirant du domaine médical et des essais cliniques, les chercheurs en sciences sociales et en santé publique ont commencé depuis maintenant quelques années, d'abord dans les pays en développement puis dans les pays développés, à mettre en place des expérimentations sociales et sanitaires. L'intérêt de cette méthode est de fournir des résultats ayant la « force de l'évidence » et qui puissent ainsi participer le plus efficacement au débat public. Cette méthode d'évaluation est celle préconisée, non exclusivement, par le Fonds d'Expérimentation pour

la Jeunesse [qui a financé le projet Presaje]. Le principe de la méthodologie d'évaluation retenue dans ce projet est d'appliquer différents traitements à des cohortes de jeunes et de comparer ensuite leur situation en termes de connaissance du système de santé, de valorisation de la santé, de non-recours aux soins et enfin d'insertion socio-professionnelle. La caractéristique centrale du dispositif est de constituer les cohortes aléatoirement de telle sorte que les différences existantes entre ces cohortes puissent être directement interprétées comme étant un effet du programme. Ainsi le protocole défini prévoit que les jeunes soient répartis au hasard, « randomisés », lors de leur second rendez-vous en Mission locale en trois cohortes. La taille des échantillons assure qu'en moyenne, les groupes présentent les mêmes caractéristiques. Au terme de l'expérimentation, les différences qui subsisteront entre les cohortes pourront alors être directement interprétées comme étant des effets du programme. Par simple comparaison des groupes entre eux, cette méthode devrait nous conduire à mieux comprendre les déterminants du non-recours aux soins chez les jeunes et ainsi définir une politique publique qui soit efficace (Mission locale de Sénart 2012). »

A l'instar de certains auteurs en micro-économie, certains auteurs en médecine sont tout aussi critiques au sujet de l'hégémonie des essais contrôlés randomisés parmi toutes les approches disponibles. Ainsi Jacobson et al. remettaient en cause la médecine basée sur les preuves (Evidence based medicine) et en particulier les essais contrôlés randomisés qui se sont arrogés depuis plusieurs décennies le monopole de la scientificité. Par exemple, dans le domaine des soins primaires et de la médecine générale, cet auteur (Jacobson et al. 1997) nous rappelle, déjà en 1997, que cela occulte les caractéristiques psychologiques et sociales des individus indispensables à la prise en compte globale du patient, intrinsèque à la médecine générale. Sacket et al. (Sacket et al. 1996) ont une approche plus mesurée de l'Evidence based medicine. Il la définit comme « l'usage consciencieux, explicite et judicieux des données actuelles les plus probantes dans la prise de décision sur le soin des patients individuels ». Située à la charnière entre politique de santé et médecine, l'Evidence based medicine a soulevé des critiques la qualifiant de médecine de « tour d'ivoire », « au service des réductions budgétaires et attentatoire à la liberté clinique », mais elle a également soulevé un enthousiasme lié à la rigueur scientifique qui la définit (Labrousse 2010). « Je souhaite pratiquer l'économie comme une vraie science humaine. Une *science* rigoureuse, impartiale. Une science de l'homme, dans toute son imperfection et sa complexité. Une science humaine : humble et condamnée à l'erreur, généreuse et engagée » déclarait Esther Duflo en 2009 (Duflo 2009). Ceci illustre comment elle-même oscille entre une approche des essais cliniques en économie d'une part comme une technique impartiale et rigoureuse et d'autre part comme une démarche en sciences sociales, sans que les modalités de la médiation du compromis ou de la synergie entre ces deux approches soient clairement explicitées au-delà de la simple rhétorique (Labrousse 2010).

Nous avons d'ailleurs probablement eu quelques difficultés à publier les résultats de notre étude pour ces différentes raisons. Le premier papier, observationnel, était trop « simple », « pas assez scientifique » pour être publié selon certains éditeurs puis selon certains reviewers. Quant au deuxième article, il ne répondait pas assez aux critères de bonne pratique en matière d'essai contrôlé randomisé des revues médicales. En effet, pour soumettre un essai contrôlé randomisé dans les principales revues médicales, l'essai doit répondre aux critères de la grille CONSORT, très adaptés aux études de phase 3 des médicaments, mais beaucoup moins à notre type d'étude. Pour pouvoir soumettre l'article au journal Plos One, nous avons même eu des difficultés dès les premières étapes de la soumission. Il ne s'agissait pas d'un essai clinique, et pourtant il nous a fallu le catégoriser comme tel car aucun des autres choix proposés ne correspondait à notre type d'étude. Une nouvelle difficulté apparaissait alors : les essais cliniques doivent être enregistrés dans un registre (par exemple ISRCTN). Il nous a donc fallu enregistrer notre étude dans l'ISRCTN (et financer l'enregistrement) alors qu'il ne s'agissait pas d'un essai clinique mais d'une recherche interventionnelle.

Encadré 20 : Définition des essais cliniques selon le comité international des rédacteurs de revues médicales

Le comité international des rédacteurs de revues médicales définit ainsi les essais cliniques : « Tout projet de recherche qui affecte de façon prospective des sujets humains à des groupes d'intervention de comparaison afin d'étudier la relation de cause à effet entre un acte médical et l'évolution d'un état de santé ».

Dans Presaje, l'objectif principal n'était pas d'évaluer l'évolution de l'état de santé, nous ne pouvons donc pas le catégoriser stricto sensu comme un essai clinique.

La question de l'effet de la durée de l'expérimentation sur les résultats des évaluations est importante. Or, en raison du coût des expérimentations, celles-ci sont souvent conduites sur une durée limitée et les objectifs principaux des études sont souvent basés sur des critères intermédiaires (surrogate endpoints) plutôt que sur des critères finaux. Ainsi, le critère de jugement principal de notre étude était le taux d'entrée en mesure à un an, et, il aurait été probablement plus pertinent d'étudier le taux d'emploi (et le type d'emploi) à plus long terme. Si nous en avions eu les moyens, il aurait été intéressant de voir ce que sont devenus ces jeunes plusieurs années après l'expérimentation tant au niveau de l'emploi (taux de chômage, mais aussi type de contrats de travail pour ceux qui sont en emploi) que de leur insertion sociale (auront-ils franchi les différents seuils d'entrée dans l'âge adulte : emploi stable, résidence indépendante, mise en couple ?).

Un biais largement décrit dans les essais contrôlés randomisés dans le domaine médical est l'effet Hawthorne : il s'agit de la tendance des participants à changer leurs comportements car ils savent qu'ils font partie d'une étude (d'autant plus quand ils connaissent leur groupe de traitement). En économie, il est quasiment impossible de mener des études en double aveugle et on ne sait donc pas répondre à cette question : qu'aurait fait le groupe s'il ne connaissait pas le traitement qu'on lui a assigné (Eble et al. 2014) ? La même impossibilité et le même biais posent question dans Presaje.

Les RCT n'échappent pas au « bricolage » habituel de tout protocole de recherche. Ces « petits arrangements » ne devraient pas être tus. En recherche interventionnelle, ils devraient même constituer des résultats importants pour l'enseignement qu'on en tire. Il serait intéressant de s'inspirer des « journaux d'enquête et de recherche » utilisés en anthropologie ou en sociologie. Mais comment publier dans des revues de santé publique ces aléas ? Comment ne pas se faire débouter par les éditeurs ou les reviewers ? Ainsi, par exemple, dans Presaje, dans le protocole initial, nous pensions qu'il était utile de regarder l'impact propre de l'assistant social. Dans les faits, comme expliqué dans le Chapitre 2 de ce manuscrit, nous n'avons finalement rien pu conclure pour différentes raisons de l'intervention du groupe « Assistant social ». Nous devons parler de ce groupe (même quand l'objectif n'était pas d'étudier l'effet de cette intervention) par rigueur scientifique lors de la rédaction de la méthode des différents travaux associés au projet Presaje. A chaque fois que nous avons présenté notre travail, on nous a demandé d'expliquer pourquoi nous ne parlions pas de ces résultats. Il fallait expliquer les arrangements de l'étude, ce que nous n'avions pas fait lors des premières soumissions de crainte que notre papier ne soit pas accepté.

La description de ces différents biais et de ces écarts au protocole initial n'est évidemment pas propre aux RCT mais il faut y rester vigilant car les RCT confèrent aux évaluations une aura d'objectivité scientifique beaucoup plus forte que d'autres méthodologies (Bédécarrats et al. 2017). Il ne faudrait pas non plus surinvestir les résultats des RCT à des fins d'objectivation des faits sociaux, l'écueil serait alors de ne plus traiter les faits sociaux que comme des choses (selon l'expression de Durkheim). Il ne s'agit pas de réduire les faits sociaux à de simples choses, sur le même rang que les objets inanimés étudiés par les sciences de la nature (Labrousse 2010).

A ce jour, les méthodes préconisées par les critiques des « randomista » sont des approches multiples et des méthodes mixtes qui restent malheureusement très difficiles à publier dans des journaux de renommée internationale. Si les RCT restent adaptées et légitimes pour certaines situations particulières, les méthodes alternatives en micro-économie (comme dans le domaine de la santé) ne doivent pas être disqualifiées. Les méthodes préconisées doivent adopter une approche pragmatique, définissant au préalable les questions de recherche et les outils méthodologiques au cas par cas, en

concertation avec les acteurs de terrain. Un pluralisme méthodologique, fondé sur l'interdisciplinarité devrait être employé. Ainsi les méthodes qualitatives pourraient être mobilisées pour appréhender le contexte politique et social, élaborer des hypothèses originales, identifier des phénomènes nouveaux ou imprévus et enfin analyser la complexité des liens de causalité, les interactions multiples, dynamiques et contradictoires entre différentes chaînes de causalité (Bédécarrats et al. 2017). L'idée serait de mettre en place, lors de l'instauration d'un projet, la collecte de données utiles pour suivre le projet au fur et à mesure, ce qui faciliterait un apprentissage itératif, afin d'ajuster continuellement le projet à son environnement (complexe et changeant par essence).

III. L'évaluation des politiques d'emploi en faveur des jeunes

Ces différentes réflexions nous amènent à nous demander quelles méthodes peuvent être utilisées pour évaluer les politiques d'emploi en faveur des jeunes ? Et par là même, comment définir les leviers les plus efficaces pour améliorer leur insertion ? Comment évaluer une politique publique ?

Nous nous plaçons dans un cadre d'évaluation des aides publiques, en cherchant à déterminer si tel ou tel dispositif aboutit à des résultats favorables. Auparavant, l'impact des différentes politiques semblait clair : les politiques d'emploi améliorent l'emploi, les politiques du logement améliorent l'accès au logement, etc. Dans un tel cadre, les choix de politiques publiques consistaient essentiellement en un arbitrage budgétaire entre les différentes dépenses possibles. En réalité, il existe souvent plusieurs politiques envisageables pour atteindre un même objectif, les mécanismes économiques sous-jacents étant complexes et mal compris. La nécessité de l'évaluation des politiques publiques apparaît clairement avec comme objectif de permettre la compréhension des mécanismes sur lesquels l'action publique cherche à peser et identifier les interventions les plus efficaces au vu des objectifs souhaités (Bozio 2014). Les quelques études d'évaluation des politiques d'emploi en faveur des jeunes sont peu nombreuses et restent peu conclusives car elles se heurtent à trois difficultés principales présentées ci-après.

La première est liée au choix même de l'objet de l'évaluation. Les objectifs affichés peuvent être en décalage avec les objectifs réels ou mal explicités. Etudier le parcours d'inflexion des jeunes les plus éloignés du marché du travail ne peut s'évaluer qu'avec du recul. En effet, leur taux d'emploi est très lié aux caractéristiques du marché du travail à un moment donné. Une amélioration à court terme de leur retour à l'emploi peut dissimuler une amélioration des statistiques du marché du travail (et non une véritable efficacité de la mesure d'accompagnement). Il est délicat de ne retenir qu'une échelle commune d'appréciation de l'efficacité des dispositifs. Très fréquemment, l'objectif principal de ces mesures retient le taux brut d'insertion dans l'emploi à la sortie du dispositif (un des objectifs de Presaje) tout en s'adressant à des publics très différents. Quand des jeunes sont très éloignés de l'emploi, ces taux d'insertion peuvent rester relativement bas, mais faire une grande différence pour ces jeunes concernés, alors qu'un autre dispositif recrutant des jeunes mieux insérés pourrait avoir des taux plus élevés sans avoir fait vraiment de différence pour les jeunes. Selon nous, l'objectif principal le plus pertinent serait la sortie du statut de NEET. En effet, ce qui est préoccupant, c'est de n'être ni en emploi, ni en formation, ni en étude à cet âge-là. Si à la fin de son accompagnement en Mission locale, un jeune ne travaille pas mais est en formation ou en étude, alors l'accompagnement aura été un succès. S'il n'est plus suivi en Mission locale, mais qu'il est toujours un NEET, alors l'accompagnement par la Mission locale pourra être considéré comme un échec.

Le deuxième obstacle réside dans la difficulté de définir précisément le contenu et les contours de la politique ou de l'action à évaluer. Au sein du projet Presaje, que recouvrait vraiment cette consultation de médecine sociale et préventive ? Une des limites de Presaje était liée à l'impossibilité de caractériser et de savoir ce qui était le plus important dans le contenu de cette consultation de médecine sociale et préventive. Si cette intervention devait être généralisée à toutes les Missions locales, il est probable que ceci nécessiterait une formalisation plus grande du contenu des consultations proposées : les médecins participant à l'expérimentation avaient, en effet, une longue expérience de la pratique de ce type de consultation et de la population cible. Il n'est pas certain que la centaine de Missions locales françaises puissent faire appel à des praticiens en soins primaires aussi expérimentés.

La troisième difficulté renvoie à la limite des outils d'évaluation, comme nous l'avons en partie abordée dans la partie précédente, en mettant en perspective l'utilisation des essais contrôlés randomisés en économie du développement et dans notre étude Presaje. Une bonne évaluation reposera avant tout sur le bon usage de la panoplie de techniques disponibles, au vu des contraintes spécifiques à chaque cas¹². La démarche d'évaluation repose certes sur une expertise permettant le choix et la bonne réalisation des méthodes d'évaluation, mais la réussite technique de l'évaluation ne garantit pas pour autant son utilité sociale (Bozio 2014). Le but final de l'évaluation est de pouvoir éclairer le débat public sur les principaux arbitrages en jeu et ainsi faciliter les choix démocratiques.

Dans les faits, les indicateurs de performance suivis dans le cadre du budget de l'État sont lacunaires et ne permettent pas de mesurer l'efficacité des dispositifs d'accompagnement en Mission locale (Cour des comptes 2016). Pour tenter de répondre à la question de l'efficacité des Missions locales dans l'accompagnement des jeunes, une autre perspective serait de s'intéresser de façon rétrospective aux parcours des jeunes reçus en Missions locales il y a 10, 20 ou 30 ans (maintenant qu'ils ne sont plus jeunes). Cela ne permettrait pas d'évaluer l'efficacité des Missions locales car le contexte de l'emploi a changé tout comme l'environnement global mais cela nous permettrait d'appréhender peut-être plus finement ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Que sont devenus les jeunes reçus en Mission locale dans le passé ? Correspondent-ils aux chômeurs de longue durée actuellement ? Sont-ils en emploi ? Si oui, leur emploi est-il stable ? Difficile d'y répondre car à notre connaissance aucune étude longitudinale n'a étudié les trajectoires des jeunes reçus en Mission locale il y a plusieurs décennies. Cependant, même si ces études existaient, elles ne permettraient pas d'évaluer *stricto sensu* l'intérêt des Missions locales sur le parcours des jeunes en insertion socio-professionnelle. En

¹² Pour en savoir plus sur les différentes méthodes d'évaluation dans ce domaine, le Guide de France Stratégie sur « Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? » pourra être consulté (Desplatz et Ferracci 2016).

effet, quand il s'agit d'évaluer l'intérêt ou l'impact d'une politique publique, l'objectif n'est pas de suivre au fil de l'eau l'évolution des bénéficiaires apparents d'une politique et de mesurer leur nombre ; l'évaluation a pour but de mesurer les différences entre ce qui s'est passé en présence de la politique publique mise en place et ce qui ne se serait passé en l'absence de la politique considérée. La difficulté que doivent surmonter toutes les méthodes d'évaluation est la construction statistique de ce contrefactuel, qui seule permet d'établir l'impact causal d'une politique (Bozio 2014).

Certains auteurs ont cherché à comprendre comment les états occupés antérieurement par une personne (emploi en CDI, en CDD, chômage, inactivité) pouvaient influencer sa situation professionnelle actuelle. Ces auteurs se sont, tous, heurtés à la difficulté à faire la part des effets dus aux parcours antérieurs et de ceux expliqués par l'hétérogénéité individuelle en matière de qualification, de milieu social, d'insertions sociales, d'origine, etc. On ne dispose pas de modèles théoriques de comportement décrivant la complexité de l'insertion sur le marché du travail. Personne ne sait prédire les effets de telle ou telle trajectoire sur l'insertion à un instant donné (Lollivier 2000). Selon Lollivier, il semblerait que l'insertion repose davantage sur les caractéristiques intrinsèques que sur la qualité du parcours. Il conviendrait donc d'accroître l'employabilité des jeunes plutôt que d'améliorer la qualité de leurs parcours.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Pour Bertrand Schwartz, le « père » des Missions locales, il était impossible de dissocier les problématiques de formation, d'emploi, de logement, de santé, ces éléments étant intrinsèquement liés. L'objectif des Missions locales était de favoriser conjointement l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Hélas, la pression du chômage a poussé les différents gouvernements à prioriser l'accès à l'emploi dans une culture du chiffre, qui tend à favoriser l'accompagnement des jeunes les plus facilement « employables » au détriment des plus vulnérables. Les résultats de notre recherche interventionnelle, le projet Presaje, vont dans le sens de l'indissociabilité des différents domaines de vie des jeunes. La proposition systématique d'une consultation de médecine sociale et préventive – en plus d'améliorer certains comportements et connaissances en santé – permet d'augmenter le nombre d'entrées en mesure des jeunes accueillis en Mission locale.

Il est donc intéressant de poursuivre cette mission de prise en charge globale des jeunes en insertion qui fréquentent les Missions locales. Malgré une certaine hétérogénéité des parcours, ce public nombreux et vulnérable, accumule des facteurs de risque vis-à-vis de la santé et de l'insertion : peu ou pas diplômé, avec des parcours de vie chaotiques, plus souvent issu de l'immigration et ayant une faible confiance en eux et dans les institutions. Ces jeunes, très souvent en situation de précarité, connaissent l'une ou l'autre des multiples situations dans lesquelles les capacités à faire face et les ressources (pas uniquement financières) se trouvent débordées ou sur le point de l'être. Ils sont souvent seuls, peu au courant du fonctionnement du système de protection sociale, perdus devant la complexité de l'offre publique, peu disponibles ou dans l'incapacité de dégager du temps pour s'occuper d'eux-mêmes. Les jeunes en insertion sont en moins bonne santé que les autres jeunes du même âge. Aller vers ces jeunes – y compris en allant chercher les jeunes invisibles, qui, trop découragés ou isolés, ne fréquentent même pas les Missions locales – en simplifiant les démarches, en reconnaissant les difficultés de ces jeunes de façon globale et non segmentée, en facilitant leur accès aux soins pourrait les aider à retrouver confiance en eux, dans les institutions et dans l'avenir. Ces démarches « d'aller-vers » pourraient donc se concrétiser par la multiplication des points santé au sein même des Missions locales. Ces points santé pourraient être animés par des psychologues, nécessaires à ces jeunes très nombreux à être en souffrance psychique, et par des infirmières de pratique avancée, bien implantées localement, travaillant en collaboration avec les réseaux locaux de professionnels de santé et les professionnels de l'insertion. Ces infirmières de pratique avancée travailleraient en collaboration avec un médecin de soins primaires qui pourrait coordonner éventuellement les points santé de plusieurs Missions locales (dans ces temps de restrictions

budgétaires et de déficit chronique de médecins en soins primaires, les pouvoirs publics pourraient encourager ce type de délégation de tâches). Ces points santé, tout comme les Missions locales, devraient obtenir des modes de financement pérennes, moins dépendants des fluctuations budgétaires annuelles et des alternances politiques, et leurs modes de fonctionnement devraient être homogénéisés par la diffusion de bonnes pratiques. Ces points santé, dont l'accès serait gratuit, auraient pour objectif de mettre en place des actions d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé, une optimisation de la couverture maladie des jeunes, la délivrance d'informations sur le fonctionnement du système de soins, une évaluation de l'état de santé des bénéficiaires, une orientation adéquate et individualisée vers les professionnels de santé, une amélioration de la protection sociale et une amélioration de la santé psychique en proposant des consultations avec des psychologues (d'autant que l'accès chez le psychologue n'est pas remboursé par la sécurité sociale en France, en dehors des CMP qui sont saturés). Même si notre démarche a fonctionné avec des équipes motivées par le projet, le passage à l'échelle nationale pourrait se faire avec quelques difficultés, une évaluation de la mise en place de ces mesures devra donc être réalisée avec comme objectif principal la sortie du statut de NEET (c'est finalement le critère d'entrée pour être accueilli en Mission locale). Différentes méthodes d'évaluation (essai contrôlé randomisé, mais aussi études d'observation, retour des acteurs de terrain et des jeunes concernés, analyse rétrospective des trajectoires d'insertion des anciens bénéficiaires) devraient être utilisées pour ajuster continuellement ces projets à leur environnement.

BIBLIOGRAPHIE

Aeberhardt R, Crusson L, Pommier P. Les politiques d'accès à l'emploi en faveur des jeunes : qualifier et accompagner. France portrait social, édition 2011. Montrouge: Insee; 2011:153-72.

Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Youth unemployment and economic recession in Spain: influence on health and lifestyles in young people (16–24 years old). *Int J Public Health*. 2015;60:427-35.

Amsellem-Mainguy Y, Timoteo J. Atlas-des-jeunes-en-France. Paris: Autrement; 2012.

ARS Ile-de-France. L'intervention en prévention et en promotion de la santé en Ile-de-France 2018-2022. Guide d'orientation à l'intention des partenaires [En ligne]. Paris: ARS Ile-de-France; avr 2018:67. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/system/files/2018-05/Guide-interventions-partenaires-EPS-2018_1.pdf

Association Prévention Routière. L'accès des jeunes français au permis B : Quelle situation 4 ans après la réforme de 2009 ? Etude accessibilité au permis B [En ligne]. Paris. 2013. Disponible sur: <https://www.preventionroutiere.asso.fr/publication/etude-les-jeunes-francais-et-le-permis-b-2013/>

Attanasio O, Kugler A, Meghir C. Subsidizing vocational training for disadvantaged youth in Colombia: evidence from a randomized trial. *Am Econ J App Econ*. 2011;3:88-220.

Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018.

Baker ST, Lubman DI, Yucel M, Allen NB, Whittle S, Fulcher BD et al. Developmental changes in brain network hub connectivity in late adolescence. *J Neurosci*. 2015;35:9078-87.

Beaud S. La jeunesse populaire à l'épreuve du classement scolaire. *Agora débats/jeunesses*. Paris: Injep; 2009;53:99-116.

Beck F, Richard JB. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes; 2013.

- Bédécarrats F, Guérin I, Roubaud. L'étalon-or des évaluations randomisées : économie politique des expérimentations aléatoires dans le domaine du développement. Papiers de Recherche AFD. Paris: AFD; 2017;44.
- Béland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Soc Sci Med.* 2002;55:2033-52.
- Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida dans la population générale adulte en Ile-de-France en 2010. Rapport KABP. Paris: ORS Ile-de-France; 2011. 156p.
- Berjon A. Orientation professionnelle des adultes et raison éducative. La pratique des maisons de l'information sur la formation et l'emploi. Thèse de doctorat de sciences de l'éducation. Univ Lumière Lyon 2. 2001. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2001/berjon_a#p=0&a=top
- Bernot-Caboche C. Les jeunes "invisibles" ni en éducation, ni en formation, ni en emploi et ni en accompagnement En France et en Europe. Rapport de recherche. Univ Lumière Lyon 2. 2018.
- Berthet T, Boudesseul G, Couppié T, Gayraud L, Giret JF, Lemistre P et al. A l'épreuve du temps : données longitudinales et analyse de l'action publique. XX^{es} journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail. Bordeaux; Echanges du Céreq; 2013.
- Blanc A, Bertini B, Chabin-Gibert I. Etat des lieux des actions d' « aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité en Ile-de-France. Rapport. Paris: ARS Ile-de-France; 2018.
- Boisson-Cohen M, Garner H, Zamora P. L'insertion professionnelle des jeunes. Rapport à la ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Paris: France et Stratégie, DARES; 2017.
- Bold T, Kimenyi M, Mwabu G, Nganga A, Sandefur J. Scaling up what works: Experimental evidence on external validity in Kenyan education. Document de travail. Washington DC: Center for Global Development; 2013; 321.
- Bourdieu P. Le capital social. In: Actes de la recherche en sciences sociales.1980;(31):2-3.

- Bourdieu P. La jeunesse n'est qu'un mot. Entretien avec Anne-Marie Métaillé. In: Les jeunes et le premier emploi. Paris; Association des Ages; 1978:520-530. Repris in: Questions de sociologie. Paris: Éditions de Minuit; 1984:143-154.
- Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H et le groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'économie de la santé. Paris: IRDES; 2012;179.
- Bozio A. L'évaluation des politiques publiques : enjeux, méthodes et institutions. Revue Française d'économie. 2014;29(4):59-85.
- Brégeon P. Histoire du réseau des Missions locales. In : Vilbrod A. A quoi servent les professionnels de l'insertion ? Paris: L'Harmattan; 2008.
- Brontons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005;40:595-601.
- Brutel C. Jeunes et territoires. L'attractivité des villes étudiantes et des pôles d'activité. Insee Première. Montrouge: Insee; 2010;(1275).
- Cahuc P, Carcillo S, Zimmermann KF. L'emploi des jeunes peu qualifiés en France. Les notes du conseil d'analyse économique. Paris: conseil d'analyse économique; 2013;(4).
- Chatel T. Ethique du "prendre soin" : sollicitude, care, accompagnement. In: Hirsch E. Traité de bioéthique. Toulouse: Eres; 2010:84-94.
- Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. In: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, editors. Traité de santé publique. 2^e éd, Paris: Flammarion médecine sciences; 2007:331-41 [2^e édition revue et augmentée].
- Chauvin P, Estacahandy P. Inégalités sociales de santé et précarité. Actualité et dossier en santé publique. 2010;(73):17-18.
- Chauvin P. Au-devant, auprès et avec. La nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant outreach, proximité et accompagnement dans le système de soins. In: Bréchat PH, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012:377-386.

- CNML. Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle. 2006.
- Cole D. (Untitled). Department for Children, Schools and Families Commissioned. Report. 2009.
- Coppel A. Chicago ou la naissance de l'outreach [En ligne]. 2002. Disponible sur: <http://www.annecoppel.fr/chapitre-7-chicago-ou-la-naissance-de-loutreach/>
- Couppié T, Dupray A, Épiphané D, Mora V (coord.). 20 ans d'insertion professionnelle des jeunes : entre permanences et évolutions. Céreq Essentiels. Marseille: Céreq; 2018;(1).
- Couprié H, Dzikowski C. Les sept premières années de la vie active de la Génération 2004 – Enquêtes 2007, 2009 et 2011. Net.Doc. Marseille: Céreq; 2015;(139).
- Cour des comptes. L'accès des jeunes à l'emploi. Rapport public thématique. 2016.
- Crédoc. Attitude et opinions des jeunes : spécificités et similitudes avec le reste de la population. Document réalisé à la demande du centre d'analyse stratégique. 2006.
- Crédoc/INJEP. Baromètre DJEPVA sur la jeunesse 2016. Rapport d'études. Paris: Injep; 2016.
- Creed PA, Machin MA, Hicks RE. Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behaviour therapy based training interventions. J Organiz Behavior. 1999;20:963-78.
- CREST. PRESAGE. Rapport d'évaluation. Paris: FEJ; 2014;(76).
- Cusset PY, Garner H, Harfi M, Lainé F, Marguerit D. Jeunes issus de l'immigration : quels obstacles à leur insertion économique ? La note d'analyse. Paris: France Stratégie; 2015.
- Dequiré AF. L'alcool et les jeunes : Etat des lieux. Journal du droit des jeunes. 2012;313(3).
- Desplatz R, Ferracci M. Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? Un guide à l'usage des décideurs et praticiens. Paris: France Stratégie; 2016.
- Direccte Ile-de-France. Les jeunes sur le marché du travail [En ligne]. Aubervilliers. 2017. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/12109463/>
- Donovan A, Oddy M, Pardoe R, Ades A. Employment status and psychological well-being: a longitudinal study of 16-year-old school leavers. J Child Psychol Psychiatr. 1986;27:65-76.
- Duflo E. Expérience, science et lutte contre la pauvreté. Paris: Fayard; 2009.

- Duflo E, Dupas P, Kremer M. School Governance, Teacher Incentives, and Pupil-Teacher Ratios: Experimental Evidence from Kenyan Primary Schools. *J Public Econ.* 2015;123:92-110.
- Eble A, Boone B, Elbourne D. Risk and evidence of bias in randomized controlled trials in economics. Document de travail. Londres: Center for economic performance LSE; 2014.
- Eurofound. NEETs - Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
- Eurofound. Mapping youth transitions in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- Eurofound. Exploring the diversity of NEETs. Luxembourg; Publications Office of the European Union; 2016.
- Eurostat. Population active par âge, sexe et nationalité [En ligne]. Luxembourg. 2020a. Disponible sur: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_agan&lang=fr
- Eurostat. Taux de chômage [En ligne]. Luxembourg. 2020b. Disponible sur: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=med_ps421&lang=fr
- Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbos-Piot I, Michaud P. La santé des jeunes en rupture d'apprentissage. *Raisons de Santé.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997;10.
- Fondation AlphaOmega. Etre NEET, un engrenage socio-économique. Les essentiels. Paris: 2015.
- Forum français de la jeunesse. Faire du droit à la santé une réalité pour tous les jeunes. Avis n°3. Pantin: FFJ; 2013.
- Foucault M. Histoire de la sexualité. La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1976.
- Gaini M, Leduc A, Vicard A. Peut-on parler de « générations sacrifiées » ? Entrer sur le marché du travail dans une période de mauvaise conjoncture économique. *Economie et statistiques.* Montrouge: Insee;2013:462-463.
- Gaudron G, Pinville M. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale. 2011;3968.

- Geoconfluences. Le consensus de Washington [En ligne]. Lyon. 2019. Disponible sur : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/consensus-washington>
- Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi – Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport à la ministre de la santé et des sports. Paris: La Documentation française; 2010.
- Guedj H, Pénicaud E, Rioux L (coord.). France portrait social, édition 2015. Montrouge: Insee; 2015.
- Guilbaud D. L'illusion méritocratique. Paris: Odile Jacob; 2018.
- Harris E, Harris MF. Reducing the impact of unemployment on health: revisiting the agenda for primary health care. *Med J Aust.* 2009; 191(2):119-122.
- Hart J. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1:405-12.
- Haut comité de la santé publique. Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité. HCSP. 2009.
- Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingard E. Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants. *European Journal of Public Health.* 2013; 23(4):606-10.
- Henry M, Dieusaert P. L'emploi des femmes dans les zones urbaines sensibles. ONZUS infos; 2014.
- Hensrud D. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice:1. Rationale and current preventive practices. *Mayo Clin Proc.* 2000;75:65-72.
- Hughes P. H, Behind the Wall of Respect. Community experiments in heroin addiction control. The University of Chicago Press;1977.
- Hutchinson J, Kettlewell K. Education to employment: complicated transitions in a changing world. *Educational Research.* 2015; 57:113-20.
- IGAS. La protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans. Rapport. La Documentation française. 2016.
- Ined. Risques de mortalité selon l'âge [En ligne]. Paris. 2018. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/risques-mortalite/>
- INJEP. Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse; 2012.

- INJEP. Tableau de bord de la Jeunesse 2018 [En ligne]. Paris. 2018. Disponible sur:
https://injep.fr/tableau_bord/tableau-de-bord-de-la-jeunesse-2018/
- Insee. Fiche thématique : L'insertion des jeunes. Formations et emploi. Montrouge: Insee; 2011.
- Insee. Recensement de la population 2011 exploitations principale et complémentaire [En ligne].
Montrouge. 2013. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2522836?sommaire=2526273&q=formation+et+emploi+2012>
- Insee. Causes de décès des jeunes et des enfants. Données annuelles de 2000 à 2016 [En ligne].
Montrouge. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052>
- Insee. Taux de chômage localisés par sexe et âge, en moyenne annuelle [En ligne]. Montrouge. 2020.
Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/series/105003011?INDICATEUR=3280749>
- Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement.
Rapport. Paris: Les éditions Inserm; 2014.
- Jacobson L, Edwards A, Granier S, Butler C. Evidence-based Medicine and General Practice. Br J Gen Pract. 1997;47:449-452.
- Jasaroski E, Poujouly C. Formation et retour à l'emploi. Eclairages et synthèses. Pôle emploi; 2016;26.
- Joseph O, Rouaud P. Quand l'école est finie. Premiers pas dans la vie active de la génération 2010.
Enquête 2013. Marseille: Céreq; 2014.
- Kergoat V, Dutertre J, Crépon B, Beck S, Romanello L, Chauvin P et al. Expérimentation sociale et santé des jeunes en Mission locale. La Santé en Action. Saint-Maurice: Santé publique France; 2013;(425):35-38.
- Kesteman N. Le logement des jeunes : synthèse des études statistiques récentes. Politiques sociales et familiales. CNAF; 2010;(99):113-20.
- Kobus M, Jakubek M. Youth unemployment and mental health: dominance approach. Evidence from Poland. IBS Working Papers, Instytut Badań Strukturalnych. 2015;4.

- Labbe E, Moulin JJ, Sass C, Chatain C, Guéguen R, Gerbaud L. Etat de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle. *Pratique et Organisation des Soins*. 2007;38:43-53.
- Labrousse A. Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement. *Revue de la régulation*. 2010;7(2):2-32.
- Laurent C, Baudry J, Berriet-Sollic M, Kirsch M, Perraud D, Tinel B et al. Pourquoi s'intéresser à la notion d'evidence-based policy ? *Tiers-Monde*. 2009;200(4):853-873.
- Le Breton D. Les conduites à risque des jeunes comme résistance. *Empan*. Toulouse: ERES; 2005;57:87-93.
- Le Point. Près d'1,5 million de jeunes suivis par les Missions locales en 2013, un record [En ligne]. Paris. 2014. Disponible sur: http://www.lepoint.fr/societe/pres-d-1-5-million-de-jeunes-suivis-par-les-missions-locales-en-2013-un-record-30-06-2014-1841976_23.php.
- Lerais F, Math A. Jeunes européens en temps de crises. *Informations sociales*. CNAF;2013;180:32-40.
- Lhommeau B. Quand les jeunes n'habitent pas chez leurs parents : revenus et niveau de vie. *Etudes et résultats*. Paris: DREES; 2014;(867).
- Lollivier S. Récurrence du chômage dans l'insertion des jeunes : des trajectoires hétérogènes. *Economie et statistique*. Montrouge: Insee; 2000;(334).
- Lombrail P, Pascal J. ISS et accès aux soins. *Tribunes de la santé*. Paris: Presses de Sciences Po; 2008;(8):31-39.
- Longo MA, Gallant N. Les jeunes ni en emploi, ni aux études, ni en formation. *Questions sur une catégories de politiques publiques*. Observatoire jeunes et sociétés. Québec: 2016;13(2).
- Loriol M. « Etre jeune » est-il dangereux pour la santé ? In: *Ce que nous savons des jeunes*. Paris: PUF; 2004:98-112.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*. 1997;349(9066):1655-9.
- MARSS. Les travailleurs pairs/médiateurs de santé [En ligne]. Marseille. 2020. Disponible sur: <http://www.marssmarseille.eu/le-retablissement/les-travailleurs-pairs-mediateurs-de-sante>

- Mauss M. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. L'année sociologique, nouvelle série, 1. 1925.
- Mawn L, Oliver EJ, Akhter N, Bamba CL, Torgerson C, Bridle C, et al. Are we failing young people not in employment, education or training (NEETs)? A systematic review and meta-analysis of re-engagement interventions. Syst Rev. 2017;6:16.
- Mazet P. La non demande sociale : reconnaître l'enjeu de la reconnaissance sociale. Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles. Un état de la question. Les Journées scientifiques de l'ERT Odenore. Meylan; 2010.
- Medina P, Guye O. Pratiques de santé des jeunes suivis par les Missions locales en Isère. Rapport d'étude de l'ORS Rhône-Alpes. 2006.
- Mercuel A. Les équipes mobiles psychiatrie précarité en France in Furtos J. Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs. Paris: Masson; 2008:218-222.
- Ministère du travail. Les textes de référence du réseau des Missions locales [En ligne]. Paris. 2020. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/les20mission3315.pdf>
- Minni C, Pommier P. Emploi et chômage des 15-29 ans en 2012. DARES analyses. Paris: DARES; 2013; 73.
- Mission locale de Sénart, Crest-JPal, Inserm. PresaJe - De la Santé à l'Emploi. Rapport intermédiaire. 2012.
- Moulin JJ, Labbe E, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile. Santé de l'Homme. 2009;(399):21-4.
- OCDE. Emploi et chômage des jeunes. Jeunes déscolarisés sans emploi [En ligne]. Paris. 2015. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/emploi/plandactiondelocdepourlesjeunes.htm>
- ODENORE. Le chiffre de décembre 2016 [En ligne]. Grenoble. 2020. Disponible sur: <https://odenore.msh-alpes.fr/content/le-chiffre-de-d%C3%A9cembre-2016>
- Onzus. Activité, emploi, chômage : bilan de l'année 2011 en ZUS. Rapport de l'Onzus. 2012.

- Ordonnance n°82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale. JORF (28 mars 1982).
- ORS Guyane. La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle en Guyane. Rapport d'étude. 2005.
- ORS Languedoc-Roussillon. Diagnostic régional Santé 16-25 ans. Rapport d'étude. 2008.
- ORS La Réunion. Etat de santé des primo-inscrits en Missions locales à la Réunion. Rapport d'étude. 2011.
- Paugam S. Le lien social. Paris: PUF (coll. Le lien social); 2009.
- Parizot I. Soigner les exclus. Paris: PUF (coll. Le lien social); 2003.
- Patriat F, Requier JC. Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les Missions locales. Paris: Sénat; 2017;(575).
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387:2423-78.
- Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. Prim Health Care Res Dev. 2017;18:529-40.
- Power C. Social and economic background and class inequalities in health among young adults. Soc Sci Med. 1991;32(4):411-7.
- Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: A comparison of young men and women in Britain and Finland. Soc Sci Med. 1995;41(2):163-71.
- Reine I, Novo M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. Public Health. 2004;118:337-45.
- Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. Lancet. 2012;379:1564-67.
- Robert S, Lesieur S, Chastang J, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017;65(4):265-276.

- Robert S, Romanello L, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Ibanez G, Chauvin P. Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): a multicenter interventional study in France. *Plos One* 2019;14(4):e0216226.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what isn't. *Br Med J*. 1996;312:71-72.
- Santé publique France. Baromètre de Santé publique France [En ligne]. Saint-Maurice. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france>
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379:1630-40.
- Scanlan JN, Bundy AC. Is the health of young unemployed Australians worse in times of low unemployment? *Aust NZ J Public Health*. 2009;33(1):79-82.
- Scheffer N. Mort de Bertrand Schwartz, le « père » des missions locales [En ligne]. Paris: Le Monde; 2016. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/disparitions/article/2016/08/12/mort-de-bertrand-schwartz-le-pere-des-missions-locales_4982005_3382.html?xtmc=bertrand_schwartz&xtcr=9#
- Schwartz B. L'insertion sociale et professionnelle des jeunes. Rapport au premier ministre. 1981.
- Social Exclusion Unit. Bridging the gap: new opportunities for 16-18 year old not in education, employment or training. Londres: The stationery office; 1999.
- Tenret E. L'école et la méritocratie. Représentations sociales et socialisation scolaire. Paris: PUF; 2011.
- Timoteo J. Jeunes Européens non insérés : de la prise en compte des NEET à la « garantie jeunesse ». Fiches Repères. Paris: Injep; 2016;(35).
- Union nationale des Missions locales. Le réseau des Missions locales en chiffres [En ligne]. Paris. 2017. Disponible sur: <https://www.unml.info/les-missions-locales/le-reseau-des-missions-locales-en-chiffres.html>

- Van de Velde C. Jeunes d'aujourd'hui, France de demain. In Van de Velde C. Jeunes d'aujourd'hui, France de demain. Problèmes Politiques et Sociaux. La Documentation Française; 2010;(970):5-9.
- Vial B. « Ces jeunes qui ne viennent pas en Mission locale » : du délai de « latence » au phénomène du « non-recours ». Dossier. Lyon: Mission régionale d'information sur l'exclusion; 2014:178-85.
- Vivalt E. How Much Can We Generalize from Impact Evaluations? Stanford: Stanford University; 2016.
- West P, Sweeting H. Nae job, nae future: young people and health in a context of unemployment. Health Soc Care Community. 1996;4(1):50-62.
- Wikipédia. Missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes [En ligne]. 2020. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Missions_locales_pour_l%27insertion_professionnelle_et_sociale_des_jeunes
- Williamson H. Status Zero, youth and the « underclass »: Some considerations'. In: Youth, the underclass and social exclusion. MacDonald, R. (ed.); 1997.
- World Bank. World Development Report 2007: Development and the next generation. Washington DC: World Bank; 2007.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Trajectoires d'insertion selon le diplôme des jeunes sortis de formation initiale en 2010	33
Tableau 2 : Trajectoires d'entrée dans la vie active selon le niveau de diplôme durant les trois premières années de vie active des jeunes de la Génération 2010 (%)	35
Tableau 3 : Taux de chômage des jeunes trois ans après leur sortie de formation initiale en 2004 et 2010 (%)	37
Tableau 4 : Facteurs de risque de chômage parmi les actifs de 15 à 29 ans entre 2007 et 2012 en France	41
Tableau 5 : Taux de chômage en 2011 selon l'âge et le territoire (%)	42
Tableau 6 : Insertion et région de formation (%)	43
Tableau 7 : Caractéristiques de l'accueil des jeunes reçus en Missions locales entre 2007 et 2012	75
Tableau 8 : Caractéristiques des jeunes de la Génération 2007 ayant eu recours aux Missions locales dans les trois ans suivant la sortie de leur formation initiale	77
Tableau 9 : Usage de drogues illicites autre que le cannabis en 2010 par sexe parmi les 15-30 ans et comparaison avec les 31-64 ans (%)	87
Tableau 10 : Comparaison des variables en pré et post intervention entre le groupe « Assistant social » et le groupe contrôle	118
Tableau 11 : Différence de prévalences des évolutions favorables entre le groupe AS et le groupe contrôle	119
Tableau 12 : Différence de prévalences des évolutions favorables entre le groupe médecin et le groupe contrôle	144

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Situation des jeunes âgés de 15 à 29 ans en 2011	18
Figure 2 : Part des 15-30 ans dans la population totale en France en 2009 (%)	19
Figure 3 : Densité des 15-29 ans par rapport à la moyenne de métropole en 2006	19
Figure 4 : Privation des ménages selon l'âge de la personne de référence en 2011 (%)	22
Figure 5 : Nombre de jeunes actifs (15-24 ans) sur le marché du travail (en milliers) entre 1991 et 2015 dans différents pays européens	26
Figure 6 : Taux d'activité des 15-29 ans par tranche d'âge et par sexe en France métropolitaine entre 1975 et 2010 (%)	26
Figure 7 : Taux d'actifs et de chômage chez les 15-24 ans en 2010 ; Taux de chômage chez les 30-49 ans en 2010 (%)	27
Figure 8 : Part de chômage des 15-24 ans et des 30-49 ans en 2010 (%)	27
Figure 9 : Taux et part de chômage des 15-29 ans et des 30-49 ans entre 1975 et 2010 (%)	28
Figure 10 : Taux de chômage chez les 15-24 ans dans les 27 pays de l'Union Européenne en 2007 et 2011 (%)	28
Figure 11 : Evolution du taux de chômage par tranche d'âge entre 1975 et 2019 (%)	29
Figure 12 : Les trajectoires d'insertion des jeunes de la Génération 2004	30
Figure 13 : Taux de chômage des jeunes en 2013, trois ans après leur sortie de formation initiale en 2010 (%)	32
Figure 14 : Temps passé en emploi et au chômage au cours des sept premières années de vie active, par niveau de diplôme	32
Figure 15 : Taux de chômage chez les jeunes selon le niveau d'éducation dans l'Union Européenne en 2007 et 2011 (%)	33
Figure 16 : Part de jeunes ayant accédé à un emploi à durée indéterminée au cours des trois premières années de leur vie active (%)	34
Figure 17 : Temps d'accès au premier emploi à durée indéterminée au cours des trois premières années de vie active	34
Figure 18 : Plus haut diplôme obtenu selon l'origine socio-culturelle des jeunes de la Génération 2010 (%)	36
Figure 19 : Contributions au taux de chômage en 2015, par âge et niveau de qualification	38
Figure 20 : Durée cumulée de chômage (mois) au cours des sept premières années de vie active de la Génération 2004 selon le sexe, l'origine migratoire et le niveau de diplôme	40
Figure 21 : Structure des sortants du système éducatif par niveau de diplôme, selon la zone d'origine des parents entre 2007 et 2012 (%)	40
Figure 22 : Taux de chômage des jeunes par territoire de Mission locale en Ile-de-France entre 2011 et 2015 (%)	43
Figure 23 : Fréquence des motifs de discrimination rapportés par les jeunes de la Génération Céreq 2010 (%)	44
Figure 24 : Taux d'emploi selon le diplôme et la possession du permis de conduire (%)	46
Figure 25 : Différence entre part de NEETs et taux de chômage	48
Figure 26 : Part des NEETs par département (%)	50
Figure 27 : Part des NEETs en France parmi les 15-29 ans entre 2004 et 2017 (%)	50
Figure 28 : Part des NEETs dans l'Union Européenne en 2011 parmi les 15-24 ans (%)	51
Figure 29 : Part des NEETs parmi les 15-29 ans en 2011 dans les pays de l'OCDE (%)	52
Figure 30 : Les raisons du statut des NEETs de longue durée	54
Figure 31 : Proportion de NEETs selon le genre parmi les 15-29 ans dans certains pays de l'OCDE en 2012 (%)	55

Figure 32 : Part des jeunes et des NEETs en mauvaise santé parmi les 16-29 ans dans différents pays de l'OCDE en 2012 (%)	55
Figure 33 : Proportion de NEETs selon l'ascendance migratoire parmi les 16-29 ans dans certains pays de l'OCDE en 2012 (%)	56
Figure 34 : Le cheminement vers l'emploi	60
Figure 35 : Les principales mesures d'aide à l'emploi des jeunes de 1975 à nos jours	62
Figure 36 : Répartition des principaux financeurs des Missions locales en 2015	74
Figure 37 : Evolution du nombre de jeunes en contact avec une Mission locale (en milliers) et du taux de chômage des moins de 25 ans (%)	75
Figure 38 : Démarches de recherche d'emploi effectuées parmi les jeunes de la Génération 2010 ayant connu un épisode de chômage de quatre mois ou plus	76
Figure 39 : Nombre d'entretiens avec un conseiller en Mission locale parmi les jeunes de la Génération 2010 ayant connu un épisode de chômage de quatre mois ou plus	76
Figure 40 : Quotients de mortalité par sexe et âge en France, années 2012-2016	79
Figure 41 : Consultations de professionnels de santé chez les 15-30 ans au cours des 12 derniers mois selon le sexe en 2010 (%)	81
Figure 42 : Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (%)	82
Figure 43 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-75 ans en 2010 (%)	85
Figure 44 : Evolution des ivresses, de la consommation quotidienne d'alcool et des alcoolisations ponctuelles importantes selon l'âge en 2010 (%)	86
Figure 45 : Schéma de l'intervention de Presaje	94
Figure 46 : Sélection des participants	97
Figure 47 : Flow Chart de Presaje	98
Figure 48 : Les objectifs de « l'aller-vers »	155

TABLE DES ENCADRES

Encadré 1 : Quelques définitions : chômeurs, actifs, taux de chômage et part au chômage	25
Encadré 2 : Les enquêtes « Génération » du Céreq	31
Encadré 3 : Les différents noms donnés aux NEETs	49
Encadré 4 : Le coût économique des NEETs	52
Encadré 5 : Les conséquences sociétales d'être NEET	57
Encadré 6 : Le cheminement vers l'emploi	60
Encadré 7 : Mort de Bertrand Schwartz, le « père » des Missions locales	66
Encadré 8 : Quelques phrases clés du rapport Schwartz	68
Encadré 9 : De l'importance de la prise en charge globale dans les Missions locales comme en médecine générale	68
Encadré 10 : Les permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO)	70
Encadré 11 : D'où viennent les termes Mission locale ?	71
Encadré 12 : Exemples de dispositifs pour l'insertion des jeunes en Europe	72
Encadré 13 : Le Baromètre santé	79
Encadré 14 : Les différents termes qui désignent des actions « d'aller-vers »	149
Encadré 15 : Les travailleurs pairs	150
Encadré 16 : Un exemple d'outreach : les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)	151
Encadré 17 : Le consensus de Washington	159
Encadré 18 : Le premier essai contrôlé randomisé et le roi Nabuchodonosor	160
Encadré 19 : Justification du choix d'un essai contrôlé randomisé rédigé par les économistes du projet Presaje avant la mise en place du projet	162
Encadré 20 : Définition des essais cliniques selon le comité international des rédacteurs de revues médicales	164

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Etre jeune en 1950 et en 2000	17
Illustration 2 : Les NEETs : une population hétérogène	53
Illustration 3 : Les conséquences d’être NEET sur l’emploi	58
Illustration 4 : L’engrenage socio-économique d’être NEET	59
Illustration 5 : Lettre de mission de Pierre Mauroy à l’attention de Bertrand Schwartz	65
Illustration 6 : Répartition des Missions locales et des PAIO en France métropolitaine en 2009	73

ANNEXES

Annexe 1

Résumé de la communication affichée et commentée à l'European Public Health Conference à Milan en 2015, publié dans l'European Journal of Public Health :

Robert S, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, Chauvin P. Health and socioeconomic characteristics of young people not in employment, education or training in France in 2011. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. Abstract in: Eur J Public Health 2015;25(S3):276.

Health characteristics of young people not in employment, education or training in France in 2011
Pierre Chauvin

S Robert^{1,2}, S Lesieur¹, V Kergoat³, J Dutertre³, P Chauvin¹

¹Inserm, UMRS 1136, Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Department of Social Epidemiology, Paris, France

²Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Faculty of Medicine Pierre and Marie Curie, Department of general practice, Paris, France

³Mission locale, Sénart, France
Contact: pierre.chauvin@inserm.fr

Background

In France, the Missions locales are in charge of providing assistance for young people not in employment, education or training (NEETs). In average, they receive between 10 and 15% of young people aged 16–25 years living in their territory, i.e.

more than 1.5 million people every year. The health conditions of this population have never been studied in France. Our objectives were to describe their health status and their socioeconomic characteristics, and to compare them with those of the general population of the same age.

Methods

The PRESAJE survey was conducted on a randomized sample of 1453 young adults (aged 18–25 years) who attended five Missions locales in mainland France in 2011. Data were analysed and compared with those of participants of the same age interviewed in a French national health survey (Baromètre Santé 2010, N=2899) and in a cohort (SIRS, N=204) conducted in the Greater Paris area, both in 2010.

Results

NEETs' social profiles are diverse but their living conditions are globally more difficult than those of the general population. They accumulate health-related vulnerability factors: limited health insurance, low level of education, numerous adverse experiences during childhood, and social isolation. Some of their health indicators are remarkably poor: 19.2% (95% CI=17.1–21.2) have a chronic disease – versus 8.2% (95% CI=7.0–9.4) of participants of the Baromètre santé ($p<0.001$), 31.9% (95% CI=26.8–37.1) are overweight or obese (versus 17.9%, 95% CI=16.3–19.6, $p<0.001$), 19.6% (95% CI=15.2–23.9) are depressed (versus 7.3% (95% CI=3.8–10.9) of participants of the SIRS survey, $p<0.001$).

Conclusion

Careful attention must be given to young NEETs. This numerous and growing group of the French population is not familiar with health care services but their health needs are important. Integrating health services into the Missions locales may help detecting their health problems and facilitate their linkage to primary care.

Key messages

- In France, NEETs' health is poorer than that of the general population of the same age. They accumulate vulnerability factors: limited health insurance, low level of education and social isolation
- Integrating health promotion and social medicine consultations in social services dedicated to the NEETs may help them to access to health care and subsequently to job market

Annexe 2

Résumé du mémoire pour l'obtention du master 2 de Santé Publique de l'université Paris-Sud publié dans la Resp-Info :

Robert S. *Santé et recours aux soins des jeunes en insertion*. RESP-Info. 2015 Apr;2:147.

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique xxx (2015) xxx-xxx

RÉSUMÉS DE MÉMOIRES DE MASTER RECHERCHE

**Master 2 de «Santé Publique» – Université
Paris-Sud, 2013–2014**☆

**L'évaluation statistique d'un essai
randomisé comparant plusieurs
traitements ciblés avec un traitement
standard**

M. Antoniou

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », Parcours
« Biostatistique », université Paris-Sud, Paris, France
Adresse e-mail : miranda.antoniou@yahoo.com

Directeur de mémoire S. Michiels.

Co-directeur de mémoire D. Desaulle.

Laboratoire d'accueil Service de biostatistique et d'épidémiologie, Institut
Gustave-Roussy, Villejuif, France.

Contexte Plusieurs designs pour les biomarqueurs ont été proposés pour les
essais cliniques randomisés afin de comparer l'efficacité d'un traitement
expérimental avec un traitement de contrôle. Cependant, leur validité statis-
tique n'a pas été entièrement explorée. Notre projet était fondé sur l'étude
française SAFIRO2 (<http://clinicaltrials.gov/show/NCT02117167>) qui a débuté
en 2014. Il s'agit d'un essai randomisé et multicentrique de phase II à étiquette
ouverte de plusieurs traitements ciblés administrés selon les anomalies molé-
culaires (biomarqueurs) de la tumeur et comparés avec un traitement standard.
Comme les caractéristiques opérationnelles de ce design n'étaient pas bien
comprises, nous avons élaboré un cadre statistique pour ce nouveau type
d'essais cliniques par une étude de simulation.

Méthode Différents scénarios des distributions de survie, des effets des
traitements ciblés et des fréquences des aberrations moléculaires ont été
mis en œuvre pour imiter SAFIRO2. Des modèles de survie ont été développés
pour l'analyse d'un tel type d'essai, afin d'évaluer l'effet global du traitement
(modèles de Cox à effets aléatoires, modèle de Cox à effets fixes avec la
correction du biais du Firth, modèles de Cox avec la régression de ridge).
Compte tenu des scénarios alternatifs choisis nous avons pu étudier et
comparer l'erreur de type I et la puissance sous ces différents modèles. Les
effets de traitement dans les sous-groupes définis par les biomarqueurs
représentant désormais des maladies rares, ont également été explorés.

Résultats Parmi les différents modèles étudiés, le modèle de Cox avec la
correction du biais du Firth semble être l'approche la plus appropriée pour
l'analyse de SAFIRO2, bien que l'un de nos modèles à effets aléatoires ait donné
des résultats similaires. Cependant, les résultats de l'analyse de sous-groupe
n'étaient pas satisfaisants quand les aberrations moléculaires étaient trop rares.
Les modèles proposés ont été appliqués aux données d'un autre essai clinique
français de cancer du sein intégrant des biomarqueurs. En raison de trop faibles
effectifs de certaines anomalies, la méthode de correction du Firth n'a pas pu
être évaluée dans cette application.

Conclusion En conclusion, pour l'étude de SAFIRO2, nous recommandons
la méthode avec la correction du biais du Firth pour l'estimation de l'effet
global et pour l'estimation des effets de traitement dans les sous-groupes
définis par les altérations moléculaires un modèle à effets aléatoires (Cox
ajusté sur l'effet fixe du traitement et mutation et sur l'effet aléatoire
d'interaction du traitement par mutation). Cependant, ces méthodes peu-
vent être moins performantes pour les faibles effectifs des maladies rares et
une investigation méthodologique approfondie peut s'imposer dans le cas
général.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits
d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.006>

**2
Les facteurs associés aux révisions sur
prothèses totales de hanche (PTH) : rôle
du mode d'ancrage et du couple de
frottement dans les révisions
chirurgicales**

S. Colas

Master 2 de Santé publique, université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : sandrine_colas@yahoo.fr

Directeurs de stage M. Zureik.

Laboratoire d'accueil Agence nationale de sécurité des médicaments et des
produits de santé (ANSM), Saint-Denis, France.

Contexte En France, en quatre ans, le nombre de prothèses totales de la
hanche (PTH) implantées a augmenté d'environ 10 %. Lorsqu'une ré-interven-
tion est nécessaire sur une PTH, on parle de révision prothétique, consistant à
retirer puis à remplacer l'ensemble ou une partie des composants prothétiques
en place. Le taux de révision de PTH est de 1 % par an chez les patients âgés de
plus de 75 ans à l'implantation et de 1,5 % par an chez les moins de 55 ans. Les
études de survie et les registres disponibles dans différents pays ont identifié
certains facteurs de risque de révision prothétique. Cependant, le rôle du mode
d'ancrage (avec ou sans ciment, contenant ou non un antibiotique) et le couple
de frottement de la PTH restent à déterminer.

☆ Dans cette rubrique de RESP informations, nous vous présentons les
résumés d'une sélection de mémoires, soutenus pour l'obtention d'un Master
Recherche, en provenance de Bordeaux (Master Épidémiologie et biostatisti-
ques), de Nancy (Master Santé publique et environnement), et de Paris XI et
Paris XII (Master Santé publique). Cette présentation se fait avec l'agrément de
l'étudiant et du directeur de mémoire. Le résumé est préparé par l'auteur du
mémoire, puis soumis par le responsable du master à la Revue, dont la
rédaction se réserve le droit de ne pas retenir les résumés qu'elle jugerait
hors de son domaine.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.002>
0398-7620/

Objectif Étudier, à partir d'une large population de sujets porteurs de PTH de cause ni traumatique, ni cancéreuse, les relations entre les caractéristiques de la PTH (couple de frottement et mode d'ancrage) et la survie prothétique à court terme, en prenant en compte les facteurs de risques de révision de PTH (âge, sexe, comorbidités, co-médications, caractéristiques de l'établissement de pose, ...).

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude de survie prothétique sur une cohorte constituée rétrospectivement à partir des données du Sniiram chaînées aux données du PMSI (étude observationnelle, non contrôlée, multicentrique). Ont été inclus dans la cohorte, les sujets âgés de 40 ans ou plus à la date d'inclusion, résidant en France métropolitaine (hors DOM), ayant bénéficié d'une pose de PTH entre le 01/04/2010 et le 31/12/2011, pour coxarthrose et affiliés au régime général. Ils ont été suivis jusqu'au 31/12/2013.

Résultats La cohorte étudiée comprenait 100 191 sujets (âge moyen de $69,5 \pm 10,8$ ans, 57 % de femmes), dont 3182 ont eu une révision prothétique durant le suivi médian de 33 mois. Les PTH cimentées avec présence d'antibiotique dans le ciment sont de meilleur pronostic de survie prothétique par rapport aux PTH non cimentées, après ajustement sur les autres facteurs de risque de révision prothétique : risque relatif ajusté de 0,77 [0,70–0,85]. Cette relation est particulièrement marquée chez les femmes. La survie des PTH cimentées sans présence d'antibiotique n'est pas statistiquement différente de celle des PTH non cimentées. Les PTH à couple MoM sont de moins bon pronostic que les PTH à couple MoP (HR ajusté de 1,20 [1,01–1,43]). La survie des PTH à couples CoC et CoP n'est pas différente de celle à couples MoP.

Conclusion Le ciment avec antibiotique est de meilleur pronostic à court terme que l'ancrage sans ciment. Les mécanismes restent à explorer. Le suivi de cette cohorte dans les années à venir apportera des éléments quant à la survie prothétique et les facteurs associés, à plus long terme.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.007>

3

Méta-analyses sur données individuelles et évaluation standardisée de la qualité des essais

F. Fayard

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en Santé publique–Recherche Clinique », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : florence_floflo@hotmail.com

Résumé

Directeur Dr. J.-P. Pignon.

Laboratoire d'accueil Service de biostatistiques et épidémiologie, Institut Gustave-Roussy, Villejuif, France.

État de la question Pour évaluer l'efficacité d'un traitement, l'essai randomisé et la méta-analyse d'essais randomisés sont les études avec le plus haut niveau de preuve. Les décisions de santé publique sont donc largement basées sur les résultats des essais randomisés. Les données individuelles, rarement disponibles en dehors du contexte de méta-analyse sur données individuelles, permettent d'étudier la qualité de la randomisation et du suivi d'un essai. Ces deux éléments peuvent biaiser ses résultats s'ils sont mal réalisés. Notre objectif était de décrire, à l'aide de leurs données individuelles, la qualité de la randomisation et du suivi de 147 essais randomisés avec données de survie en oncologie, inclus dans sept méta-analyses sur données individuelles, d'étudier les déterminants de cette qualité et d'évaluer l'impact de la qualité des essais sur l'estimation de l'effet traitement à l'échelle méta-analytique.

Matériel et méthodes La qualité de la randomisation et du suivi de 147 essais a été classée en aveugle par deux évaluateurs indépendants en trois catégories (risque de biais faible/intermédiaire ou haut). La randomisation était étudiée à l'aide des courbes d'inclusions cumulées en fonction du temps pour chacun des groupes formés par la randomisation et de la distribution des jours de randomisation ; en cas d'anomalie, la méthode de génération de la séquence de randomisation, celle de l'allocation du groupe de traitement et la comparaison de la distribution de potentiels facteurs de confusion entre les groupes randomisés étaient également étudiées. Le suivi était évalué à l'aide des courbes de suivi par la méthode Kaplan–Meier inversée – selon la durée de suivi minimale, le taux

de perdus de vue précoces et la comparabilité des suivis entre les groupes randomisés. Chaque essai était classé selon la qualité de sa randomisation et de son suivi. La plus faible de ces deux notes définissait la qualité globale de l'essai. L'association entre la qualité globale et différentes caractéristiques des essais était étudiée en analyse univariée et multivariée par régression logistique multinomiale. Les méta-analyses étaient ré-analysées en utilisant un modèle à effet fixe et un test d'interaction en fonction du groupe de qualité. L'hétérogénéité était étudiée par groupe de qualité à l'aide du test d'hétérogénéité et de la statistique I^2 .

Résultats Pour la randomisation, 33 essais (22 %) étaient classés à risque intermédiaire et 10 (7 %) à haut risque de biais. Pour le suivi, 34 (23 %) étaient à risque intermédiaire et 15 (10 %) à haut risque de biais. Au total, 52 essais (35 %) avaient été classés à risque intermédiaire et 19 (13 %) à haut risque de biais. La qualité était significativement meilleure pour les essais d'effectif plus important ($p = 0,03$), pour les essais les plus récents ($p = 0,05$) et ceux non internationaux ($p = 0,04$). Seules trois méta-analyses comportaient au moins deux essais par classe de qualité et ont pu être ré-analysées : l'effet traitement n'y différait pas selon la qualité des essais (tests d'interaction $p = 0,98$; $p = 0,36$; $p = 0,72$) mais l'hétérogénéité inter-essais augmentait quand la qualité diminuait dans deux de ces méta-analyses.

Conclusion Ce travail est le premier décrivant la qualité d'un si large échantillon d'essais sur la base de leurs données individuelles. Les outils que nous avons utilisés, déjà largement utilisés dans le cadre des méta-analyses sur données individuelles, ont mis en évidence un grand nombre d'essais à haut risque de biais pour la randomisation ou le suivi. La soumission systématique avant publication des courbes décrites ici pourrait aider les revues à identifier les essais à la méthodologie douteuse et ainsi pousser la communauté scientifique à améliorer la qualité des essais qu'elle réalise.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.008>

4

Renseignement du tabagisme dans le dossier médical en médecine générale selon le sexe du patient et selon le sexe du médecin

É. Hermouet

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : elisabeth.hermouet@gmail.com

Sous les directions de L. Rigal et V. Ringa.

Laboratoire d'accueil CESP-Inserm-INED-U1018-équipe 7 (N. Bajos) « Genre, santé sexuelle et reproductive », université de Paris Sud, hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France.

Introduction Des différences d'espérance de vie selon le sexe des individus sont en partie liées à des différences de santé, notamment cardiovasculaire. L'espérance de vie est moins élevée chez les hommes, tandis que des différences de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, en défaveur des femmes, ont été mises en évidence par des études nord-américaines. Ces différences pourraient être dues à un surinvestissement des médecins dans le dépistage et la prise en charge de ces facteurs de risque chez les patients de sexe masculin, du fait de leur moindre espérance de vie. En France, les médecins généralistes ont un rôle important dans le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires. Les objectifs de ce travail sont d'analyser les variations de dépistage en médecine générale d'un facteur de risque cardiovasculaire, le tabagisme, selon le sexe des patients, selon le sexe des médecins, et en fonction d'un effet d'interaction entre le sexe du patient et le sexe du médecin.

Matériel et méthodes À partir d'un échantillon composé de 52 médecins généralistes volontaires et de 2599 patients tirés au sort au sein de leurs listes « médecin traitant », des analyses hiérarchiques univariées puis multivariées du renseignement du tabagisme dans le dossier médical selon le sexe des patients, leurs caractéristiques sociales, économiques et médicales et selon les caractéristiques des médecins ont été réalisées, ainsi que des tests d'interaction.

Résultats Au total, 51,8 % des dossiers étaient renseignés pour le tabagisme. Les patients masculins présentaient un meilleur taux de renseignement (58,9 %)

que les patientes (45,3 %) (OR = 1,63 ; IC 95 % [1,31–2,01]) mais il n'y avait pas de différence de renseignement en fonction du sexe du médecin (OR = 1,18 ; IC 95 % [0,61–2,30]). Il existait une interaction sur le renseignement du tabagisme selon le sexe du patient et en fonction du niveau d'études ($p = 0,001$), du statut vis-à-vis d'un emploi ($p = 0,03$), de la CMU ($p < 0,001$) et de l'existence d'antécédents cardiovasculaires personnels ($p < 0,05$).

Conclusion Nos résultats montrent des associations complexes entre le renseignement du tabagisme et le sexe du patient, d'une part, et certaines de ses caractéristiques sociales et médicales, d'autre part. Il existe des inégalités de genre dans le repérage du tabagisme en médecine générale : le tabagisme est plus souvent renseigné chez les patients que chez les patientes. Pour affiner ce constat, des analyses ultérieures pourraient étudier les variations de renseignement selon le sexe du médecin et les caractéristiques des patients afin d'objectiver une interaction sur le renseignement du tabagisme, et une étude qualitative pourrait explorer les déterminants du renseignement du tabagisme en médecine générale.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.009>

5

Étude éRIB-éCO : étude des coûts d'une cohorte de patientes avec cancer du sein métastatique traité par éribuline

A. Hurtaud

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : ahurtaud.mgreims@gmail.com

Directeur de stage S. Baffert.

Laboratoire d'accueil Unité d'économie de la santé, DRCl – recherche clinique et innovations, Institut Curie, Paris, France.

État de la question Chez les patientes ayant un cancer du sein métastaté après deux lignes de chimiothérapie, le choix du traitement ne fait pas consensus. L'éribuline, chimiothérapie innovante augmentant de deux à trois mois la survie, est disponible en France dans cette indication depuis 2012. Son prix est jusqu'à 10 fois plus élevé que d'autres molécules dans cette indication. Notre objectif était de décrire une cohorte de patientes traitées par éribuline et les coûts hospitaliers de leur prise en charge.

Matériel et méthodes Une étude rétrospective monocentrique a été menée à l'Institut Curie. Les caractéristiques des patientes, de la tumeur et les coûts hospitaliers ont été recueillis dans les dossiers médicaux entre août 2012 et août 2013. Les déterminants de la variabilité des coûts ont été recherchés par régression linéaire multiple, et ceux de la survie par un modèle de Cox multivarié.

Résultats Quarante-vingt-sept patientes ont été incluses. Le coût de traitement par patiente a été estimé à 3279 € [2126–3038] par mois et 18 694 € [16 028–21 360] au total. L'éribuline et son administration représentaient 79 % du coût total. La médiane de survie était de 10,7 mois [IC 95 % 8,0–13,3]. Les facteurs de mauvais pronostic étaient un grade Ellis-Elston à 3, un nombre de sites métastatiques ≥ 4 et la nécessité d'une hospitalisation.

Conclusion Cette étude de cohorte est la première étude française de coûts disponible concernant l'éribuline. Les coûts mobilisés, potentiellement exorbitants, incitent à s'interroger sur le bénéfice clinique, qui reste à confirmer en situation réelle de soins et notamment chez les patientes les plus fragiles.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.010>

6

Méthodes de détection d'excès localisés d'incidence des leucémies de l'enfant

E. Kyrimi

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en Santé publique », Parcours « Biostatistique », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : e.kyrimi@yahoo.com

Sous la direction de S. Goujon et D. Hémon.

Laboratoire d'accueil Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Équipe 6 – Épidémiologie environnementale des cancers (dirigée par Jacqueline Clavel), Villejuif, France.

Contexte et objectif La leucémie de l'enfant est une maladie rare qui représente un tiers des cancers pédiatriques en France. Plusieurs causes environnementales potentielles font l'objet de recherches actuelles, dont des agrégats localisés de cas pourraient être le reflet. La détection de clusters a fait l'objet du développement de nombreuses méthodes statistiques. La méthode SaTScan, qui est la plus utilisée et la plus performante sous des alternatives particulières, consiste à déplacer des fenêtres elliptiques de tailles et inclinaisons différentes sur tout le territoire étudié afin d'identifier la zone de cluster la plus vraisemblable. Cette méthode a une bonne puissance mais tend à détecter des clusters plus étendus que le cluster réel sous-jacent. La détection de clusters mieux localisés peut être plus appropriée.

Méthode Deux nouvelles approches qui testent en même temps plusieurs clusters locaux et contrôlent le « False Discovery Rate » (FDR) ont été étudiées. La base commune de ces méthodes est de réaliser un test de Poisson dans chaque unité géographique et de regarder s'il y a un excès d'incidence dans chaque unité. Dans le cadre de distributions de Poisson indépendantes avec de petits nombres de cas attendus, l'hypothèse des p -values uniformes (0, 1) sous l'hypothèse nulle, sur laquelle les approches fondées sur le FDR sont basées, n'est pas vérifiée. La première méthode envisagée, Yscan, est basée sur la transformation d'une loi discrète en loi continue, en ajoutant un bruit. En ayant ainsi une distribution des p -values sous H_0 uniformes, l'approche du FDR proposée par Benjamini et Hochberg a été utilisée. La deuxième méthode, SD-LBE, consiste à adapter la méthode de Storey pour contrôler le FDR sous l'hypothèse d'une distribution marginale de p -values à trois composantes. Ces deux nouvelles méthodes, SaTScan et la classique méthode de Bonferroni utilisée pour contrôler le FWER, ont été évaluées et comparées par simulation dans trois scénarios particuliers de distribution des cas de leucémie de l'enfant (RNHE, $N = 7675$) sur la période 1990–2006 à l'échelle des 1916 bassins de vie français.

Résultats Toutes les méthodes ont été testées dans trois scénarios réalistes. Elles ont eu une puissance insuffisante pour détecter des clusters petits ($E < 20$) avec des $SIR \leq 1,5$, et une puissance élevée pour détecter des clusters moyens ou grands ($E \geq 30$) avec des $SIR \geq 2$. Dans le scénario où il y a un unique cluster formé d'un seul bassin de vie (BV) ou dans celui où 3 BV disjoints ont un excès d'incidence, la méthode SD-LBE était la plus puissante. Enfin, pour le scénario où un cluster est formé de plusieurs bassins de vie contigus, SaTScan était plus puissante mais ne contrôlait pas le FDR à un niveau satisfaisant.

Conclusion Dans le contexte d'une maladie rare avec des nombres de cas observés indépendants, SD-LBE, une approche basée sur le FDR, peut être adaptée à une situation où les observations suivent une loi de Poisson et elle a une bonne puissance pour détecter des clusters locaux en contrôlant correctement le FDR.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.011>

7

Impact de l'initiation précoce du traitement antirétroviral en primo-infection à VIH-1 sur l'évolution du réservoir viral intracellulaire

M. Laanani

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en Santé publique », Parcours « Épidémiologie », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : moussalaanani@gmail.com

Maîtres de stage L. Meyer et J. Ghosn.

Laboratoire d'accueil CESP-Inserm U1018 (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations), Équipe 4 (Épidémiologie du VIH et des infections sexuellement transmissibles), Le Kremlin-Bicêtre, France.

Objectif Étudier l'impact d'un traitement antirétroviral initié au moment de la primo-infection sur la cinétique de décroissance du réservoir ADN-VIH

intracellulaire à court et à long terme, et le rôle de la précocité d'instauration du traitement par rapport à la contamination.

Méthodes L'étude porte sur 327 patients séropositifs pour le VIH-1 suivis depuis la primo-infection dans la cohorte ANRS-PRIMO, ayant initié leur traitement dans le mois suivant l'inclusion dans la cohorte, avec un contrôle virologique optimal (ARN-VIH < 50 copies/mL dès M6) et prolongé. L'évolution du réservoir ADN-VIH intracellulaire sous traitement (quantifié annuellement) a été modélisée par un modèle mixte linéaire à trois pentes. L'impact de la précocité du traitement antirétroviral a été recherché en introduisant un terme d'interaction avec chacune des pentes. La précocité du traitement a été étudiée sous la forme d'une variable continue.

Résultats Plus le traitement est initié précocement par rapport à la contamination, plus la réduction du réservoir est rapide dans les huit premiers mois de traitement ($-0,131 \log_{10}$ copies/10⁶ PBMC/mois lorsque le traitement a été initié un mois après la contamination, $p < 0,0001$). L'impact de la précocité du traitement était statistiquement significatif ($p < 0,0001$) : ainsi, pour un traitement initié 15 jours après la contamination, la vitesse de réduction du réservoir pendant les huit premiers mois de traitement était de $-0,171 \log_{10}$ copies/10⁶ PBMC/mois. La réduction du réservoir se poursuit ensuite sous traitement, avec une vitesse plus faible mais similaire quelle que soit la précocité du traitement. Ainsi, après cinq ans de traitement, le niveau moyen estimé d'ADN-VIH est par exemple de $1,62 \log_{10}$ copies/10⁶ PBMC lorsque le traitement a été initié quinze jours après la contamination, et de $2,24 \log_{10}$ copies/10⁶ PBMC lorsqu'il a été initié trois mois après la contamination ($p = 0,0006$).

Conclusion Cette étude renforce l'indication d'instaurer un traitement antirétroviral le plus tôt possible, et sa poursuite pendant plusieurs années. Des possibilités d'allègement thérapeutique, permises par une réduction profonde du réservoir viral après plusieurs années de traitement, pourront être envisagées.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.012>

Conditions de travail et prise de psychotropes : une étude en population nationale française

M. Lassalle

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : marionlassalle@hotmail.com

Directrice de stage I. Niedhammer.

Laboratoire d'accueil Inserm U1136, IPLESP, Équipe 7 « Recherche en épidémiologie sociale », Paris, France.

État de la question De récents travaux de recherche ont montré une évolution préoccupante des conditions de travail et leurs répercussions défavorables sur la santé, notamment mentale, des travailleurs. Trois groupes de facteurs professionnels ont été mis en cause. Ils relevaient de l'environnement psychosocial, des contraintes temporelles et de l'environnement physique de travail. Toutefois, très peu d'études ont été réalisées sur des échantillons nationaux représentatifs de travailleurs en France. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les associations entre les conditions de travail et l'usage de psychotropes, indicateur de l'altération de la santé mentale, en population au travail nationale représentative en France.

Matériel et méthodes L'étude s'est appuyée sur les données de l'enquête nationale SIP, réalisée par le ministère chargé de la Santé et le ministère chargé du Travail. Deux vagues d'entretiens ont été mises en œuvre, en 2006 et 2010 sur un échantillon national représentatif de la population âgée de 20 à 74 ans. Une analyse transversale à partir des données recueillies en 2006, et une analyse prospective entre 2006 et 2010 ont été conduites. Des modèles de régression logistique, stratifiés par genre, ont permis d'évaluer les associations entre les trois groupes de facteurs professionnels et la consommation de psychotropes, après ajustement sur des facteurs de risque hors travail reconnus.

Résultats Au total, 7542 travailleurs ont été inclus dans l'analyse transversale et 4213 sujets, non consommateurs de psychotropes en 2006, ont été suivis

dans l'analyse prospective. Dans l'analyse transversale, il existait des associations robustes, pour les deux sexes, avec la forte demande psychologique, le faible soutien social des collègues et les émotions cachées, et chez les hommes, avec l'insécurité de l'emploi. Dans l'analyse prospective, pour les deux sexes, des associations avec les émotions cachées, et chez les hommes, avec le faible soutien social des collègues ont été observées. Une association a également été mise en évidence, chez les hommes, avec les expositions physiques.

Conclusion Dans cette étude, les facteurs psychosociaux au travail étaient les principaux marqueurs de risque professionnels de la consommation de psychotropes. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour confirmer l'impact de ces expositions.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.013>

La place des médicaments biologiques similaires des érythropoïétines sur le marché en France et en Midi-Pyrénées

M. Marchand

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », Parcours « Organisation des soins et systèmes de santé », université Paris-Sud, Paris, France
Adresse e-mail : marie.lucie.marchand@gmail.com

Laboratoire d'accueil UMR 1027 Inserm, université de Toulouse III (Pr S. Andrieu ; équipe du Dr A. Cambon-Thomsen), Toulouse, France.

État de la question La chute dans le domaine public des premiers brevets de médicaments biologiques a autorisé le développement de médicaments biologiques similaires. Dans l'hypothèse d'une équivalence thérapeutique, l'arrivée de ces traitements pourrait améliorer l'efficacité, mais pose de nombreuses questions d'ordre clinique, juridique et économique. L'objectif de l'étude est de décrire à l'échelle nationale et régionale, en milieu ambulatoire et hospitalier, la répartition des consommations des érythropoïétines (macro-économique), ainsi que de comparer au niveau régional, les consommations de soins et les dépenses remboursées entre des patients traités par biosimilaires versus médicament de référence, d'une part, et traités par érythropoïétines de première génération (dont par biosimilaires) versus de générations plus récentes, d'autre part (micro-économique).

Matériel et méthodes L'analyse macro-économique repose sur des données nationales issues des bases de l'Assurance maladie « MEDICAM » et du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). Les évolutions de consommation des différentes spécialités des érythropoïétines et une estimation des économies ont été calculées. L'analyse micro-économique a été effectuée à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie de Midi-Pyrénées (Sniiram), sur l'ensemble des patients ayant eu un remboursement d'au moins une spécialité d'érythropoïétine entre 2010 et 2013. Les patients traités par plusieurs spécialités d'érythropoïétine ont été exclus. Des groupes de patients de pathologies homogènes ont été constitués, d'une part, sous chimiothérapie ($n = 7820$), d'autre part, pour insuffisance rénale ($n = 7953$). Des comparaisons de moyennes de recours aux soins et de dépenses remboursées par poste ainsi qu'une évaluation de la sécurité d'emploi et des déterminants de la prescription ont été réalisées, sur une durée de six mois.

Résultats Les caractéristiques des patients ainsi que l'efficacité et la sécurité des traitements sont comparables entre les groupes traités par biosimilaires et références. La part des patients sous chimiothérapie hospitalisés pour des effets indésirables est significativement inférieure dans le groupe traité par un biosimilaire. Le choix entre biosimilaire et princeps est davantage lié aux prescripteurs et aux contraintes sur l'organisation des soins qu'aux caractéristiques des patients. Aucune différence significative, des dépenses de soins globales, n'a été retrouvée entre les deux groupes quelle que soit la pathologie. Les dépenses relatives aux érythropoïétines sont significativement inférieures dans la cohorte chimiothérapie uniquement (9,89 € versus 13,53 € par jour, $p < 0,001$), mais non pour les insuffisants rénaux. La fréquence des effets indésirables ainsi que les consommations et dépenses de santé, sont significativement plus élevées pour les traitements de générations plus récentes par rapport à la première génération. Les biosimilaires occupent une faible place sur

le marché de cette classe thérapeutique, mais les économies pour l'Assurance maladie, principalement induites par la mise en concurrence, atteignent environ 75 millions d'€ par an en France en 2012, soit -16 % par rapport à 2007.

Conclusion En condition d'utilisation en vie réelle, de nombreux arguments confortent l'hypothèse de similarité clinique. La réduction des dépenses apportée par les biosimilaires est présente mais non significative. Il faut cependant y ajouter les économies substantielles générées par la mise en concurrence entre les différents spécialités. Ce phénomène pourrait être une solution pour la stabilisation des dépenses publiques consacrée aux médicaments biologiques, voire à créer des économies, permettant de financer de nouveaux médicaments biologiques innovants adaptés à chaque patient.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.014>

10

Recours aux soins des personnes en situation de handicap vivant en institution

D. Naouri

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », Parcours « Organisation des soins et systèmes de santé », université Paris-Sud, Paris, France
Adresse e-mail : naouri.diane@gmail.com

Directrice de mémoire N. Pelletier-Fleury.

Laboratoire d'accueil Cermes 3, UMR 8211, Inserm U988, Villejuif, France.

Introduction La question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est un enjeu de santé publique majeur. De nombreux facteurs participent à une plus grande vulnérabilité de cette population : situation de précarité plus fréquemment retrouvée, morbi-mortalité plus élevée que dans la population générale et enfin, recours aux soins souvent moins important, pour des besoins de santé équivalents. Assez peu d'études se sont intéressées au recours aux soins ambulatoires des personnes handicapées vivants en institution, et ce d'autant plus que l'organisation des soins en institution est très particulière (présence d'un médecin coordonnateur notamment). Ainsi, l'objectif de ce travail est d'étudier les déterminants du recours aux soins de médecins spécialistes et dentaires chez les adultes handicapés vivants en institution.

Méthode À partir des résultats de l'enquête Handicap Santé-Volet Institution et de la base Sniiram, nous avons étudié les déterminants du recours aux soins spécialisés et dentaires des personnes vivant en établissement pour adultes handicapés. La sévérité du handicap a été appréciée à l'aide de trois indicateurs : le score de limitation fonctionnelle (construit à partir des limitations fonctionnelles motrices, cognitives et sensorielles rapportées), l'estimateur de Katz (basé sur le score ADL) et la perception subjective du handicap. Des tests du χ^2 ainsi que des analyses multivariées ont été réalisés.

Résultats Parmi les 2528 individus de notre étude, 45,1 % avait eu un recours au médecin spécialiste et 27,6 % au dentiste. Après ajustement sur l'âge, le sexe, la complémentaire santé, le nombre de visites familiales et l'état de santé global (apprécié par le score de Charlson) ou bucco-dentaire, la sévérité du handicap, et notamment des limitations fonctionnelles, était toujours associée à une diminution de la probabilité de recours aux soins spécialisés (ORa = 0,952 ; IC 95 % = 0,944-0,961) et dentaires (ORa = 0,949 ; IC 95 % = 0,939-0,959).

Conclusion Nous avons mis en évidence des inégalités de recours aux soins et disparités sociales parmi les personnes en situation de handicap vivant en institution. Même en institution et malgré la présence d'un médecin coordonnateur pour les personnes les plus handicapées, le degré de handicap est un frein au recours aux soins spécialisés et dentaires. Cette enquête aidera donc à formuler des politiques publiques visant à améliorer le recours aux soins des personnes handicapées vivants en institution et de réduire les inégalités.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.015>

11

La précarité sociale pendant la grossesse : construction d'un indice et association avec la santé des femmes enceintes. Enquête nationale périnatale 2010

M. Opatowski

Master 2 de Santé Publique, spécialité « Recherche en Épidémiologie », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : marion.opatowski@gmail.com

Maître de stage M-J Saurel-Cubizolles.

Laboratoire d'accueil EPOPé, Inserm U1153 (P-Y Ancel), Paris, France.

État de la question Les inégalités sociales tendent à s'accroître et de nombreuses études montrent un lien entre la situation sociale et la santé ou l'accès aux soins. La période de la grossesse ne fait pas exception et des associations notables ont été mises en évidence entre la situation sociale et les complications de la grossesse et de la période néonatale, notamment la prématurité, le retard de croissance ou la mortalité infantile. L'objectif est de composer un indice pour identifier les femmes enceintes les plus précaires. Plusieurs indices de situation sociale existent mais ceux-ci sont peu adaptés au contexte de la grossesse. Cet indice doit être simple pour une utilisation facile par les praticiens, afin de mieux prendre en charge les femmes concernées. En outre, les relations entre cet indice et le contexte psychosocial, le comportement des mères, l'accès aux soins et l'issue de la grossesse sont étudiées.

Matériel et méthodes Les données proviennent de l'Enquête nationale périnatale 2010 qui a permis de constituer un échantillon représentatif de 14326 naissances. Plusieurs indices ont été construits, à partir de six variables indicatrices d'une situation de précarité. Ces variables ont été combinées en simples sommes, ou en sommes pondérées à l'aide des résultats d'une ACM. L'indice le plus pertinent a été sélectionné par analyse factorielle confirmatoire et ses liens avec des variables de santé ont été étudiés par régression logistique.

Résultats L'indice final combine les variables suivantes : « ne pas vivre en couple », « percevoir le RSA dans le ménage », « être assurée par la CMU ou ne pas avoir d'assurance sociale », et « ne pas avoir de logement personnel ». Celui-ci est fortement associé avec les variables socio-démographiques classiques, telles que le niveau d'études ou les revenus des ménages. Il est nettement associé au contexte psychosocial, à l'accès aux soins, aux comportements et à l'issue de la grossesse. Ces liens restent significatifs lorsqu'ils sont ajustés sur les variables sociales classiques.

Conclusions L'indice met en évidence de fortes disparités sociales. Il est associé de façon significative à la santé et aux comportements des femmes enceintes, les femmes les plus précaires ayant les résultats les moins favorables, et ce, même après ajustement sur les variables socio-démographiques. Il met ainsi en évidence une dimension non mesurée par les variables sociales usuelles et est, de surcroît, simple d'utilisation et facilement reproductible.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.016>

12

Enfants conçus avec une aide médicale dans la cohorte Elfe

C. Poulalhon

Master 2 de Santé Publique, spécialité « Recherche en Santé publique », Parcours « Épidémiologie », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : clairepoulalhon@gmail.com

Sous la direction de É. de La Rochebrochard.

Laboratoire d'accueil Inserm CESP 1018, équipe 2 « Épidémiologie de la reproduction et du développement de l'enfant » (J. Bouyer), Le Kremlin-Bicêtre, France.

État de la question De nombreux couples infertiles recourent à un traitement. En 2010 en France, 5,6 % des naissances ont fait suite à une prise en charge médicale de l'infertilité. L'objectif est d'étudier les conditions entourant la naissance des enfants conçus avec une aide médicale et leur santé dans les deux premiers mois de vie, et d'explorer le rôle des facteurs sociaux et médicaux sur la prématurité et l'hypotrophie.

Matériels et méthodes L'analyse porte sur 9495 enfants de la cohorte Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance), nés en 2011 en métropole, à un terme d'au moins 33 semaines d'aménorrhée, singletons ou jumeaux, de mère majeure, répartis en trois groupes selon le contexte de leur conception : « traitement », « infertiles non traités » et « fertiles » (790, 1044 et 7661 enfants, respectivement). Cinq champs ont été décrits (caractéristiques socio-démographiques, antécédents maternels, grossesse, naissance, santé à 2 mois). Une analyse univariée et multivariée des facteurs susceptibles d'être associés à la prématurité ou à l'hypotrophie a été réalisée. Les sous-groupes « fécondation in vitro » (FIV) et « stimulation ovarienne » ont été comparés.

Résultats Le groupe traitement se caractérise par une situation socio-démographique très favorable, mais des grossesses et des accouchements plus compliqués. Les taux de gémeauté, de déclenchement, de césarienne, de prématurité, d'hypotrophie et de transfert après la naissance sont ainsi significativement plus élevés en cas de conception suivant une aide médicale. Au sein du groupe traitement, les taux de gémeauté et de prématurité sont significativement plus élevés après une FIV qu'après une stimulation (environ 3 fois et 2 fois plus respectivement), celui d'hypotrophie tend à l'être. Aucune différence de santé à 2 mois n'a été observée. Après ajustement sur les facteurs sociaux et médicaux et sur la gémeauté, il existe une association significative entre contexte de conception et prématurité, sans différence entre groupes traitement et infertile, ni entre sous-groupes FIV et stimulation. Aucune association entre contexte de conception ou type de traitement et hypotrophie n'a été retrouvée.

Discussion Ces résultats semblent en faveur d'un sur-risque de complications néonatales chez les enfants de parents infertiles, conçus après traitement ou non. Il s'agit cependant de résultats non définitifs du fait de difficultés dans la construction du groupe « infertile » et dans le calcul de la pondération des données, qui ne permettent pas encore d'exclure un effet des techniques médicales utilisées. La description fine du contexte socio-démographique des enfants conçus avec une aide médicale, qui fait l'originalité du projet, prendra tout son sens à plus long terme dans leur suivi, en particulier à l'analyse du développement psychomoteur et pondéral entre la naissance et 3 ans.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.017>

13

Fluoroquinolones orales et risque de décollement rétinien

F. Raguideau

Master 2 de Santé Publique, spécialité « Recherche en Santé publique », Parcours « Épidémiologie », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : fannyraguideau@hotmail.com

Directeurs de stage M. Lemaitre, M. Zureik.

Laboratoire d'accueil Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), pôle épidémiologie des produits de santé, Saint-Denis, France.

État de la question Une publication récente a fait émerger une association entre la prise d'un traitement antibiotique de la classe des fluoroquinolones par voie orale et le risque de décollement rétinien chez les utilisateurs actuels. D'autres études épidémiologiques ont montré des résultats controversés. Compte tenu de la place importante des fluoroquinolones dans l'arsenal thérapeutique français, il est apparu nécessaire d'étudier cette association à partir d'une base de données française. Ainsi, l'objectif principal a été d'étudier l'association entre l'utilisation actuelle de fluoroquinolones par voie orale, définie comme une utilisation dans les 10 jours précédant la date du décollement rétinien, et le risque de survenue de décollement rétinien.

Matériel et méthodes Une étude de série de cas auto-appariés a été conduite à partir de la base de données du Sniiram (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie), plus précisément des données de consommation inter-régime (DCIR) chaînées aux données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information d'hospitalisation (PMSI). Entre le 1^{er} juillet 2010 et le 31 décembre 2012, 19 723 patients adultes présentant un décollement rétinien et répondant aux critères de sélection ont été inclus dans notre étude.

Résultats Sur les 487 patients exposés aux fluoroquinolones pendant la période d'observation, 54 avaient eu un décollement rétinien au cours de la

période à risque (10 jours) et 433 avait eu un décollement rétinien pendant la période témoin (maximum de 120 jours). L'exposition aux fluoroquinolones était significativement associée à la survenue d'un décollement rétinien dans les 10 jours, avec un IRR ajusté de 1,62 (1,25–2,09), $p < 0,0001$.

Conclusion Notre étude a mis en évidence une augmentation significative du risque de décollement rétinien dans les 10 jours suivant la délivrance de fluoroquinolones. Ces résultats sont à prendre en compte dans la prise en charge des patients nécessitant un traitement par cette classe d'antibiotique.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.018>

14

Santé et recours aux soins des jeunes en insertion

S. Robert

Master 2 de Santé Publique, spécialité « Recherche en Santé publique », université Paris-Sud, Paris, France

Adresse e-mail : sarahrobert22@gmail.com

Directeur de mémoire P. Chauvin.

Laboratoire d'accueil ERES, IPLESP, UMR-S 1136, Inserm-UPMC, Paris, France.

Introduction Les jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans reçus en Mission locale représentent 10 à 15 % des jeunes de cette tranche d'âge. De rares études ont montré que leur état de santé est plus préoccupant que celui rencontré chez les autres jeunes du même âge. Leurs comportements de recours aux soins restent peu connus. Notre objectif était de déterminer les facteurs associés à l'absence de médecin régulier.

Méthodes Les données de l'étude multicentrique Presaje conduite en 2011 sur un échantillon aléatoire de 1453 jeunes fréquentant cinq Missions locales (Clichy-sous-Bois, Poitiers, Reims, Sénart, Toulouse) ont été analysées en utilisant des modèles de régression logistique. La stabilité de notre modèle a été étudiée par l'analyse de la fréquence de retenue (au seuil de 0,05) de chacune des variables en Backward stepwise auprès de 1000 nouveaux modèles obtenus par Bootstrap.

Résultats Les jeunes en insertion ont moins souvent un médecin régulier que les jeunes de la même tranche d'âge (29,6 % versus 19,8 %, $p = 0,018$). Leurs profils sociaux sont divers même s'ils connaissent globalement des conditions de vie plus difficiles que les jeunes du même âge de la population générale. De fait, les facteurs sociaux associés à l'absence de médecin régulier sont nombreux. Deux d'entre eux semblent jouer un rôle majeur quelle que soit la démarche de modélisation utilisée : la complémentaire santé et la situation familiale. Ainsi, les jeunes en insertion sans complémentaire santé ni CMUc (28,7 %) ont un risque deux fois supérieur de ne pas avoir de médecin régulier que ceux ayant une mutuelle (OR = 2,05 IC 95 % = [1,48–2,84], ajusté sur l'ensemble des variables du modèle final). Vivre seul multiplie par deux fois et demi le risque de ne pas avoir de médecin régulier (OR = 2,57 IC 95 % = [1,65–3,99]) plutôt que vivre avec ses parents, toutes choses égales par ailleurs.

Conclusion Diverses stratégies devraient être mises en place pour faciliter l'accès aux soins de ce public vulnérable et nombreux, suivi ni en médecine scolaire ou universitaire, ni en médecine du travail, et moins souvent suivi en soins primaires : notamment améliorer directement l'accès aux soins des jeunes en insertion en proposant des consultations de médecine sociale au sein des Missions locales.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.019>

15

L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires

A. Simondon

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », Parcours « Organisation des soins et systèmes de santé », université Paris-Sud, Paris, France
Adresse e-mail : anne.simondon@gmail.com

Co-directeurs de mémoire C. Fournier, M. Naiditch, J. Mousques.
Structure d'accueil Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), Paris, France.

Introduction Le dispositif Asalée, créé en 2004, permet depuis 2012 l'application de protocoles de coopération entre médecin généraliste et infirmière en soins primaires, en application de l'article 51 de la loi HPST. Le financement de ce dispositif se fait aujourd'hui dans le cadre d'une expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé par les pouvoirs publics. On attend du dispositif Asalée qu'il induise le développement de nouvelles tâches par l'infirmière, des modifications dans l'organisation du médecin et de son cabinet, et enfin des changements pour le patient dans son suivi. Les tâches nouvelles confiées à l'infirmière Asalée, appelée infirmière déléguée à la santé publique (IDSP), viennent pour certaines en complément et pour d'autres en substitution de celles réalisées par le médecin généraliste. La figure de l'IDSP Asalée construite par le dispositif mérite d'être questionnée.

Méthode Des observations de la formation de nouvelles infirmières à la fonction d'IDSP Asalée ont été menées, ainsi que trois entretiens avec des acteurs clés du dispositif, complétés par une analyse des documents officiels de présentation d'Asalée.

Résultats Mobiliser le regard sociologique sur les professions d'Everett Hugues permet d'analyser le « faisceau de tâches » que se voit attribuer l'IDSP Asalée. Celui-ci comporte le repérage de patients au sein de la patientèle du médecin en fonction de critères préétablis, des actions d'éducation et de soins auprès des patients, des tâches en lien avec la nécessité de traçabilité de son activité, des temps d'interaction avec le médecin généraliste, et éventuellement des temps d'échange avec l'extérieur, les contours de ces différentes tâches étant plus ou moins flous et donc négociables. Cette approche permet également d'étudier de quelle manière ces tâches prennent place dans la réalité du contexte institutionnel et organisationnel de l'association Asalée qui emploie l'IDSP, et dans les contextes d'interactions avec le médecin d'une part et le patient d'autre part.

Conclusion De nombreuses zones d'incertitude existent dans les tâches à développer. Avec le médecin, ces zones feront l'objet lors de l'activité de négociations aboutissant à une redéfinition des rôles de chacun. Avec le patient, une plus grande latitude est donnée à l'IDSP pour construire son approche, appuyée sur une appropriation particulière de la démarche d'éducation thérapeutique.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.020>

16 Variables instrumentales en pharmaco- épidémiologie pour la prise en compte de la confusion non mesurée

A. Tricotel

Master 2 de Santé publique, spécialité « Recherche en santé publique », Parcours « Biostatistique », université Paris-Sud, Paris, France
Adresse e-mail : aurore.tricotel@gmail.com

Directeurs de stage P. Tubert-Bitter et S. Escolano.

Laboratoire d'accueil CESP, Équipe Biostatistique, Le Kremlin-Bicêtre, France.

État de la question Les études pharmaco-épidémiologiques réalisées à partir des bases médico-administratives sont en plein essor. De par leur quasi exhaustivité, ces larges bases de données constituent un outil puissant. Certaines variables ne sont cependant pas recueillies, notamment les facteurs de confusion. Leur absence de prise en compte dans les modèles de régression linéaire classique conduit à une situation d'endogénéité, à l'origine d'un biais des estimateurs conventionnels. L'endogénéité est définie par une corrélation non nulle entre une ou plusieurs variables explicatives et le terme d'erreur dans l'équation de régression. L'approche par variable instrumentale est une méthode adaptée à son traitement. L'objectif du travail était d'étudier le comportement de deux estimateurs par variable instrumentale proposés dans le cadre non linéaire dans un modèle logistique en faisant varier la force de l'instrument.

Matériel et méthodes Dans un premier temps, une revue attentive de la littérature a permis de poser le cadre statistique d'utilisation des variables instrumentales, d'en exposer la méthodologie et de recenser les différentes méthodes d'estimation et les principaux résultats méthodologiques publiés. Le comportement de l'instrument « Préférence de prescription du médecin » a, dans un second temps, été exploré via une étude de simulation. Deux méthodes d'estimation par variable instrumentale [méthode des pseudo-doubles moindres carrés (2SPS) et méthode avec inclusion du résidu à la seconde étape (2SRI)] ont été utilisées, et comparées à la méthode d'analyse conventionnelle.

Résultats En dépit d'une littérature plutôt foisonnante, les contours de l'approche par variables instrumentales restent flous. L'étude de simulation a montré que l'estimateur 2SRI pouvait s'avérer performant en termes de réduction de biais et de convergence par rapport à l'estimateur conventionnel, mais au détriment d'une inflation de la variance, qui mène à des intervalles de confiance larges et rend leurs interprétations délicates.

Conclusion L'approche par variables instrumentales peut être envisagée comme une approche complémentaire aux analyses classiques. Ses propriétés de convergence en font un outil décisif dans la compréhension des phénomènes étudiés, avec la possibilité de détecter le sens du biais des estimateurs conventionnels.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.021>

Annexe 3

Résumé de la communication orale du Congrès international d'épidémiologie ADELFF-EPITER à Nice en 2014, publié dans la Revue d'épidémiologie et de santé publique :

Robert S., Lesieur S, Kergoat, Dutertre J, Chauvin P. *Quels jeunes en insertion sont les plus à distance du système de soins en France ?* VI^{ème} Congrès International d'Épidémiologie ADELFF-EPITER, Nice, 10-12 septembre 2014. Abstract in: Rev Epidemiol Sante Publique 2014;62(S5):S202-3.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762014004532>

Session E3 – Santé-société (2)

E3-1

Perception de la maltraitance physique des enfants par les professionnels des urgences pédiatriques, Bordeaux, France

M. Bailhache^a, L.-R. Salmi^b^a Université de Bordeaux, Isped, Centre Inserm U897-Épidémiologie-biostatistique, Hôpital des Enfants – Urgences pédiatriques, Bordeaux, France^b Université de Bordeaux, Isped, Centre Inserm U897-Épidémiologie-biostatistique, CHU de Bordeaux, Pôle de santé publique, Service d'information médicale, Bordeaux, France

Introduction La définition de ce qui constitue un comportement maltraitant est imprécise dans la littérature. Notre objectif était d'évaluer la perception de la maltraitance physique de l'enfant âgé de moins de 6 ans par les professionnels des urgences pédiatriques et d'identifier les facteurs associés à cette perception. **Méthodes** Une étude d'observation transversale a été conduite de novembre 2013 à janvier 2014 auprès de tous les professionnels des Urgences pédiatriques du Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux. Nous avons développé 32 vignettes décrivant une interaction entre un parent et son enfant, selon cinq variables comme potentiellement associées à la perception de la maltraitance : l'âge, la zone d'impact sur le corps, le comportement de l'enfant, la fréquence du comportement parental et l'utilisation ou non d'un objet vulnérant. Les professionnels évaluaient le degré d'acceptabilité du comportement parental de huit vignettes tirées au sort sur une échelle visuelle analogique.

Résultats Au total, 58 des 64 professionnels ont répondu. La médiane des réponses était de 9,3 avec un écart interquartile de [7,5 ; 10]. En analyse univariée, les médecins étaient plus tolérants avec une médiane des réponses de 8,7 contre 9,7 pour les autres professionnels ($p < 0,0001$). L'acceptabilité des situations diminuait lorsque la fréquence du comportement parental était plus importante et lors de l'utilisation d'outils et l'absence de comportement préhensif de l'enfant ($p \leq 0,0001$).

Discussion Chez les professionnels, les mêmes situations de violences physiques sont jugées différemment, reflétant les difficultés pour évaluer le degré de gravité et le seuil à partir duquel ces violences sont maltraitantes.

Mots clés Maltraitance physique ; Enfant ; Perception

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.099>



E3-2

Mortalité par insuffisance cardiaque en France. Tendances 2000–2010 et inégalités territoriales

A. Gabet, F. Chin, V. Olié

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Introduction L'insuffisance cardiaque (IC) constitue une pathologie fréquente et grave dans les pays occidentaux. Peu de données épidémiologiques sont disponibles. Or sa prévalence tend à augmenter du fait du vieillissement de la population mais aussi des améliorations du traitement des événements coronaires aigus graves, principales causes de l'IC. L'objectif est d'estimer le taux annuel de décès par IC au niveau national et régional, et d'analyser les évolutions entre 2000 et 2010.

Méthodes Les données ont été extraites des bases nationales sur les causes médicales de décès du CépiDc. Nous avons considéré la mortalité par IC en causes multiples. Les taux ont été standardisés sur la population française de 2006 et les tendances analysées par des régressions de Poisson.

Résultats En 2010, le taux standardisé global de mortalité par IC était de 96,8 pour 100 000. Il a diminué de 30 % entre 2000 et 2010. Des disparités régionales importantes existaient, notamment entre le Nord-Pas-de-Calais (124,6/100 000) et l'Île-de-France (75,3/100 000). La diminution était marquée chez les hommes quel que soit l'âge et chez les femmes âgées de 65 ans et plus.



Discussion-Conclusion Malgré une réduction importante de la mortalité entre 2000 et 2010, l'IC reste une cause de mortalité fréquente en France, notamment chez les personnes âgées. Les disparités géographiques sont probablement liées à une variabilité de la distribution des facteurs de risque et de la prise en charge.

Mots clés Insuffisance cardiaque ; Mortalité ; Tendances ; Disparités régionales

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.100>

E3-3

Le trouble de la personnalité dépendante est-il associé aux troubles cognitifs ? À partir des données du programme EPIDEMCA

S. Pilleron^a, M. Guerchet^a, P. Mbelesso^b, J.-F. Dartigues^c, P.-M. Preux^d, J.-P. Clément^e^a Inserm UMR1094, Neuroépidémiologie tropicale, Faculté de médecine, Limoges, France^b Service de neurologie, Hôpital de l'Amitié, Bangui, République Centrafricaine^c Inserm U897, Université de Bordeaux, Bordeaux, France^d CHU Limoges, CEBIMER, Limoges, France^e Fédération hospitalo-universitaire de l'adulte et du sujet âgé, Limoges, France

Introduction Aucune étude ne s'est encore intéressée aux troubles de la personnalité comme potentiel facteur de troubles cognitifs. Notre objectif était donc d'étudier l'association entre le trouble de la personnalité dépendante (TPD) et les troubles cognitifs (TC), incluant le « Mild Cognitive Impairment » (MCI) et les démences.

Méthodes Une enquête transversale multicentrique a été menée en République Centrafricaine (RCA) et en République du Congo. Après un dépistage des TC en population générale, les sujets âgés de 65 ans ou plus identifiés comme ayant de faibles performances cognitives étaient invités à un entretien clinique avec un neurologue. Les diagnostics de démences et de MCI étaient posés selon les critères du DSM-IV et de Petersen, respectivement. Le TPD a été évalué à l'aide du « Personality Diagnostic Questionnaire – 4+ ». Des modèles de régression logistique multinomiale ont été utilisés pour estimer les associations. **Résultats** Sur 2001 sujets dépistés, 1519 étaient indemnes, 118 MCI, 135 démences et 229 n'avaient pas de diagnostic. Sur 1772 sujets avec un statut cognitif, 255 avaient une personnalité dépendante. Ajusté sur les facteurs pertinents, le TPD était significativement associé au MCI en RCA (OR = 2,1 IC95 % : 1,1–4,0) et au Congo (OR = 2,2 IC95 % : 1,0–4,7) alors que le TPD n'était associé aux démences qu'au Congo (OR = 4,8 IC95 % : 2,0–11,7).

Conclusion La personnalité dépendante est associée aux troubles cognitifs en Afrique Centrale. Cette association devra être confirmée dans d'autres contextes. Notre étude ouvre la voie à la recherche sur la relation entre la personnalité et les troubles cognitifs en Afrique.

Mots clés Personnalité dépendante ; Mild Cognitive Impairment ; Démences ; Afrique centrale

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.101>

E3-4

Quels jeunes en insertion sont les plus à distance du système de soins en France ?

S. Robert^{a,b}, S. Lesieur^a, V. Kergoat^c, J. Dutertre^c, P. Chauvin^a^a Inserm, UMR S 1136, IPLESP, Eres, Paris, France^b UPMC Univ Paris 06, Faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, DERMG, Paris, France^c Mission Locale de Sénart, Sénart, France

Introduction Les jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans reçus en mission locale (ML) représentent 10 à 15 % des jeunes de cette tranche d'âge. De rares études ont montré que leur état de santé est plus préoccupant que celui rencontré



chez les autres jeunes du même âge. Leurs comportements de recours aux soins restent peu connus. Notre objectif était de déterminer les facteurs associés à l'absence de médecin régulier.

Méthodes Les données de l'étude multicentrique PRESAGE conduite en 2011 sur un échantillon aléatoire de 1453 jeunes fréquentant cinq ML (Clichy, Poitiers, Reims, Sénart, Toulouse) ont été analysées en utilisant des modèles de régression logistique.

Résultats Les jeunes en insertion ont moins souvent un médecin régulier que les jeunes de la même tranche d'âge (29,6% versus 19,8%, $p=0,018$). Leurs profils sociaux sont divers même s'ils connaissent globalement des conditions de vie plus difficiles que les jeunes de la même tranche d'âge de la population générale. De fait, les facteurs associés à l'absence de médecin régulier sont similaires dans ces deux populations. Ainsi, les jeunes en insertion sans complémentaire santé ni CMUc (28,7%) ont un risque deux fois et demi-supérieur de ne pas avoir de médecin régulier que ceux ayant une mutuelle (OR = 2,5 IC95% = [1,81–3,46], ajusté sur l'ensemble des variables du modèle final).

Conclusion Une attention spécifique devrait être portée à ce public vulnérable et nombreux, suivi ni en médecine scolaire ou universitaire, ni en médecine du travail, et moins souvent suivi en soins primaires.

Mots clés Jeunes ; Insertion ; Facteurs socio-économiques ; Recours aux soins

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.102>

E3-5

Évaluation d'impact sur la santé et sur l'équité en santé : quels enjeux ?

M. Villeval^{a,b}, E. Bidault^a, T. Lang^a, Pour le groupe AAPRISS

^a UMR 1027 Inserm - Université Toulouse III, Toulouse, France

^b Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss), Toulouse, France

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) se développe au niveau international et émerge en France. Elle vise à évaluer les effets positifs et négatifs potentiels de projets, programmes ou politiques sur la santé. L'objectif est de produire des recommandations en direction des décideurs, afin d'en maximiser les effets positifs et d'en diminuer les effets négatifs.

L'EIS est un moyen particulièrement intéressant d'action sur les déterminants de la santé au-delà des comportements individuels et du système de santé. Les politiques de logement, de transport, économiques, etc. ont en effet des impacts souvent non prévus sur la santé. Au-delà des effets sur la santé, l'EIS doit aussi permettre d'apprécier la distribution de ces effets dans la population.

Cette préoccupation pour l'équité en santé reste cependant difficilement traduite en pratique. Des démarches d'évaluation d'impact ont été créées afin de renforcer la prise en compte de l'équité dans l'EIS ou d'évaluer spécifiquement les impacts sur l'équité en santé. Ainsi, les évaluations de l'impact sur l'équité en santé (EIES) semblent particulièrement intéressantes pour évaluer l'impact sur les inégalités de santé de projets du champ sanitaire.

L'EIS et l'EIES posent toutefois de nombreuses questions de recherche. La participation des populations vulnérables potentiellement affectées par la politique évaluée est une valeur centrale de l'EIS, mais pose des questions de faisabilité et d'acceptabilité sociale. La collaboration avec les décideurs politiques est également un enjeu majeur. Les difficultés méthodologiques, notamment en termes de quantification des impacts, peuvent constituer des freins à la promotion de la démarche auprès des décideurs.

Mots clés Évaluation d'impact sur la santé ; Évaluation d'impact sur l'équité en santé ; Déterminants de santé ; Inégalités sociales de santé ; Politiques publiques

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.103>

Session E4 – Épidémiologie et données des collectivités

E4-1

Obésité et hypertension artérielle en milieu scolaire : prévalence et association. Monastir, Tunisie

H. Aounallah-Skhiri^a, S. El Mhamdi^b, P. Traissac^c, K. Ben Salem^b, J. El Attia^d, M. Hsairi^e

^a Institut national de la santé publique, Laboratoire de recherche Surveillance et épidémiologie nutritionnelles en Tunisie (SURVEN), Tunis, Tunisie

^b Département de médecine communautaire, Faculté de médecine communautaire, Monastir, Tunisie

^c Institut de recherche pour le développement, UMR NUTRIPASS, IRD-UM2-UM1, Montpellier, France

^d Institut national de nutrition et de technologie alimentaire & Laboratoire de recherche surveillance et épidémiologie nutritionnelles en Tunisie (SURVEN), Tunis, Tunisie

Introduction L'objectif de ce travail est d'estimer la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) et de l'obésité et leur association chez les élèves scolarisés de la ville de Monastir.

Méthodes Il s'agit d'une étude transversale réalisée en 2012 auprès d'un échantillon représentatif des collégiens et lycéens scolarisés au niveau des structures publiques de la ville de Monastir. Un questionnaire auto-administré comportant les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des élèves a été utilisé. Les mesures anthropométriques et trois prises de la pression artérielle étaient également enregistrées ; corpulence évaluée selon l'indice de masse corporelle (IMC) et seuils OMS 2007 ; hypertension et pré-hypertension définies selon les seuils de la JNC7 appliqués aux moyennes des trois mesures.

Résultats Au total, 1748 élèves ont été inclus dans ce travail dont 54% étaient des filles. L'âge moyen était de 16,0 ± 2,3. La prévalence de l'obésité était de 5,8% (6,1% chez les garçons, 5,5% chez les filles) et ne variait pas selon le sexe et l'âge. La pression artérielle moyenne qu'elle soit systolique ou diastolique était plus élevée chez les garçons (110,7 ± 11,0 et 81,8 ± 7,5 mmHg) comparés aux filles (105,6 ± 8,7 et 78,8 ± 6,5 mmHg ; $p < 0,0001$). La prévalence de l'HTA était plus élevée chez les garçons (16,1% versus 6,5% ; $p < 0,0001$) et six fois plus élevée chez les obèses que chez les non obèses (OR ajusté sur âge et sexe = 6,2 [3,9–9,7]).

Conclusion L'obésité et l'hypertension artérielle sont répandues parmi les jeunes, d'où l'intérêt d'élargir le dépistage de l'HTA aux jeunes avec sensibilisation des praticiens de première ligne.

Mots clés Obésité ; Hypertension artérielle ; Jeunes

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.06.104>

E4-2

Données d'enquête versus données médicales scolaires : concurrence ou complémentarité

C.-H. Boער

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, Marloie, Belgique

Résumé

Introduction La collecte et l'analyse de données de santé font partie des missions de l'Observatoire de la santé de la Province de Luxembourg. L'importance de la promotion de la santé chez les jeunes n'a d'égal que le manque de disponibilité d'informations objectives. L'Observatoire de la Santé utilise des données provenant tant d'enquêtes transversales (Enquête Jeunes) que des visites médicales scolaires (base de données Omnipro). Ces deux types de collecte ont leurs utilités, bien que leurs buts et leurs méthodes varient fortement.

Méthode D'une part, un échantillon stratifié et randomisé a été tiré parmi les enfants scolarisés en province de Luxembourg. D'une autre part, toutes les données médicales scolaires récoltées pendant le même laps de temps ont été prises en compte. Ces deux bases de données ont été fusionnées dans le but d'obtenir une seule base de données afin de définir si la distribution d'un indicateur est

