



HAL
open science

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

S. Robert, S. Lesieur, J. Chastang, V. Kergoat, J. Dutertre, P. Chauvin

► To cite this version:

S. Robert, S. Lesieur, J. Chastang, V. Kergoat, J. Dutertre, et al.. Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2017, 65 (4), pp.265-276. 10.1016/j.respe.2017.01.120 . hal-01595987

HAL Id: hal-01595987

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01595987>

Submitted on 28 Sep 2017

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.

Santé et recours aux soins des jeunes en insertion 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,b*}, S. Lesieur^a, J. Chastang^b, V. Kergoat^c, J. Dutertre^c, P. Chauvin^a

^aSorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), 75012, Paris, France

^bSorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, 75012 Paris, France

^cMission locale de Sénart, 77127 Lieusaint, France

*Auteur correspondant :

Dr Sarah ROBERT

Equipe de recherche en épidémiologie sociale, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, INSERM UMRS 1136, 27 rue Chaligny, 75012 Paris

Tel : 01 44 73 84 45, Fax : 01 44 73 84 62, sarah.robert@upmc.fr

Titre courant de moins de 40 signes dans la langue de l'article :

Santé et soins des jeunes en insertion

Abstract

Background. – In France, the *Missions locales* are in charge of providing assistance for unemployed and not in education young people. 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. The aim of this study was to describe their health status and their health care utilization, and to compare it to those of 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 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 regional cohort (*SIRS*, N=204) conducted in the Greater Paris area, both in 2010.

Results. – Social profiles of young people not in employment, education or training (NEETs) are diverse but their living conditions are globally more difficult than those of the general population. They accumulate health-related vulnerability factors: insufficient health insurance, low educational levels, numerous adverse experiences during childhood and social isolation. Some of their health indicators are remarkably poor: 19.2% (CI95%=[17.2-21.3]) have a chronic disease – versus 8.2% (CI95%=[7.0-9.4]) of participants of the *Baromètre santé* ($p<0.001$), 31.9% (CI95%=[26.8-37.4]) are overweight or obese – versus 17.9% (CI95%=[16.3-19.6]) of participants of the *Baromètre santé* ($p<0.001$), 19.6% (CI95%=[15.2-23.9]) are depressed (versus 7.3%, CI95%=[3.8-10.9] of participants of the *SIRS* survey, $p<0.001$). They have less often a family doctor (70.4%, CI95%=[68.0-72.7] versus 79.7%, CI95%=[73.1-86.2] of participants of the *SIRS* survey, $p<0.05$). Among the women of the Presaje survey, 38.0% (CI95%=[30.5-45.4]) have a gynecological regular follow-up (versus 80.9%, CI95%=[71.5-90.4] of women of the *SIRS* survey, $p<0.001$).

Conclusion. – Careful attention must be given to NEETs, a numerous group of population who are not familiar with health care services and whose health needs are important. Integrating health services into the Missions locales may help detecting their health problems and facilitate their linking to care.

Word counter: 346

Key words: Unemployment. Young adult. Social determinants of health. Health status. Health care disparities.

Résumé

Position du problème. – En France, les Missions locales accueillent les jeunes en insertion 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 million de jeunes par an. Aucune étude n'a encore étudié leur état de santé à un niveau national. Notre objectif était de décrire leur état de santé et leurs recours aux soins et de les comparer à ceux des jeunes en population générale.

Méthodes. – Les données de l'étude multicentrique Presaje conduite en 2011 sur un échantillon aléatoire de 1453 jeunes 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.

Nombre de mots : 346

Mots clés. – Chômage. Jeune adulte. Déterminants sociaux de la santé. Etat 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 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 de 16 à 25 ans.

Malgré le progrès biomédical et technologique continu au cours des 70 dernières années, 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 coll. [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 problème 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 coll. [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 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. A 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 Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé) met en évidence une situation sociale et sanitaire critique chez les jeunes en insertion reçus dans les Centres d'examens de 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'examens 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 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 5 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 5 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 jeunes 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 4 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 3 classes : aucun, un, plus d'un), sentiment d'isolement (en 4 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 difficiles 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 2 catégories, présence d'une maladie ou d'un problème de santé chronique, limitation fonctionnelle depuis au moins 6 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 4 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 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 :

- Sur la 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) ;
- Sur les 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 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 la représentativité des deux enquêtes. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par le test du Chi² 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, évènements de vie difficiles) 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, évènements de vie difficiles*

La moyenne d'âge des jeunes interrogés était de 21,3+/-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% vs 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 vs 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% vs 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% vs 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 : 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 enquêtées 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+/-0,1 ans. La proportion de jeunes ayant déjà eu un rapport ne diffère pas selon le sexe ($p = 0,302$) mais les hommes ont eu en moyenne leur premier rapport à un âge plus jeune que les femmes (15,9+/-1,8 ans vs 16,9+/-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 observée 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, $p = 0,614$).

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

La proportion de fumeurs et de consommateurs de cannabis ne varie pas significativement selon l'âge des répondants mais elle diffère 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 le 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 important 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 déclaraient avoir des difficultés à lire (16%) ou à écrire (29%), notablement plus qu'en population générale : l'INSEE estimait en 2011 que 10% des jeunes 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 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 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. A l'extrémité du continuum social, chez les plus marginalisés, Marpsat, Firdion et Méron [40] avaient déjà observé, au tournant des années 2000, que les jeunes franciliens sans domicile cumulaient les événements de vie difficiles (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 difficiles 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 17830 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 était 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 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 ayants-droits 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 évoquées 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 de 18 à 30 ans en France et 23,0% des hommes de 18 à 30 ans en Ile-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 Ile-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 Ile-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'Ile-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 de plus de 16 ans qui souhaitent reprendre une formation pour adulte (stagiaire de la formation professionnelle), bénéficiaire 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 d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

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 (28 mars 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. [En ligne]. [modifié le 26 mars 2012; cité le 21 mai 2015]. Disponible: <http://www.emploi.gouv.fr/cnml/textes-referenc-des-missions-locales-l%E2%80%99ordonnance-1982-au-protocole-2010>.
- 3 Le Point. Près d'1,5 million de jeunes suivis par les missions locales en 2013, un record. [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 » ? [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. Publications Office of the European Union. Luxembourg, 2014.
- 7 Lerais F, Math A. Jeunes européens en temps de crises. Informations sociales. 2013; 180:32-40.
- 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, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet* 1997; 349(9066):1655–9.
- 10 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 (2^{ème} édition revue et augmentée), 331-341.
- 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, Schalbetter P, Delbos-Piot I, Michaud P. La santé des jeunes en rupture d'apprentissage. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Raisons de Santé, Lausanne 1997; 10.
- 14 Scanlan JN, Bundy AC. Is the health of young unemployed Australians worse in times of low unemployment? *Australian and New Zealand Journal of 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. *Social Science & Medicine* 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 and 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. DOI: 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 Cole D. (Untitled). Department for Children, Schools and Families Commissioned. Report 2009.
- 23 ORS Languedoc-Roussillon. Diagnostic régional Santé 16-25 ans. Rapport d'étude 2008. 86p.
- 24 ORS Guyane. La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle en Guyane. Rapport d'étude 2005. 97p.
- 25 ORS La Réunion. Etat de santé des primo-inscrits en Missions Locales à la Réunion. Rapport d'étude 2011. 82p.
- 26 ORS Rhône Alpes. Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère. Rapport d'étude 2006. 85p.
- 27 Observatoire régional de la jeunesse – Missions locales Haute Normandie. La santé des jeunes en insertion. Rapport d'étude 2009. 4p.
- 28 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.
- 29 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.
- 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* 2009:55-60.

- 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 Lefevre 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 : Editions 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. *Insee Première* n°1426. 2012.
- 36 Gallie D, Paugam S, eds *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? *Revue européenne des sciences sociales*, 2006.
- 38 Marpsat M, Firdion JM, Meron M. Le passé difficile des jeunes sans domicile. *Population et sociétés* n°363. 2000.
- 39 Dulin A. Sécuriser les parcours d'insertion des jeunes. *Avis du Conseil économique, social et environnemental*. 2015.
- 40 Lhommeau B. Quand les jeunes n'habitent pas chez leurs parents : revenus et niveau de vie. *Etudes et résultats* n°867. DREES. 2014.
- 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):667-673.

- 42 Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. 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, eds. 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. Etudes 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. *Journal of Adolescent health*. 2015; 56: 238-243.
- 50 Paraponaris A, Saliba B, Ventelou B. Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey. *Economics and Human Biology* 2005; 3: 241–258.
- 51 Morris S. The impact of obesity on employment. *Labour Economics* 2007;14:413–433.
- 52 Lindeboom M, Lundborg P, Van der Klaauw B. Assessing the impact of obesity on labor market outcomes. *Economics and Human Biology* 2010;8:309–319.
- 53 Amsellem-Mainguy Y, Timoteo J. Quelles politiques pour la jeunesse ? L'accès à la santé. *In* : Amsellem-Mainguy Y, Timoteo J, eds. Atlas des jeunes en France. Paris, Autrement, 2012 : 68-69.

- 54 Bozon M. Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. In: Bajos N, Bozon M, eds. La sexualité en France. Paris : La Découverte, 2008 : 117-147.
- 55 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 de l'ORS Ile 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. INSEE Première n°1219, 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'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2014.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, situation familiale, insertions sociales, événements de vie difficiles 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
Caractéristiques sociodémographiques						
Age (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]
Etranger		10,2 [8,6-11,7]		15,5 [9,8-21,3]		4,9 [3,7-6,1]
Situation socioéconomique						
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]		
Situation familiale						
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]
Insertions sociales						
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]	
Evènements de vie difficiles passés						
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]
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]

ET : écart-type

^a données pondérées et calées

^b parmi ceux qui ont une couverture maladie de base

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; NS : non significatif

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

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
Mini module européen						
Etat 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]
Santé mentale						
Episode 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]
IMC						
	313		202	**	2899	***
Maigreux		6,1 [3,4-8,7]		11,1 [4,9-17,3]		9,0 [7,6-10,4]
Normal		62,0 [56,6-67,4]		67,9 [58,7-77,1]		73,1 [71,1-75,0]
Surpoids		19,2 [14,8-23,6]		17,4 [10,1-24,6]		12,3 [10,9-13,7]
Obésité		12,8 [9,1-16,5]		3,7 [1,0-6,4]		5,6 [4,6-6,7]
Recours aux soins						
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]		
Sexualité						
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]
Conduites addictives						
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]
<i>Si oui, Consommation depuis un an</i>	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]

IMC : indice de masse corporelle

^a données pondérées et calées

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; NS : non significatif

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

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%]	
Origine migratoire	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]	
Etranger		12,5 [8,6-11,7]		7,2 [5,1-9,2]	
Niveau de diplôme	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]	
Lecture du français	823		627		0,151
Avec difficulté		14,5 [12,1-16,9]		17,2 [14,3-20,2]	
Ecriture du français	825		628		0,075
Avec difficulté		27,4 [24,3-30,4]		31,7 [28,0-35,3]	
Situation affective	813		627		<0,001
En couple		25,5 [22,5-28,5]		47,1 [43,1-51,0]	
Composition du foyer	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]	
Nombre d'amis	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]	
Sentiment d'isolement	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]	
Fugue dans le passé	822		628		
Oui		15,2 [12,8-17,8]		17,2 [14,3-20,4]	0,306
Etat de santé général	823		628		0,549
Moyen, mauvais, très mauvais		20,0 [17,3-22,8]		18,8 [15,3-21,3]	
Maladie ou problème de santé chronique	823		628		0,474
Oui		19,8 [17,1-22,5]		18,3 [15,3-21,3]	
Limitation depuis au moins 6 mois	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]	
IMC	162		151		0,480
Maigreur		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]	
Mini-Diag	172		155		0,020
Episode dépressif actuel		24,4 [17,9-30,9]		14,2 [8,6-19,7]	
Tentative de suicide dans le passé	820		625		<0,001
Oui		5,5 [3,9-7,0]		11,5 [9,0-14,0]	
Comportement sexuel à risque d'infection^a	141		130		<0,001
Oui		41,8 [33,6-50,4]		20,0 [13,5-27,9]	
Avoir un médecin régulier	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)

Tableau 4

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

	OR	IC 95%	<i>p</i>
Sexe			<0,001
Homme	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	
Femme	1,84	[1,38-2,47]	
Niveau de diplôme			0,040
Inférieur au baccalauréat	2,23	[1,16-4,29]	
Niveau baccalauréat	1,83	[0,95-3,51]	
Supérieur au baccalauréat	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	
Situation financière perçue			
Vous êtes à l'aise	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	<0,001
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]	
Composition du foyer			0,022
Vit seul	1,06	[0,67-1,68]	
Vit avec ses parents ou ses beaux-parents	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	
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]	
Sentiment d'isolement			<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)	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	
Fugue			0,001
Oui	1,79	[1,27-2,51]	
Non	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>	