

Les leviers pour favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes en insertion

Comment favoriser l'accès et le recours aux soins des jeunes précaires, confrontés à des difficultés de santé qui freinent leur insertion sociale et professionnelle ? Les expérimentations du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) proposent deux types de leviers : un accompagnement social et/ou médical pour lever les freins informationnels (optimisation de la couverture maladie, prise de conscience des besoins de santé...) et l'intervention de « médiateurs » auprès des jeunes les plus éloignés des institutions.

Axelle Charpentier, Laëtitia Drean, Norbert Rugambage,

pôle évaluation de la Mission d'animation du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (MAFEJ).

« Les jeunes en difficulté d'insertion [...] sont deux fois plus nombreux que les jeunes actifs à témoigner d'une souffrance psychique »

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont une réalité mal connue en France, davantage vantée au niveau mondial pour la qualité de son système de santé. Elles concernent pourtant au premier chef certaines franges de la jeunesse qui cumulent déjà des difficultés faisant obstacle à leur accès à l'emploi. Les rares études épidémiologiques portant sur les jeunes en insertion – jeunes peu ou pas diplômés, qui présentent des difficultés d'insertion sociale et professionnelle et qui constituent le public cible des missions locales – indiquent qu'ils connaissent un état de santé moins bon que les autres jeunes de leur âge [1]. Selon l'étude du CETAF (2011), près d'un tiers des jeunes en mission locale ont une perception négative de leur santé, contre 15 % à 17 % des jeunes en études ou actifs [2]. S'ils ne présentent pas d'addictions plus sévères, les jeunes en difficulté d'insertion déclarent des violences subies (psychologiques, physiques ou sexuelles) plus nombreuses, se sentent davantage discriminés et ont connu, dans leur enfance, un environnement familial plus instable. Ils sont deux fois

plus nombreux que les jeunes actifs à témoigner d'une souffrance psychique : parmi eux, un jeune sur cinq a déclaré une tentative de suicide.

Par les comportements à risque qu'il implique ou les capacités qu'il limite, l'état de santé fait obstacle à l'insertion socioprofessionnelle des jeunes les plus en difficulté. C'est à partir de ce constat que les pouvoirs publics ont mis à l'agenda la prise en compte de la dimension santé dans les parcours d'insertion, avec la signature, en 2006, d'une « Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle » entre le gouvernement et le Conseil national des missions locales. Les objectifs visés sont les suivants : améliorer l'accès aux soins et à une couverture sociale pour les jeunes ; garantir l'accueil et l'écoute des jeunes en souffrance psychologique, ainsi que le recours aux soins de santé mentale, le cas échéant ; développer les actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes. C'est dans ce cadre d'actions que le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) a soutenu un ensemble de projets innovants proposant un accompagnement social

et médical afin de lever les freins de type informationnel expliquant, pour partie, le faible recours aux soins. D'autres projets se sont concentrés sur les barrières psychosociales, en faisant intervenir des « médiateurs » ou « passeurs » (professionnels de santé ou pairs) pour ramener vers les structures de soins les jeunes les plus éloignés des institutions et promouvoir des messages de prévention auprès de jeunes peu réceptifs aux formes les plus traditionnelles de sensibilisation.

Assouplir les contraintes administratives et financières perçues par les jeunes

Plusieurs facteurs touchant tant à la demande qu'à l'offre de santé peuvent être avancés pour expliquer l'état de santé préoccupant des jeunes en insertion. Du côté de la demande, des problèmes de nature informationnelle peuvent être à l'origine des comportements de non-recours. Comme le notent les évaluateurs du projet « Presaje, de la santé à l'emploi », porté par la mission locale de Sénart, « les jeunes se sentent nettement moins couverts qu'ils ne le sont réellement ». Ils perçoivent ainsi une contrainte financière bien supérieure à ce qu'ils doivent payer réellement, une fois mobilisés les droits sociaux (couverture maladie, aides au paiement d'une complémentaire santé). L'un des dispositifs expérimentés dans le cadre du projet « Presaje » faisait intervenir un travailleur social en charge d'optimiser la couverture maladie des jeunes (couverture maladie universelle – CMU de base – et couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C –, en cas d'éligibilité) et de les informer sur le fonctionnement des droits et des procédures de remboursement.

Le décalage entre l'avance des frais et leur remboursement peut néanmoins rester un frein financier majeur, comme le rappelle l'évaluateur du projet « Pour l'essaimage d'une culture santé chez les 16-25 ans », porté par la mission locale de la Moyenne-Garonne. Certains expérimentateurs ont mis en place un tiers-payant auprès de professionnels de santé de proximité. D'autres, comme le centre communal d'action sociale (CCAS) de Besançon, dans le

cadre du projet « Prévenir le risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins (13-25 ans) », ont testé l'octroi d'aides ponctuelles délivrées par un référent santé. Cependant, comme le note l'évaluateur du projet « P.E.P.S. 34 », porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé du Languedoc-Roussillon, la complexité des démarches administratives engendre « des difficultés d'accès aux droits au cours de cette période de la vie marquée par des changements importants de situation. Une généralisation du tiers-payant, pour être pleinement efficace, doit s'accompagner d'une simplification du dispositif d'affiliation aux différents régimes d'assurance-maladie ».

Développer l'accompagnement social et médical

Les expérimentations mettent l'accent sur l'importance d'un accompagnement social et médical. Le projet « Presaje », évalué par une équipe de chercheurs du Centre de recherche en économie et statistique (CREST), cherchait ainsi à déterminer le poids relatif des freins financiers et des « biais cognitifs » [3] dans le sous-investissement des jeunes en matière de santé. Un premier dispositif consistait à orienter les jeunes suivis par les missions locales vers une assistante sociale chargée d'optimiser leur couverture maladie (programme 1). Des problèmes de nature informationnelle peuvent également conduire les jeunes à sous-estimer l'importance de préserver et d'investir dans leur capital « santé » : ils reportent ainsi à plus tard les actes de prévention. Un deuxième dispositif proposait ainsi l'orientation vers une assistante sociale et un médecin pour susciter une prise de conscience des jeunes sur leurs besoins de santé (programme 2).

Le protocole d'évaluation du projet « Presaje » (voir encadré « Zoom sur l'évaluation du projet "Presaje" », p. 3) a permis de comparer les effets des deux programmes par rapport au suivi habituel réalisé par le conseiller de la mission locale. Avec les deux programmes, la part des jeunes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) passe de 20 à 25 %, mais seul le pro-

gramme faisant intervenir un médecin permet de réduire la part des jeunes partiellement couverts (de 17 à 12 %), ce qui suggère que l'investissement dans une couverture santé nécessite une meilleure compréhension des gains futurs [4]. Le programme 2 (orientation vers un médecin et une assistante sociale) favorise également très fortement le recours à une consultation auprès d'un psychologue (la proportion double) ; il diminue également la proportion de jeunes femmes sans contraception et augmente la part de jeunes ayant déclaré un médecin traitant. Ces résultats plaident donc pour des dispositifs permettant aux jeunes de prendre conscience de leurs besoins de santé. Le programme 2 augmente la participation des jeunes à des ateliers (de 22 à 28 %) et à des formations (de 42 à 50 %). Une interprétation possible de ce résultat serait que les jeunes dotés d'une meilleure connaissance de leur état de santé et pouvant se positionner comme acteurs de leur santé pourraient également s'engager de manière plus sereine dans un parcours de formation. L'absence d'impact sur l'emploi peut être rapportée au faible niveau de qualification des jeunes, pour qui l'accès à la formation est un prérequis.

De manière plus générale, les expérimentations du FEJ plaident également pour la création d'espaces « santé » dans les missions locales, informant sur les droits liés à la santé et proposant des temps d'écoute, en amont d'un suivi médical. En filigrane, la relation de confiance qui se noue entre les jeunes et le professionnel chargé de les accompagner et de les orienter apparaît comme déterminante dans la mise en œuvre d'une démarche d'éducation pour la santé et de recours aux soins des jeunes précaires. Ce diagnostic va dans le sens des travaux de Pierre Chauvin et d'Isabelle Parizot – respectivement directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et chargée de recherche au CNRS – qui soulignent le poids des facteurs psychosociaux (sentiments d'utilité et d'efficacité personnelle, résilience, estime de soi, sentiment de discrimination, etc.) dans le renoncement aux soins [5].

Des équipes mobiles contre la souffrance psychique

L'étude « Presaje » a mis en évidence le mal-être et la souffrance psychique des jeunes en situation de précarité : 30% des jeunes de l'échantillon se déclarent en mauvais état de santé psychologique, contre moitié moins chez les jeunes de la même classe d'âge, mais non précaires. Le projet « Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes », porté par l'Association régionale des missions locales de Bourgogne, proposait l'intervention de psychologues intégrés aux missions locales. L'approche neutre de ces professionnels de santé a pu activer chez certains jeunes des leviers socioculturels de recours aux soins en santé mentale : les évaluateurs rapportent que les jeunes « se sentent écoutés, soutenus, avec pour effet une plus grande confiance en soi, une plus grande capacité à entrer en relation avec les autres et à se projeter dans une vie autonome ». L'investissement que les jeunes perçoivent chez les psychologues permet de faire évoluer leur propre expérience de la relation de soins. Les formes d'empathie et d'écoute mobilisées par les professionnels tendent à lever les craintes de stigmatisation associées à la santé mentale.

Certains jeunes peuvent néanmoins se montrer rétifs, vivant « l'orientation vers le psychologue [...] comme une façon d'étouffer la révolte éprouvée face aux dysfonctionnements de la société » ; cette perception fait écho aux travaux sociologiques portant sur le processus de psychologisation dans le traitement des problèmes sociaux [6].

Les expérimentations se sont interrogées sur les modalités d'« accrochage » des jeunes les plus marginalisés, mais peut-être également les plus en besoin de soins de santé mentale. Certains projets ont ainsi fait intervenir des « médiateurs » (comme une « psychologue de rue » dans le projet porté par le CCAS de Besançon), dans une démarche d'« aller vers » pour toucher les jeunes les plus éloignés des institutions. L'Antenne mobile d'insertion, d'écoute et de soutien (AMIES), créée par la Maison des adolescents (MDA) de la Corrèze, a aussi reposé sur le principe d'une intervention « hors les murs » pour prévenir et traiter la

souffrance psychique de publics scolaires en milieu rural.

En réponse aux inégalités territoriales renforcées par les difficultés de déplacement, le projet AMIES propose de faire intervenir, sur sollicitation des infirmières scolaires et des assistantes sociales, des équipes mobiles de la MDA, mettant en avant un binôme psychologue/travailleur social auprès des jeunes présentant un mal-être. Pour l'évaluateur, la plus-value du dispositif est d'apporter des réponses rapides, prévenant ainsi l'aggravation des situations. Elle repose sur une « conception du soin » moins institutionnalisée favorisant l'adhésion des jeunes. L'enjeu pour les professionnels scolaires est alors de se qualifier sur l'écoute et le repérage de la souffrance psychique, en côtoyant les équipes mobiles.

Impliquer les pairs dans les démarches d'éducation et de prévention

Certains projets ont mis en œuvre des démarches d'éducation pour la santé par les pairs, en faisant appel à des jeunes volontaires pour transmettre des messages de santé à d'autres jeunes et valoriser auprès d'eux des comportements et représentations favorables à leur santé. Cette approche, préconisée par le livre vert « Reconnaître la valeur de la jeunesse », propose une alternative

aux actions de prévention et d'éducation portées par les professionnels, auprès desquels certains jeunes se sentent stigmatisés. Il n'existe pas d'étude permettant de comparer l'efficacité relative des actions menées par les pairs et les professionnels. Les experts plaident cependant en faveur de programmes favorisant l'implication des jeunes dans les apprentissages et jouant sur le développement d'un sentiment de « pouvoir agir », renforcé par la proximité entre les pairs et les autres jeunes visés [7]. C'est le cas, par exemple, de la démarche « ESPAIR » (Éducation santé par les pairs) qui reposait sur quatre projets menés en milieu rural et urbain (Allier, Côtes-d'Armor, Côte-d'Or et Somme) visant à susciter l'implication de jeunes en insertion et de publics scolaires dans une démarche de transmission d'information (on parle alors de pairs « multiplicateurs »).

En milieu scolaire, les pairs lycéens ont permis une activation des ressources en santé existant en interne (établissement scolaire), comme en externe (MDA, planning familial, etc.). L'évaluateur de la démarche « ESPAIR » souligne plus particulièrement les effets du dispositif sur les « passeurs » eux-mêmes. Les jeunes pairs acquièrent, avant tout, des compétences psychosociales

MÉTHODOLOGIE

Zoom sur l'évaluation du projet « Presaje »

Le protocole de « Presaje » permet de chiffrer de manière rigoureuse l'impact causal de deux programmes visant à améliorer le recours aux soins et, à terme, l'insertion socioprofessionnelle des bénéficiaires. Il a impliqué plus de 1 500 jeunes volontaires fréquentant des missions locales qui disposaient d'un « point santé » avec un médecin (Clichy-sous-Bois, Sénart, Poitiers, Reims et Toulouse).

Pour ce faire, trois groupes de jeunes ont été constitués : un premier groupe était incité à rencontrer une assistante sociale chargée d'optimiser leur couverture médicale (programme 1), un deuxième groupe se voyait proposer, en plus du programme 1, une consultation avec un médecin chargé d'établir un diagnostic de leur état de santé et de les orienter, si besoin, vers des spécialistes (programme 2), et un troisième groupe ne faisait l'objet d'aucune orientation particulière et bénéficiait du suivi habituel par un conseiller de la mission locale (groupe témoin). Un tirage au sort a assigné les jeunes suivis par les missions locales à l'un des trois groupes.

Cette méthode, appelée « randomisation » ou « expérience contrôlée », permet d'attribuer les différences observées entre les jeunes aux seuls effets des dispositifs expérimentés, car les groupes présentaient des caractéristiques initiales (problèmes de santé, motivation à se soigner, freins socioculturels, difficultés financières, etc.) similaires en moyenne.

REPÈRES

Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ)

Le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ) a été créé en 2009 pour financer des actions innovantes en faveur des jeunes, mises en œuvre à une échelle limitée et évaluées de manière rigoureuse et indépendante. Cette synthèse s'appuie sur l'analyse de 11 expérimentations portant sur la santé des jeunes en insertion, dont les rapports d'évaluation sont mis en ligne sur le site du FEJ : www.experimentation.jeunes.gouv.fr

de nature à favoriser leur insertion sociale et professionnelle : « [L']amélioration des relations personnelles et du sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale est importante à souligner. [C]es deux dimensions permettent aussi une amélioration de la confiance et de l'estime de soi, considérées comme des éléments centraux dans les dynamiques de santé [et] d'insertion sociale ». Le rôle des adultes reste indispensable pour accompagner les jeunes pairs dans le rôle de relais des messages d'information sur la santé. Comme le souligne l'évaluateur, certains projets pourraient être tentés de faire intervenir les jeunes dans le rôle de pairs « entraidents » (une fois formés au

repérage, au conseil et à l'orientation), mais ce type de démarche pourrait ne pas être compatible avec la situation des jeunes en insertion.

De manière générale, les évaluations des projets du FEJ ayant impliqué des pairs-relais mettent en évidence l'évolution des représentations des jeunes sur la santé et les professionnels de santé. Elles doivent en retour interroger le rôle des institutions dans l'accès et le recours aux soins parmi les jeunes. Un enjeu des politiques publiques concerne notamment les discriminations encourues par les jeunes en matière de santé : des expérimentations visant leur mise en évidence sont en cours dans le cadre du FEJ ; elles permettront

de disposer bientôt de constats affinés sur les inégalités sociales de santé des jeunes et parmi les jeunes.

- [1] Étude « Bien-être - mal-être ? Mieux vous connaître », réalisée par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé – CETAF (2011).
- [2] Le score de santé perçue est un indicateur de santé globale construit à partir de la réponse du jeune à la question : « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 (mauvaise santé) et 10 (bonne santé) votre état de santé tel que vous le ressentez ». Les scores inférieurs à 7 identifient les jeunes présentant une perception négative.
- [3] La notion de « biais cognitifs », développée dans les travaux des psychologues Daniel Kahneman (prix Nobel en économie en 2002) et Amos Tversky, renvoie ici aux erreurs de jugement (croyances erronées, sous-estimation des risques) qui amènent les jeunes à prendre de mauvaises décisions pour leur santé.
- [4] Pour les jeunes orientés uniquement vers l'assistante sociale (programme 1), l'effet passe par une optimisation des droits sociaux (effet de substitution).
- [5] Chauvin P., Parizot I. (dir.), *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville*, Études et recherche, Éditions de la DIV, 2007.
Le concept de résilience, vulgarisé en France par le psychiatre Boris Cyrulnik, renvoie ici à la capacité des individus à surmonter certaines épreuves.
- [6] Voir, par exemple : Fassin D., *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, La Découverte, 2004* ; Bresson M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : Mythes et réalités*, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 2006.
- [7] Amsellem-Mainguy Y., « Qu'entend-on par "éducation pour la santé par les pairs" ? », *Éducation pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs*, INJEP, coll. « Cahiers de l'action », n° 43, pp. 9-16, 2014.

SOURCES - RAPPORTS FINAUX

- Beck S., Crépon B., Pernaudet J., Romanello L., « PRESAGE : Projet de REcherche sur la SAnté des JEunes », rapport final d'évaluation, AP2_76, 2014.
- Bertolotto F., « Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes par le réseau de psychologues des missions locales de Bourgogne », rapport final d'évaluation, AP2_60, 2014.
- Billemont H., « Pour l'essai d'une Culture Santé chez les 16/25 ans », rapport final d'évaluation, AP2_118, 2012.
- Costiou Y., Vergniory S., « T'as la tchatche », rapport final d'évaluation, AP2_129, 2012.
- Droin N., « Prévenir le risque d'exclusion des jeunes des dispositifs d'accès aux soins (13/25 ans) », rapport final d'évaluation, AP2_176, 2013.
- Ledésert B., « P.E.P.S. 34 : Programme d'expérimentation Plus Soins 34 », rapport final d'évaluation, AP2_201, 2014.
- Legrand E., « ESPAIR : Éducation Santé par les Pairs », rapport final d'évaluation, 2012.
- Ruiz I., « Espace Santé Jeunes en Cœur d'Hérault/Relais Santé jeunes », rapport final d'évaluation, AP2_50, 2012.

AUTRES SOURCES

- Colin V., Furtos J., « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », *Répondre à la souffrance sociale*, ERES, pp. 99-115, 2005.
- INPES (dir.), *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble*, coll. « La santé en action », n° 425, 2013.
- INPES (dir.), *Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs*, coll. « La santé de l'homme », n° 421, 2012.
- INSERM (dir.), *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, rapport, 2001.

Jeunesses : études et synthèses figure dès sa parution sur le site internet de l'INJEP : www.injep.fr (rubrique « publications »)



BULLETIN D'ABONNEMENT À "JEUNESSES : ÉTUDES ET SYNTHÈSES"

À retourner à INJEP, 95 av. de France 75650 Paris Cedex 13. Mission valorisation et diffusion.

- 5 numéros : 20 euros 10 numéros : 40 euros

Ci-joint un règlement par chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'INJEP

Nom : _____ Raison sociale : _____

Activité : _____ Adresse : _____

Courriel : _____ Tél. : _____

Souhaitez-vous recevoir des informations (newsletters, communiqués) de l'INJEP par courrier électronique ?

- Oui Non

Signature :

Directeur de la publication

par intérim: Jean-Marc Siry

Conseillère scientifique:

Francine Labadie

Rédacteur en chef:

Roch Sonnet

Rédacteurs du numéro:

Axelle Charpentier, Laëtitia Drean,

Norbert Rugambage

Correction:

Sabrina Bendersky

Mise en page:

Catherine Hossard

Impression:

Centr'imprim – Issoudun

ISSN : 21 12-3985



Bulletin
d'études et de
synthèses de
l'Observatoire
de la jeunesse