

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ SUR LES JEUNES BURGIENS DE 12 À 29 ANS

JANVIER 2015



Ce travail a été réalisé par
L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Patricia MEDINA, sociologue

Karine FONTAINE-GAVINO, socio-démographe

Martine DRENEAU, documentaliste, directrice-adjointe

Pauline BOLAMPERTI, statisticienne

Carole MARTIN DE CHAMPS, directrice

Avec le soutien technique de
La Ville de Bourg-en-Bresse

et le soutien financier de
La Ville de Bourg-en-Bresse
Le Conseil général de l'Ain

dans le cadre du
Contrat Urbain de Cohésion Sociale de l'Agglomération de Bourg-en-Bresse

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic local de santé sur la santé des jeunes Burgiens :

- Les membres du comité de pilotage du diagnostic, placé sous la présidence de Madame Véronique Roche, adjointe déléguée à la santé, aux personnes handicapées, aux liens intergénérationnels et à la petite enfance, et de Monsieur Alain Bontemps, adjoint délégué à la démocratie locale, la politique de la ville et la jeunesse,
- Le Docteur Claude Rosenberg, directeur de l'action sociale-santé et du Centre Communal d'Action Sociale de Bourg-en-Bresse et Madame Sophie Aulaz, responsable du service hygiène et santé publique, pour leur aide précieuse dans la mise en place de ce diagnostic,
- Madame Emmanuelle Leborgne puis Madame Anne-Laure Valentin-Chaize, coordinatrices de l'Atelier Santé Ville de Bourg-en-Bresse, pour leur aide dans l'organisation de la phase qualitative du diagnostic et le recueil de données d'activité des structures,
- Les professionnels impliqués dans la phase qualitative de ce diagnostic, par leur participation à des entretiens collectifs ou individuels,
- Les professionnels qui ont contribué à enrichir ce diagnostic par la transmission de données d'activité concernant leurs structures respectives,
- Les professionnels qui ont participé aux travaux de priorisation des pistes d'action, suite au diagnostic.

Professionnels ayant participé au diagnostic et à la priorisation des pistes d'action :

- Mme Amandine ALBAN, Mission Locale Jeunes
- Dr Claude BERBEY, médecin chef, pôle pédopsychiatrie Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA)
- Dr BERNOUX, CPAM Ain
- Mme Claire BILLOUD, infirmière, collège de Brou
- M. Tanguy du BOURGUET, coordinateur IFRA
- Mme Latéfa BOUZIDI, éducatrice prévention spécialisée, ADSEA 01
- Mme Sylvie BURTIN, animatrice, CFA BTP Ain
- Mme Brigitte CARESSE, Délégation départementale de l'ARS Ain
- Mme Margaux CHAPELAND, chargée de mission Maison des étudiants
- Mme Katell DARRIEUTORT, prévention spécialisée, ADSEA 01
- Mme Geneviève DELAY, infirmière, collège Thomas Riboud
- M. Florent DELORME, CIDFF
- Mme DERAÏN, infirmière scolaire, lycée Quinet
- M. Alain DODART, cadre de santé, CMP Infanto-Juvenile de Bourg-en-Bresse (CPA)
- Mme Fanette DROMARD, éducatrice spécialisée, CHRS Jeunes
- M. William ERRIGO, cadre de santé de proximité, CMP Espace Villard (CPA)
- M. Johan ESNARD, centre social Amédée Mercier
- Dr Patricia FAUROBERT, CPAM Ain
- M. Roland FEVRIER, référent prévention spécialisée, ADSEA 01
- Mme Sylvie GAUTHIER, infirmière, collège Victor Daubié
- M. David GIBAUD, Ainter'Job
- Mme Corinne GREMAUD, coordonnatrice SAPAD
- Mme Christel GUILBERT, assistante sociale, EREA La Chagne
- M. Xavier HARMEL Conseiller jeunesse, Chargé de mission prévention à la Direction départementale de la Cohésion Sociale de l'Ain, Pôle Solidarité/Unité Ville-Prévention-Discriminations
- Dr Sylvie JACQUET-FRANCILLON, CPEF du Pont des Chèvres, CG 01
- Mme Nicole LABERGERIE, CPE, lycée Edgar Quinet
- Mme Yolande LUQUIN, CPE, lycée Edgar Quinet
- Mme Roseline MARTIN-COUTURIER, infirmière, lycée professionnel Gabriel Voisin
- M. Philippe MICHELARD, adjoint de direction, CFA BTP Ain
- M. Régis MELLET, prévention spécialisée, ADSEA 01
- Mme Stéphanie MENEGAUX, Dispositif de Réussite Educative, Ville de Bourg-en-Bresse
- Mme Sophie MORIER, Conseil Général de l'Ain
- Mme Agnès NIVOT, cadre de direction, Maison des Adolescents de l'Ain
- Mme Pascale PRIN, Centre de Santé Publique
- Dr Véronique PROST, CPEF du Pont des Chèvres, CG 01
- Mme Frédérique PROST, infirmière, lycée professionnel Marcelle Pardé

- M. Patrice REDON, coordinateur, Centre Saliba (CPA)
- Mme Maria ROUBAH-CLARO, assistante sociale, lycée professionnel Carriat
- Mme Emmanuelle SAYAG, infirmière, lycée Carriat
- Mme Ghislaine SOFFER, directrice, ANPAA 01
- Mme Marie VAUPRE, infirmière, Carrefour Santé Mentale Précarité (CPA)
- Mme Sandrine VIDEAUD, résidence accueil jeunes Les 3 Saules
- Mme Marion VIOLLAND, Epicerie Solidaire
- Mme Françoise VIVIER-HIMBERT, assistante sociale, collègue Victor Daubié

SOMMAIRE

Introduction	9
Contexte	10
Objectif du diagnostic.....	12
Synthèse bibliographique.....	13
1. Principales problématiques de santé repérées chez les jeunes	14
1.1. La santé mentale : du mal-être aux pathologies psychiatriques.....	15
1.2. Les usages problématiques de substances psychoactives et conduites addictives chez les jeunes.....	15
1.3. Les accidents, première cause de décès chez les jeunes	17
1.4. Les grossesses et les interruptions volontaires de grossesse (IVG)	17
1.5. Les comportements alimentaires et le surpoids.....	18
1.6. Vaccination et hygiène bucco-dentaire.....	19
1.7. Des problématiques de santé spécifiques aux jeunes de milieux défavorisés ?.....	20
2. Comment caractériser la jeunesse ? Quand et comment devient-on adulte ?	20
2.1. Avoir ou ne pas avoir de diplôme : un fort levier et marqueur d'insertion et de passage à l'âge adulte en France	21
2.2. Eléments descriptifs de l'insertion et de la désinsertion en France	22
2.3. Les mécanismes de la désinsertion chez les adultes sont valables chez les jeunes	24
2.4. L'emploi n'est pas tout : les démarches d'insertion par le logement, la santé, l'accompagnement social.....	26
2.5. Le rôle des compétences psychosociales dans les processus de maturation et d'insertion des jeunes	26
2.6. En guise de conclusion	27
Références bibliographiques	29
DONNEES QUANTITATIVES.....	33
1. Méthodologie.....	34
2. Données socio-démographiques	35
2.1. La population des 12-29 ans.....	35
2.2. La population des 15-29 ans par quartier IRIS.....	38
2.3. Caractéristiques socio-économiques des jeunes Burgiens.....	40
3. Etat de santé.....	45
3.1. Les accouchements et les IVG chez les moins de 30 ans	45
3.2. La prévention bucco-dentaire	46
3.3. Les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (M.C.O). chez les jeunes Burgiens	47
3.4. La santé mentale chez les jeunes de 10-29 ans.....	50
3.5. La mortalité chez les jeunes.....	53
Synthèse des données quantitatives	54

SYNTHESE DONNEES D'ACTIVITE	57
1. Les files actives révèlent des clivages forts en termes de tranches d'âge, de sexe et d'appartenance sociale	58
2. Les difficultés sociales et de santé repérées :	61
2.1. Le logement des jeunes : étude Bourg-en-Bresse Agglomération.....	61
2.2. Les bilans de santé réalisés par la CPAM, les suivis du DRE.....	62
DONNEES QUALITATIVES	65
1. Méthodologie	66
2. Composition des groupes de professionnels ayant participé à la phase qualitative de l'étude :	67
3. Synthèses des principaux thèmes et enjeux abordés lors des entretiens collectifs	69
3.1. La santé des jeunes en insertion	69
3.2. Santé des jeunes en apprentissage et filières professionnelles	78
3.3. La santé des scolaires, collégiens et lycéens	82
3.4. La sexualité et la contraception, la santé des femmes	86
3.5. La santé mentale chez les jeunes.....	90
4. Synthèse des principales problématiques de santé issues de l'analyse quantitative, qualitative et de l'examen des files actives	94
DEFINITION_ET PRIORISATION_DE PISTES D'ACTION.....	97
1. Les critères de priorisation utilisés	99
2. Les thématiques retenues en adéquation avec les critères définis et les cadres logiques d'action ..	100
3. Thématiques non retenues dans le cadre du groupe de travail	111
SYNTHESE GENERALE	115

INTRODUCTION

CONTEXTE

Le vocable « jeunes » définit, de prime abord, un groupe d'individus dont le point commun est qu'ils ont un âge qui les situe hors de l'enfance et pas encore tout à fait dans l'âge adulte. Responsables politiques et journalistes l'utilisent donc volontiers pour désigner une population qui recouvre à la fois les adolescents et les jeunes adultes.

Parallèlement, les chercheurs en sciences humaines mais aussi les professionnels de terrain, tendent à élargir les bornes de cette période qu'est la jeunesse, et ce depuis plusieurs années. Déjà en 1993, Olivier Galland et Alessandro Cavalli publiaient un ouvrage sur l'allongement de la jeunesse¹ et constataient que l'entrée dans la vie adulte, et donc l'accès à un emploi, à un logement autonome, à la vie de couple, se faisait de plus en plus tardivement, notamment du fait du chômage et des difficultés économiques qui en découlent qui contraignent les individus à rester chez leurs parents de plus en plus longtemps. Mais, au-delà de ces contraintes, l'autonomie et la prise de responsabilités ne sont peut-être plus autant recherchées par les jeunes adultes, ce qui a amené certains auteurs à parler « d'adultes »² dès la fin des années 80. Enfin, la durée de plus en plus longue des études (expliquant en partie le fait que l'âge moyen des mères au premier enfant soit de plus en plus tardif - autour de 28 ans -) est un autre facteur majeur qui explique l'allongement de la période de vie sous le toit parental.

Pour toutes ces raisons, la sortie de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte semblent de plus en plus tardives et les problématiques des jeunes perdurent parfois à des étapes de vie qui étaient naguère considérées comme « l'âge adulte ». Ceci est confirmé par les professionnels de terrain³ qui constatent que certains individus entre 25 et 29 ans, qui ne sont plus officiellement suivis par les institutions dédiées aux jeunes, notamment dans le domaine de l'insertion (Missions Locales, organismes de formation, service de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence des conseils généraux, foyers de jeunes travailleurs...), présentent souvent des difficultés assez semblables à celles des jeunes de moins de 25 ans, notamment en ce qui concerne le mal-être, la consommation de substances psychoactives...

Dans le même temps, les enfants entrent de plus en plus tôt dans l'adolescence. Au plan médical, de nombreuses études constatent que les premières règles des filles surviennent de plus en plus tôt, partout dans le monde, et notamment dans les pays industrialisés⁴. Il y a quelques dizaines d'années, cet âge était situé entre 16 et 18 ans alors qu'il est aujourd'hui plutôt situé autour de 12-13 ans... Les causes de cette

¹ *L'allongement de la jeunesse*, ouvrage collectif sous la direction d'Olivier Galland et d'Alessandro Cavalli. Collection Changement social en Europe occidentale. Actes Sud. Décembre 1993

² *Interminables adolescences*. Tony Anatrella, *éditions du Cerf*, 1988.

³ *Diagnostic local de santé de Bourg-en-Bresse*, Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, 2010.

⁴ L'âge aux premières règles. Institut National d'Etudes Démographiques, Janvier 2013. http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premieres_regles/

évolution sont mal connues, mais les spécialistes évoquent néanmoins le rôle possible de l'amélioration de l'alimentation ainsi qu'une stimulation des fonctions nerveuses et hormonales plus intense. Dans un autre registre, il est également constaté que l'âge de la première expérimentation du tabac et du cannabis ne cesse de s'abaisser dans plusieurs pays et notamment en France... Au-delà de ces exemples, l'accès aux médias et aux moyens modernes de communication (téléphones mobiles, internet, ...) permet, dès l'enfance, d'être « connecté » aux autres au même titre que les adultes. Pour toutes ces raisons, l'entrée au collège (11-12 ans) marque, beaucoup plus qu'autrefois, l'entrée dans l'adolescence.

Malgré cette évolution, la très grande tranche d'âge qui va de 12 à 29 ans, du fait de cet « étirement » de l'adolescence vers l'enfance et aussi vers l'âge adulte, recouvre des réalités très hétérogènes. Au plan biologique, psychologique, sociologique et juridique les différences entre une personne de 13 ans, de 19 ans ou de 28 ans demeurent considérables. Enfin, l'appartenance à un milieu social très favorisé, plus moyen ou modeste, le fait de vivre en milieu urbain ou rural, créent également des écarts dans les modes de vie, les difficultés vécues et même l'état de santé, qui peuvent être importants.

C'est dans ce contexte que la Ville de Bourg-en-Bresse s'interroge aujourd'hui sur l'état de santé des jeunes Burgiens, de tous les jeunes, mais avec une attention particulière en ce qui concerne les individus de milieux modestes ou défavorisés, qui habitent notamment dans les territoires classés en Politique de la Ville.

Si le diagnostic local de santé réalisé par l'ORS Rhône-Alpes en 2009-2010 avait déjà abordé certaines des problématiques de santé des jeunes, la Ville souhaite aujourd'hui réaliser un focus sur cette population qui représente environ 10 000 personnes, soit un quart de la population de la commune.

La demande vise à affiner le plus possible les informations épidémiologiques, « objectives » en matière d'état de santé, mais aussi les informations qualitatives, issues du vécu et des représentations des jeunes et des professionnels qui les côtoient, et ce afin de faire émerger des pistes d'action opérationnelles, adaptées à chaque sous-groupe de jeunes repéré afin d'améliorer leur état de santé et leur accès aux ressources de prévention et de soins.

OBJECTIF DU DIAGNOSTIC

L'objectif du diagnostic local sur la santé des jeunes Burgiens de 12 à 29 ans est de mettre à disposition les informations les plus fines possibles sur l'état de santé des jeunes et ce, en « découpant » cette population multiforme selon les critères qui apparaîtront comme les plus pertinents. Il s'agira plus précisément d'explorer les problématiques de santé de ces jeunes, au sens large du terme⁵, qui peuvent les concerner, les préoccuper ou préoccuper les professionnels qui les suivent.

A partir de toutes ces informations de nature quantitative et qualitative, il s'agira de faire émerger des pistes d'action opérationnelles à développer auprès de différents groupes-cibles, au sein de la population des 12-29 ans. In fine, ces pistes d'action pourront contribuer à améliorer l'état de santé de cette population, à réduire certaines problématiques de santé, au sens large du terme, et aussi à améliorer, si besoin, leur accès aux ressources de prévention et de soins.

⁵ Nous considérons ici la santé selon la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est-à-dire : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité ».

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

1. PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ REPERÉES CHEZ LES JEUNES

Parler de la santé des jeunes en général nécessite de cerner de quels jeunes on parle. En dehors même de la définition délicate de la jeunesse (que l'on abordera dans le chapitre suivant), et si l'on s'intéresse à une tranche de vie assez longue, notamment celle des 12 et 29 ans, on perçoit que les problématiques de santé sont très différentes entre la période de préadolescence, celle de l'adolescence et celle de l'arrivée dans l'âge adulte. Selon les sources d'information disponibles (bases de données sur la mortalité ou la morbidité, enquêtes auprès de groupes spécifiques), il est possible de décrire la santé des jeunes en distinguant des sous-tranches d'âge : les 15-24 ans, 10-19 ans, 20-29 ans ou encore d'autres tranches d'âges spécifiques.

Les jeunes sont globalement plutôt en bonne santé, qu'il s'agisse d'une bonne santé constatée dans les chiffres de mortalité et de morbidité ou d'une bonne santé déclarée par les jeunes eux-mêmes. Ainsi, en termes de mortalité, les jeunes constituent la tranche d'âge ayant les taux de mortalité les plus bas, par rapport à toutes les autres. L'analyse de la courbe des taux de mortalité par âge montre cependant que le taux minimum de mortalité est atteint entre 5 et 10 ans et que les taux progressent ensuite de façon continue [1], en raison principalement des décès par accidents dans la tranche 15-25 ans.

En termes de morbidité, 96% des jeunes Français de 15-30 ans se déclarent plutôt en bonne santé dans l'enquête du Baromètre santé 2010 réalisé par l'INPES [2], avec des scores de santé déclarée toujours un peu plus élevés chez les garçons que chez les filles. Cependant, les 15-19 ans présentent les scores les plus défavorables, d'après les réponses au questionnaire du baromètre, en matière de santé mentale, d'anxiété et de dépression (échelle de Duke⁶).

Les principales problématiques de santé repérées chez les jeunes sont ainsi liées aux questions de santé mentale (mal-être, conduites suicidaires, pathologies psychiatriques...), aux conduites addictives, aux accidents (circulation, domestiques), aux comportements sexuels à risque (grossesses non désirées...).

D'autres sujets peuvent également être jugés préoccupants, particulièrement pour les jeunes en situation précaire, tels que le surpoids et l'obésité liés à une hygiène de vie médiocre (alimentation déséquilibrée, sédentarité), ou encore un moindre recours aux soins et à la prévention, notamment en matière de santé bucco-dentaire.

⁶ Les Baromètres santé utilisent, depuis 1996, le profil de santé de Duke pour l'évaluation de la qualité de vie. Cet instrument comporte 17 questions combinées entre elles pour former différentes échelles correspondant aux dimensions suivantes : physique, mentale, sociale, santé perçue, anxiété, douleur, estime de soi et dépression.

1.1. La santé mentale : du mal-être aux pathologies psychiatriques

Comme le soulignent les résultats d'enquête du Baromètre Santé 2010, ce sont les jeunes qui présentent les moins bons scores de santé mentale, comparativement aux autres tranches d'âge.

Les tentatives de suicide témoignent notamment de ce mal-être. En 2010 [2], près d'un jeune français de 15-30 ans sur cent déclare avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois (0,5% des hommes contre 1,3% des femmes), et cinq jeunes sur cent une tentative de suicide au cours de la vie (2,7% des hommes et 7,3% des femmes). Ces données sont relativement stables entre 2000 et 2010. Parmi les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les jeunes, figurent notamment les violences subies (sexuelles et autres), un jeune âge (entre 15 et 19 ans) et un bas niveau de revenu. Au niveau de la région Rhône-Alpes, l'analyse du taux de tentatives de suicide hospitalisées sur la période 2005-2009 met en évidence des disparités territoriales importantes, par exemple chez les jeunes femmes de 15-24 ans : 236 hospitalisations pour suicide pour 100 000 femmes de 15-24 ans par an dans le territoire de santé Est, contre 503 dans le territoire Sud et 476 dans le territoire Nord.

En ce qui concerne les suicides, ils constituent la deuxième cause de mortalité chez les jeunes après les accidents de la circulation. Ils représentent, en France, environ 16% des décès chez les 15-24 ans, soit un peu moins de 500 décès en 2011. Notons que ce chiffre est en forte baisse depuis plusieurs années (environ 900 décès par an en 1980). Les suicides sont trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, à cet âge-là comme dans l'ensemble de la population, à l'inverse des tentatives de suicide, plus fréquentes chez les femmes.

Les pathologies psychiatriques constituent par ailleurs le premier motif d'admission en ALD (Affection de Longue Durée) chez les 15-24 ans, soit environ 40% des admissions en ALD chez les jeunes, avec là aussi des différences parfois assez marquées entre les territoires. Sur la période 2006-2008, le taux annuel d'admission en ALD pour affections psychiatriques varie ainsi en Rhône-Alpes de 103 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans dans le territoire de santé Est à 162 dans le territoire de santé Nord [3], auquel appartient la ville de Bourg-en-Bresse.

1.2. Les usages problématiques de substances psychoactives et conduites addictives chez les jeunes

L'alcool est le produit psychoactif le plus consommé chez les jeunes, comme dans l'ensemble de la population. Les jeunes se caractérisent par un mode de consommation moins quotidien que chez les personnes plus âgées, mais il est fréquemment excessif. Ainsi, en 2010, 22% des Rhônalpins de 20-25 ans déclarent consommer 6 verres lors de la même occasion au moins une fois par mois et 14% au moins une fois par semaine [4]. L'ivresse concerne également davantage les jeunes : 39% des Rhônalpins de 15-19

ans et 51% des 20-25 ans déclarent au moins une ivresse au cours des douze derniers mois. On observe qu'entre 2005 et 2010 la part des ivresses dans les douze derniers mois a légèrement diminué chez les 15-19 ans - moins 4 points -, mais qu'elle a augmenté chez les 20-25 ans (plus 5 points). Par ailleurs, les données de l'enquête ESCAPAD, réalisée au niveau national de façon périodique auprès des jeunes de 17 ans, montrent une stabilisation des ivresses dans l'année, autour de 50% chez ces jeunes, entre 2005 et 2011. Enfin, selon les Baromètres santé 2005 et 2010, parmi les jeunes de 15 à 25 ans, l'âge de la première ivresse est resté stable à 16,8 ans entre ces deux dates.

Les analyses nationales du Baromètre Santé 2010, par statut d'activité, montrent que les étudiants sont les plus concernés par les comportements d'alcoolisation excessive et en particulier par les ivresses. Le statut d'étudiant est fortement corrélé aux consommations à risque chez les jeunes femmes, tout comme la situation de chômage ou d'inactivité chez les jeunes hommes.

La consommation de tabac est particulièrement fréquente chez les jeunes : elle concernait 44% des jeunes Français de 15-30 ans en 2010, et 36% si l'on ne tient compte que des fumeurs quotidiens. La part des fumeurs quotidiens augmente rapidement avec l'âge, elle est de 24% chez les 15-19 ans et de 41% chez les 20-25 ans, avec une prédominance masculine qui devient très importante à partir des 26-30 ans (l'arrêt du tabac plus précoce chez les femmes est à mettre en lien avec les grossesses ou prévisions de grossesse). La première cigarette est fumée avant 15 ans pour 28% des Rhônalpins, et entre 15 et 18 ans pour la moitié d'entre eux. Alors que la consommation de tabac avait diminué entre 2000 et 2005, elle est repartie à la hausse entre 2005 et 2010 au niveau national, hausse qui cependant, ne semble pas se vérifier chez les jeunes de la région Rhône-Alpes [4]. Les jeunes scolarisés ou étudiants sont moins nombreux à fumer régulièrement (23%) que les jeunes qui ont une activité professionnelle (42%), et que les chômeurs (53%) [2].

Parmi les produits psychoactifs illicites, **le cannabis** est de loin le produit le plus consommé par les jeunes. En 2010, parmi les jeunes Français de 15-30 ans, 13% des femmes et 25% des hommes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. La consommation, maximale chez les 20-25 ans, décline ensuite rapidement chez les femmes dès 26-34 ans et chez les hommes à partir de 35-44 ans. Le niveau de consommation est globalement stable depuis les années 2000. L'âge d'initiation au cannabis en 2010 est d'environ 17 ans en moyenne, au niveau national. L'usage de cannabis apparaît comme étant fortement lié à la situation sociale et professionnelle et aux conditions de vie, et tout particulièrement à la précarité socioprofessionnelle chez les jeunes hommes.

Les addictions dites « sans produit » (aux écrans, jeux vidéo, ...) concernent essentiellement des populations jeunes, voire très jeunes. Ce sont des problématiques émergentes dont la prévalence est encore mal connue (de 0,7% à 11,9% selon les études et les contextes [5]).

De nombreuses études ont analysé les comportements addictifs chez les jeunes et préconisent de renforcer le plus possible les facteurs de protection de l'individu, et notamment les facteurs psychoaffectifs et psychosociaux, considérés comme « *des modérateurs du risque et de l'adversité* » [6], qui favorisent la capacité d'un individu à s'adapter et à traverser des expériences difficiles.

1.3. Les accidents, première cause de décès chez les jeunes

Les accidents (de la circulation et accidents de la vie courante, de sport notamment) représentent au total près de la moitié des décès parmi les 15-24 ans (47%), soit environ 170 décès annuels sur la période 2000-2008 en Rhône-Alpes, dont 130 dus aux seuls accidents de la circulation [3]. En France, en 2013, les 18-24 ans constituaient 19,5% de la mortalité routière et 19% des blessés hospitalisés, alors qu'ils ne sont que 9% de la population générale [7]. Même si les effectifs de tués et de blessés en lien avec les accidents de la circulation ont connu une baisse considérable ces trente dernières années, la baisse observée chez les jeunes a été moins importante que celle observée dans la population générale.

Selon le Baromètre santé 2010, en Rhône-Alpes 14% des personnes interrogées (15-85 ans) déclarent avoir eu un accident ayant entraîné une consultation médicale dans les douze derniers mois, mais cette part monte à 31% chez les 20-25 ans, avec une forte prédominance masculine (40% chez les jeunes hommes et 22% chez les jeunes femmes).

1.4. Les grossesses et les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

En Rhône-Alpes, en 2010, 54% des jeunes, filles et garçons, de 15-19 ans déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel au cours de leur vie, contre 91% des jeunes de 20-25 ans. L'âge moyen au 1^{er} rapport sexuel est de 16,9 ans, et l'âge médian de 17 ans (sensiblement comme en France).

Les jeunes femmes constituent la cible privilégiée des campagnes de prévention des grossesses non désirées pour plusieurs raisons : la fertilité dans ces tranches d'âge est très élevée et le risque de grossesse en cas de rapport est très important. Par ailleurs, un jeune âge à la première grossesse constitue un facteur de risque de recours répété à l'IVG. Enfin les conséquences psychologiques et sociales des grossesses non désirées peuvent être durablement préjudiciables [8].

Parmi les Rhônalpines de 15-19 ans ayant des rapports hétérosexuels et ne souhaitant pas d'enfant, 87% déclarent (en 2010) utiliser un moyen de contraception, contre 89% des Rhônalpines de 20-25 ans. Entre 15 et 19 ans, le préservatif masculin est utilisé à égalité avec la pilule, alors que la pilule devient le mode de contraception largement le plus utilisé entre 20 et 25 ans.

Au-delà de ces constats globaux, les analyses nationales du Baromètre Santé 2010 montrent que la non-utilisation systématique d'une méthode de contraception est liée aux situations suivantes : un niveau de diplôme peu élevé, une situation financière difficile, le lieu de résidence (grandes agglomérations), le fait de déclarer avoir une religion. Pour chacune de ces situations, le risque de ne pas utiliser de contraception est double par rapport aux situations opposées (diplôme élevé, bonne situation financière, petites agglomérations, pas de religion). Par ailleurs, les facteurs qui augmentent la probabilité d'avoir eu recours à la contraception d'urgence dans les douze derniers mois (11% des femmes de 15-29 ans sexuellement actives en 2010) sont : un âge tardif au premier rapport, un diplôme élevé, un lieu de résidence dans la région parisienne, une situation financière difficile.

Parmi les femmes enceintes au moment de l'enquête (2010), les grossesses non souhaitées concernaient deux femmes sur trois de moins de 25 ans (67%) et une femme sur cinq de 25-29 ans (22%). L'absence de contraception ou l'oubli de pilule sont les principales raisons de ces grossesses chez les femmes de 15-29 ans.

Entre 2005 et 2009, le nombre d'IVG réalisées à l'hôpital par les Rhônalpines de 15-24 ans est resté stable : environ 6 800 par an, avec des taux variant de 14 pour 1 000 dans l'Ain et la Loire à environ 18 pour 1 000 dans la Drôme et le Rhône (environ 15 % de ces IVG sont réalisées chez des mineures de 15 à 17 ans). Le recours à l'IVG est ainsi clairement plus marqué dans les territoires les plus favorisés de la région sur le plan socio-économique, alors que la survenue de grossesses chez les mineures intervient à l'inverse davantage dans les territoires les moins favorisés.

Plusieurs auteurs se sont intéressés spécifiquement aux grossesses chez les mineures [9]. La précarité socio-économique figure toujours parmi les facteurs de risque de ces grossesses, même s'il n'est pas le seul. La survenue d'une grossesse chez une adolescente est parfois présentée comme une possible stratégie d'adaptation, *« projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté »*. Une autre hypothèse peut être faite concernant ces grossesses, c'est la difficulté d'accès aux soins due au manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception.

1.5. Les comportements alimentaires et le surpoids

On sait aujourd'hui qu'une alimentation déséquilibrée et un manque d'activité physique constituent pour la population générale et sur le long terme, les principaux risques d'apparition des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2. Par ailleurs, il est avéré que certaines habitudes de vie (temps passé devant la télévision, absence de petit déjeuner) sont également fortement corrélées à la prise de poids.

Or, les jeunes adoptent assez fréquemment des comportements alimentaires peu favorables à une bonne santé. Selon le Baromètre nutrition 2008 [10], seuls 6% des jeunes français de 12-30 ans ont consommé 5 fruits et légumes la veille de l'interview, ce taux augmentant ensuite avec l'âge (15% des 46-60 ans et 24% des 61-75 ans) et montrant que l'attention à l'équilibre alimentaire progresse globalement avec l'âge. La consommation de boissons sucrées, autre facteur de risque d'obésité, est par contre beaucoup plus importante chez les jeunes que chez les plus âgés : 39% des 12-30 ans ont consommé ce type de boissons la veille contre 15% des plus de 30 ans. Ces comportements alimentaires sont très liés d'une part au genre (les filles consomment davantage de fruits et légumes que les garçons, moins de boissons sucrées, et vont moins souvent au fast-food), et d'autre part aux caractéristiques socio-économiques de la famille (les enfants d'ouvriers, d'employés, de chômeurs, ou les enfants de foyers à bas revenus, consomment moins de légumes, de poisson, et plus de boissons sucrées que les enfants de cadres).

En ce qui concerne la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes, l'enquête [11] réalisée en 2009 par l'Education nationale auprès des élèves de 3^{ème} met bien en évidence les disparités de prévalence entre les catégories socioprofessionnelles. Ainsi 18% des adolescents étaient en surcharge pondérale en France, dont 4% en situation d'obésité, mais ces chiffres variaient entre 12% (dont 2% d'obèses) chez les enfants de cadres à 22% (dont 6% d'obèses) chez les enfants d'ouvriers. Ces inégalités sociales, déjà constatées lors des enquêtes de 2001 et 2004, ne se sont donc pas atténuées au fil des années.

1.6. Vaccination et hygiène bucco-dentaire

Peu de données sont disponibles dans le domaine de la vaccination. L'enquête de l'Education nationale précédemment citée auprès des jeunes de 3^{ème} montre qu'en 2009, on observe des taux de vaccination assez élevés contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, voire très élevés contre la tuberculose (98%). Les disparités constatées entre les adolescents en zones d'éducation prioritaires (ZEP) et zones hors ZEP concernent surtout le vaccin contre l'hépatite B (49% d'adolescents vaccinés en ZEP versus 42% hors ZEP) et le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) (12% de filles vaccinées en ZEP contre 16% hors ZEP).

En matière de santé bucco-dentaire, cette même enquête révèle que les disparités sociales présentes en 2004 se sont encore accrues en 2009. En 2009, 44% des enfants d'ouvriers ont des dents intactes contre 66% des enfants de cadres, l'écart s'étant creusé de 5 points entre 2004 et 2009. Le recours au dentiste à titre préventif semble très fortement lié aux comportements familiaux en matière de recours aux soins, comme le témoigne la participation au programme M'T dents. Ce programme, qui propose un examen bucco-dentaire gratuit aux jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, moins suivi à 18 ans (taux de participation de 29% en Rhône-Alpes en 2011) qu'à 6 ans (45%), l'est également moins dans les familles bénéficiaires de la CMU complémentaire que dans les autres familles.

1.7. Des problématiques de santé spécifiques aux jeunes de milieux défavorisés ?

Les jeunes de milieux défavorisés sont concernés par les mêmes problématiques de santé que l'ensemble des jeunes, mais souvent avec une intensité plus forte.

Les études qui se sont intéressées aux jeunes en difficulté, qu'il s'agisse de jeunes en insertion (via les Missions Locales) [12,13], de jeunes en situation de précarité (via les centres d'examen de santé de la CPAM) [14], de jeunes relevant de la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ) [15], ou de jeunes sans logement [16] ou en errance [17], montrent toutes une accentuation de la souffrance psychique (ou des troubles psychiatriques plus sévères), des conduites addictives ou à risques (sur la route notamment, mais également en matière de sexualité), des troubles des comportements alimentaires et une mauvaise santé bucco-dentaire, par rapport aux autres jeunes, scolarisés ou actifs.

Les jeunes en insertion présentent notamment, par rapport aux jeunes scolarisés ou actifs, une perception de leur santé plus négative, une moindre déclaration de médecin traitant, davantage de conduites addictives, davantage de violences subies, un sentiment fort de discrimination et une plus grande souffrance psychique.

Certaines études mettent en avant, notamment chez les jeunes suivis par la PJJ, une santé plus dégradée chez les filles, qui sont alors davantage touchées que les garçons par des troubles du sommeil, de la fatigue, des allergies, et par des comportements plus extrêmes en termes de violence ou d'addictions.

Les problèmes de santé chez les jeunes en difficulté sont aggravés par un accès plus difficile aux soins, à la fois pour des raisons économiques (absence de couverture sociale ou de complémentaire santé), d'éloignement géographique des professionnels de santé, ou encore d'un manque d'habitude de pratiques de « soin de soi ».

2. COMMENT CARACTERISER LA JEUNESSE ? QUAND ET COMMENT DEVIENT-ON ADULTE ?

Contrairement à ce qui pourrait sembler une évidence, ce n'est pas l'âge, ou du moins pas seulement l'âge, qui permet de caractériser la jeunesse. Les études [18, 19, 20] qui s'intéressent aux jeunes peuvent aussi bien concerner les « adolescents » et « pré-adolescents », que les « jeunes » ou encore les « jeunes adultes », tous ces qualificatifs ne correspondant pas à des tranches d'âge précises mais recouvrant une période qui peut aller de 12-13 ans à 25 ans et quelquefois jusqu'à 30 ans. La « durée de la jeunesse »

semble ainsi s'allonger dans les sociétés occidentales, à la fois par un avancement de l'adolescence (processus de pré-maturation) et par une entrée plus tardive dans la vie adulte. Ce processus d'allongement de la jeunesse, constaté par de nombreux auteurs, est lié notamment à la prolongation de la scolarisation (phénomène de long terme) et à la difficulté d'une insertion professionnelle stable (phénomène conjoncturel lié aux modifications du contexte économique).

2.1. Avoir ou ne pas avoir de diplôme : un fort levier et marqueur d'insertion et de passage à l'âge adulte en France

Les jeunes, depuis qu'ils font l'objet d'études sociologiques, même s'ils n'ont jamais été considérés comme une population homogène, sont parfois décrits comme une catégorie de population ayant ses propres expériences culturelles, se démarquant fortement de celles des générations plus âgées, avec une « culture des pairs » très présente. Le sociologue Olivier Galland [21] a consacré de nombreux travaux à cette période dite « de transition », où l'enfant va devenir adulte, en s'attachant à décrire les modes de socialisation, les étapes du devenir adulte. Selon cet auteur, si les rites de passage ont tendance à s'affaiblir, voire à disparaître, dans la société actuelle, il existe toujours des seuils, des étapes à franchir afin d'atteindre l'âge adulte. Mais ces étapes sont brouillées par la focalisation des politiques publiques sur la seule problématique de l'insertion, alors que la scène scolaire constitue de fait, aujourd'hui, l'univers principal de la socialisation des jeunes, la transmission par la famille tendant à s'affaiblir.

Alors que pour les générations antérieures, les différentes étapes vers l'autonomie de l'adulte semblaient bien définies [22] par le fait de trouver un emploi, s'installer dans un logement indépendant, se mettre en couple et avoir un enfant, « la frontière entre la jeunesse et l'âge adulte devient plus poreuse ». Ainsi, selon la sociologue Cécile Van de Velde, les étapes précédemment définies ne sont plus linéaires : un jeune peut trouver un emploi puis être au chômage, partir de chez ses parents et y revenir, se sentir adulte et ne plus se sentir adulte. Etre adulte devient davantage une question d'identité personnelle, une notion qui peut être réversible même si elle reste liée au regard des autres. L'analyse comparée des itinéraires d'émancipation familiale et d'insertion sociale des jeunes dans quatre pays européens, réalisée par Cécile Van de Velde [23,24] montre que **le modèle français repose essentiellement sur la scolarisation et la course au diplôme**, avec un sentiment d'urgence très prégnant : il faut s'intégrer le plus rapidement possible et de façon la plus définitive possible. Ce modèle conduit les jeunes à quitter le domicile des parents vers 23-24 ans, avec une dépendance forte à la famille jusque-là. Les autres modèles décrivent des situations très différentes entre la Grande-Bretagne (où le jeune doit s'assumer rapidement, et rompre assez tôt les liens de dépendance à la famille et à l'Etat), l'Espagne (où le jeune ne s'installe que lorsqu'il a un emploi stable mais aussi une vie de couple stable, avec un départ tardif du domicile des parents vers 27-28 ans), le Danemark (où le jeune, avec l'aide de l'Etat, quitte tôt sa famille, vers 18-20 ans,

et peut prendre le temps de vivre des expériences multiples – travail, études – non linéaires, avec une construction progressive de son statut d'adulte). Cette typologie des modes du devenir adulte montre l'importance des politiques publiques dans les expériences vécues par les jeunes, mais aussi celle des références culturelles, et notamment le rapport à la famille (très présent dans les pays du Sud).

L'importance majeure donnée au diplôme en France, considéré comme le sésame pour une insertion réussie, conduit ainsi à définir très tôt quel sera le statut socio-professionnel du futur adulte, à qui la société a tendance à attribuer une «étiquette pour la vie ». Qu'en est-il alors des jeunes sortis du système scolaire sans diplôme, et spécialement ceux des quartiers défavorisés ? Comment vivent-ils cette situation qui peut être étiquetée comme une forme de déclassement ?

2.2. Eléments descriptifs de l'insertion et de la désinsertion en France

Pour certains auteurs, la notion d'autonomie, qui renvoie à l'idée que l'individu se donne lui-même ses propres règles (Elsa Ramos [25]), ne doit pas être réduite à la notion d'indépendance (financière, matérielle, parentale). Un adulte peut se sentir autonome sans être complètement indépendant. Mais dans les analyses statistiques, l'autonomie est souvent considérée du seul point de vue de l'emploi et du logement. Selon Serge Maury [26] de l'INSEE Rhône-Alpes, un jeune est considéré « partiellement autonome » lorsqu'il occupe un logement indépendant ou qu'il a un emploi, et « autonome » lorsqu'il a logement et emploi. Ainsi la population des jeunes de 16-24 ans est décomposée en quatre catégories : les élèves et étudiants, les non-autonomes, les partiellement autonomes et les autonomes. En Rhône-Alpes, dans le recensement de la population de 2009, 32% des jeunes sont considérés comme autonomes et 30% partiellement autonomes à l'âge de 23 ans, et respectivement 42% et 31% à l'âge de 24 ans. On compte aussi, à l'âge de 24 ans, 8% de jeunes non-autonomes, sortis du système scolaire. Parmi ces jeunes, 82% n'ont pas quitté le domicile familial (un sur trois vit en HLM) et 7% vivent dans des structures de type foyers de jeunes travailleurs. On observe parmi ces jeunes considérés comme non-autonomes une part plus importante de jeunes issus de familles monoparentales (27%) que dans les autres catégories de jeunes (15%).

La question de l'insertion de ces jeunes, en majorité vivant encore dans leurs familles et sans emploi stable, est une question centrale pour les pouvoirs publics, notamment dans le cadre de la politique de la Ville déployée depuis plusieurs années dans les quartiers défavorisés.

La difficile insertion des jeunes issus de quartiers défavorisés a été clairement décrite par Thomas Couppié du CEREQ à partir de trois cohortes (1998, 2004 et 2007) de jeunes résidents des zones urbaines sensibles (ZUS), cohortes suivies pendant leurs trois premières années sur le marché du travail [27]. Comparés aux autres jeunes urbains, les jeunes résidant en ZUS connaissent des difficultés d'insertion plus importantes, caractérisées par un taux d'emploi à trois ans moins élevé (61% contre 75% chez les

jeunes hors ZUS) et une part plus importante de jeunes ayant connu plus d'un an de chômage sur trois ans de vie active (35% versus 19%). Ces indicateurs d'insertion professionnelle ont chuté entre 1998 et 2007, en lien avec la dégradation de la situation économique, mais de façon plus sensible pour les jeunes résidant en ZUS que pour les jeunes hors ZUS (-12 points versus -7 points pour le taux d'emploi à trois ans). Cette évolution a été particulièrement marquée pour les jeunes hommes des quartiers ZUS (davantage que pour les jeunes femmes) et pour les non-diplômés. De nombreux facteurs jouent un rôle dans les inégalités d'accès à l'emploi pour les jeunes résidant en ZUS :

- un environnement familial plus éloigné du marché de l'emploi (59% de pères en emploi contre 76% chez les jeunes hors ZUS) ;
- des parents nés dans un pays non européen pour 45% d'entre eux, contre 19% chez les autres jeunes;
- des carrières scolaires plus courtes, avec 28% de jeunes entrés en 6^{ème} ayant au moins une année de retard (redoublement), contre 15% chez les autres jeunes;
- plus de la moitié des jeunes orientés vers les filières professionnelles, contre moins d'un tiers chez les autres jeunes,
- 2,4 fois plus de risques de terminer leur scolarité sans diplôme supérieur au brevet des collèges.

Thomas Couppié a également mis en évidence un autre facteur défavorable pour l'insertion des jeunes des ZUS : « l'effet quartier ». Indépendamment des autres facteurs, il s'agit d'un effet notamment lié à la faible densité d'emplois sur le territoire, à la ségrégation sociale aggravant les difficultés de populations déjà défavorisées, et à la discrimination territoriale des employeurs. Cet « effet quartier » s'observe particulièrement pour les jeunes hommes (moins pour les jeunes femmes) et pour les non-diplômés (moins pour les diplômés du supérieur). L'auteur montre par ailleurs un renforcement de cet « effet quartier » entre 1998 et 2007.

Une autre étude, portant spécifiquement sur « les décrocheurs scolaires » en Rhône-Alpes [28], cite le chiffre de 10% des jeunes de 18 à 24 ans ayant quitté le système scolaire sans diplôme supérieur au brevet, contre 11,6% au niveau national (chiffres 2011). A titre de comparaison, des pays comme la Suède ou la Finlande comptent un peu moins de décrocheurs scolaires que la France (environ 10%), mais l'Italie et l'Espagne en comptent beaucoup plus (respectivement 19 et 25%). Parmi tous les déterminants identifiés de fin de parcours scolaire sans diplôme, au sein du panel examiné dans l'étude nationale [29], le niveau de l'élève à son entrée en 6^{ème} (réussite aux tests d'évaluation en français et mathématiques) expliquerait à lui seul la moitié des sorties sans diplôme. Dans la région Rhône-Alpes, l'analyse a porté plus spécifiquement sur les jeunes auparavant inscrits en filières professionnelles et ayant quitté le cursus scolaire. Dans cette population, la part des décrocheurs est plus importante chez les garçons que chez les filles et elle est plus élevée chez les jeunes issus de milieux défavorisés.

2.3. Les mécanismes de la désinsertion chez les adultes sont valables chez les jeunes

Ces difficultés d'insertion des jeunes peuvent conduire, comme chez les adultes, à des phénomènes de désinsertion sociale, décrits par Danièle Debordeaux [30] selon trois approches sociologiques différentes ; selon ces approches on parle de désaffiliation, de disqualification ou encore de désinsertion.

- Selon Robert Castel, la « **désaffiliation** » caractérise un processus de rupture du lien social que vivent un certain nombre de personnes particulièrement démunies. Cette notion ne se réduit pas à une dimension économique de paupérisation mais concerne également le tissu social dans lequel les personnes s'insèrent (ou ne s'insèrent pas). Elle désigne un processus fait de ruptures d'appartenance, d'une part sur un axe d'intégration-non intégration qui va de l'emploi stable à l'absence d'emploi, et d'autre part sur un axe d'insertion-non insertion dans une sociabilité socio-familiale qui va de l'inscription dans des réseaux solides de sociabilité à l'isolement social total (cet axe inclut la variable familiale et la variable culturelle). Ces deux axes permettent de définir quatre grandes zones : la zone d'intégration (garantie d'un travail permanent et supports relationnels solides), la zone de vulnérabilité (précarité du travail et fragilité relationnelle), la zone de l'assistance (l'aide apportée est déjà synonyme d'un minimum d'intégration), la zone de désaffiliation (absence de travail et isolement social). Les frontières entre les zones sont poreuses et, dans la société actuelle, les indices d'un basculement sont nombreux tant dans la sphère du travail (précarisation du travail) que dans la sphère familiale (transformations des structures familiales entre autres). Les jeunes des banlieues « *à la dérive* » décrits par François Dubet [31] constituent le prototype de cette désaffiliation avancée, « une manière d'être et de savoir qu'on est inutile au monde ». La désaffiliation menace aujourd'hui des populations qui étaient encore récemment intégrées, y compris chez les jeunes.
- Serge Paugam [32] a élaboré la notion de « **disqualification sociale** », qui désigne le discrédit de ceux dont on peut dire qu'ils ne participent pas à la vie sociale. Cette notion permet d'approcher la façon dont les personnes qui relèvent de l'assistance vivent cette situation et leurs relations avec les travailleurs sociaux. Le statut d'assisté est la manifestation de la dépendance et l'identité de l'assisté est malmenée. Serge Paugam parle ainsi de « dégradation statutaire », dans laquelle les travailleurs sociaux ont une part de responsabilité. Cependant, les personnes assistées ne subissent pas toutes passivement cette relation : leur façon de réagir les répartit entre « fragiles » (dans le cas d'une assistance ponctuelle liée à des difficultés économiques), « assistés » (ils font l'objet d'un suivi régulier, ont des difficultés plus importantes), « marginaux » (à l'écart du dispositif officiel d'assistance, sans revenus, bénéficiant de secours très ponctuels). Les « fragiles »

connaissent une crise d'identité liée à l'apprentissage de la disqualification, par exemple dans le cas du chômage (fragilité intériorisée qui renvoie à l'humiliation et au repli sur soi, ou fragilité négociée chez les jeunes qui acceptent de recourir temporairement à l'assistance sans ressentir de culpabilité). Les « assistés » passent par différentes étapes dans « leur carrière d'assistés », ils vivent d'abord une assistance différée (ils gardent espoir de sortir de l'assistance, puis une assistance installée (ils développent une stratégie de coopération et de séduction des travailleurs sociaux), et enfin une assistance revendiquée (la relation avec les travailleurs sociaux se détériore, ils ne font plus d'effort d'insertion). Quant aux marginiaux, ils résistent à la réprobation sociale, soit par une marginalité conjurée (petits boulots, minimum de vie sociale), soit par une marginalité organisée (renoncement quasi définitif au travail mais référence à des normes personnelles qui les fait ne pas se sentir concernés par leur dégradation statutaire). Ces trois catégories de populations (fragiles, assistés, marginaux) peuvent être considérées comme trois phases différentes dans le processus de disqualification sociale.

- Vincent de Gaulejac et Isabel Taboada Léonetti développent la notion de « **désinsertion** » comme un processus et non comme un état (on n'est pas dans la pauvreté ou en dehors, dans une vision du in/out). Des facteurs très divers peuvent être à l'origine du processus de désinsertion, facteurs que l'on pourrait classer en trois grandes dimensions : une dimension économique et professionnelle, une dimension sociale et relationnelle, une dimension symbolique et normative. Cette dernière dimension est intéressante, elle est considérée comme l'essence même de l'exclusion. Le processus de désinsertion est ainsi le passage d'une identité positive à une identité négative. L'approche de l'exclusion symbolique en termes d'utilité sociale fait appel d'une part au rôle du système normatif en fonction duquel la société évalue cette utilité et d'autre part au rôle des phénomènes identitaires et de la subjectivité des acteurs, les auteurs parlent ainsi « d'idéal du moi social ». La désinsertion sociale est donc toujours un phénomène individuel, différente de la relégation sociale évoquée à propos des populations des quartiers défavorisés (où il peut exister une dimension relationnelle forte).

Pour résumer les trois approches sociologiques présentées ci-dessus, **la désaffiliation** représente la dissolution du lien social, **la disqualification sociale** est le discrédit attaché au statut d'assisté, **la désinsertion** se centre sur une population qui vit l'épreuve du déclassement social.

2.4. L'emploi n'est pas tout : les démarches d'insertion par le logement, la santé, l'accompagnement social

Des auteurs comme Roger Bertaux [33] s'interrogent alors sur les résultats obtenus par les dispositifs d'insertion mis en œuvre par des travailleurs sociaux et leurs institutions, pris dans des tensions complexes entre idéaux et contraintes du réel. Roger Bertaux replace les difficultés multidimensionnelles vécues par les individus dans le contexte de sociétés dominées par le libéralisme économique, qui valorisent l'excellence individuelle et où les difficultés et échecs rencontrés sont intériorisés comme une responsabilité individuelle. Dans ce cadre l'insertion devient surtout un objectif politique, visant essentiellement un accès à l'emploi, donc une insertion professionnelle. Or les diverses politiques mises en œuvre afin de favoriser l'accès à l'emploi multiplieraient en fait les solutions précaires (contrats aidés divers) qui maintiendraient le plus souvent les individus dans la précarité. Certains travailleurs sociaux résistants à cette « fausse insertion », privilégieraient l'insertion sociale, en plaçant, avant la recherche d'emploi, la résolution des difficultés sociales et psychologiques, de santé et de logement.

D'après Bertaux, on distingue ainsi plusieurs tendances dans les logiques d'action des travailleurs sociaux : une logique de proximité (identification aux pauvres, refus d'étiqueter, approche de l'insertion comme devoir pour la société et comme droit pour l'individu), une logique de distance (distinction entre soi et les usagers, mobilisation des ressources des usagers, approche de l'insertion comme un devoir pour l'individu), une logique contractuelle (compromis entre les deux attitudes précédentes, double attribution des responsabilités à la personne et à la société, l'insertion comme droit et comme devoir pour la société et pour l'individu). Les élus et dirigeants, selon leur approche politique, se caractérisent également par ces logiques d'action, ce qui explique de grandes disparités sur le territoire national dans l'application des politiques publiques d'insertion.

2.5. Le rôle des compétences psychosociales dans les processus de maturation et d'insertion des jeunes

Il est aujourd'hui avéré que les processus de désinsertion sociale engendrent de nombreux dégâts tant sur le plan de l'estime de soi (donc sur la façon dont on prend soin de soi et de sa propre santé) que sur celui des difficultés sociales et professionnelles qui risquent alors de s'aggraver, dans une logique de « cercle vicieux ».

Il apparaît dès lors primordial de renforcer **les compétences psychosociales** des individus (enfants, adolescents), c'est-à-dire « leur capacité à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » et ce, dès leur plus jeune âge. Le concept de compétences psychosociales a largement été développé par l'OMS et par de nombreux auteurs [34] dans le cadre de la promotion de la santé. Il ne

s'agit plus seulement d'apporter des connaissances et encore moins de diffuser des injonctions comportementales, mais de travailler sur la genèse des comportements. Souvent centrées sur la seule « estime de soi », les compétences psychosociales sont pourtant plus larges, et celles décrites comme essentielles à acquérir par chaque individu sont regroupées en cinq catégories : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre les décisions, avoir une pensée créative, avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.

De nombreux ouvrages et articles présentent, à partir d'études de cas, les définitions et les différentes approches du renforcement des compétences psychosociales [35, 36, 37]. Ces documents s'adressent le plus souvent à des enseignants ou éducateurs, mais aussi à d'autres acteurs en proximité des jeunes, par exemple la famille, ou plus généralement les proches.

Si les professionnels de la promotion de la santé connaissent et utilisent dans leurs actions de terrain les méthodes de renforcement des compétences psychosociales, d'autres professionnels, et notamment une partie des travailleurs sociaux, sont encore peut-être insuffisamment sensibilisés à cette approche [38, 39]. Pour autant, on repère des ressources fortes à l'échelle des territoires, notamment les éducateurs de prévention ainsi que les centres sociaux, lieux propices à la mise en place d'une démarche éducative basée sur le renforcement des compétences psychosociales [40].

Des chercheurs se sont intéressés à la façon dont les inégalités sociales de santé se construisent, comment les facteurs s'enchaînent et s'articulent au cours de la vie, afin de repérer les moments où, dans la chaîne des événements, il serait le plus adapté de mener une intervention tendant à réduire ces inégalités. Plusieurs modèles sont présentés par T. Lang [41], dont un modèle qui fait appel à la notion de périodes critiques. Lors des périodes sociales critiques, de nombreux facteurs de risque pourraient avoir des impacts majeurs sur l'état de santé. Concernant les jeunes, on peut citer la transition de l'école au collège, les périodes d'évaluation scolaire, l'entrée sur le marché du travail, le départ du foyer familial ou encore le chômage. L'échec scolaire, et encore plus le décrochage scolaire, font partie de ces périodes critiques.

2.6. En guise de conclusion...

Les « jeunes » constituent la tranche d'âge qui bénéficie du meilleur état de santé et celle où la mortalité est la plus basse. Néanmoins, cet avantage disparaît peu à peu au fur et à mesure que les jeunes s'approchent de la trentaine : encore peu atteints par les pathologies diverses (ils sont bien immunisés et pas encore concernés par les maladies liées au vieillissement), ils deviennent de plus en plus autonomes, notamment dans leurs déplacements, ce qui explique que les accidents de la circulation constituent la première cause de mortalité chez les 15-25 ans... Au-delà, si leur santé physique est bonne, la santé

mentale ne suit pas toujours : mal-être, dépressivité apparaissent au seuil de l'adolescence et peuvent se poursuivre pendant la jeunesse, se manifestant par des tentatives de suicide, par des suicides (qui constituent la deuxième cause de mortalité chez les jeunes), et enfin par des conduites à risques diverses, particulièrement repérées en ce qui concerne les consommations problématiques de substances psychoactives.

Reste que la « jeunesse » est une tranche d'âge difficile à délimiter et à définir... Et ce d'autant plus qu'on ne devient plus adulte comme autrefois... La jeunesse s'est « allongée » selon certains sociologues [42, 43], et les marqueurs anciens d'entrée dans l'âge adulte ne fonctionnent plus ... Ainsi, « l'arrivée » dans l'âge adulte, qui signifiait, au temps des Trente Glorieuses et avant cela, le fait d'avoir une place et un rôle à jouer dans la société, s'est complexifiée et est parfois remise en cause par les mécanismes de désinsertion, et notamment avec la réapparition du chômage de masse, qui frappe particulièrement durement les jeunes.

De ce fait, la désinsertion, la déqualification et la désaffiliation, décrites par différents sociologues, touchent les adultes les plus fragiles socio-économiquement mais peuvent aussi concerner les jeunes adultes.

L'une des racines des processus de désinsertion, de « mise à l'écart » et, en tout état de cause, de chômage est l'absence de diplôme. Des chercheurs ont mis en lumière le poids du diplôme, particulièrement fort en France, à la fois en termes d'accès à un emploi mais aussi en termes de reconnaissance sociale. Ce qui explique, a contrario, le poids négatif de l'absence de diplôme et celui du décrochage scolaire. Si la France n'a pas le monopole du décrochage scolaire, c'est peut-être l'un des pays où il constitue une entrave massive à une bonne estime de soi, à une reconnaissance sociale, et à la possibilité de trouver un emploi. Or l'absence de diplôme, dans une société encore fortement marquée par la reproduction des inégalités sociales, renvoie à l'effet « CSP⁷ » : les jeunes, enfants de cadres ou d'ouvriers, n'ont pas les mêmes parcours, ni les mêmes difficultés... Difficultés qui impactent aussi la santé des plus modestes ou défavorisés.

Enfin, les problématiques varient selon le sexe, à la fois en nature mais aussi en intensité : si les jeunes femmes sont confrontées aux thématiques de la maternité mais aussi des IVG, les jeunes hommes sont plus touchés par les accidents de la circulation et par le suicide...

Le diagnostic local de santé réalisé par l'ORS Rhône-Alpes en 2010 [44] montrait qu'à Bourg-en-Bresse aussi, le thème de la santé et de l'insertion des jeunes pouvait soulever des inquiétudes, qu'on retrouve par ailleurs dans la littérature consacrée à cette tranche d'âge. Restait à savoir si des spécificités pouvaient être repérées parmi les jeunes Burgiens : c'est l'objet des chapitres suivants.

⁷ CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DRENEAU M. Chez les jeunes, l'adoption de comportements plus autonomes comporte fréquemment des risques pour la santé. Dans : POSRA, Portrait social 2012, l'autonomie des jeunes Rhône-Alpins, déc. 2012
- [2] BECK F., RICHARD J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013
- [3] GUYE O., BERNARD M., BOLAMPERTI P., et al. Etat des lieux préalable à l'élaboration du Plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, mars 2011
- [4] MARANT-MICALEFF C., DRENEAU M., SONKO A. Baromètre santé 2010. Données régionales Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, septembre 2014
- [5] PHAN O. Les jeux vidéo : la passion et ses limites. Dans : Dossier Jeunes et addictions. La Santé en action, n° 429, septembre 2014
- [6] VARESCON I. Les consommations à risque chez les jeunes : facteurs de protection et de vulnérabilité. Dans : Dossier Jeunes et addictions. La Santé en action, n° 429, septembre 2014
- [7] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. L'accidentologie routière en 2013. Bilan sommaire, septembre 2014
- [8] NAVES M.C., SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Centre d'analyse stratégique. La note d'analyse, n° 226, juin 2011
- [9] BERREWAERTS J., NOIRHOMME-RENARD F. Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? UCL-RESO, série de dossiers techniques, juin 2006
- [10] ESCALON H., BECK F., BOSSARD C. Baromètre santé nutrition 2008. INPES, 2009
- [11] CHARDON O., GUIGNON N., et al. La santé des adolescents en classe de troisième. Etudes et Résultats, n° 865, février 2014
- [12] CHATAIN C. Bien-être – mal être ? Mieux vous connaître. Enquête conduite auprès des jeunes dans les Missions locales et les Centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Résultats 2010. CNML, CETAF, déc. 2011
- [13] MEDINA P., GUYE O. Jeunes suivis par la Mission Locale en Alpes Sud-Isère. Etude qualitative. ORS Rhône-Alpes, 2008
- [14] LABBE E. MOULIN J.J., SASS C., et al. État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle, Pratiques et Organisation des Soins, janv.-mars 2007, 38, 1, pp 43-53
- [15] CHOQUET M., HASSLER C., MORIN D. Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après. INSERM, oct. 2005

- [16] LAPORTE A., CHAUVIN P.. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (Samenta) : focus sur les 18-25 ans. ? Rhizome, avril 2010, n° 38, p 9
- [17] CHOBEAUX F. Psychose et jeunes en errance. VST Vie sociale et traitements, 2004/3, pp 80-83
- [18] GAUCHET M. La redéfinition des âges de la vie. Le Débat, n°132, 2004, p.39.
- [19] De SINGLY F. Les adonaissants. Paris, A. Colin, 2006
- [20] MASCHERINI M., SALVATORE L., MEIERKORD A., JUNGBLUT J.-M. NEETs –Young people not in employment, education or training : Characteristics, costs and policy responses in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Eurofound, 2012
- [21] GALLAND O. Sociologie de la jeunesse. Armand Colin, coll « U », 2011, 5^{ème} édition
- [22] BAUDELLOT C. Un nouvel âge pour la sociologie de la jeunesse. Lavedesidées.fr, 4 mars 2008
- [23] VAN DE VELDE C. Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe. PUF, « Le lien social », 2008
- [24] VAN DE VELDE C. L'autonomie des jeunes adultes, une affaire d'Etat ? Des politiques publiques aux cultures familiales en Europe. Informations sociales, n° 145, 2008
- [25] RAMOS E. Qu'entend-on par autonomie de jeunes ? Vichy, conférence du 9^{ème} Neujpro, octobre 2010
- [26] MAURY S. Les jeunes en Rhône-Alpes, entre poursuite d'études et accession à l'autonomie. Dans : POSRA, Portrait social 2012, l'autonomie des jeunes Rhônalpins, déc. 2012
- [27] COUPPIE T. Insertion des jeunes issus de quartiers sensibles : les hommes doublement pénalisés. Bref du CEREQ, n° 309, avril 2013
- [28] ARABIAN C., MAGISTRALI B., LEURS Y. Lutte contre le décrochage scolaire : une priorité de l'Education nationale. Dans : POSRA. Portrait social 2013, décrochage et non-recours aux droits, 2014.
- [29] AFSA C. Qui décroche ? Dans : Le décrochage scolaire : un défi à relever plutôt qu'une fatalité. Education formations, n° 84, décembre 2013
- [30] DEBORDEAUX D. Désaffiliation, disqualification, désinsertion. Recherches et Prévisions, n° 38, décembre 1994, Pauvreté Insertion RMI, pp 93-100
- [31] DUBET F. La galère : jeunes en survie. Fayard, 1987
- [32] PAUGAM S. La disqualification sociale. PUF, 1991
- [33] BERTAUX R. Entre insertion précaire et désinsertion durable. Conférence, 31^{ème} congrès mondial de l'Association internationale des Ecoles de travail social, Montpellier, juillet 2002
- [34] ARWIDSON P. Le développement des compétences psychosociales. Dans SANDRIN-BERTHON (B.). Apprendre la santé à l'école. ESF, 1997
- [35] DUCLOS G. L'estime de soi : Un passeport pour la vie. Montréal : Hôpital Sainte-Justine, 2010
- [36] BERTSCH J., FAMOSE J.P. L'estime de soi : Une controverse éducative. PUF, 2009
- [37] MERAM D., et al. Favoriser l'estime de soi à l'école. Enjeux, démarche, outils. Chronique Sociale, 2006

- [38]** FONTAINE D., CHARVAT H. Evaluation de l'intervention "Vivre l'adolescence, mes ressources" du Centre Jean Bergeret en collèges et lycées du REP d'Oyonnax. ORS Rhône-Alpes, 2006
- [39]** THAN A. La promotion de la santé comme enjeu de la rencontre entre éducation pour la santé et éducation populaire. Bordeaux 2, ISPED, Mémoire Master 2 professionnel santé publique, Spécialité «Ingénierie des actions de santé» Option « Promotion de la santé et développement social », 2008/2009
- [40]** COTTET J.M. Centres Sociaux et programme de santé communautaire. 2006.
- [41]** LANG T. et al. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. RESP, 2009, 57, 6, pp 429-435
- [42]** GALLAND O. et CAVALLI A. (Ouvrage collectif) L'allongement de la jeunesse. Collection Changement social en Europe occidentale. Actes Sud. Décembre 1993
- [43]** ANATRELLA T. Interminables adolescences. Editions du Cerf. 1988.
- [44]** MEDINA P., GUYE O., BERNARD M.. Diagnostic local de santé de Bourg-en-Bresse, Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, 2010.

DONNEES QUANTITATIVES

1. METHODOLOGIE

La partie quantitative de ce diagnostic traite de divers thèmes à travers la présentation d'indicateurs socio-démographiques et sanitaires :

- les données socio-démographiques : population, emploi, revenu, qualification, minimas sociaux, bénéficiaires de la CMUc,...
- État de santé : hospitalisations, admissions en Affection Longue Durée (ALD), consommation de traitements médicamenteux, mortalité...

Déclinaisons géographiques

Les différents indicateurs sont tous présentés pour l'ensemble de la commune de Bourg-en-Bresse et comparés à ceux du département de l'Ain et de la région Rhône-Alpes quand cela était possible.

Sources

Les données socio-démographiques présentées aux différentes échelles sont issues du recensement de la population de l'Insee disponibles au moment de l'analyse (données du Recensement Population 2010 et 2011).

Les données sanitaires sont issues :

- de l'Assurance Maladie : offre et recours aux soins, consommation de traitements, prévention,, Données disponibles au code commune de Bourg-en-Bresse (01053)
- du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) : séjours hospitaliers, motifs d'hospitalisation. Données disponibles au code postal (01000), code qui concerne les communes de Bourg-en-Bresse et Saint-Denis-lès-Bourg
- du Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie (RIM-P) : séjours et actes ambulatoires et/ou séquences en établissement spécialisé. Données disponibles au code postal (01000) (Bourg-en-Bresse et Saint-Denis-lès-Bourg)
- Cnamts, CCMAS, RSI - Données d'admission par code postal (01000)
- de l'Inserm – CépiDC : données de mortalité, motifs des décès. Données disponibles au code commune (01053)

Précisions méthodologiques

Les indicateurs présentés sont pour la majorité des indicateurs concernant la classe d'âge : 12-29 ans. Mais en fonction des sources et de la disponibilité des données par âges, les données seront présentées soit pour les 12-29 ans, soit les 10-29 ans, soit pour les 15-24 ans.

2. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2.1. La population des 12-29 ans

En 2011, **10 151 habitants** de Bourg-en-Bresse sont âgés de **12-29 ans** dont 5 185 jeunes hommes (soit 51% des jeunes de 12-29 ans) et 4 966 jeunes femmes.

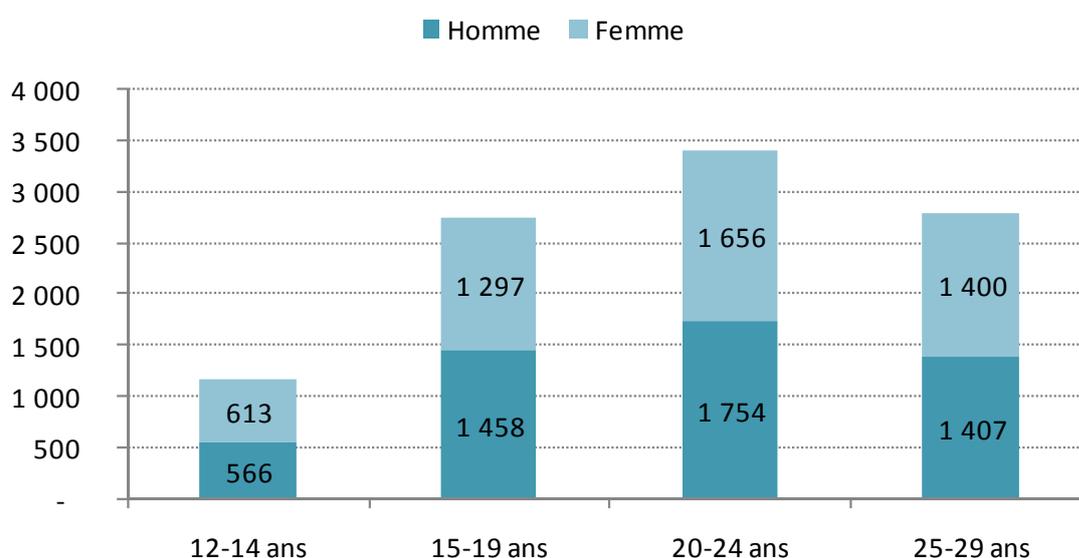
Répartition des habitants par sexe et tranche d'âge

	0-11 ans	12-29 ans	30 ans et +	Population
Hommes	2 466	5 185	11 118	18 769
Femmes	2 551	4 966	13 596	21 113
Ensemble	5 017	10 151	24 713	39 882

Source : Insee, Recensement de la population 1982 à 2011

Parmi ces 10 151 jeunes, 12% ont entre 12 et 14 ans, 27% ont entre 15 et 19 ans, 33% ont entre 20 et 24 ans et 28% ont entre 25-29 ans.

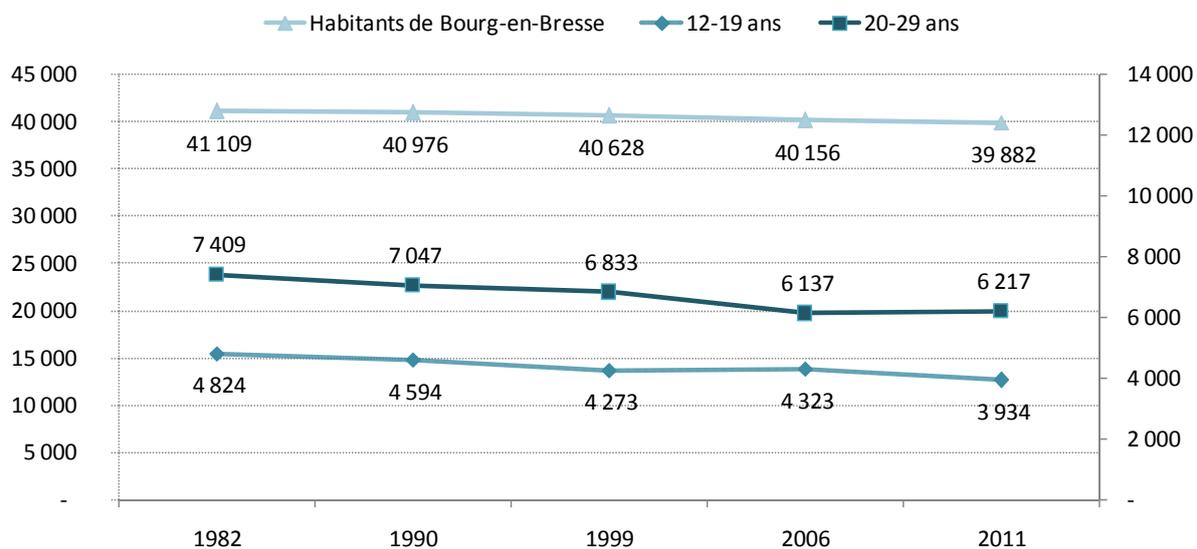
Répartition des effectifs des 12-29 ans à Bourg-en-Bresse par sexe et tranche d'âge



Source : Insee, Recensement de la population 2011

A Bourg-en-Bresse, la population des 12-29 ans a diminué de 17% entre 1982 et 2011 (versus - 3% pour l'ensemble des habitants de Bourg-en-Bresse). Cette diminution touche aussi bien les 12-19 ans (-18 %) que les 20-29 ans (- 16%). Cependant cette baisse s'atténue ces dernières années et entre 2006 et 2011 on enregistre une baisse de - 3% chez les 12-29 ans

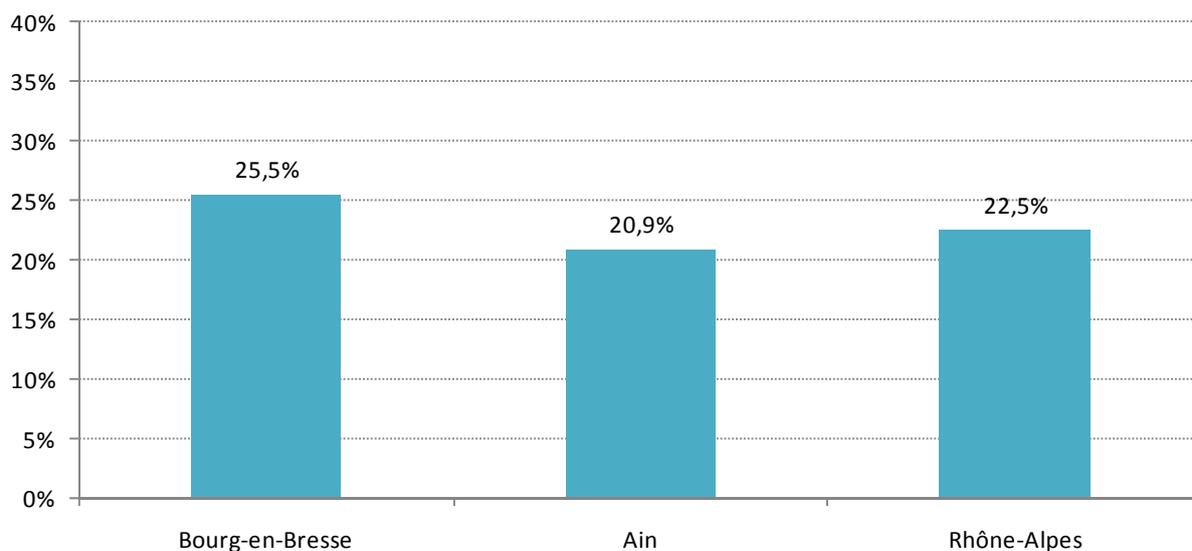
Evolution de la population de Bourg-en-Bresse et de la population âgée de 12-29 ans



Source : Insee, Recensement de la population 2011

La part des 12-29 ans au sein de la population burgienne s'élève à 25,5%, soit un taux plus élevé que le taux rhônalpin (22,5%) et que le taux départemental (20,9%).

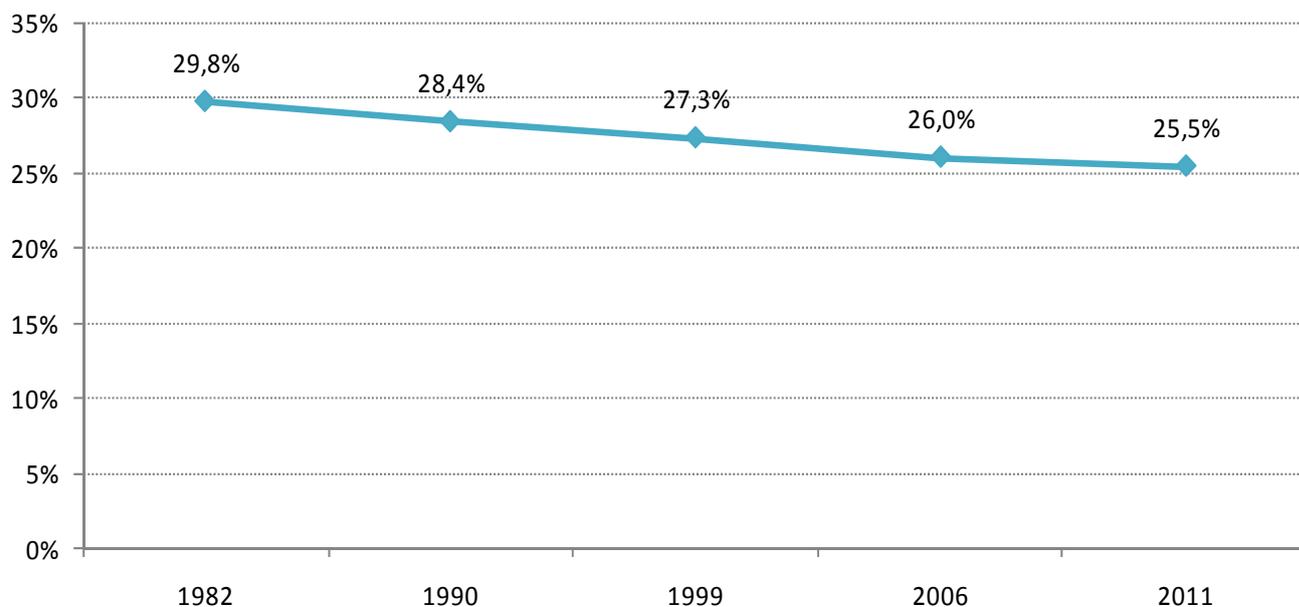
Part des 12-29 ans dans la population (en %)



Source: Insee, Recensement 2011

Cette part est en baisse et la population de la commune vieillit à l'instar des populations du département de l'Ain et de la région Rhône-Alpes.

Evolution de la part des 12-29 ans dans l'ensemble de la population de Bourg-en-Bresse (en %)

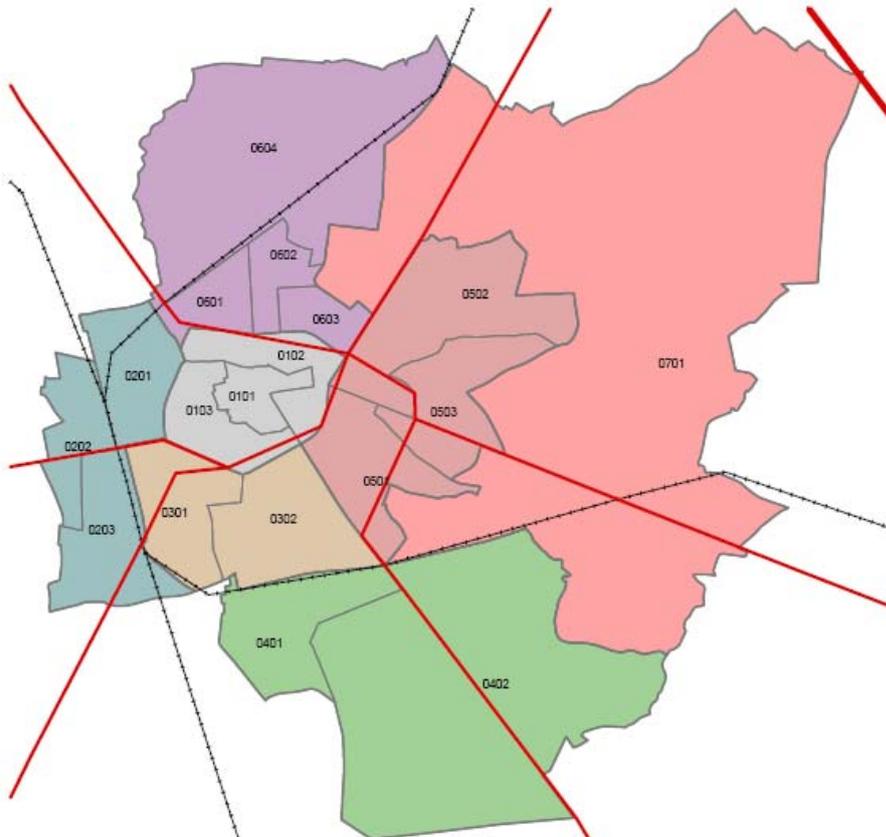


Source : Insee, Recensement de la population 1982 à 2011

2.2. La population des 15-29 ans par quartier IRIS

La ville de Bourg-en-Bresse est découpée en 7 grands quartiers IRIS⁸ regroupant chacun plusieurs sous-quartiers.

Bourg-en-Bresse - découpage par quartier IRIS



Source : Insee

⁸ IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique - Cette maille territoriale instaurée par l'INSEE constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales.

Les données infra-communales diffusées par l'INSEE sont disponibles pour les 15-29 ans.

Les jeunes de 15-29 ans sont tout particulièrement concentrés dans les quartiers du Centre, de Citadelle-Mail-Peloux et Gare-Brou. A Granges Bardes-Alagnier la part des 15-29 ans au sein de la population du quartier est également élevée.

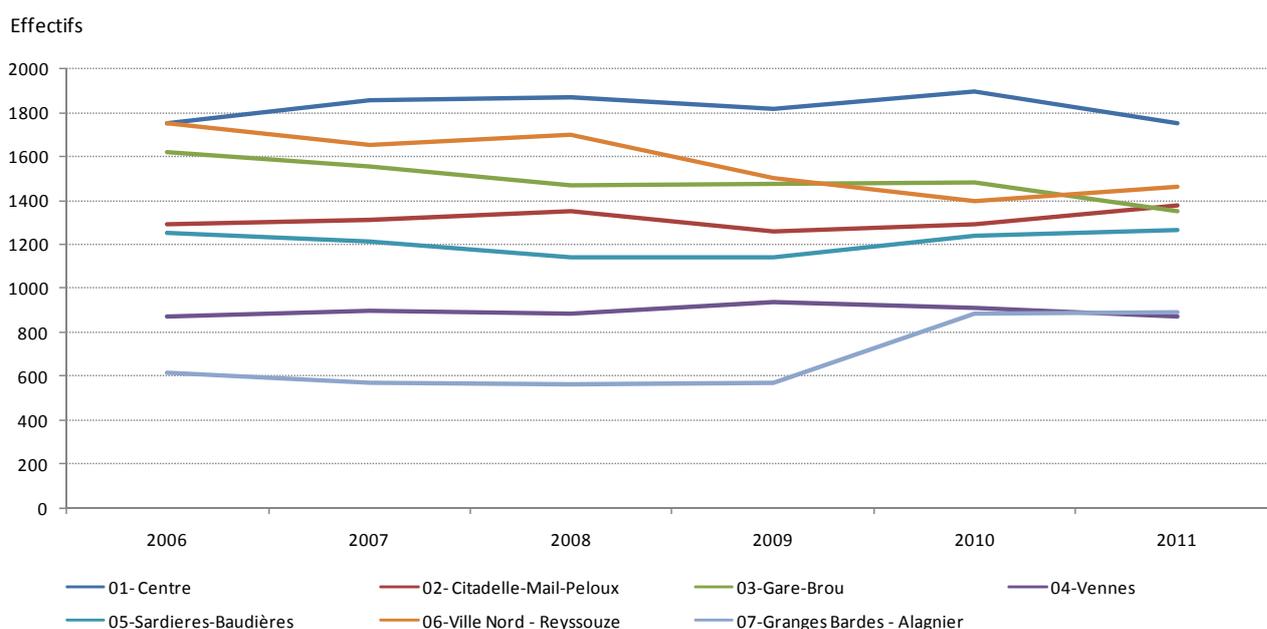
Effectifs et part des 15-29 ans par quartier IRIS

	Effectifs 15-29 ans	Part des 15-29 ans dans la population totale
01- Centre	1752	29%
02- Citadelle-Mail-Peloux	1375	23%
03-Gare-Brou	1351	26%
04-Vennes	872	18%
05-Sardières-Baudières	1267	19%
06-Ville Nord - Reyssouze	1464	19%
07-Granges Bardes - Alagnier	891	26%
Bourg-en-Bresse	8972	22%

Source : Insee, Recensement de la population 2011 exploitations principale et complémentaire.

Comme nous l'avons mentionné, la baisse du nombre de jeunes s'attenué depuis 2006 sur la commune de Bourg-en-Bresse. Cette évolution est hétérogène selon les quartiers. Ainsi le quartier Sardières-Baudières a enregistré en 2010 une forte augmentation du nombre de jeunes (+ 45% entre 2006 et 2011), tandis que les quartiers de Gare-Brou et de Ville Nord - Reyssouze ont enregistré des baisses de 17% entre ces deux dates.

Evolution du nombre de jeunes de 15-29 ans de 2006 à 2011 par quartier IRIS



Source : Insee, Recensement de la population 2006 à 2011 exploitations principale et complémentaire.

2.3. Caractéristiques socio-économiques des jeunes Burgiens

2.3.1. Etudes et diplômes

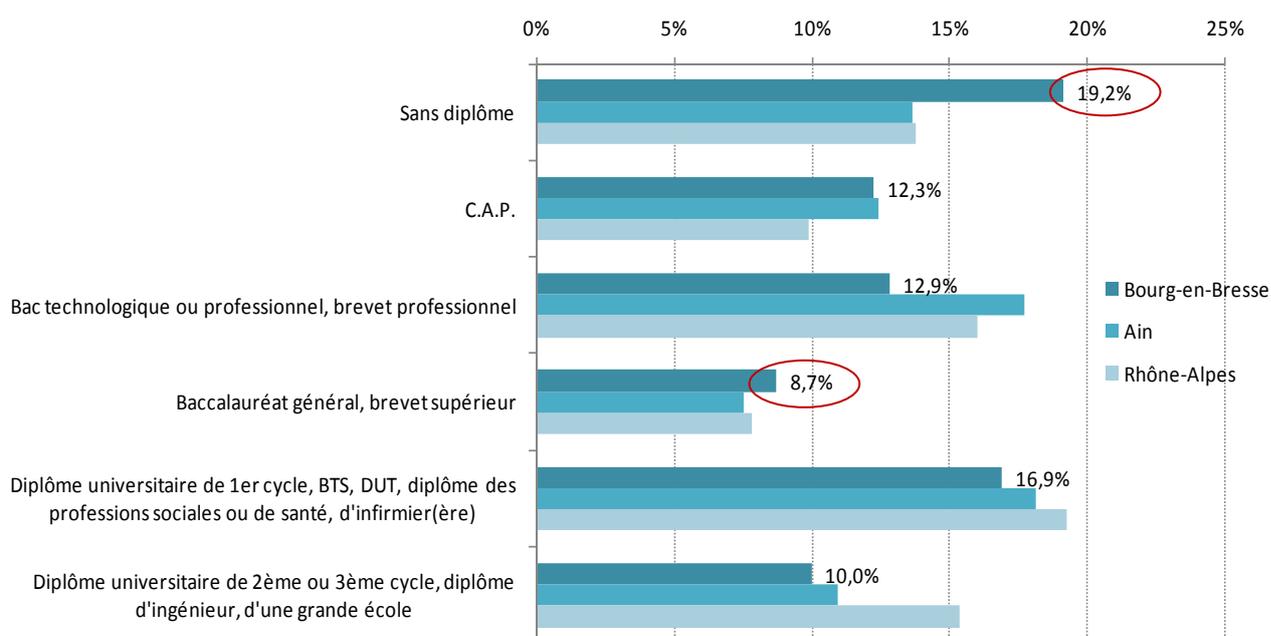
La part des jeunes scolarisés parmi les 15-29 ans est plus faible sur la commune de Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes ou que sur le département de l'Ain et ce quelle que soit la tranche d'âge. Cela se traduit d'un côté par une proportion plus élevée de jeunes sortis du système scolaire sans diplôme (19%) et d'un autre côté par un pourcentage plus faible de diplômés de 2e ou 3eme cycle sortis du système scolaire (10%). En Rhône-Alpes les pourcentages s'inversent : respectivement 13% pour les sans diplôme et 16% pour les diplômés de 2e ou 3eme cycles.

Part des jeunes scolarisés (en %)

	Part des scolarisés chez les 15-19 ans	Part des scolarisés chez les 20-24 ans	Part des scolarisés chez les 25-29 ans
Bourg-en-Bresse	86%	37%	6%
Ain	89%	41%	4%
Rhône-Alpes	90%	41%	7%

Source : Insee, Recensement de la population 2010

Population de 15 - 29 ans sortis du système scolaire par diplôme le plus élevé (en %)



Source : Insee, Recensement de la population 2010

2.3.2. Les actifs et les chômeurs

Environ 60% des jeunes Burgiens de 15-29 ans sont actifs. Parmi eux 19% sont au chômage, soit un taux plus élevé qu'en Rhône-Alpes (17%) ou que dans le département de l'Ain (15%).

Caractéristiques de la population active

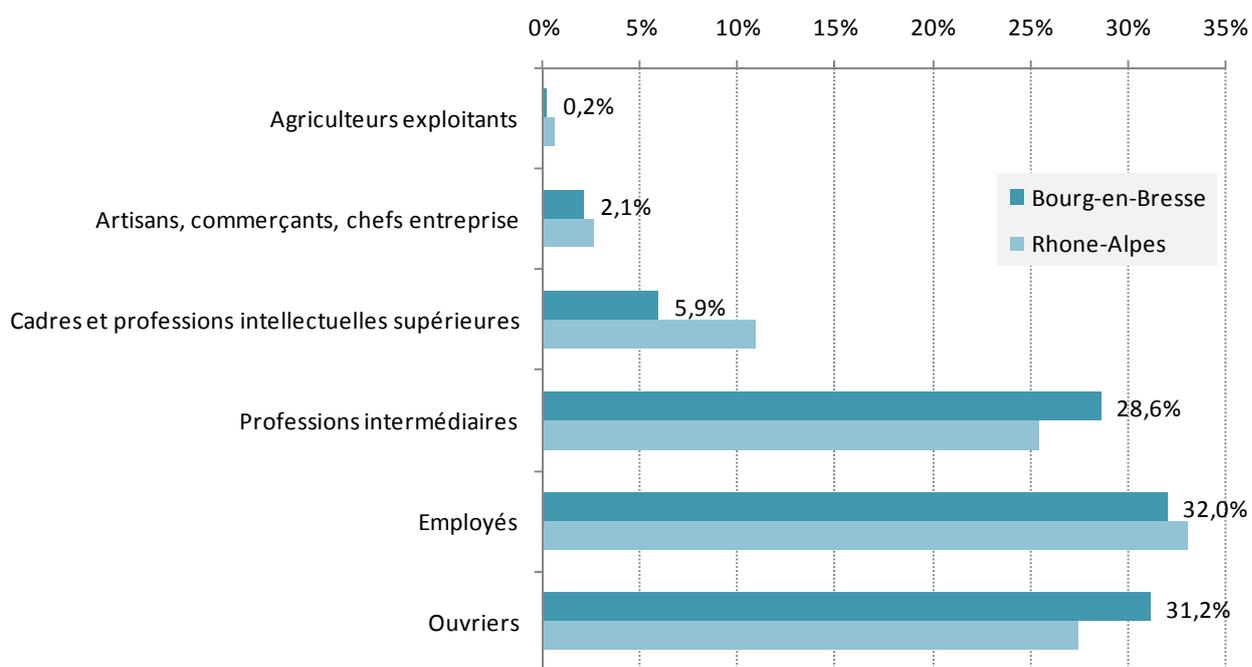
	Part des actifs sur ensemble de la population des 15-29 ans	Part des chômeurs chez les actifs de 15-29 ans	Part des chômeurs de 15-29 ans chez l'ensemble des chômeurs
Bourg-en-Bresse	59,8%	18,6%	40,6%
Ain	64,1%	15,3%	39,3%
Rhône-Alpes	66,6%	17,3%	40,7%

Source : Insee, Recensement de la population 2011

En étroite relation avec le niveau d'étude, les parts des jeunes Burgiens ouvriers et employés sont élevées, de même que la part des cadres et professions intellectuelles supérieures est faible. Ces différences tendent à s'estomper avec l'âge mais la part des ouvriers, employés reste plus élevées sur la commune pour l'ensemble de la population que sur le territoire régional.

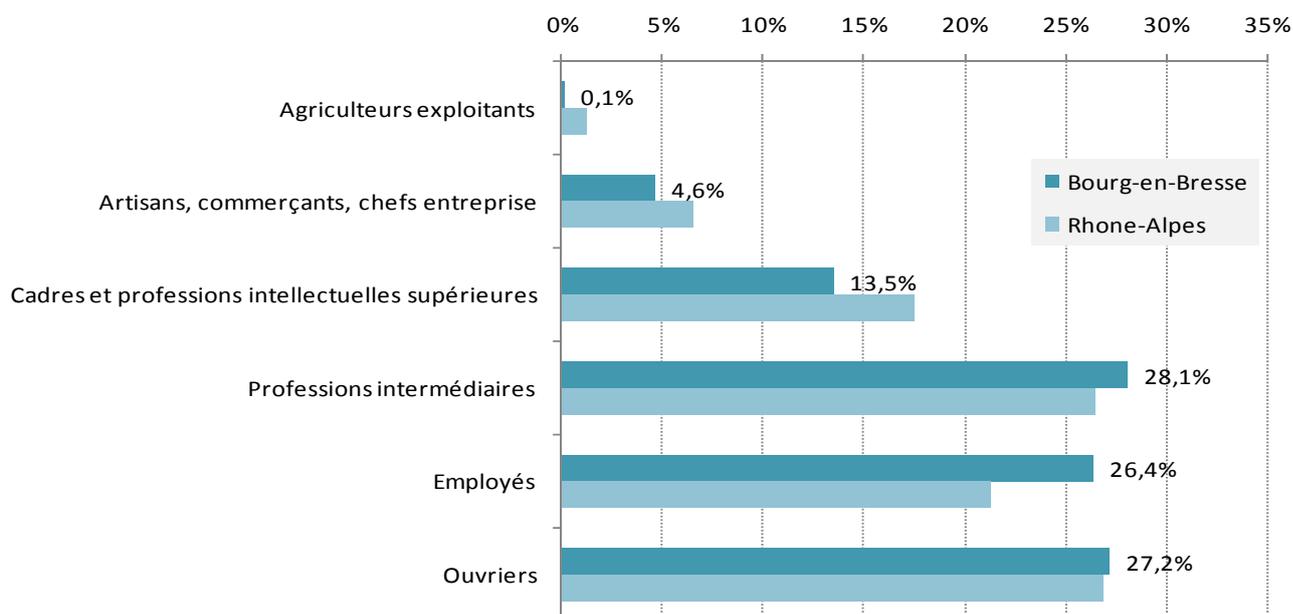
Population active par catégorie socioprofessionnelle (en %)

Chez les 15-29 ans :



Source : Insee, Recensement de la population 2011

Ensemble de la population :



2.3.3. Composition des ménages

Avant 20 ans, les jeunes vivent encore pour la grande majorité (72%) avec leurs parents (enfant d'un couple ou d'une famille monoparentale). Entre 20 et 24 ans, la majorité des jeunes vit seul ou en couple sans enfant (54%).

La proportion de personnes vivant seules est élevée sur la commune de Bourg-en-Bresse et particulièrement chez les jeunes.

Population des ménages par sexe, âge et mode de cohabitation :

	15 à 19 ans	20 à 24 ans	Ensemble pop. Bourg-en-Bresse	Ensemble pop. Rhône-Alpes
Enfants d'un couple	47%	18%	18%	24%
Enfants d'une famille monoparentale	25%	9%	7%	6%
Adultes d'un couple sans enfant	3%	19%	23%	23%
Adultes d'un couple avec enfant(s)	0%	7%	19%	25%
Adultes d'une famille monoparentale	0%	2%	4%	4%
Hors famille dans ménage de plusieurs personnes	9%	10%	3%	4%
Personnes vivant seules	17%	35%	25%	15%
Ensemble	100%	100%	100%	100%

Source : Insee, Recensement de la population 2010

2.3.4. Indicateurs socio-sanitaires

La part des bénéficiaires de la CMUc (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) chez les 10-29 ans est deux fois plus élevée à Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes et près de 3 fois plus élevée que dans le département de l'Ain. Cette part augmente chez les plus jeunes.

Taux de bénéficiaires de la CMUc parmi la population couverte chez les 10-29 ans par tranche d'âge (en %)

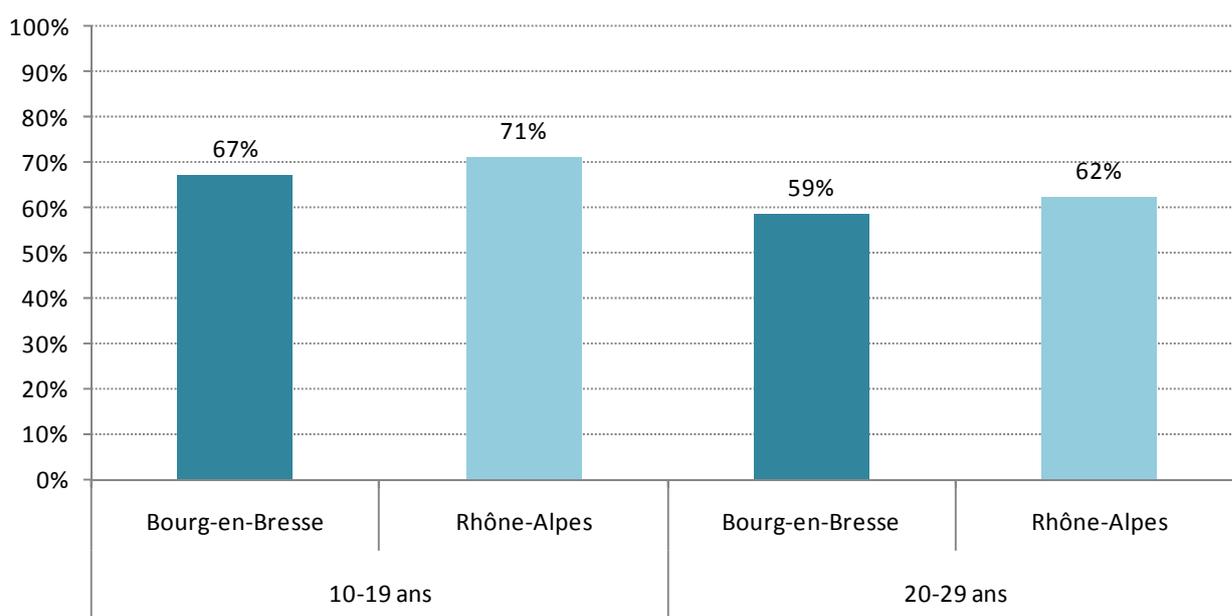
	Bourg-en-Bresse	Ain	Rhône-Alpes
10-14	23,9	7,1	10,1
15-19	20,6	6,8	9,9
20-24	13,3	5,7	8,2
25-29	14,8	6,7	7,5
Total 10-19 ans	17,4	6,6	8,8

Source: ARS [assurance maladie, régime général - 2012]

En 2012, 67% des jeunes Burgiens de 10-19 ans ont eu recours à un médecin généraliste au moins une fois dans l'année et 59% chez les 20-29 ans.

Ces taux sont moins élevés que les taux observés chez les jeunes de la région Rhône-Alpes.

Taux de jeunes de 10-29 ans ayant recours au médecin généraliste par tranche d'âge (en %)



Source: ARS [assurance maladie, régime général - 2012]

Par ailleurs, le recours des jeunes à la médecine spécialisée est proche sur les deux territoires observés quelle que soit la spécialité à l'exception du recours aux gynécologues chez les jeunes femmes. En effet le taux de recours aux gynécologues est deux fois moins élevé à Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes.

Taux de recours aux praticiens libéraux (en %)

	Bourg-en-Bresse		Rhône-Alpes	
	10-19 ans	20-29 ans	10-19 ans	20-29 ans
Ophtalmologue	10%	7%	11%	7%
Orthophoniste	4%	0%	7%	0%
Psychiatre	1%	1%	1%	1%
Gynécologue (pop. féminine)	4%	10%	7%	23%
Masseur kinésithérapeute	5%	7%	7%	10%

Source: ARS [assurance maladie, régime général - 2012]

3. ETAT DE SANTE

3.1. Les accouchements et les IVG chez les moins de 30 ans

Les accouchements chez les moins de 20 ans

Sur la période 2005-2010, environ 130 accouchements par an ont été recensés chez les jeunes femmes de 15-24 ans dont une vingtaine chez les moins de 20 ans. Le taux annuel d'accouchements s'élève à 12 pour 1 000 habitantes de 15-19 ans soit un taux deux fois plus élevé que le taux départemental.

Taux annuel d'accouchements réalisés en milieu hospitalier pour 1 000 habitantes - Années 2005-2010

Âge	Bourg-en-Bresse	Ain	Rhône-Alpes
10-15	0,3	0,0	0,0
15-19	12,1	6,7	7,4
20-24	65,0	72,1	56,4
25-29	146,3	143,6	137,1
Total 10-29 ans	60,7	52,6	50,9

Source : PMSI 2010 [séjours hospitaliers hors séances Code PMSI 01000 - Bourg-en-Bresse (01053) et Saint-Denis-lès-Bourg (01344)]

Les IVG chez les moins de 30 ans

Sur la période 2005-2010 environ 80 séjours pour IVG (sans complication) par an ont eu lieu chez les jeunes bourgiennes de 15-29 ans dont près de 20 séjours annuels pour les 15-19 ans. Le taux de séjour hospitalier pour IVG s'élève à 14,5 pour 1 000 habitantes de 10-29 ans, soit un taux plus élevé que le taux rhônalpin et le taux départemental, surtout chez les moins de 20 ans et les 25 -29 ans.

Taux annuel de recours à l'I.V.G. (sans complication) réalisée en milieu hospitalier pour 1 000 habitantes - Années 2005-2010

Âge	Bourg-en-Bresse	Ain	Rhône-Alpes
10-15	0,3	0,2	0,3
15-19	13,5	10,3	12,8
20-24	19,4	18,6	21,7
25-29	19,6	14,6	17,1
Total 10-29 ans	14,5	10,2	13,1

Source : PMSI 2010 [séjours hospitaliers hors séances Code PMSI 01000 - Bourg-en-Bresse (01053) et Saint-Denis-lès-Bourg (01344)]

3.2. La prévention bucco-dentaire

Le programme M't dents fait bénéficier les enfants d'un examen gratuit de prévention dentaire tous les 3 ans dès l'âge de 6 ans. Ils sont proposés ensuite à 9, 12, 15 et 18 ans, âges les plus exposés aux caries.

Ces données mettent en exergue les quartiers où la participation au programme est la moins élevée : les quartiers du Centre et de Sardières-Baudières essentiellement.

Taux de bénéficiaires du programme M't dents* (en %)

	Bénéficiaires du programme M't dents*
01- Centre	24%
02- Citadelle-Mail-Peloux	27%
03-Gare-Brou	26%
04-Vennes	37%
05-Sardières-Baudières	22%
06-Ville Nord - Reyssouze	31%
07-Granges Bardes - Alagnier	34%
Bourg-en-Bresse	28%
Rhône-Alpes	34%

* taux sur l'ensemble de la population éligible au programme M't dents pour les 6-9-12-15 et 18 ans
Source: ARS [assurance maladie, régime général - 2012]

3.3. Les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (M.C.O). chez les jeunes Burgiens

Sur la période 2005-2010 environ 1 420 jeunes de 10-29 ans ont été hospitalisés par an sur les communes de Bourg-en-Bresse et Saint-Denis-lès-Bourg. Le nombre augmente avec l'âge : 482 chez les 10-19 ans et 945 chez les 20-29 ans. Cela représente un taux annuel moyen de 11 773 jeunes hospitalisés pour 100 000 jeunes de 10-29 ans, taux plus élevé que le taux rhônalpin.

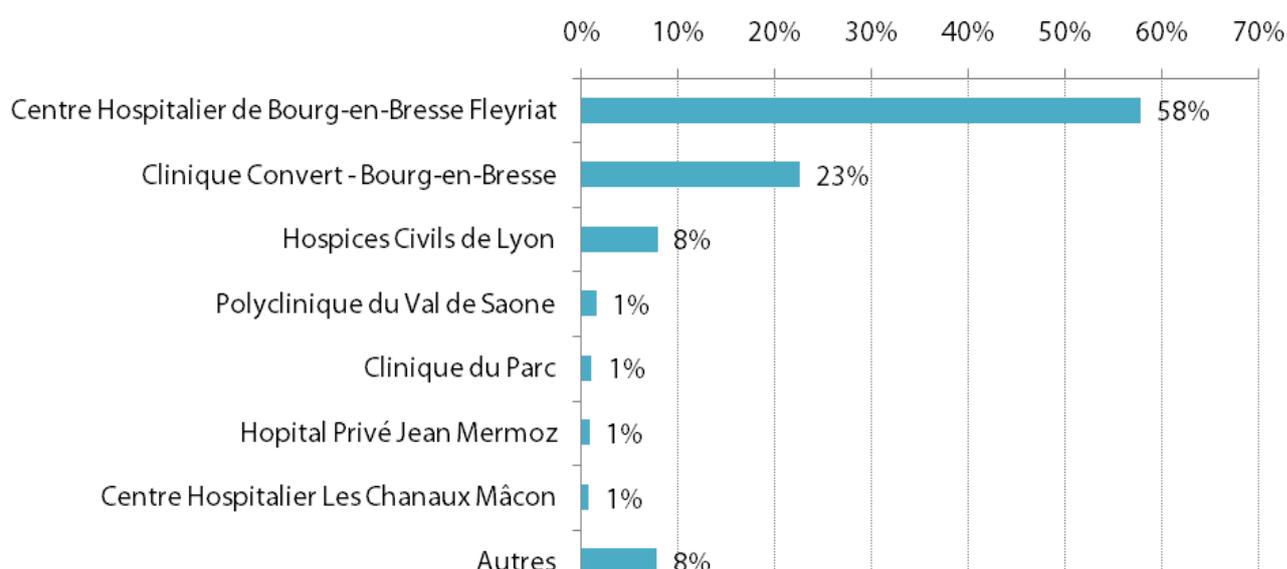
Patients de 10 à 29 ans hospitalisés (toutes causes) sur la période 2005-2010 par tranche d'âge :

Tranche d'âge	Nombre annuel moyen de Burgiens hospitalisés	Taux annuel de Burgiens hospitalisés (pour 100 000)	Taux annuel de rhônalpins hospitalisés (pour 100 000)
10-14	154	6 402	5 711
15-19	328	10 008	10 378
20-24	432	12 245	11 470
25-29	513	17 636	15 667
TOTAL	1 427	11 773	10 812

Source : PMSI 2005-2010 [séjours hospitaliers hors séances - Code PMSI 01000 - Bourg-en-Bresse (01053) et Saint-Denis-lès-Bourg (01344) - Tous diagnostics]

En 2010 les jeunes de 10-29 ans de Bourg-en-Bresse et Saint-Denis-lès-Bourg ont effectué 1 686 séjours hospitaliers dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, ce qui représente près d'un séjour pour 7 jeunes de 10-29 ans. Parmi ces séjours 80% ont eu lieu à Bourg-en-Bresse : 58% au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse Fleuryriat et 23% à la Clinique Convert.

Lieux d'hospitalisation des jeunes Burgiens de 10-29 ans en 2010 (en %)

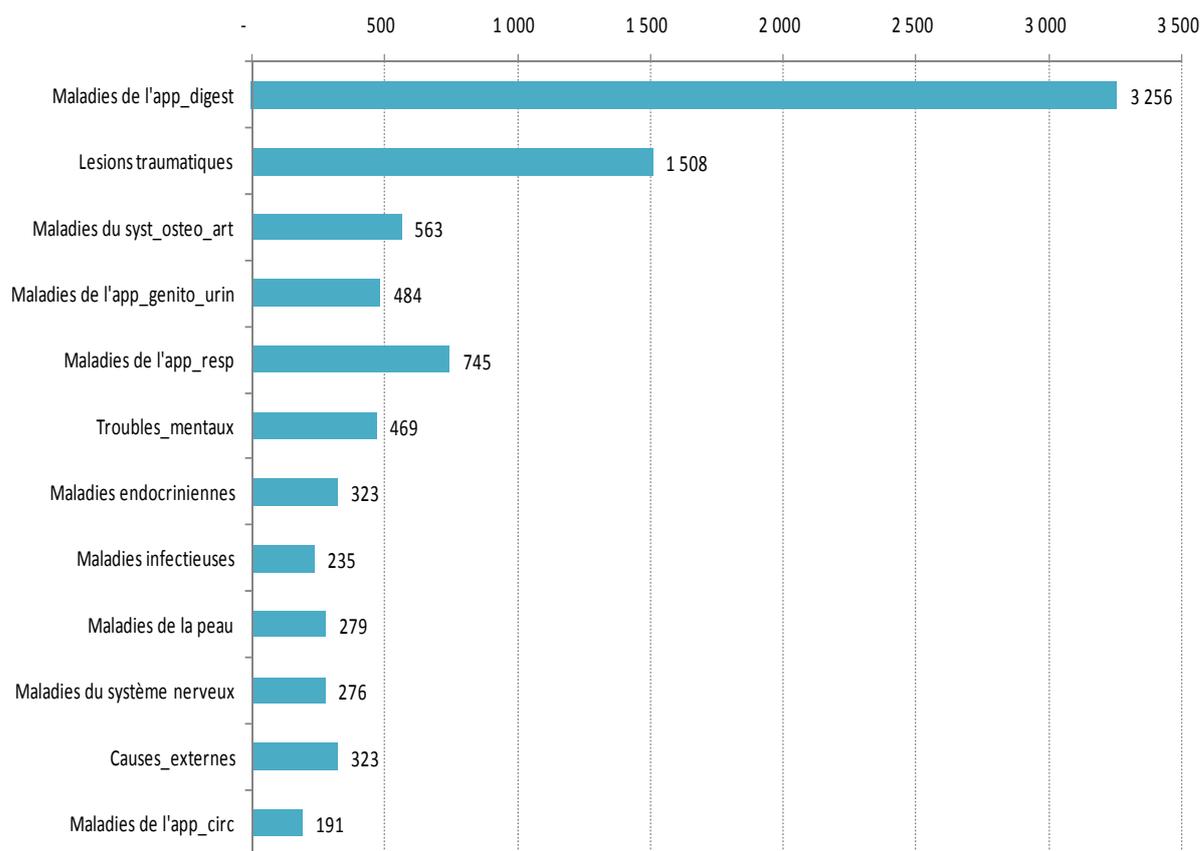


Source : PMSI 2010 [séjours hospitaliers hors séances - Code PMSI 01000 - Bourg-en-Bresse (01053) et Saint-Denis-lès-Bourg (01344) - Tous diagnostics]

Hors recours liés à la maternité, les taux d'hospitalisation sont équivalents chez les garçons et chez les jeunes femmes.

Chez les 10-19 ans, les affections liées à l'appareil digestif (retrait des dents de sagesse, appendicite aiguë..) constituent le principal motif d'hospitalisation. Ensuite les jeunes sont le plus souvent hospitalisés en raison de traumatismes (lésions intracrâniennes, fractures de jambes...)

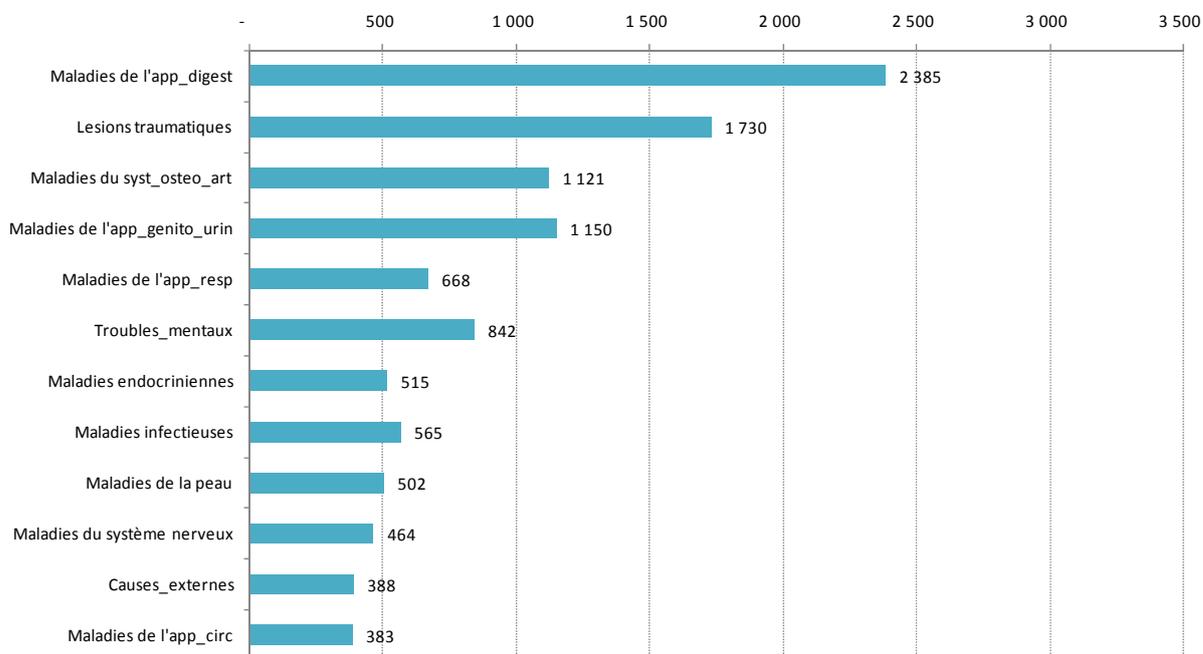
Taux de patients de 10-19 ans hospitalisés par grande cause pour 100 000 jeunes :



Source : PMSI 2005-2010 [séjours hospitaliers hors séances - Code PMSI 01000 - Bourg-en-Bresse (01053) et Saint-Denis-lès-Bourg (01344) - Tous diagnostics]

Chez les jeunes de 20-29 ans, les taux augmentent quels que soient les motifs d'hospitalisation à l'exception des affections de l'appareil digestif.

Taux de patients de 20-29 ans hospitalisés par grande cause pour 100 000 jeunes :

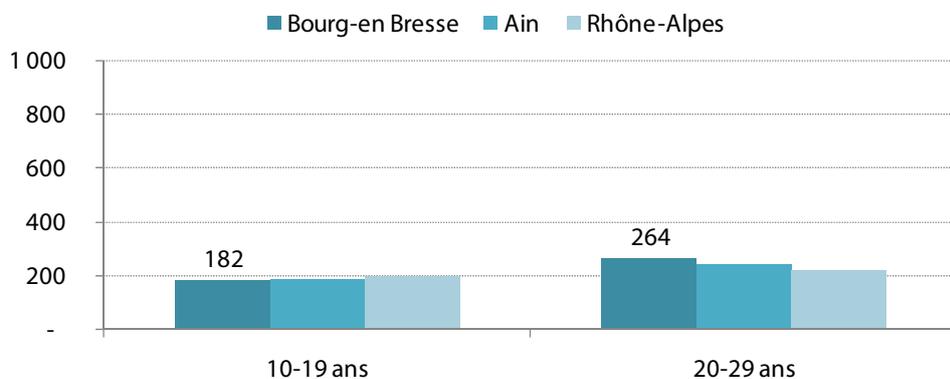


Source : PMSI 2005-2010 [séjours hospitaliers hors séances - Code PMSI 01000 - Bourg-en-Bresse (01053) et Saint-Denis-lès-Bourg (01344) - Tous diagnostics]

Causes spécifiques d'hospitalisation chez les jeunes

Sur la période 2005-2010, on dénombre en moyenne par an **27 séjours hospitaliers** pour tentative de suicide soit un taux de 226 pour 100 000 jeunes de 10-29 ans. Chez les jeunes Burgiens de 20-29 ans, ce taux s'élève à 264 pour 100 000, soit un taux légèrement plus élevé qu'en Rhône-Alpes.

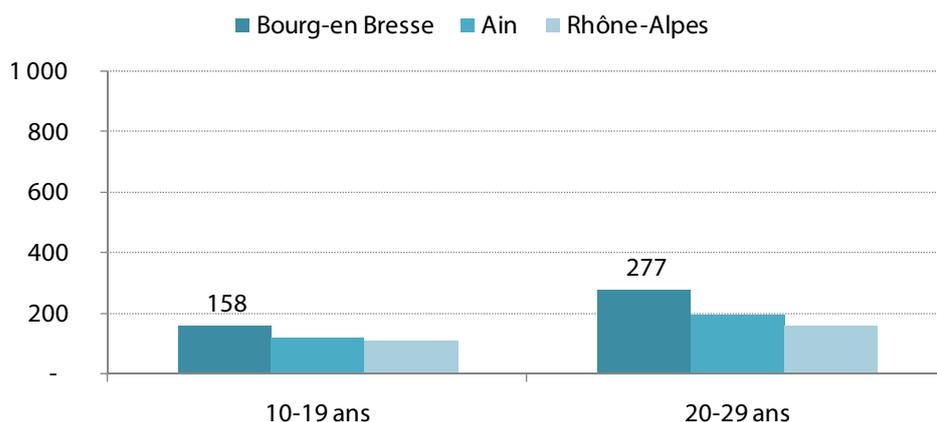
Séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-29 ans sur la période 2005-2010 (taux pour 100 000 jeunes)



Source : PMSI [séjours hospitaliers hors séances - code postal : 01000 - Tous diagnostics - Période 2005-2010]

Sur la même période, 27 jeunes ont été hospitalisés en moyenne par an pour éthylisme soit un taux de 158 pour 100 000 habitants chez les 10-19 ans et 277 pour 100 000 chez les 20-29 ans. Ces taux sont supérieurs aux taux des autres territoires observés. Cette problématique se retrouve sur l'ensemble de la population : en 2010 le taux de patients hospitalisés pour pathologies liées à l'alcool s'élève à 548,7 pour 100 000 habitants, soit un taux nettement plus élevé que le taux rhônalpin de 398,3 pour 100 000 habitants.

Patients de 10-29 ans hospitalisés pour éthylisme (période 2005-2010) - Taux pour 100 000 jeunes



Source : PMSI [séjours hospitaliers hors séances - code postal : 01000 - Tous diagnostics - Période 2005-2010]

D'autres motifs spécifiques d'hospitalisation ont été étudiés tels que les accidents en cours de circulation ou bien les infections sexuellement transmissibles mais les effectifs sont trop faibles pour être analysés (moins de 10 patients par an hospitalisés).

3.4. La santé mentale chez les jeunes de 10-29 ans

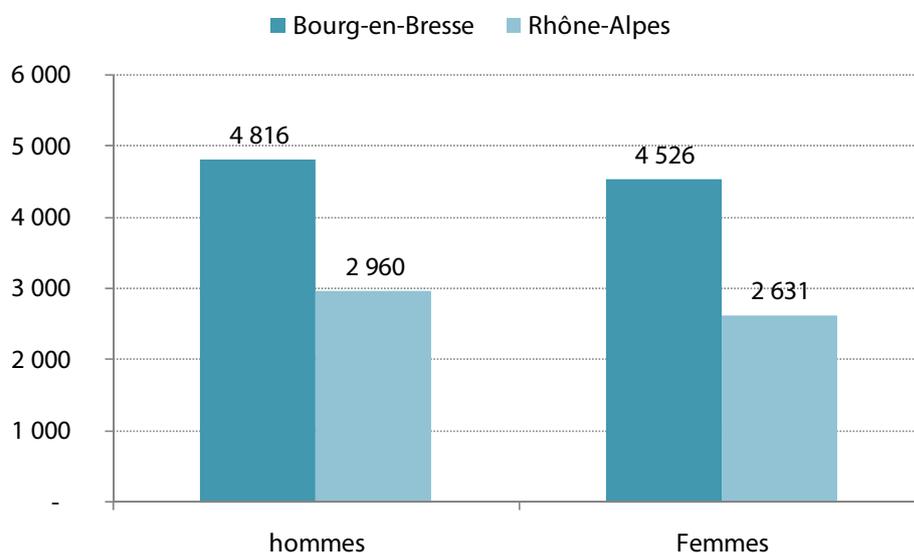
En 2010, **571 jeunes** de 10-29 ans ont eu recours à l'hospitalisation ou aux actes ambulatoires en psychiatrie dont 48% de patients de moins de 20 ans.

Les taux de patients ayant recours aux soins spécialisés en psychiatrie publique chez les 10-29 ans s'élèvent donc à 4 816 chez les garçons et à 4 526 chez les jeunes filles, soit des taux nettement plus élevés qu'en Rhône-Alpes.

La problématique de la santé mentale se retrouve sur l'ensemble de la population. En effet en 2010 le taux de patients (tous âges confondus) ayant recours aux soins spécialisés en psychiatrie générale s'élève à 6 113 pour 100 000 habitants soit un taux près de trois fois plus élevé qu'en Rhône-Alpes. La présence du centre psychothérapique de l'Ain située sur la commune de Bourg-en-Bresse peut expliquer en partie

ces données, les patients chroniques se rapprochant souvent de l'hôpital où ils sont suivis. L'effet « proximité de l'hôpital » joue ainsi peut-être également pour les jeunes.

Taux de patients ayant recours aux soins spécialisés en psychiatrie publique chez les 10-29 ans par sexe (pour 100 000 habitants) en 2010



Source: RIM-P [séjours et actes ambulatoires et/ou séquence en établissement spécialisé - par code postal 01000 - en 2010]

Principaux motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie chez les jeunes de 10-19 ans en 2010

Motifs de recours	Nombre de patients
Troubles du comportement chez enfants et adolescents	38
Trouble du développement psychologique	10

Source: RIM-P [séjours et actes ambulatoires et/ou séquence en établissement spécialisé - par code postal 01000 - en 2010]

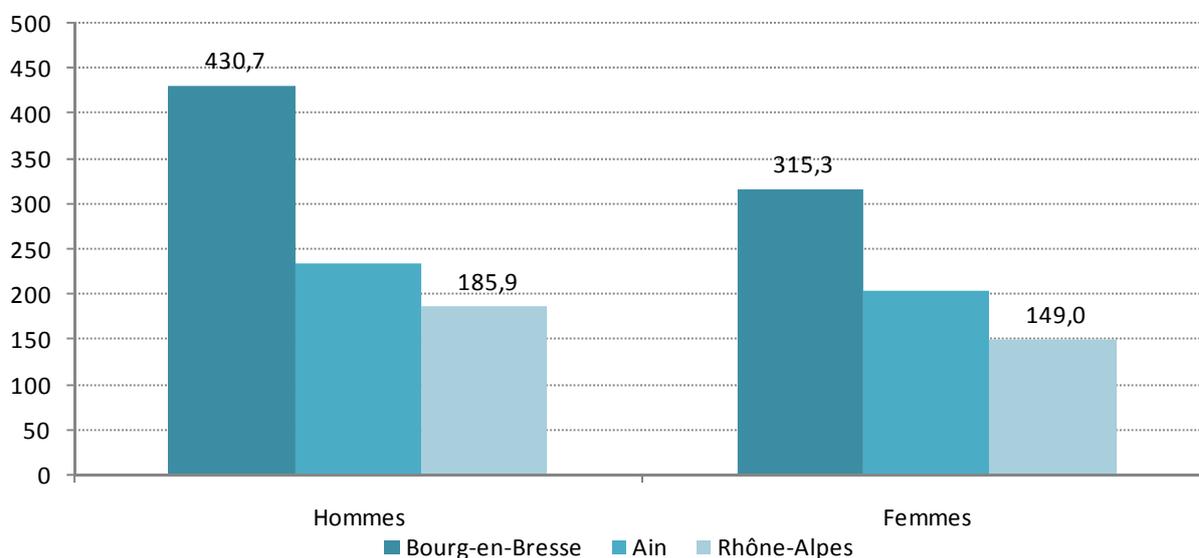
Principaux motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie chez les jeunes de 20-29 ans en 2010

Motifs de recours	Nombre de patients
Troubles névrotiques	108
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	64
Schizophrénie	48
Troubles de l'humeur	34
Troubles mentaux liés à l'absorption de substances psychoactives	29

Source: RIM-P [séjours et actes ambulatoires et/ou séquence en établissement spécialisé - par code postal 01000 - en 2010]

Les taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques sont également particulièrement élevés sur la commune de Bourg-en-Bresse. Le taux en 2010 pour l'ensemble de la population va dans le même sens : il s'élève à 353 pour 100 000 habitants à Bourg-en-Bresse contre 188 en Rhône-Alpes.

Taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques chez les 15-24 ans sur la période 2008-2010 par sexe (pour 100 000 jeunes)



Source: Cnamts, CCMAS, RSI [admission par code postal 01000 - 2008-2010]

Les taux de personnes sous traitement régulier (au moins trois prescriptions dans l'année) d'antidépresseurs, neuroleptiques et autres psychotropes sont également plus élevés à Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes.

Taux de personnes sous traitement régulier chez les moins de 29 ans (en %)

	Antidépresseurs	Neuroleptiques	Autres psychotropes
Bourg-en-Bresse	1,17	1,02	1,70
Rhône-Alpes	1,01	0,63	1,04

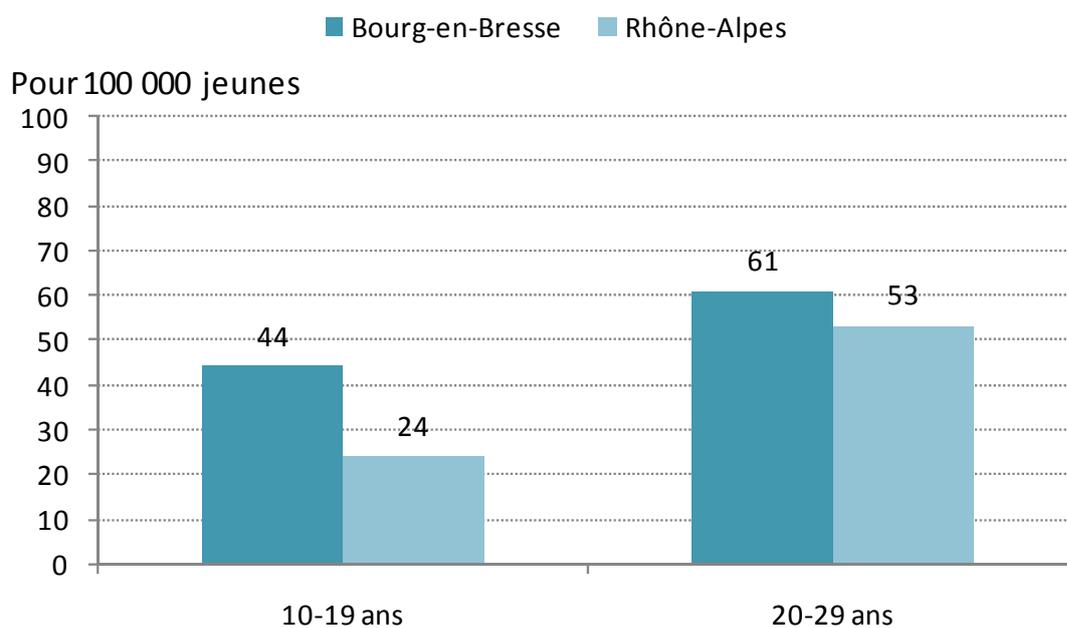
Source: ARS, assurance maladie, 2012

3.5. La mortalité chez les jeunes

En moyenne, sur la période 2001-2010, chaque année, 6 décès ont lieu chez les jeunes de 10-29 ans, dont 2 chez les 10-19 ans et 4 chez les 20-29 ans.

Parmi les 6 décès recensés, les causes externes sont les principales causes de décès : 2 décès par accidents de la circulation, 1 décès par suicide.

Taux de mortalité chez les jeunes de 10-29 ans par tranche d'âge - moyenne 2001-2010



Source : INSERM [CépiDC - 2001-2010]

SYNTHESE DES DONNEES QUANTITATIVES

Données socio-démographiques

- En 2011, 10 151 habitants de Bourg-en-Bresse ont entre 12 et 29 ans, soit 25,5% de la population bourgienne, taux plus élevé qu'en Rhône-Alpes.
- La population des 12-29 ans a diminué de 17% entre 1982 et 2011. Cette diminution touche aussi bien les 12-19 ans que les 20-29 ans.
- Les jeunes Burgiens sont particulièrement concentrés dans les quartiers du Centre, de Citadelle-Mail-Peloux et Gare-Brou.
- La part des jeunes scolarisés parmi les 15-29 ans est plus faible sur la commune de Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes ou que sur le département de l'Ain et ce, quelle que soit la tranche d'âge. Cela se traduit d'un côté par une proportion plus élevée de jeunes sortis du système scolaire sans diplôme (19%) et d'un autre côté par un pourcentage plus faible de diplômés de 2e ou 3eme cycle sortis du système scolaire (10%).
- Environ 60% des jeunes Burgiens de 15-29 ans sont actifs. Parmi eux 19% sont au chômage, soit un taux plus élevé qu'en Rhône-Alpes (17%) ou que dans le département de l'Ain (15%).
- Avant 20 ans, les jeunes vivent encore pour la grande majorité (72%) avec leurs parents (enfant d'un couple ou d'une famille monoparentale). Entre 20 et 24 ans, la majorité des jeunes vit seul ou en couple sans enfant (54%).
- La proportion de personnes vivant seules est élevée sur la commune de Bourg-en-Bresse et particulièrement chez les jeunes.
- La part des bénéficiaires de la CMUc chez les 10-29 ans est plus élevée à Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes.

Recours aux soins

- En 2012, 67% des jeunes Burgiens de 10-19 ans ont eu recours à un médecin généraliste au moins une fois dans l'année et 59% chez les 20-29 ans. Ces taux sont moins élevés que les taux observés chez les jeunes de la région Rhône-Alpes.
- Par ailleurs, le recours des jeunes à la médecine spécialisée est proche sur les deux territoires observés quelle que soit la spécialité à l'exception du recours aux gynécologues chez les jeunes femmes. En effet le taux de recours aux gynécologues est deux fois moins élevé à Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes.

Etat de santé

- Sur la période 2005-2010, environ 130 accouchements par an ont été recensés chez les jeunes femmes de 15-24 ans dont une vingtaine chez les moins de 20 ans. Le taux annuel d'accouchements s'élève à 12 pour 1 000 habitantes de 15-19 ans soit un taux deux fois plus élevé que le taux départemental (6,7‰).
- Le taux de séjours hospitaliers pour IVG s'élève à 14,5 pour 1 000 habitantes de 10-29 ans, soit un taux plus élevé que le taux rhônalpin et le taux départemental, surtout chez les moins de 20 ans et les plus de 25 ans.
- En 2010 les jeunes de 10-29 ans de Bourg-en-Bresse et Saint-Denis-lès-Bourg, ont effectué 1686 séjours hospitaliers dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, ce qui représente près d'un séjour pour 7 jeunes de 10-29 ans. Parmi ces séjours 80% ont lieu à Bourg-en-Bresse : 58% au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse Fleyriat et 23% à la Clinique Convert.
- Chez les 10-19 ans, les affections liées à l'appareil digestif (retrait des dents de sagesse, appendicite aiguë..) constituent le principal motif d'hospitalisation. Ensuite les jeunes sont le plus souvent hospitalisés en raison de traumatismes (lésions intracrâniennes, fractures de jambes...).
- Chez les jeunes de 20-29 ans, les taux augmentent quels que soient les motifs d'hospitalisation à l'exception des affections de l'appareil digestif.
- En 2010, 571 jeunes de 10-29 ans ont eu recours à l'hospitalisation ou aux actes ambulatoires en psychiatrie dont 48% de patients de moins de 20 ans. Les taux de patients ayant recours aux soins spécialisés en psychiatrie publique chez les 10-29 ans s'élèvent donc à 4 816 chez les garçons et à 4 526 chez les jeunes filles, soit des taux nettement plus élevés qu'en Rhône-Alpes.
- Les troubles du comportement chez enfants et adolescents et les troubles du développement psychologique sont les principaux motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie chez les jeunes de 10-19 ans.
- Les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles mentaux liés à l'absorption de substances psychoactives sont les principaux motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie chez les jeunes de 20-29 ans.
- Les taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques sont également particulièrement élevés sur la commune de Bourg-en-Bresse.
- Les taux de personnes sous traitement régulier d'antidépresseurs, neuroleptiques et autres psychotropes sont également plus élevés à Bourg-en-Bresse qu'en Rhône-Alpes.

- En moyenne par an, sur la période 2001-2010, 6 décès ont lieu chez les jeunes de 10-29 ans, dont 2 chez les 10-19 ans et 4 chez les 20-29 ans. Parmi les 6 décès recensés, les causes externes sont les principales causes de décès : 2 décès par accidents de la circulation, 1 décès par suicide.

SYNTHESE DONNEES D'ACTIVITE

DES STRUCTURES
EN LIEN AVEC
LES JEUNES BURGIENS

1. LES FILES ACTIVES REVELENT DES CLIVAGES FORTS EN TERMES DE TRANCHES D'ÂGE, DE SEXE ET D'APPARTENANCE SOCIALE

D'après les données transmises, on repère une sorte de « **basculement** » **autour de 22 ans, dans plusieurs des files actives analysées**, comme si les problèmes prenaient de l'ampleur ou de la gravité à partir de cette tranche d'âge, qui marque peut-être de fait la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte.

De même on note que **certaines files actives sont largement sexuées, garçons et filles n'utilisant pas avec la même intensité toutes les structures**. Ceci confirme que les filles et les garçons ne peuvent être confondus dans le même groupe « jeunes » : au-delà des questions de tranches d'âge, le sexe constitue un élément de différenciation très fort quand à la nature (et parfois l'intensité) des difficultés rencontrées. Enfin, certaines données montrent qu'il existe un fort « effet CSP », visible dès qu'on le recherche au travers des indicateurs à renseigner.

Ainsi, les données d'activité transmises confirment qu'il n'y a pas une entité homogène, « *les jeunes* », mais des « *sous-groupes de jeunes* », clivés selon leur âge, sexe et leur CSP (de même qu'il n'y a pas un groupe homogène identifié comme « les adultes »).

Tous les jeunes n'ont pas les mêmes attentes, les mêmes contraintes ni les mêmes besoins. Ces constats sont indispensables à prendre en compte dans toute mise en place d'action de promotion de la santé : le « ciblage » des sous-groupes de jeunes, peut éviter les « solutions » qui s'adresseraient à un groupe cohérent et homogène qui n'existe pas, en réalité.

- **Les éducateurs de prévention de l'ADSEA** accompagnent majoritairement des **garçons, ceux-ci représentant 73,2% de leur file active**. La plus grande partie des jeunes accompagnés a entre **19 et 24 ans (42,4%)** : c'est peut-être à cet âge que les besoins d'accompagnement sont les plus forts. Ces données sont dans le prolongement de ce que l'on observe dans d'autres territoires : la prévention spécialisée, qui intervient souvent en milieu ouvert, dans les lieux publics, touche souvent très majoritairement les garçons. Les jeunes femmes occupant moins les espaces publics sont souvent moins vues et moins souvent accompagnées par ces professionnels.
- De même le **Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)** suit très majoritairement des **garçons qui constituent 92,5 % de la file active**. La variation des effectifs selon les tranches

d'âge montre qu'il y a une sorte de « basculement » à partir de 22 ans, âge auquel l'effectif de la file active double :

- 18 à 21 ans : 24 personnes
- **22 à 24 ans : 41 personnes**
- 25 à 29 ans : 55 personnes

On nota par ailleurs que, sur **44 prises en charge dans l'année, 20 ont abouti à une obligation de soins** (probablement en santé mentale, ou sur le versant de l'aide face à une situation d'addiction), et 22 mesures concernaient une obligation de travail.

Les garçons, d'une manière générale, sont plus fréquemment concernés par les conduites à risques qui peuvent les amener aux franges de conduites délictuelles.

- En matière de santé mentale, les données du **Centre Psychothérapique de l'Ain** tendent à montrer **qu'à partir de 22 ans, les garçons sont plus concernés que les filles par les hospitalisations à temps plein** (50 garçons contre 34 filles).

Les filles à l'inverse sont plus majoritairement concernées par les hospitalisations de jour (14 filles contre 6 garçons).

D'une manière générale, **les moins de 16 ans sont très largement concernés par les soins en ambulatoire**, filles comme garçons. C'est **à partir de 20-22 ans que les hospitalisations à temps plein prennent de l'ampleur**.

On voit donc qu'en matière de soin en santé mentale, filles et garçons ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés, ce qui se traduit dans les chiffres, par des tendances de prises en charge différenciées.

- **Les filles sont majoritaires** voire très majoritaires dans d'autres files actives. Elles utilisent ainsi davantage la **Maison des Adolescents** que leurs homologues masculins.

44,5% des utilisateurs de la MDA sont des collégiens et 30% des lycéens. 43% des jeunes sont orientés vers la MDA par les établissements scolaires et 15% par leurs parents.

Ceci reflète en partie le fait que la MDA soit à proximité de deux grands lycées Burgiens.

- Les filles sont très largement majoritaires dans la file active du **Centre de Planification et d'Education Familiale du Conseil Général**, comme c'est généralement le cas dans les CPEF.

Un tiers de ces filles sont des mineures et la tranche d'âge la plus représentée est celle des 16-17 ans. On note que la population masculine est en légère baisse.

Le CPEF note aujourd'hui **moins de demandes d'information sur la contraception orale**, notamment chez les moins de 16 ans.

Il existe en revanche une forte demande de tests urinaires par les filles, suite à des retards de règles, les filles craignant d'être enceintes. Ces demandes constituent une porte d'entrée pour les professionnelles du CPEF, pour parler de la contraception et des prises de risques.

Le premier motif de consultation médicale au CPEF concerne cependant la contraception. On observe une hausse des demandes pour des implants contraceptifs. On note que ces implants sont mis en place pour 3 ans, ce qui génère un suivi gynécologique moins régulier des patientes. En revanche la demande pour une contraception d'urgence est très faible.

Les consultations pour IVG sont en augmentation depuis 2013, elles concernent surtout les jeunes femmes de 18-19 ans et les femmes de plus de 26 ans. **Globalement les femmes qui ont recours à l'IVG sont plus âgées qu'en 2012 et 2011.**

Enfin, 30% des motifs de consultation concernent les IST (dont le VIH), les garçons sont également demandeurs en la matière (22,4% sont des garçons de 16-17 ans).

- Globalement les données de file active de la **Mission Locale** montrent elles aussi un clivage entre filles et garçons :
 - **Les filles ont un niveau de diplôme plus élevé,**
 - **Les filles utilisent davantage les transports en commun, les garçons utilisent plus fréquemment une voiture ou un deux-roues,**
 - **Les garçons sont plus souvent dans un logement précaire que les filles,**
 - **On note enfin qu'un tiers des jeunes de la file active est inscrit à la Mission Locale depuis plus de 3 ans.**

- Les étudiants présents à Bourg-en-Bresse sont encore mal connus au plan de leur état de santé. On soulignera qu'en 2014 la médecine universitaire locale (Université Lyon-Bourg-Saint-Etienne) ne dispose pas d'un système de recueil des informations qui permette d'établir des statistiques et d'analyser la composition des files actives d'étudiants, à Bourg-en-Bresse, comme à Lyon et à Saint-Etienne⁹. Cependant, le **Bureau Information Jeunesse et la Maison des Etudiants** de Bourg-en-Bresse collectent des données qui donnent déjà des informations précieuses sur le profil des étudiants présents sur la ville. Ainsi, ces données montrent que les Burgiens sont largement minoritaires parmi les étudiants présents sur la ville. D'autres informations sont également pertinentes à considérer :
 - Le nombre d'étudiants semble en baisse légère mais régulière depuis quelques années (3 529 en 2009, 3 374 en 2010 et 3 372 en 2011...) Nous n'avons pas les chiffres pour 2014... La tendance demeure-t-elle ou s'est-elle inversée ?

⁹ Etude de l'ORS Rhône-Alpes sur la médecine universitaire à Lyon-Bourg-en-Bresse et Saint-Etienne. 2014

- Une **part importante de ces étudiants est repérée dans les filières techniques** au lycée Carriat, au CEUBA (Centre d'Etudes Universitaires de Bourg-en-Bresse et de l'Ain et à l'IFSI (Institut de Formation aux Soins Infirmiers).
- Les plus jeunes des étudiants sont dans les IUT et lycées de Bourg-en-Bresse.
- On repère **un taux d'étudiants boursiers important dans les formations techniques** (lycée des Sardières, IREIS (Institut Régional et Européen des Métiers de l'Intervention Sociale), ...), et un taux de boursiers faible dans les formations générales (classes prépas) comme par exemple au lycée Quinet. Rappelons que les bourses universitaires sont accordées aux étudiants sous conditions de ressources (liées aux revenus des parents, elle-même souvent en lien avec leur catégorie socio-professionnelle).
- Enfin, **les taux de réussite aux examens sont plus importants dans les filières classiques** par rapport aux filières techniques, mais ils sont globalement moins bons à Bourg-en-Bresse que sur le reste de la région.

Globalement, ces données montrent, si besoin était, que l'effet « CSP » joue à plein dans la structuration des sous-groupes de jeunes, et ce y compris chez les étudiants. Ces données ne sont pas ici comparées à celles d'autres villes universitaires de la région, mais on notera que la part des étudiants en filières techniques et la part des étudiants boursiers est importante.

2. LES DIFFICULTES SOCIALES ET DE SANTE REPEREES :

2.1. Le logement des jeunes : étude Bourg-en-Bresse Agglomération

- L'analyse de **la situation des jeunes de l'agglomération burgienne en matière de logement** effectuée par l'Agglomération de Bourg-en-Bresse met en exergue **plusieurs fragilités**, présente chez une partie des jeunes, qui témoignent de conditions de vie précaires, tant sur le plan économique que sociologique :
 - Les jeunes Burgiens qui n'habitent plus avec leurs parents résident essentiellement dans de **petits appartements du parc privé** (on note une faible présence du public jeune dans les résidences sociales).
 - **1/3 des jeunes sont des allocataires ayant de bas revenus.**
 - **L'absence de soutien familial aggrave les difficultés** d'accès et réduit les possibilités de maintien dans un logement.

- Les professionnels repèrent enfin de **forts besoins d'accompagnement pour une frange de jeunes « déstructurés**», plutôt en rupture avec leur milieu familial.
- On notera encore en matière de logement que le **Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale** (CHRS) spécialisé dans l'accueil des jeunes en grande vulnérabilité à Bourg-en-Bresse (la Parenthèse) souligne deux problématiques majeures chez les jeunes accueillis :
 - Les problèmes de santé mentale (allant parfois jusqu'à la pathologie)
 - Les addictions aux substances psychoactives

2.2. Les bilans de santé réalisés par la CPAM, les suivis du DRE

- **Le centre de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bourg-en-Bresse** permet aux étudiants de réaliser des bilans de santé. Faute de médecine universitaire présente au niveau local, c'est ainsi la CPAM qui porte cette mission.

Ces bilans de santé ont concerné 206 étudiants en 2013 parmi lesquels on repère les éléments suivants :

- **112 sont considérés comme précaires** soit environ le moitié d'entre eux (d'après le Score EPICES).
- **30,5% déclarent une consommation régulière d'alcool**, et il s'agit plutôt des garçons entre 18 et 23 ans.
- **33% déclarent une consommation régulière du cannabis.**
- En ce qui concerne **l'état de santé ressenti, noté de 0 à 10, plus de 90% se situent au-dessus de 5**, et 8% environ disent être en -dessous de 5.

Ces bilans médicaux font également ressortir les éléments suivants :

- **Des anomalies de l'audition concernent environ 47% des jeunes bilantés** (44 filles sur 206 jeunes, et 38 garçons), essentiellement chez les 18-23 ans (un problème qui est de plus en plus constaté partout en France).
- **Plus d'un tiers des jeunes vus n'avait pas eu de suivi dentaire au cours des deux dernières années.**
- Près de 17% sont concernés par un problème de surcharge pondérale ou de surpoids.
- Plus de 75% des jeunes sont à jour de leurs vaccinations (DTP).

- Les données du **Dispositif de Réussite Educative de Bourg-en-Bresse** montrent par ailleurs que sur 17 jeunes (suivis sur la période allant de septembre 2013 à mai 2014) âgés de 12 à 16 ans, **les garçons sont majoritaires**. 12 ont une problématique liée à la santé, et ils sont surtout concernés par des **problèmes de mal-être et des troubles du comportement**. **Enfin, la majorité des orientations effectuées après le bilan concerne les psychologues (et aussi les orthophonistes)**.

Si les **problématiques de santé se situent majoritairement dans le registre de la santé mentale**, en cohérence avec ce qui est dit par la littérature scientifique (cf synthèse bibliographique), on repère que les problématiques somatiques concernent à la fois des **thématiques attendues (surpoids, consommation de substances psychoactives, défaut de suivi dentaire)**, mais aussi des **problématiques nouvelles, comme les anomalies auditives**. Celles-ci sont aujourd'hui de mieux en mieux documentées et révèlent un véritable « effet générationnel » lié à l'utilisation intensive de dispositifs d'écoute intra-auriculaire ou à l'écoute de musiques amplifiées, le tout à des niveaux sonores élevés, qui peuvent détériorer l'appareil auditif. Ce problème suscite d'ailleurs, depuis quelques années, des actions spécifiques de promotion de la santé, pour encourager les jeunes à préserver leur « capital auditif ».

DONNEES QUALITATIVES

1. METHODOLOGIE

Le volet qualitatif de cette étude a été mené par entretiens collectifs semi-directif approfondis. Cinq entretiens ont ainsi été réalisés sur des thématiques différentes, définies dans le cadre du comité de pilotage de l'étude :

- La santé des jeunes en difficultés d'insertion
- La santé des apprentis et des élèves des filières professionnelles
- La santé des scolaires, collégiens et lycéens
- La santé des femmes, la sexualité et la contraception,
- La santé mentale chez les jeunes

Cinq groupes de professionnels ont ainsi été rencontrés sur un temps de deux heures pour chaque groupe, au printemps 2014. Certains professionnels ont participé à plusieurs entretiens collectifs.

Ces professionnels exercent tous au contact des jeunes, dans des structures ayant des champs d'intervention différents : éducation, formation, accompagnement à l'insertion, soin, prévention.

L'objectif de ces entretiens était d'explorer les constats déjà réalisés lors du diagnostic local de santé de 2010, et de partager de manière plus fine et plus transversale les connaissances des professionnels de terrain qui interviennent auprès des jeunes, de 12 à 29 ans.

Sont présentées ici les synthèses des principaux thèmes et enjeux abordés lors de ces cinq entretiens collectifs.

2. COMPOSITION DES GROUPES DE PROFESSIONNELS AYANT PARTICIPE A LA PHASE QUALITATIVE DE L'ETUDE :

Santé des jeunes en difficultés d'insertion professionnelle et sociale

- Mme Amandine ALBAN, Mission Locale Jeunes
- M. Tanguy du BOURGUET, coordinateur IFRA
- Mme Margaux CHAPELAND, chargée de mission Maison des étudiants
- Mme Katell DARRIEUTORT, prévention spécialisée, ADSEA 01
- M. Johan ESNARD, centre social Amédée Mercier
- M. David GIBAUD, Ainter'Job
- Mme Sophie MORIER, Conseil Général de l'Ain
- Mme Sandrine VIDEAUD, résidence accueil jeunes Les 3 Saules
- Mme Marion VIOLLAND, Epicerie Solidaire

Santé des jeunes en apprentissage et filières professionnelles

- Mme Sylvie BURTIN, animatrice, CFA BTP Ain
- Mme Christel GUILBERT, assistante sociale, EREA La Chagne
- Mme Roseline MARTIN-COUTURIER, infirmière, lycée professionnel Gabriel Voisin
- M. Philippe MICHELARD, adjoint de direction, CFA BTP Ain
- Mme Frédérique PROST, infirmière, lycée professionnel Marcelle Pardé
- Mme Julie RABUEL, CPE Lycée professionnel Gabriel Voisin
- Mme Maria ROUBAH-CLARO, assistante sociale, lycée professionnel Carriat

Santé des jeunes scolarisés

- Mme Claire BILLOUD, infirmière, collège de Brou
- Mme Geneviève DELAY, infirmière, collège Thomas Riboud
- Mme Sylvie GAUTHIER, infirmière, collège Victor Daubié
- Mme Corinne GREMAUD, coordonnatrice SAPAD
- Mme Nicole LABERGERIE, CPE, lycée Edgar Quinet
- Mme Yolande LUQUIN, CPE, lycée Edgar Quinet
- Mme Stéphanie MENEGAUX, Dispositif de Réussite Educative, Ville de Bourg-en-Bresse

- Mme Emmanuelle SAYAG, infirmière, lycée Carriat
- Mme Françoise VIVIER-HIMBERT, assistante sociale, collège Victor Daubié

Sexualité - contraception - maternité

- Mme Claire BILLOUD, collège de Brou
- Mme Latéfa BOUZIDI, éducatrice prévention spécialisée, ADSEA 01
- Mme Geneviève DELAY, collège Thomas Riboud
- M. Florent DELORME, CIDFF
- Mme DERAÏN, lycée Edgar Quinet
- Mme Sylvie GAUTHIER, collège Victor Daubié
- Mme Pascale PRIN, Centre de Santé Publique
- Dr Véronique PROST, CPEF du Pont des Chèvres, CG 01
- Mme Emmanuelle SAYAG, lycée Carriat

Santé mentale des jeunes:

- Dr Claude BERBEY, médecin chef, pôle pédopsychiatrie (CPA)
- M. Alain DODART, cadre de santé, CMP Infanto-Juvenile de Bourg-en-Bresse (CPA)
- Mme Fanette DROMARD, éducatrice spécialisée, CHRS Jeunes
- M. William ERRIGO, cadre de santé de proximité, CMP Espace Villard (CPA)
- M. Régis MELLET, prévention spécialisée, ADSEA 01
- Mme Agnès NIVOT, cadre de direction, Maison des Adolescents de l'Ain
- Mme Ghislaine SOFFER, directrice, ANPAA 01
- M. Patrice REDON, coordinateur, Centre Saliba (CPA)
- Mme Marie VAUPRE, infirmière, Carrefour Santé Mentale Précarité (CPA)

3. SYNTHESES DES PRINCIPAUX THEMES ET ENJEUX ABORDES LORS DES ENTRETIENS COLLECTIFS

3.1. La santé des jeunes en insertion

La littérature montre que chez les jeunes, tout comme chez les adultes, les difficultés socio-économiques ont un impact négatif sur la santé mentale, la santé physique et le recours aux soins. Ainsi, les difficultés d'insertion professionnelle et sociale engendrent ou aggravent certains problèmes de santé. Ce sont ces difficultés qui ont particulièrement été recensées et analysées dans cet entretien collectif.

3.1.1. Décrochage, dévalorisation, désinsertion : à la recherche d'un futur perdu...

Les professionnels de terrain constatent que les difficultés d'insertion chez les jeunes sont fortement - mais pas uniquement - liées à un parcours scolaire problématique.

L'un des marqueurs forts en la matière est le décrochage scolaire et l'absence de tout diplôme ou de formation. C'est à la suite d'un parcours d'échecs scolaires, qui commence souvent dès l'école primaire, que ces jeunes arrivent « au bout » du collège, ou du moins à 16 ans (âge jusqu'auquel l'instruction est obligatoire en France (et non la scolarisation, comme on le croit encore souvent, à tort), sans aucun diplôme ni qualification.

Marqués par une étiquette de « mauvais élèves » et sans perspective d'autre formation, pour une partie d'entre eux, ils se trouvent en grandes difficultés pour accéder à un emploi, même très peu qualifié. L'absence de tout diplôme, de formation, l'inexpérience professionnelle et enfin « l'effet quartier » décrit par certains auteurs¹⁰ qui les stigmatise face à des employeurs potentiels, les font glisser peu à peu dans les « limbes » de la vie de la cité. L'absence de profession, de revenus les maintiennent dans une dépendance absolue vis-à-vis de leur famille, du logement familial.

Mais, en-deçà de cette dépendance – certes, difficile à vivre - c'est surtout l'étiquetage négatif produit par le système scolaire que les professionnels ont souligné. En effet, comment avoir une bonne opinion, une bonne estime de soi, lorsqu'on a été pendant des années le « dernier » de la classe, ou du moins « catégorisé » comme « mauvais élèves » ? Comment se projeter dans un quelconque succès lorsque l'on s'est habitué à une logique de l'échec ?

¹⁰ CF synthèse bibliographique

Les professionnels interrogés décrivent ainsi des jeunes arrivant à la majorité, qui deviennent « physiologiquement » adultes, mais qui conservent une image très dévalorisée d'eux-mêmes, de leurs capacités et compétences.

A cette très grande difficulté s'ajoute quelquefois la distension des liens psychoaffectifs avec la famille. Adultes absents, dépassés, séparation conflictuelle des parents sur fond de précarité, sont autant d'éléments qui peuvent réduire les chances d'un soutien, d'une « reconnaissance » par la famille, mais aussi d'une aide matérielle face à l'adversité dans la recherche d'emploi. A l'étiquette scolaire négative s'ajoute alors une forme de non-considération par la famille qui peut aggraver les mécanismes de dévalorisation de soi et le sentiment que le seul avenir possible est une forme de stagnation dans l'échec, loin de l'emploi, de l'autonomie et finalement de toute forme de reconnaissance sociale.

Le groupe de pairs constitue dès lors l'ultime refuge : lorsque le passage par l'école s'est soldé par des échecs, qu'il n'y a pas de référence professionnelle, que les parents sont un peu « loin », il reste les amis de la proximité, du quartier. Le groupe de pairs, connu souvent depuis l'enfance, protège l'individu en difficultés d'insertion, en lui offrant une autre forme d'insertion et de reconnaissance, au sein d'un petit groupe qui produit un « entre soi » rassurant. Mais cet « entre soi » peut aussi être étouffant par les normes qu'il secrète et, de fait, il peut constituer un frein aux possibilités d'insertion, notamment par l'emploi ou par une formation, si finalement elles deviennent possibles.

Ainsi, les difficultés d'insertion, qui sont multifactorielles, mais qui ont tout de même un ancrage réel dans l'échec scolaire, ont clairement un impact sur la santé mentale des jeunes, la souffrance psychique, du fait de la mauvaise « estime de soi » auxquelles elles sont reliées et par le mal-être qu'elles engendrent. Un mal-être qui obscurcit l'instant présent et qui obère le sentiment d'un avenir meilleur. Les professionnels rencontrés ont ainsi insisté sur leurs propres difficultés à aider certains jeunes, à les aider à se projeter dans l'avenir, dans une évolution positive possible.

3.1.2. 23-24 ans : un âge de basculement ?

A l'instar des données d'activité qui montrent qu'autour de 23 ans, la configuration des files actives se modifie et que certains problèmes s'intensifient, les professionnels interrogés ont largement souligné leur sentiment qu'il existe une sorte d'âge de « basculement ». Cet âge marquerait le moment où les jeunes ne peuvent plus, n'osent plus, s'imaginer un avenir, de nouvelles étapes, mais se sentent au contraire piégés dans une forme d'exclusion et de stagnation. Ainsi, l'adolescence et la fin de l'adolescence, parce qu'elles portent peut-être encore en elles l'espoir de transformations, relativisent en quelque sorte le sentiment d'échec. Or, lorsque le jeune n'a toujours pas d'emploi à 23-24 ans, pas de logement, et donc guère de possibilités d'avoir une vie de couple stable, et qu'il est de surcroît socialement étiqueté par son absence de diplôme, ses échecs scolaires, il peut glisser dans une forme de désespérance. Ayant atteint 23-24 ans sans pouvoir afficher certains marqueurs du passage à l'âge adulte,

qui sont aussi des signes de « réussite » (diplôme, emploi, revenus, logement, couple), il semble que certains jeunes considèrent qu'ils ont en quelque sorte « raté le coche » pour toujours. L'échec peut dès lors leur apparaître comme massif et irrattrapable, et la réalité une répétition infinie qui anéantit tout espoir d'avenir.

Face à cette dramatisation et à cette angoisse, les professionnels ont largement témoigné de leur difficulté à redonner de l'espoir à ces jeunes, à leur insuffler confiance en eux. Selon ces professionnels, c'est d'ailleurs peut-être pour fuir ce sentiment d'absence d'avenir et ce présent stagnant que certains jeunes développent des consommations problématiques, notamment addictives, de cannabis.

3.1.3. La question problématique du logement

Si l'absence d'un emploi et de revenus retarde ou empêche durablement les jeunes d'acquérir l'autonomie de logement qui leur faciliterait la mise en couple et le développement d'une sociabilité du « chez soi » (versus la sociabilité du « dehors » à laquelle doit se limiter une bonne partie de ces jeunes), il s'avère que « l'autonomie forcée » engendre des difficultés bien supérieures. Les professionnels ont ainsi soulevé la question des jeunes en difficultés d'insertion qui sont de surcroît confrontés à des tensions familiales fortes et qui sont vivement « encouragés », voire forcés, par leurs parents à quitter le toit familial. Plus ou moins directement « mis à la porte », mais toujours sans emploi et sans revenus, ils sont alors contraints de trouver une solution pour ne pas se retrouver « à la rue ». Certains trouvent abri, successivement chez des amis, des relations... Mais d'autres finissent par se retrouver sans toit et dorment alors là où ils le peuvent, le « squat » étant alors parfois la seule solution.

Les professionnels ont souligné que les jeunes ayant vécu des ruptures familiales fortes, qui se retrouvent en squat, ne viennent pas ou rarement des « quartiers » (au sens de quartiers urbains défavorisés, en « politique de la ville »). Rarement issus de l'immigration, leurs parents peuvent habiter des zones urbaines ou rurales et sont plutôt défavorisés socio-économiquement. Leurs enfants, des jeunes majeurs avec qui ils rompent le dialogue et les liens, se retrouvent dès lors sans logement, mais aussi sans aucune aide parentale et sans les réseaux de ressources familiaux qui leur permettraient « d'attendre » et d'atteindre les moyens d'une véritable autonomie.

Ces jeunes parfois appelés « JAC » à Bourg-en-Bresse (jeunes avec chiens) sont probablement ceux qui sont concernés par les plus grandes difficultés d'insertion mais aussi par le plus grand nombre de problèmes de santé, sur le plan physique et mental. Les professionnels qui les accompagnent et les aident soulignent que leur situation semble s'être précarisée au fil du temps. Ainsi, les systèmes de solidarité qui ont pu exister entre « JAC » il y a 10 ou 15 ans se sont effilochés. Les transmissions autour du « savoir-survivre » sont plus faibles, le sens du « collectif » s'est perdu, et avec lui, une certaine conscience de soi, en tant qu'individu et en tant que groupe. De même, les revendications des « anciens » n'ont plus

cours parmi les jeunes JAC... Les groupes sont aujourd'hui plus réduits, les prises de risques, notamment au niveau de la consommation de substances psychoactives, peut-être moins accompagnées et, in fine, ces jeunes sont encore plus isolés et peut-être aujourd'hui plus fragiles que leurs aînés.

Ainsi, ces « autonomes forcés » qui ne peuvent plus compter sur le toit ni sur l'aide de la famille, s'appuient sur des groupes de pairs réduits et fragiles, et survivent dans une errance peut-être encore plus dure aujourd'hui...

3.1.4. Faible « soin de soi » et difficultés d'accès aux soins pour les jeunes en difficultés d'insertion

Quelles que soient les difficultés d'insertion, les professionnels soulignent que moins la famille est aidante, plus le jeune a des difficultés à prendre soin de lui. Ainsi lorsque la précarité psychoaffective s'ajoute à la précarité socio-économique, le soin de soi comme le recours aux soins sont moindres.

Ceci étant, et d'une manière plus générale, le « soin de soi » n'est pas une évidence pour les jeunes qui s'enlisent dans les difficultés d'insertion. Les maladies de l'enfance s'étant éloignées et les contraintes du vieillissement ne s'imposant pas encore, la recherche d'un emploi et d'un revenu prennent beaucoup de place dans les préoccupations de ces jeunes, qui abandonnent ou ne pensent plus aux consultations de suivi, de dépistage (dentaire, gynécologique, ...), et qui ont parfois du mal à reconnaître qu'ils ont besoin d'aide, voire de soins, et ce tout particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, consulter un psychologue (et a fortiori un psychiatre) demeure une épreuve, un risque de stigmatisation, qui renvoie à la peur d'être fou et d'être considéré comme tel par son entourage.

Au-delà de ces freins à l'accès aux soins, il s'avère que les questions d'accessibilité économique ne jouent pas en faveur des jeunes en insertion, souvent limités en termes de ressources. Les soins en dentisterie ne leur sont notamment pas toujours accessibles, car trop onéreux.

Face à ces contraintes, certaines ressources sont néanmoins bien repérées, qui sont gratuites ou économiquement accessibles aux jeunes en insertion :

- Les bilans de santé proposés par la CPAM à Bourg-en-Bresse
- La PASS¹¹ de l'hôpital de Fleyriat, pour les jeunes en ruptures de liens familiaux, en grandes difficultés économiques
- Le centre mutualiste dentaire de Bourg-en-Bresse

¹¹ PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

- La Maison des Adolescents, qui peut recevoir les jeunes jusqu'à 20 ans, mais que les jeunes éloignés des soins, en difficultés d'insertion fréquentent peu..
- Le PAEJ¹² Chocolat Chaud, à la fois lieu d'écoute et de halte, fréquenté notamment par les jeunes en très grandes difficultés d'insertion (de type « JAC »)

3.1.5. Les consommations problématiques de substances psychoactives et les addictions

Problématique aujourd'hui bien documentée, cette question est également bien repérée par les professionnels à Bourg-en-Bresse.

Si aucune spécificité forte n'est repérée à Bourg-en-Bresse¹³ en matière de substances illicites, on sait qu'elles sont présentes et consommées, comme dans toutes les « villes-capitales » de la région Rhône-Alpes.

Bourg-en-Bresse étant néanmoins une capitale au sein d'un département très rural, elle se trouve à la croisée de cultures et pratiques urbaines mais aussi rurales. C'est ainsi que les professionnels repèrent des formes de consommation d'alcool en lien avec certaines traditions rurales : fêtes des conscrits et autres bals, qui peuvent constituer des occasions d'ivresses et de prises de risques diverses.

Les professionnels soulignent qu'il ne faut pas sous-estimer non plus les consommations qui ont lieu dans les lieux « festifs » (raves, etc...) qui existent dans le bassin burgien et qui concernent une population de « *teufeurs* » qui circulent dans tout le département et au-delà, mais qui peuvent aussi être basés et domiciliés à Bourg-en-Bresse et dans les environs.

Face à la réalité de ces consommations, les professionnels saluent l'amélioration de l'offre de ressources sur le bassin burgien : outre le Programme d'Echange de Seringues auquel participent plusieurs pharmacies de la ville, un CAARUD¹⁴ existe depuis fin 2014, porté par l'association AIDES, historiquement la plus active sur le bassin burgien en matière d'échange de seringues et de fourniture de kits stériles gratuits. Ces ressources améliorent la diffusion d'outils de réduction des risques et la culture même de la réduction des risques à l'échelle du bassin burgien.

Cependant, les professionnels des addictions repèrent des besoins de formation chez les travailleurs sociaux, qui ne se sentent pas toujours outillés pour aborder la question des consommations de substances psychoactives avec le public jeune, ou pour les orienter vers une ressource de soin et d'aide, et ce sans les stigmatiser ou les effrayer. Ainsi, sur le terrain, il reste délicat et complexe d'aborder ces questions avec les jeunes (tout comme avec les adultes). Le risque d'aggraver la mauvaise estime de soi chez les publics en difficultés d'insertion, de les enfoncer dans le déni et d'aboutir à les éloigner des

¹² PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeunes

¹³ *Etude sur l'échange de seringues dans l'Ain*. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. 2012

¹⁴ CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

ressources de prises en charge, constitue une entrave pour les travailleurs sociaux. Peu ou pas formés à ces thématiques, il pourrait dès lors être pertinent de proposer aux travailleurs sociaux un appui un peu plus systématique qu'il ne l'est actuellement, en termes de « culture de base », mais aussi ponctuellement face à des situations particulièrement difficiles.

3.1.6. Le handicap psychique, la déficience : une autre cause importante de difficultés d'insertion

Plusieurs professionnels ont tenu à rappeler que le handicap chez les jeunes était aussi une cause forte de difficultés d'insertion, et encore plus lorsqu'il s'agit de handicap psychique, pour cause de pathologie psychiatrique ou de déficience.

Depuis la loi de 2005, les établissements scolaires sont censés accueillir les enfants porteurs de handicaps, afin de leur offrir une possibilité de scolarité la plus « normale » possible. De fait, la littérature scientifique insiste sur les bénéfices de l'insertion dans les dispositifs de droit commun pour ces enfants, en termes de développement des compétences psychosociales mais aussi d'acquisition de compétences académiques. Reste que faute de places en CAMPS¹⁵, puis en IME¹⁶ et en ITEP¹⁷, certains élèves sont scolarisés dans le cursus « classique » alors que leurs difficultés sont parfois trop importantes pour que cela leur soit réellement bénéfique. Ce sont quelquefois aussi les familles qui, ne pouvant faire le deuil de « l'enfant normal », insistent pour maintenir leur enfant dans le système scolaire... Dans tous les cas, ces difficultés aboutissent à ce que des jeunes de 16 ans et plus, finalement sans diplômes et sans formation, s'inscrivent dans les dispositifs de recherche d'emploi et d'insertion, sans que leurs difficultés spécifiques (liées au handicap) aient jamais été véritablement prises en compte ou en charge.

Mais là encore, certains de ces jeunes préfèrent porter l'étiquette de « chercheur d'emploi », même sur la longue durée plutôt, que d'avoir une RQTH¹⁸, qu'ils estiment plus stigmatisante et excluante socialement.

L'enjeu d'une insertion réelle, mais adaptée, des personnes handicapées concerne ainsi au premier chef les jeunes. Comment accéder à une bonne reconnaissance sociale et à ce que cela facilite (accès à un emploi, mise en couple, accès aux logements, aux loisirs, ...), avec un handicap qui demeure et qui nécessite des aménagements, voire des soins ? Il va sans dire, que le handicap psychique complexifie notablement la question, ce qui est par ailleurs bien connu des professionnels de l'insertion.

¹⁵ CAMPS : Centre d'Action Médico-sociale Précoce

¹⁶ IME : Institut Médico-Educatif

¹⁷ ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

¹⁸ RQTH : Reconnaissance de travailleur handicapé

3.1.7. Les jeunes désinsérés, en errance, « incasables »...

Les JAC (Jeunes Avec Chiens) déjà décrits dans le diagnostic local de santé de 2010 ont vieilli et « survécu », aux conditions de vie difficiles, aux squats, aux drogues, pour beaucoup... Ayant atteint la trentaine ou l'ayant dépassée, ils ne sont pas vraiment rentrés dans « le rang » mais ne sont plus « à la rue ». Habitant en logement social voire, en résidences sociales pour certains, et vivant de « petits boulots », ils sont encore parfois en lien avec des travailleurs sociaux. Les anciens JAC ont ainsi trouvé des formes d'abri relativement pérennes, même s'ils continuent à être fragiles.

Les nouveaux jeunes en errance, sont décrits par les professionnels comme beaucoup plus fragiles que leurs aînés. Comme on l'a déjà vu plus haut, ils sont plus isolés, moins conscientisés et moins revendicatifs, et donc, d'une certaine manière, peut-être plus en difficultés que leurs aînés qui parvenaient à ébaucher des projets et à envisager l'avenir, peut-être par le collectif, malgré leur forte précarité. Les mécanismes de la solidarité collective ayant disparu ou s'étant amoindri chez les nouveaux JAC, il reste la grande précarité mais peu de rêves d'un futur meilleur... Les professionnels ont ainsi le sentiment que ces jeunes souffrent d'un grand isolement et d'une anxiété encore plus importante que celle de leurs aînés et que globalement, la souffrance psychique s'est intensifiée.

Or, cet isolement et cette fragilité aggravent les difficultés de soin de soi, mais aussi les difficultés des professionnels à orienter, accompagner ces jeunes vers les ressources de soins. Aider un jeune qui n'a plus d'attaches, pas de projet, pas d'attentes est une tâche ardue. Sans appui collectif, plus en désespérance et plus « incasables » qu'autrefois, il est complexe de trouver la bonne accroche pour leur redonner une place dans la vie de la cité.

D'autres « incasables » sont repérés par les professionnels. Ainsi les jeunes des familles dites « *du voyage* », en réalité bien sédentarisés dans les logements adaptés de la rue des Sources, ont également de fortes difficultés d'insertion, qui impactent leur santé.

Entourés par un milieu familial relativement stable et par un groupe de pairs composé de gens de la même communauté « *du voyage* » ils demeurent cependant dans un « entre soi » qui les protège, sans pour autant faciliter leur insertion dans la cité. Souffrant d'une stigmatisation semblable, mais sans doute plus forte, que celle des jeunes « des quartiers », ces jeunes sont en grandes difficultés en termes de parcours scolaire, souvent très chaotique et écourté, ils sont sans diplômes, sans formation, et aussi concernés par les conduites à risques, les consommations de substances psychoactives...Et, in fine, certains sont aussi concernés par une souffrance psychique qui vient peut-être du sentiment de ne pas arriver à trouver une place dans la société, qui n'est plus tout à fait celle dans laquelle ont grandi leurs parents.

3.1.8. Jeunes sortant de prison

Le fait que Bourg-en-Bresse soit dotée depuis quelques années d'une maison d'arrêt et que plusieurs professionnels du territoire y interviennent, explique que la question des *jeunes sortant de prison* ait été évoquée. Cumulant plusieurs des difficultés précédemment décrites, ils sont socialement sur-stigmatisés par leur passage en prison, sans compter que la prison est rarement bénéfique à l'état de santé. Ces sortants de prison sont cependant encore mal connus. Si leurs besoins semblent évidents, leurs attentes et demandes le sont moins et il y a sans doute matière à affiner encore l'aide qui peut leur être apportée, notamment en matière de soutien psychologique, d'étayage.

3.1.9. La « désinsertion silencieuse » de certaines filles ?...

Si les difficultés d'insertion et leur impact sont relativement bien visibles chez les jeunes hommes, ils sont plus obscurs lorsqu'il s'agit des filles, et notamment des filles « des quartiers ». Même si elles sont un peu moins concernées par le décrochage scolaire et par le chômage, leur groupe familial ou social n'attend pas forcément d'elles qu'elles occupent une place dans l'espace social, en dehors du groupe lui-même, et encore moins dans l'espace public. Plusieurs professionnels ont ainsi souligné qu'ils sont de moins en moins en contact avec les jeunes filles habitant les quartiers, et qu'elles participent de moins en moins aux activités qui peuvent être proposées pour cette tranche d'âge. Est-ce à dire qu'elles vont bien et qu'elles ont moins de besoins ou d'attentes que leurs aînées ? La situation économique pèse aussi sur elles, et s'ajoute à la pression familiale qui tend parfois à les pousser à se centrer sur le « chez soi » et la vie de famille, plutôt que sur les études, la formation et l'accès à l'autonomie, ce qui est susceptible de créer des formes silencieuses de désinsertion. Si elles expriment de moins en moins de demandes face aux professionnels de terrain, c'est ainsi peut-être du fait de phénomènes de censure ou d'autocensure. Reste qu'accéder à l'autonomie en matière de sexualité, contraception pour une partie de ces jeunes filles ou jeunes femmes est parfois difficile, tant au plan social que psychologique. Sans compter que la maternité peut sembler un moyen d'accéder à une forme d'autonomie et de reconnaissance sociale, notamment dans un parcours marqué par l'échec scolaire, même si dans les faits, la parentalité ne résout pas les difficultés liées à la précarité socio-économique, et qu'elle peut même aggraver certaines formes de souffrance, qui peuvent aussi impacter l'enfant.

Les professionnels s'accordent ainsi à constater que les filles sont de moins en moins « visibles » pour eux, mais qu'il ne faut pas forcément interpréter cette « invisibilité » comme un signe de mieux-être. Il apparaît donc nécessaire de rester vigilant, voire de développer de nouvelles manières d'entrer en contact avec elles, afin de pouvoir les aider si elles en expriment la demande.

3.1.10. Comment exister « socialement » lorsque l'on n'a pas de diplômes, pas de travail, pas de revenus ?

Plusieurs des professionnels participant à l'entretien collectif ont soulevé une interrogation forte concernant les jeunes en difficultés d'insertion : comment, en effet, peuvent-ils accéder à une existence « sociale » reconnue, alors que leurs difficultés (qui impliquent stigmatisation, manque de moyens économiques, et manque d'autonomie) les maintiennent loin des marqueurs de la réussite sociale, mais aussi loin de toute possibilité de projection dans l'avenir ? Dans quel avenir les inviter à se projeter lorsque les perspectives d'obtenir un emploi stable s'effritent, ou même lorsque les possibilités d'être reconnu dans et par son travail sont faibles, du moins à moyen termes ?

Une partie des professionnels interviewés considère qu'il y a ainsi urgence à aider les jeunes en difficultés d'insertion, à la fois à améliorer leur estime d'eux-mêmes et à se forger une place positive dans la société. Si les possibilités d'être reconnu par son travail sont ténues, il s'agit alors de développer des alternatives à la reconnaissance par l'emploi ... Peut-être justement aussi pour parvenir à trouver ou retrouver un emploi plus tard. Ces alternatives peuvent se situer dans le développement de projets culturels, dans des formes d'engagement collectif et citoyen. Les jeunes en difficultés d'insertion, souvent frustrés, parfois révoltés, mais peu revendicatifs et conscientisés sur les mécanismes de leurs difficultés d'insertion, manquent souvent d'étayage pour développer leurs capacités sur des champs autres que la recherche d'emploi et ce, alors même que le système scolaire ne leur a pas reconnu de compétences. Il s'agit dès lors de les aider à découvrir ce qu'ils peuvent développer, construire, malgré le défaut d'adoubement par l'école, l'absence de diplôme. La reconstruction de l'estime de soi, l'accès à une bonne santé psychique par une meilleure reconnaissance de leurs aptitudes, constituent sans doute de bons leviers pour retrouver une place satisfaisante dans la cité, et aussi pour renforcer les compétences de ces jeunes en matière de recherche d'emploi.

3.1.11. Au bilan...

A la croisée de ces constats et de ces analyses, deux grands questionnements émergent de l'entretien collectif, qui touchent à la santé psychique des jeunes.

Le premier porte sur l'estime de soi des jeunes dévalorisés par un système scolaire qui, notamment après 23-24 ans, sont piégés dans une logique et une angoisse de l'échec. Comment dès lors rendre crédibles les démarches d'essai-erreur pour ces jeunes ? Sur quelle temporalité et sur quelles « cordes » intervenir pour leur redonner confiance et leur redonner le sens d'un avenir possible, d'une vraie place d'adulte dans la société ?

Enfin, comment renforcer l'aide et l'accompagnement de ceux qui ont des besoins, mais expriment peu d'attentes ? C'est-à-dire comment aider les jeunes les plus précarisés et fragilisés, dans ou au bord de l'errance... Mais aussi les filles qui s'enfoncent parfois dans des formes d'une « désinsertion silencieuse », qui ne fait pas de bruit, ne crée pas de « désordre », mais impacte leur parcours de vie tout comme leur santé ?

3.2. Santé des jeunes en apprentissage et filières professionnelles

Les jeunes qui sont dans les centres de formation de l'agglomération de Bourg-en-Bresse (centre de formation des apprentis de la filière BTP¹⁹, EREA²⁰) ou dans les filières professionnelles des lycées Gabriel Voisin et Marcelle Pardé) présentent certaines spécificités réelles en matière d'état de santé qui justifient que l'on examine ce public en tant que tel.

3.2.1. Des Burgiens et des non-Burgiens : la question du logement

Nombreux sont les jeunes apprentis ou élèves des lycées professionnels qui ne sont pas des Burgiens. Bourg-en-Bresse étant un pôle majeur de formation dans l'Ain, la ville attire des jeunes du département et au-delà. Ceci implique que pour suivre leur formation à Bourg-en-Bresse ces jeunes doivent trouver un logement. Sur ce point, plusieurs professionnels ont souligné que la ville manquait de ressources par rapport à la demande. Même si le nombre de places en internat a augmenté ces dernières années, il n'est pas suffisant pour répondre aux besoins : de fait de nombreux jeunes louent une chambre « chez l'habitant ».

Cependant, tout n'est pas résolu pour ceux qui ont une place en internat. Ainsi les professionnels ont souligné le manque de moyens humains pour véritablement encadrer les jeunes, au sein de l'internat. Si leur sécurité est assurée, les possibilités d'écoute individuelle, d'accompagnement personnalisé des jeunes qui sont éloignés de leur famille géographiquement (et qui vivent aussi parfois des tensions avec leurs parents) sont ténues.

¹⁹ BTP : Bâtiments et Travaux Publics

²⁰ EREA : Etablissement Régional d'Enseignement Adapté

3.2.2. Des jeunes marqués par un parcours scolaire difficile

Le fait même d'être en apprentissage ou dans une filière professionnelle, signe souvent un parcours scolaire marqué par les difficultés. La France, se distingue ainsi particulièrement par la survalorisation des « filières classiques » et par une sous-valorisation des filières professionnelles, qui conduit à considérer ces dernières comme un sous-choix par rapport aux filières considérées comme « nobles », celles qui devraient pouvoir mener aux « professions intellectuelles supérieures » (selon la terminologie de l'INSEE)... Or, aux difficultés d'estime de soi, engendrées par de médiocres résultats au collège, s'ajoute parfois la problématique de l'orientation par défaut. Les professionnels soulignent ainsi qu'il n'est pas rare que les jeunes qui quittent la filière classique se retrouvent, faute de place dans les filières professionnelles demandées, dans une filière autre, mais pour laquelle ils n'ont pas de goût ni d'intérêt : ils se retrouvent orientés « par défaut » dans une formation qu'en réalité, ils ne souhaitent pas suivre. Souvent accablés par l'ennui au collège, où ils subissaient un enseignement qu'ils avaient du mal à suivre, ces jeunes se retrouvent alors face à des apprentissages, des savoirs plus concrets, mais qui ne les intéressent pas davantage... Ceci ne contribue pas à renforcer une estime de soi déjà mise à mal et favorise le mal-être, la souffrance psychique liée à un avenir qui semble se refermer.

3.2.3. Handicap et filières « pros »

Certains des professionnels ont signalé qu'il arrivait régulièrement que des jeunes concernés par des handicaps psychiques, par des formes de déficiences, soient orientés vers des filières d'apprentissage ou des lycées professionnels, alors qu'ils ne sont pas en mesure de suivre ces enseignements. Même si le phénomène n'est pas massif, il n'est pas complètement anecdotique... comme le soulignent également les professionnels de la Mission Locale ou les éducateurs de prévention. Là encore, la volonté de certains parents de maintenir leur enfant, coûte que coûte, dans le système « normal », couplée au manque de place dans les établissements spécialisés, peut expliquer ce phénomène. La question est alors de savoir si ce maintien dans le système « normal », le plus longtemps possible, est réellement un avantage pour le jeune, ou s'il ne l'enferme pas dans une discrète logique de l'échec... Et ce, alors qu'un autre type d'enseignement, plus adapté, lui aurait peut-être mieux permis d'acquérir des compétences concrètes. Si le déni ou la dissimulation du handicap correspondent parfois au désir des uns et des autres d'éviter la stigmatisation, le rejet du jeune, il n'est pourtant pas certain que cela soit vraiment aidant pour les jeunes concernés, qui ne sont pas mis, finalement, en situation de développer des compétences et d'acquérir des savoirs-faires réels.

3.2.4. Le travail c'est la santé ?

L'état de santé des jeunes apprentis et jeunes des filières professionnelles présente de fortes spécificités par rapport aux jeunes des filières « classiques ». En effet, des épidémiologistes comme Marie Choquet ont montré depuis longtemps que ces jeunes ont davantage tendance à consommer des substances psychoactives et à développer certaines conduites à risques...

Mais au-delà, le fait même de travailler sur des machines, en atelier, d'être en apprentissage chez un employeur, dans des conditions réelles de travail et ce, dès 16 ans pour les plus jeunes, impacte notablement l'état de santé.

Les professionnels interviewés rappellent que les employeurs ne sont pas toujours soucieux de préserver la santé de leurs apprentis, et qu'ils les font souvent travailler comme des adultes. Port de charges lourdes, horaires plus longs que ce qui est permis pour les apprentis, mesures de sécurité pas toujours appliquées, font que les jeunes en apprentissage ou dans les filières « pros » peuvent être assez vite confrontés à des problèmes d'adultes : tassements de vertèbres, hernies discales, chutes, coupures et traumatismes divers qui sont repérés chez ce jeune public... Si les conditions de travail dans les entreprises (et notamment dans les petites entreprises de BTP) sont parfois éprouvantes, cela ne doit pas cacher le fait que les jeunes eux-mêmes, en pleine adolescence ou fin d'adolescence, considèrent les prises de risques comme une opportunité d'affirmer leur force, leur courage, leur personnalité. Evitement ou négligence des mesures de sécurité, refus de consulter par désir affiché de « ne pas s'écouter » peuvent entraîner ou aggraver certains problèmes somatiques. Ces jeunes qui sont globalement moins suivis et dépistés que ceux des filières « classiques » (notamment au plan dentaire, ophtalmologique,...), sont aussi insuffisamment imprégnés des consignes de prévention, de préservation de leur santé. Par ailleurs, appartenant souvent à des milieux modestes, ils subissent aussi « l'effet CSP » en matière de recours aux soins. Comme leurs parents, ils peuvent en effet être limités dans leur recours aux soins par les refus de CMUc, par les dépassements d'honoraires. Une fois convaincus qu'ils doivent consulter, ils n'ont pas toujours les moyens économiques de le faire.

Par ailleurs, le fait de passer la semaine loin du domicile familial, de son médecin traitant, n'est pas un facteur qui facilite les consultations, et encore moins les consultations de prévention.

Parallèlement à ces difficultés, les professionnels rappellent qu'il n'y a pas d'infirmières dans les CFA qui puissent aider et encourager les jeunes à prendre soin d'eux. A l'inverse, les lycées professionnels comptent tous une infirmière scolaire. Même si les besoins sont nombreux, la présence d'une infirmière scolaire permet de répondre en temps réel aux problèmes de « bobologie », d'orienter et d'accompagner vers les soins, mais aussi d'écouter les jeunes qui n'ont parfois pas d'autre interlocuteur pour s'épancher, évoquer des difficultés scolaires ou familiales.

Il y a donc à la fois de vraies spécificités en ce qui concerne les problèmes de santé des jeunes en apprentissage, mais aussi des difficultés d'accès aux soins.

3.2.5. Le regard des enseignants sur les jeunes en apprentissage, en filières « pro » : l'enjeu d'une reconnaissance nécessaire à l'estime de soi

La question de l'impact des échecs scolaires au collège sur l'estime de soi, ou plutôt le déficit d'estime de soi a beaucoup été abordé en ce qui concerne les jeunes en apprentissage ou en filière professionnelle, qui sont parfois les mêmes que ceux qui finissent par sortir du système scolaire sans diplômes...

Parfois très « abîmés » par le passage au collège, où leurs difficultés dans toutes les matières « académiques » leur ont valu des mauvaises notes, des redoublements et surtout un regard négatif ou navré des enseignants, les jeunes en apprentissage ou en filières « pros » se sentent parfois moins intelligents, compétents, que ceux des filières classiques. Leur estime d'eux-mêmes en pâtit ce qui peut entraîner un réel mal-être. C'est alors que le fait d'entrer en apprentissage ou en filière « pro » peut constituer une révélation pour certains. Habités à l'échec, ils se découvrent capables de réussir, de réaliser des projets et d'obtenir de bons résultats et un regard positif de leurs enseignants. Les professionnels ont ainsi souligné la grande importance des enseignants dans les processus de reconstruction de l'estime de soi des élèves, et de rétablissement d'un mieux-être.

Si tous les enseignants ne se sentent pas concernés et si tous ne s'impliquent pas au-delà de leur enseignement, les professionnels insistent sur l'effet largement bénéfique de l'attention, de l'écoute et de la bienveillance des enseignants face à des élèves qui ont un fort déficit de reconnaissance. La santé psychique passe aussi, et peut-être d'abord, par la valeur que les autres nous reconnaissent : à ce titre, les enseignants sont de réels « acteurs cachés » de la santé mentale des jeunes.

3.2.6. Des partenariats à renforcer encore

En matière de santé mentale, une ressource-clé a vu le jour à Bourg-en-Bresse, qui n'existait pas au moment du diagnostic local de santé de 2010, il s'agit de la Maison des Adolescents (MDA). En principe ouverte à tous les jeunes du département, elle est en réalité très largement utilisée par les jeunes du bassin burgien, et plus particulièrement par les jeunes des filières générales des lycées qui se trouvent à proximité. Ceci signifie que la MDA est encore peu utilisée par les non-lycéens : jeunes en difficultés d'insertion des « quartiers », mais aussi jeunes des filières « pro » et du CFA. Ces jeunes ont peut-être encore plus de craintes face aux « psys » que leurs homologues des filières générales, et ils sont décrits

comme moins enclins à aller vers les ressources d'aide, même si leurs besoins d'écoute et d'accompagnement sont réels.

Des liens existent déjà entre la MDA et les établissements sus-cités : il y a déjà eu des suivis de jeunes se sont toujours bien passés. Il s'agit donc de renforcer encore ces liens, et d'encourager les orientations des jeunes qui en ont besoin vers la MDA.

3.2.7. Au bilan...

Trois points de vigilance doivent être retenus en ce qui concerne les jeunes en apprentissage ou en filières professionnelles :

- Souvent issus de milieux modestes, ces jeunes subissent l'effet « CSP » et héritent des difficultés d'accès aux soins de leurs parents, notamment au plan économique (refus de CMUc, difficultés face aux dépassements d'honoraires).
- Ces jeunes sont souvent soumis à des risques réels et répétés au plan somatique, dès lors qu'ils sont formés à des activités principalement manuelles. Les employeurs n'étant pas toujours soucieux de préserver la santé de leurs apprentis, il est nécessaire de renforcer encore l'éducation de ces jeunes sur les moyens d'éviter les risques, de préserver leur dos, articulations, etc...
- Enfin, également concernés par les besoins d'écoute lorsqu'ils sont touchés par des problématiques familiales, psychoaffectives, ils sont souvent aussi confrontés à un déficit d'estime d'eux-mêmes, largement lié à un parcours scolaire souvent « étiqueté » comme médiocre par l'institution scolaire.

3.3. La santé des scolaires, collégiens et lycéens

3.3.1. Conditions de vie : des points faibles repérés

Comme les élèves des lycées professionnels, une partie des élèves des lycées d'enseignement général, et même du collège, ne sont pas des Burgiens. Leurs parents habitent dans le bassin burgien et au-delà. De

ce fait, certains jeunes ont des distances importantes à parcourir chaque jour pour gagner leur établissement scolaire, ce qui implique souvent fatigue et manque de sommeil.

D'autres tentent de trouver une place en internat, mais la demande est plus forte que l'offre et un certain nombre d'élèves doit alors trouver à se loger chez l'habitant.

En tout état de cause, la question du logement et de l'éloignement du domicile familial est à mettre en lien avec des problématiques de fatigue des élèves, souvent dénoncées par les personnels médico-sociaux des établissements, mais qui restent encore plus difficiles à résoudre pour les non-Burgiens.

3.3.2. Des spécificités dans le recours aux soins

Les infirmières scolaires constituent une ressource précieuse pour les élèves, à la fois en termes de résolution de petits problèmes somatiques, d'aide à l'accès aux soins lorsque l'élève est éloigné de sa famille, mais aussi en termes d'écoute. Enfin, les infirmières mettent également en place des actions d'éducation pour la santé dans les établissements où elles sont basées, mais leur nombre est souvent insuffisant pour qu'elles puissent répondre à tous les besoins.

Par ailleurs, elles observent que certaines familles d'élèves internes comptent largement sur elles pour soigner les problèmes de santé qui nécessiteraient l'intervention d'un médecin. Gratuité, praticité, proximité, semblent laisser croire à certaines familles que les problèmes de santé apparus parfois pendant le week-end sont du ressort des infirmières... Les retards de recours aux soins des jeunes sont ainsi parfois un peu « organisés » par certains parents qui attendent de l'infirmière, et peut-être plus largement de l'établissement scolaire, qu'il prenne l'élève en charge en cas de problème de santé.

Les professionnels observent que la Maison des Adolescents, qui a moins de deux ans d'existence, est largement utilisée par les jeunes collégiens et lycéens depuis son ouverture. Les systèmes d'orientation et de relais fonctionnent bien et la Maison des Adolescents est aujourd'hui bien repérée. Néanmoins, les professionnels de la MDA constatent que si les collégiens et lycéens des établissements de proximité utilisent facilement cette ressource, cela est beaucoup moins vrai pour les jeunes des « quartiers » qui viennent très peu. Les partenariats avec les structures et intervenants dans les quartiers existent déjà et leur renforcement permettra sans doute de faciliter encore le recours à la MDA pour ces jeunes qui sont peut-être encore un peu dans la crainte du « psy », ou qui nourrissent une méfiance par rapport à des structures éloignées de leur quartier, de l'environnement dans lequel ils se sentent sécurisés.

3.3.3. Les difficultés de santé pointées

Chez les jeunes scolarisés en collège ou en lycée on retrouve les difficultés liées à la scolarisation de jeunes porteurs de handicaps psychiques ou de déficiences, qui ont beaucoup de difficultés à suivre les cours. Même si les cas ne sont pas légion, ils posent, là encore, la question de l'adaptation réelle de l'enseignement à ces élèves, et peut-être aussi de la difficulté de certains parents à accepter que leur enfant suive une scolarité spécifiquement adaptée, sans compter que le manque de place en ITEP, déjà soulignée, aggrave la « scolarisation par défaut » dans le système classique.

D'autres difficultés sont pointées par les professionnels, qui sont de plus en plus informés et sensibilisés à certaines thématiques comme les troubles du comportement, mais aussi les troubles du langage.

Dans le cas des troubles du comportement, le lien avec un problème psychique est souvent effrayant pour les parents qui redoutent que leur enfant ne relève d'un psychologue, voire d'un psychiatre. Le dialogue avec les parents est alors extrêmement important pour dénouer les situations et permettre au jeune d'avoir accès à une aide, un soin adapté.

Les troubles du langage sont mieux acceptés par les parents : même s'ils peuvent poser de sérieux problèmes aux enfants, ils ne signeraient pas une « anormalité » socialement excluante. Les parents acceptent ainsi mieux ces difficultés liées au langage ainsi que l'idée de devoir apporter une aide adaptée à leur enfant. Pour autant, les moyens effectifs de la prise en charge de ces jeunes à Bourg-en-Bresse, ne sont pas à la hauteur des besoins. Listes d'attentes, délais pour un premier rendez-vous ne permettent pas toujours de réagir avec rapidité, et à un rythme suffisant pour apporter toute l'aide dont le jeune aurait réellement besoin (notamment en matière d'orthophonie). De ce fait, certains jeunes « traînent » parfois des difficultés de langage diverses, et ce pendant des années, qui entravent leur scolarité, et finissent par entraîner la mise en place des mécanismes de l'échec scolaire

Enfin, la consommation de substances psychoactives, et plus particulièrement d'alcool, de cannabis, mais aussi de médicaments (prescrits ou trouvés dans la pharmacie familiale) inquiètent les professionnels. Certains élèves se trouvent réellement en grandes difficultés, ponctuellement ou régulièrement, du fait de ces consommations. Enfin, même si les ressources d'aide et de prise en charge (CSAPA, MDA) sont bien repérées et utilisées à Bourg-en-Bresse, il n'est pas toujours aisé d'aborder le sujet avec les élèves eux-mêmes, au sein des établissements scolaires : déni ou dramatisation entraînent parfois des comportements de fuite par rapport aux aides proposées.

3.3.4. Le décrochage scolaire et le mal-être : la question des objectifs inatteignables

Les professionnels décrivent les parents d'élèves comme étant souvent remplis d'attentes vis-à-vis de l'institution scolaire. « L'école » va apporter à leurs enfants l'instruction, les diplômes, mais elle va aussi poser les interdits (que l'on n'arrive pas toujours à poser dans la sphère familiale)... Or, les familles modestes ou les parents qui ont parfois été eux-mêmes en grandes difficultés dans leur parcours scolaire, ne sont pas toujours en mesure d'accompagner et aider leurs enfants par rapport aux attendus du collège ou du lycée.

Pour certains élèves comme pour leurs parents, les objectifs à atteindre dans le système scolaire deviennent peu à peu tout simplement inatteignables. Ce qui était compliqué à l'école primaire, devient insurmontable au collège... et au-delà des mauvais résultats scolaires, c'est l'estime de soi des élèves qui chute, alors même que les parents ne sont pas eux-mêmes toujours en capacité de les aider à se construire des compétences psychosociales solides.

Face à ces difficultés, les professionnels repèrent bien les éducateurs de prévention de l'ADSEA, et aussi de la MDA comme une ressource d'aide pertinente, pour ne pas sombrer dans le fatalisme ou une certaine forme de mal-être, de dépressivité.

Pour autant, la question de l'accompagnement et de l'aide aux élèves en difficultés scolaires reste entière : à Bourg-en-Bresse comme ailleurs en France, le problème du décrochage scolaire est aussi lié à ces objectifs inatteignables pour des élèves qui n'ont pas qu'un problème de « *travail insuffisant* ».

3.3.5. Au bilan...

En termes de santé des jeunes scolarisés, un point spécifique doit être retenu, celui des troubles du comportement et des troubles du langage qui peuvent avoir un impact très négatif sur le développement de l'élève, notamment lorsque ces difficultés sont insuffisamment ou pas prises en charge. Banalisation, difficultés d'accès aux soins, contribuent à l'aggravation des difficultés, qui aboutissent aussi à des problèmes en termes de scolarité.

Enfin, l'échec, puis le décrochage scolaire ont une nouvelle fois été largement abordés dans cet entretien collectif, comme étant la source d'une souffrance psychique importante, d'une baisse de l'estime de soi et d'un enfoncement dans une logique de l'échec qui finit par dépasser le cadre scolaire.

La question de l'aide qui peut être apportée aux élèves, mais aussi à leurs parents, souvent démunis face à ces difficultés, demeure... Si le travail du Dispositif de Réussite Educative (DRE) est repéré et salué, de même que les interventions des personnels médico-scolaires dans les établissements, afin de soutenir et

aider les élèves au plan psychologique, il reste que le système scolaire dans son ensemble continue à « produire » de l'échec, du décrochage scolaire et du mal-être.

3.4. La sexualité et la contraception, la santé des femmes

3.4.1. Contrôle social et normes à respecter dans les quartiers concernant les jeunes femmes

Plusieurs des professionnels se sont exprimés sur cette question, et notamment l'équipe de l'ADSEA, qui a fait part de son sentiment d'une sorte de régression quant au statut de la femme dans les quartiers dits « défavorisés ». Au-delà de la question de la crise économique qui touche durement la population de ces territoires, ces professionnels constatent que les filles sont, globalement, de moins en moins « visibles » sur le terrain, et qu'elles ont moins recours aux ressources qui leur sont en principe facilement accessibles. Ainsi, des éducateurs de prévention au CPEF ou à la MDA (en passant par les centres sociaux), le constat semble être le même : les filles utilisent moins les ressources publiques et semblent désertier les espaces intermédiaires entre les établissements scolaires (pour celles qui sont scolarisées) et leur « chez soi ». Même si leurs parents sont nés en France et ont été scolarisés à « l'école de la République », tout se passe comme si les processus de socialisation et de sociabilité autrefois à l'œuvre (qui permettaient de créer quelques passerelles vers d'autres groupes et d'autres horizons, en favorisant la mixité, les activités hors du quartier) n'étaient plus valides pour les parents d'aujourd'hui.

La question du « repli communautaire » est dès lors posée ainsi que celle du poids « de la religion », ou plutôt du poids de la famille sur les choix (ou non choix) des filles et des jeunes femmes, sous couvert d'orthodoxie religieuse. On peut ainsi s'interroger sur les raisons de cette invisibilité récente : ces jeunes femmes vont-elles très bien et s'inscrivent-elles de leur plein gré dans un projet de vie qu'elles ont choisi ? Un projet où, d'après ce qu'entendent les professionnels de terrain, les relations amoureuses, sexuelles et la contraception avant le mariage semblent interdites, où la poursuite d'études implique de rester à proximité de la famille, et le mariage et la maternité semblent être des objectifs incontournables ? Au-delà, le poids du regard de la famille, du groupe social, sur ce que d'aucuns pourraient appeler les « *femmes libres* » (qui travaillent, ne dépendent pas d'un conjoint, ne sont pas dans une stricte observance religieuse etc...) semble s'être durci. La « *femme libre* » est alors vue comme une femme de « *mauvaise vie* », un contre-exemple pour les jeunes filles et jeunes femmes dont on veut préserver la pureté... Jeunes femmes qui, de ce fait, ne participent plus à des activités de loisirs mixtes, ni à de quelconques activités proposées par les éducateurs de prévention, les centres sociaux...

Il est possible que les jeunes femmes de ces quartiers fassent effectivement librement ce type de choix, mais il est également possible qu'elles y soient poussées ou contraintes, et qu'elles ne puissent dès lors

exercer la citoyenneté qui leur donne, entre autres, accès à certains choix et ressources en matière de santé, notamment en ce qui concerne la contraception, l'IVG, etc... Les travailleurs sociaux notent que certaines jeunes femmes qui font des choix contraires à ceux attendus par leur famille, connaissent parfois un rejet brutal par celle-ci. En quelque sorte bannies du groupe social et de la famille, elles perdent leurs réseaux aidants et se retrouvent à la fois en situation de précarité économique aigüe, mais aussi en situation d'isolement psychoaffectif, les deux cumulés ayant un impact désastreux sur la santé psychique de ces jeunes, et aussi sur leur santé somatique (retard ou absence de recours aux soins, négligence vis-à-vis des ennuis de santé), toujours aggravés lorsqu'elles sont enceintes ou jeunes mères.

Toujours dans le registre du contrôle social, et de manière un peu paradoxale, les travailleurs sociaux soulignent la problématique des rapports sexuels forcés, qui ne sont pas vécus ou dénoncés comme des viols. Il apparaît ainsi que certaines jeunes femmes sont en difficultés par rapport à ce qu'elles pensent devoir accepter de la part de leurs partenaires, de leurs maris. Parfois témoins de violences intraconjugales dans la sphère familiale pendant leur enfance ou peu informées et conscientisées sur ce que la loi interdit en la matière, elles essaient de se conformer à un modèle, à ce qui leur semble être un devoir, être la « normalité », qui relève de pratiques qui sont considérées comme des violences par la loi. Viol, coups, ne sont pas toujours repérés par les femmes comme des actes anormaux (et encore moins illégaux), mais les jeunes femmes ne le savent pas forcément et n'ont pas toujours d'interlocuteurs pour en parler. Il semble dès lors très important d'améliorer l'information auprès des jeunes sur les ressources existantes à Bourg-en-Bresse qui peuvent leur apporter de l'aide en la matière : le CPEF, la MDA, mais aussi le CIDFF²¹. De même le partenariat pourrait encore plus être développé entre les travailleurs sociaux, les établissements scolaires et le CIDFF autour de cette thématique.

3.4.2. Suivi gynécologique, contraception : un contexte qui se complexifie ?

Depuis quelques années, le CPEF constate une baisse de la demande des jeunes femmes en matière de contraception orale. Craintes soulevées par le battage médiatique autour des « risques vasculaires » de la pilule ? Augmentation du contrôle social et retour à des idéaux traditionnels qui valorisent la virginité jusqu'au mariage ? Ou encore amélioration de l'accessibilité à la contraception pour cette tranche d'âge : davantage de contraceptifs sont aujourd'hui remboursés (avec une prise en charge par la Sécurité sociale de 100% pour les mineures) ? Les interprétations de ce phénomène sont difficiles. En tout état de cause, ceci est peut-être à mettre en lien avec les constats des professionnelles du CPEF concernant une augmentation du recours à la contraception d'urgence.

²¹ CIDFF : Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et des Familles

Ainsi, aux réflexions sur une meilleure adaptation des propositions de contraception aux jeunes filles et jeunes femmes selon leurs besoins, modes de vie qui se développent aujourd'hui à Bourg et en France, s'ajoute une interrogation sur l'accès des jeunes femmes à une « contraception anticipée »... Ce qui nous ramène au questionnement sur la possibilité qu'ont les jeunes femmes de faire des choix éclairés, sans forcément devoir se plier à une éventuelle pression familiale ou du groupe social.

Enfin, les professionnelles du CPEF et les infirmières scolaires constatent une montée des interrogations des jeunes femmes concernant le vaccin contre le cancer du col de l'utérus. Les médecins généralistes, les pharmaciens et les médias ayant parfois des points de vue très divergents, voire opposés, il n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes (et pour leurs parents) de se forger une opinion sur ce sujet. Le climat de suspicion qui se développe depuis quelques années sur les vaccins, le fait que ce vaccin soit récent, expliquent peut-être en grande partie ces difficultés. Les acteurs de santé publique ont donc un rôle majeur à jouer en la matière, pour aider les familles et les jeunes à prendre une décision quant à ce vaccin.

Au-delà, c'est la question de la compréhension par les jeunes femmes de l'intérêt du suivi gynécologique qui est en jeu. Dépistage des infections sexuellement transmissibles, dépistage des cancers féminins, ne sont pas toujours des démarches bien connues chez les jeunes femmes, notamment dans les quartiers défavorisés. Sans compter que c'est souvent à partir d'une préoccupation autour de la santé « sexuelle et reproductive » que d'autres problèmes de santé peuvent être repérés chez les femmes adultes : cholestérol, mais aussi diabète, hypertension, problèmes vasculaires... Le suivi gynécologique peut ainsi ouvrir la porte à d'autres formes de suivi, de démarches de prévention et de soin de soi : il apparaît donc nécessaire de le promouvoir le plus tôt possible, en différents lieux (éducation nationale, PMI, ...).

3.4.3. Des ressources bien repérées à Bourg-en-Bresse, des partenariats à renforcer, des éléments à requestionner

La qualité du partenariat entre professionnels de Bourg-en-Bresse concerne aussi complètement les professionnels qui interviennent auprès des jeunes femmes. De la santé scolaire jusqu'au CPEF en passant par l'ADSEA et la MDA, les acteurs se repèrent bien et sont en bon lien. Le CIDFF, présent au moment de l'entretien collectif apparaît comme une ressource encore méconnue de certains mais qui semble d'emblée très pertinente : de nouveaux partenariats se mettront certainement en place qui permettront de renforcer l'inclusion du CIDFF dans les systèmes de relais et d'orientation entre partenaires.

Reste la question, déjà ancienne, du lieu où se trouve le CPEF (immeuble dans le quartier du Pont des Chèvres). Plusieurs professionnels soulignent la difficulté pour les jeunes femmes habitantes des quartiers populaires (notamment en politique de la ville) d'utiliser le CPEF, qui se trouve lui-même au cœur d'un quartier défavorisé. Si la proximité pourrait sembler aidante, les possibilités de contrôle social sont démultipliées du fait de cette localisation et peuvent constituer un frein réel à l'utilisation de cette ressource.

Une zone plus centrale sur Bourg, plus « banalisée » et moins ancrée dans les quartiers défavorisés pourrait à l'inverse lever ces freins et faciliter l'accès du CPEF à certaines jeunes filles.

3.4.4. Au bilan...

Trois points peuvent être mis en exergue concernant la santé des femmes :

- En premier lieu la question de l'accès « symbolique » au CPEF reste importante. Il semble indispensable de résoudre la problématique du contrôle social qui entrave l'accès du CPEF à une partie des jeunes filles et jeunes femmes. Un changement de lieu semble ainsi souhaitable, afin que le CPEF puisse se fondre dans un contexte de ressources banalisées, où les jeunes femmes ne risquent plus d'être sur-repérées.
- Intérêt du suivi gynécologique, vaccination contre le papillomavirus, contraception adaptée : l'information mais aussi (et sans doute surtout) la conscientisation des jeunes femmes peut encore être renforcée dans ce domaine, la transmission, mère-fille ne se faisant pas toujours (notamment dans certains milieux ou un certain repli sur la « tradition » ne facilite pas les pratiques de soin de soi et de prévention dans ce domaine, qui redevient un peu tabou dans certaines familles).
- L'invisibilité d'une partie des jeunes filles des quartiers, correspond-elle à une pression familiale, ou à un choix assumé par les jeunes filles ? En tout état de cause la question d'une bonne information et d'un bon accès de ces jeunes filles aux ressources d'aide en matière de santé (mais aussi de droits des femmes) demeure.

3.5. La santé mentale chez les jeunes

L'entretien collectif sur la santé mentale des jeunes a confirmé certaines problématiques comme étant au cœur des préoccupations des professionnels.

3.5.1. La souffrance psychique générée par le sentiment de « ratage irrattrapable »

A partir d'un certain âge, les jeunes peuvent avoir le sentiment de cumuler les échecs et de ne plus avoir d'avenir possible. Echec scolaire, décrochage, chômage, impossibilité d'avoir un logement autonome et une vie de couple deviennent insupportables entre 20 et 25 ans, période où les dispositifs d'aide, où la réglementation pose des frontières qui marquent une progression inexorable vers l'âge adulte. La MDA peut aider les jeunes « adolescents » jusqu'à l'âge de 20 ans, la Mission Locale cesse son appui aux jeunes de plus de 25 ans... Et globalement toute une frange de la jeunesse est en formation ou a un emploi à l'âge de 23-24 ans... Ceux qui ne font pas partie du lot, qui sont sans formation, sans emploi, sans couple, sans domicile autonome, toujours au domicile des parents peuvent ainsi se sentir accablés et avoir le sentiment que plus rien n'est possible, que l'avenir est définitivement « bouché ». S'ensuit une souffrance psychique qui peut être assez intense, qu'observent les éducateurs de prévention, mais aussi les professionnels du CPA qui suivent certains de ces jeunes, dont certains ont basculé dans une forme presque pathologique de désespérance...

3.5.2. Rôle du système scolaire dans la genèse du sentiment de ratage ?

Dans ce groupe également, les professionnels se sont interrogés sur le rôle du système scolaire sur la genèse du mal-être qui frappe les exclus du système, qui seront aussi, souvent les exclus de l'emploi.

Au-delà même de l'échec scolaire et des mauvais résultats, l'utilité des conseils de discipline, des sanctions appliquées par les établissements scolaires est interrogée par les professionnels présents au groupe. L'indiscipline, l'absentéisme, les problèmes de comportement ne sont-ils pas à analyser comme des conduites à risques, issues d'un mal-être provoqué par une école qui étiquette, lentement mais sûrement, certains jeunes comme « non compétents » ?

Par ailleurs, plusieurs professionnels ont souligné qu'en deçà du décrochage « formel », c'est-à-dire celui qui concerne les jeunes souvent absents ou qui quittent le collège sans aucune formation à la clef, il existe un décrochage « réel » qui commence bien plus tôt, dès la sixième et peut-être même dès le primaire. Ce décrochage sous-estimé, voire méconnu, concerne les jeunes qui sont physiquement

présents en cours, mais qui n'arrivent plus à suivre, sont perdus dans les apprentissages, et parfois passent au niveau supérieur à la faveur d'un système scolaire qui se sent obligé de les «garder» jusqu'à 16 ans, mais sans que cela soit pour autant synonyme de progression et d'acquisition de savoir et de compétences pour l'élève.

Même si les personnels médico-sociaux des établissements se mobilisent autour de ces questions, il ne semble pas certain que l'ensemble du corps enseignant fasse de même. Or c'est bien sur eux que reposent les apprentissages...

3.5.3. Le rôle et la place des parents.

Plusieurs professionnels ont souligné que si l'Education Nationale n'était pas toujours aidante avec les jeunes en difficultés, la famille aussi, joue un rôle dans le sentiment d'échec de certains jeunes. Si l'étiquetage négatif produit par l'école pèse sur l'estime que les jeunes peuvent avoir d'eux-mêmes, le fait que leurs parents soient ou non en mesure de les soutenir est également déterminant.

Or les parents, notamment dans les milieux modestes ou défavorisés, se sentent parfois eux-mêmes en grandes difficultés, dépassés par les exigences scolaires, dans l'incapacité d'aider leurs enfants, voire dans l'incapacité de dialoguer avec eux. Mais ces parents n'ont pas toujours conscience de leurs difficultés de communication avec leurs enfants, et de ce fait ils n'expriment pas forcément une demande d'aide. Ainsi, lorsque des conférences, des groupes de parole sont proposés sur le thème de la parentalité, ce sont souvent les parents déjà très conscientisés qui participent. Les parents ayant de sérieuses difficultés relationnelles avec leurs enfants restent à l'inverse souvent éloignés de ces démarches.

Ces difficultés relationnelles sont peut-être encore plus complexes au sein des familles où les parents ont vécu une séparation conflictuelle, et aussi lorsque les jeunes atteignent la majorité.

Les professionnels repèrent qu'au-delà de cet âge, certains parents ne se sentent plus légitimes pour intervenir, pour être acteurs dans les choix de leurs enfants : selon certains professionnels « ils s'effacent », peut-être à la demande du jeune lui-même, mais pas toujours à son bénéfice.

Demeure l'éternelle question : comment aider ces parents en grandes difficultés à aider leurs enfants ?

3.5.4. Addictions et santé mentale

Les professionnels des CSAPA soulignent la nécessité de développer un travail de démystification et de dédramatisation auprès de certains jeunes (et aussi auprès de certains professionnels). Une consommation problématique de substances psychoactives et la nécessité d'une prise en charge à un

moment donné du parcours de vie sont souvent la marque d'une souffrance psychique (aux racines souvent complexes), mais elles ne signent pas mécaniquement la présence d'une maladie mentale, ou la fin des possibilités d'insertion professionnelle et sociale pour les jeunes concernés. Il y a donc une information à renforcer autour du fait qu'il est possible de rebondir après un passage difficile en termes d'usage de drogues notamment.

Par ailleurs, il ne faut pas minimiser l'importance des addictions qui ne concernent pas les produits : jeux en ligne, sociabilité via internet, sont des addictions de plus en plus fréquentes et repérées. Elles créent peut-être spontanément moins de « désordre social », mais elles sont aussi le révélateur d'une difficulté psychique, relationnelle qu'il ne faut pas négliger et sur lesquelles il faut continuer à sensibiliser les jeunes, les parents et les professionnels.

3.5.5. Les faibles attentes exprimées par les jeunes marginalisés

Différentes catégories de jeunes, sans lien entre eux, constituent des minorités dont les professionnels savent qu'elles sont en difficultés, souvent concernées par une souffrance psychique, parfois par des addictions, et par un vrai risque de marginalisation voire d'exclusion sociale. Ces jeunes ont de forts besoins d'aide et d'accompagnement, mais ils expriment peu de demandes d'aide. Il s'agit des jeunes en errance (JAC) en rupture familiale et en grande vulnérabilité à la fois psychoaffective et socio-économique, mais aussi des sortants de prison et enfin des jeunes porteurs d'un handicap psychique (bénéficiant ou non de l'allocation adulte handicapé). L'enjeu est donc, notamment pour les professionnels de la santé mentale et des CSAPA, de savoir comment intervenir auprès de ces jeunes, qui redoutent parfois un peu « le système », pour éviter un durcissement de leurs difficultés.

3.5.6. Les ressources à Bourg-en-Bresse : une offre complète aujourd'hui

L'offre d'écoute et d'aide aux jeunes concernés par des difficultés de mal-être pouvant aller jusqu'à des consommations problématiques de substances psychoactives est aujourd'hui complète à Bourg-en-Bresse, et les ressources sont bien utilisées et bien repérées, même si on constate que tous les publics n'utilisent pas toutes les ressources. « *Un public chasse l'autre* » et certains groupes de jeunes ne se croisent jamais voire s'évitent :

- La Maison des Adolescents connaît une montée en charge continue depuis son ouverture. Elle est très largement utilisée par les élèves des lycées de proximité. Les partenariats engagés devraient

permettre de faciliter le recours des jeunes des quartiers et des élèves des filières « pro » et en apprentissage, qui sont sans doute dans une forme d'autocensure par rapport à cette ressource.

- Le Point Accueil Ecoute Jeunes, Chocolat Chaud, conserve son public historique (plutôt des jeunes en errance), avec sa dimension « halte de jour ». Il est largement utilisé par ce public, pour qui il est sans doute une sorte de « havre » à la fois pour « se poser » et pour renouer un dialogue avec des adultes, des professionnels, qui peuvent faire notamment de l'accompagnement jusqu'aux ressources de soin.
- Les CSAPA Saliba (porté par le CPA) et le CSAPA de l'ANPAA, sont bien repérés par tous les professionnels et travaillent en complémentarité.
- Le CAARUD (porté par AIDES) qui vient d'ouvrir ses portes à l'hiver 2015. Cette structure répond à des besoins forts, qui incluent et dépassent Bourg-en-Bresse. Cette nouvelle structure va permettre de créer de nouvelles passerelles et complémentarités avec les structures plus anciennes.

3.5.7. Au bilan...

Trois problématiques émergent fortement de l'entretien collectif concernant la santé mentale des jeunes :

- Le poids du système scolaire dans « l'étiquetage négatif » de certains jeunes, ce qui confirme qu'il s'agit là, aujourd'hui, d'un thème « phare » pour les professionnels de Bourg-en-Bresse, qui interviennent auprès des jeunes.
- La désespérance qui peut s'installer chez ces jeunes à partir d'un certain âge et se transformer en véritable souffrance psychique.
- Les difficultés et la souffrance des parents qui n'arrivent pas toujours à être aidants, étayants par rapport à leurs adolescents, mais aussi par rapport à leurs grands enfants, jeunes adultes en difficultés.

4. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ISSUES DE L'ANALYSE QUANTITATIVE, QUALITATIVE ET DE L'EXAMEN DES FILES ACTIVES

Santé de la femme / Contraception / IVG / grossesse : des éléments d'alerte sur la santé des femmes

- Recours à la médecine gynécologique (gynécologues libéraux et hospitaliers, médecins généralistes à orientation gynécologique, sages-femmes, centre de planification)
- Taux annuel d'accouchements chez les femmes de moins de 20 ans
- Taux d'IVG chez les femmes de moins de 30 ans
- « Invisibilité des filles » sur les quartiers, au CPEF, à la MDA...et questionnement sur les moyens d'améliorer les possibilités des filles en matière d'accès aux ressources de prévention et de soin, aux possibilités de choisir leur projet de vie, leur partenaire, la contraception, la maternité.

Problèmes de santé « moins » connus, mais qui se banalisent pourtant

- Les troubles de l'audition
- Les troubles du langage

Décrochage scolaire (16-20 ans), souffrance psychique « étiquetage négatif » et risques de désinsertion

Comment renforcer encore l'aide et l'accompagnement de ceux qui ont des besoins, mais expriment peu d'attentes ?

21/23 ans : une période de fragilité particulière ? Quels ressources/réponses/ face aux risques de désespérance, de basculement/d'enfermement dans une logique de désinsertion

Jeunes des filières pros et apprentissage

- L'accès aux ressources de prévention et de soin : quels partenariats ou actions renforcer / inventer pour aider ces jeunes dans l'accès à la prévention ?
- Les risques et expositions liés au travail (alternance, stages, atelier,...)

Le lien parent-adolescents : comment mieux aider les parents à aider leurs enfants adolescents, ou jeunes adultes ?

Addictions

- Extension de la consommation de produits addictifs : produits licites, illicites, mais aussi jeux en ligne, ...
- Banalisation de l'utilisation du cannabis

DEFINITION ET PRIORISATION DE PISTES D'ACTION

L'ORS Rhône-Alpes a réalisé un accompagnement à la définition et à la priorisation des pistes d'action issues du diagnostic local sur la santé des jeunes Burgiens, sur 3 séances de 2 heures chacune, qui se sont déroulées ,

- Le 12 novembre après-midi
- Le 19 novembre après-midi
- Le 21 novembre matin

L'objectif de cet accompagnement était d'affiner la définition des problèmes de sante repérés chez les jeunes et de prioriser, de manière collective et interdisciplinaire, ceux sur lesquels il serait souhaitable que les partenaires travaillent à court terme, à l'échelle de la ville, et plus particulièrement à l'échelle des quartiers en politique de la ville, de matière partagée.

Une synthèse des travaux de chacune de ces séances est présentée dans le présent chapitre, avec un cadre logique pour la réalisation d'actions sur les thématiques considérées comme prioritaires par le groupe.

1. LES CRITERES DE PRIORISATION UTILISES

Les critères initialement proposés ont été enrichis et certains ont été regroupés car ils avaient une forte proximité. A partir de ce travail,

- **6 critères ont été conservés** qui sont considérés comme particulièrement pertinents,
- **2 critères ont été écartés** car ils semblent moins pertinents par rapport au cadre dans lequel s'effectue ce travail de définition de pistes d'actions

Critères jugés plus pertinents	Critères jugés moins pertinents
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	Degré d'urgence (nécessité d'une intervention immédiate, rapide)
Concerne les territoires en politique de la ville	Publics cachés
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes	
Situation sanitaire et sociale difficile	
Moyens financiers et humains possibles à mobiliser / faisabilité des actions par les acteurs locaux	
Possibilités d'évaluer (évaluation comme socle de la visibilité)	

Dans un deuxième temps, **les différents grands thèmes issus du diagnostic local de santé des jeunes** (synthèse bibliographique, volet quantitatif, volet qualitatif, analyse des données d'activité) présentés au chapitre précédent, **ont été passés au crible de ces critères afin d'être priorisés, puis finalement retenus ou non pour être travaillés collectivement** de manière plus fine, **dans la perspective de mise en place d'actions concrètes à court et moyen termes.**

2. LES THEMATIQUES RETENUES EN ADEQUATION AVEC LES CRITERES DEFINIS ET LES CADRES LOGIQUES POUR ACTION

Trois thématiques ont été retenues par le groupe de travail comme étant **en cohérence avec une majorité des critères définis ensemble** et comme étant pertinentes à travailler de manière pluridisciplinaire et transversale dans le cadre du groupe

Les autres thématiques ne sont pas écartées pour autant : elles pourront être travaillées dans un autre cadre, avec les partenaires présents au groupe de travail, ou d'autres partenaires²²

A/ Regroupement de deux thèmes : décrochage scolaire et risques de « basculement et installation dans des formes de désinsertion » vers 21/23 ans

- Déscolarisation / décrochage / orientation par défaut : souffrance psychique et risques de désinsertion.
- 21/23 ans : période de fragilité pour les jeunes « décrochés / mal orientés ». Risques de désespérance et d'installation dans la désinsertion.

La problématique des parents démunis peut aussi être abordée sous l'angle de la parentalité ne jouant pas ou plus son rôle régulateur et constructeur. L'implication de la famille et des parents sera nécessairement à prendre en compte dans toute action abordant cette thématique.

Problème identifié :

Une souffrance psychique spécifique qui trouve sa source dans un parcours scolaire marqué par l'échec : faible estime de soi, sentiment de décalage par rapport à la « norme sociale », difficultés à visualiser ses compétences, difficultés à se projeter dans l'avenir. Manifestations différentes chez les filles et les garçons.

²² Voir chapitre 3 de cette partie : Thématiques non-retenues dans le cadre du groupe de travail.

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	X		Une population importante en France / en local (cf synthèse bibliographique) Des % de jeunes sans diplômes plus importants à Bourg qu'en région (19,2% contre 14% en région) (cf volet quantitatif)
Concerne les territoires en politique de la ville	X		Population plus représentée dans les CSP défavorisées / dans les territoires en politique de la ville
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes	X		Thématiques intégrées dans les missions de la DRE, ADSEA, Mission Locale, CG
Situation sanitaire et sociale difficile	X		Jeunes des CSP défavorisés : état de santé moins bons que les autres (cf synthèse bibliographique)
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux	X		Thématiques intégrées dans les missions DRE, ADSEA, Mission locale, CG
Possibilités d'évaluer (évaluation socle de la visibilité)	X		

Cadre logique pour action sur souffrance psychique en lien avec décrochage scolaire et désinsertion

1/ Reformulation du problème identifié :

Souffrance psychique spécifique qui trouve sa source dans les difficultés de parcours scolaire, et qui est aussi visible au travers de ces difficultés scolaires (pouvant mener jusqu'au décrochage et à la désinsertion, en passant par les conduites à risques).

A noter : la cause de la souffrance psychique des jeunes est souvent multifactorielle, cependant nous nous attacherons ici à travailler ce qui est spécifiquement en lien avec les difficultés scolaires marquées (pouvant mener jusqu'au décrochage et à la désinsertion).

Nous n'incluons donc pas ici la souffrance psychique plus spécifiquement en lien avec :

- Les difficultés psychoaffectives au sein de la famille
- Des formes de handicap diverses (troubles du langage, « dys », ...)
- Les parcours migratoires difficiles
- ...

2/ Cadre logique en vue de produire une ou des action(s)

2.1 Objectif général (le problème de santé à résoudre)

Contribuer à réduire cette souffrance psychique chez les jeunes concernés

2.2 Objectifs spécifiques (sur quoi il va falloir agir concrètement)

- Objectif spécifique n°1 :

Développer le repérage de cette souffrance psychique en outillant les professionnels

-Objectif spécifique n°2 :

Développer/renforcer la prévention « secondaire » et « tertiaire » chez les publics déjà en souffrance, en développant leurs compétences psychosociales.

2.3 Publics cibles

D'une manière générale, une attention particulière sera portée aux jeunes concernés par la précarité, la défavorisation sociale

- **Jeunes de 12 à 16 ans** (« captifs scolaires »), filles et garçons ensemble

➤ **Jeunes de 16 à 18 ans** (veille de la majorité), filles et garçons ensemble

➤ **Jeunes de 21 à 23 ans**, filles et garçons séparément

2.4 Actions possibles

- **Développer les activités ou projets culturels, sportifs, « engagés », ..., de manière individuelle ou collective**, qui mobilisent les différentes compétences psychosociales des jeunes concernés par cette souffrance, et qui améliorent leur « estime de soi » (renarcissisation – restauration de l'image de soi, valorisation), et ce hors du cadre scolaire/académique.

- Renforcer l'accompagnement individuel des jeunes concernés (« aller vers » et « faire avec »).

- **Renforcer la coordination / les articulations des professionnels** (interdisciplinarité et décloisonnement) **sur les jeunes concernés par cette souffrance psychique** (notamment au travers des dispositifs et instances déjà existants : DRE, commissions éducatives des établissements scolaires, groupe de travail burgien sur décrochage scolaire, ...) pour développer les compétences psychosociales des jeunes concernés.

- **Former les professionnels de terrain à cette thématique** (souffrance psychique spécifique qui trouve sa source dans les difficultés de parcours scolaire), notamment les professionnels du secteur de l'animation socioculturelle et sportive.

2.5 Délais et dates de réalisation souhaitables pour ce type d'action

Temporalité Ville de Bourg-en-Bresse : 2015-2020 (période contrat de ville)

2.6 Autres effets possibles de l'action envisagée

Actions collectives ciblées sur « jeunes en souffrance psychique » ou « jeunes en souffrance psychique et en précarité » : des risques de stigmatisation de ces publics.

2.7 Structures/partenaires mobilisables pour réaliser ce type d'action

ASV / DRE / ADSEA / MDA / Education Nationale / Conseil général de l'Ain / MILDT,...

2.8 Financements possibles pour réaliser ce type d'action

Recensement à effectuer :

- Financements ARS (attention focus jeunes et précarité)
- Financement Région (jeunes)
- Financements DRJSCS
- ...

2.9 Evaluation possible de l'action réalisée

Indicateurs de suivi et évaluation à intégrer dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

B/ Santé des jeunes femmes, contraception, sexualité

Problème identifié :

Les données quantitatives du diagnostic local de santé sur les jeunes de Bourg-en-Bresse montrent que les jeunes femmes à Bourg-en-Bresse sont davantage concernées par les IVG et les accouchements chez les moins de 20 ans que sur le département ou la région. Se pose donc la question de l'accès et de la maîtrise de la contraception, mais aussi celle de la maternité et de la parentalité chez des jeunes femmes, qui sont peut-être par ailleurs dans une stratégie de compensation par rapport à des possibilités d'insertion et de reconnaissance sociale par la formation et par l'emploi qui sont faibles.

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	X		Diagnostic local santé (accouchement des moins de 20 ans et taux d'IVG)
Concerne les territoires en politique de la ville	X		Les jeunes femmes de ces territoires sont peu vues par les professionnels, mais des difficultés sont repérées
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes	X		Thématiques intégrées dans les missions ADSEA, CPEF, Education Nationale, CG
Situation sanitaire et sociale difficile	X		Jeunes des CSP défavorisées : moins bon accès aux ressources, davantage de maternité jeune (cf synthèse bibliographique)
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux	X		Thématiques intégrées dans les missions ADSEA, CPEF, Education Nationale
Possibilités d'évaluer (évaluation socle de la visibilité)	X		

Cadre logique pour action sur la santé des femmes, contraception, sexualité

1/ Reformulation du problème identifié :

Points de vigilance sur la question des accouchements de jeunes femmes de moins de 20 ans et sur le taux d'IVG des moins de 30 ans. Interrogations et préoccupations des professionnels de différentes structures sur l'invisibilité des filles et jeunes femmes des quartiers défavorisés.

Difficultés d'accessibilité(s) au suivi gynécologique des jeunes femmes qui entravent leurs parcours de santé.

2/ Cadre logique en vue de produire une ou des action(s)

2.1 Objectif général (le problème de santé à résoudre)

Contribuer à réduire les difficultés d'accessibilité(s) des jeunes femmes au suivi gynécologique, aux ressources d'aide dans ce domaine (santé sexuelle²³ et reproductive à Bourg-en-Bresse), et favoriser l'expression d'un choix personnel en la matière (contraception, grossesse, vie de couple,...)

2.2 Objectifs spécifiques (sur quoi il va falloir agir concrètement)

- Objectif spécifique n°1 :

Améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre existante en matière de services de santé sexuelle et reproductive, gynécologie, et notamment

- Le CPEF
- Les sages-femmes libérales
- Les médecins généralistes à orientation généraliste

-Objectif spécifique n°2 :

²³ <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fr/>

Développer l'offre en matière de prise en charge gynécologique, de services de santé sexuelle et reproductive (notamment offre libérale).

-Objectif spécifique n°3 :

Sensibiliser les jeunes femmes à l'intérêt du suivi gynécologique (dépistage des IST, des cancers, contraception, maternité, violences,...)

2.3 Publics cibles

- Jeunes filles mineures de 12 à 17 ans
- Jeunes filles majeures de 18 à 29 ans avec un focus sur les jeunes majeures de 18 à 21 ans
- Jeunes non « captives » de l'Education nationale
- Jeunes précaires (CHRS, Gens du voyage, jeunes des quartiers en politique de la ville, jeunes sortis de l'éducation spécialisée).

2.4 Actions possibles

1/ Communiquer sur les compétences des sages femmes libérales auprès du grand public (en tant que ressource en santé sexuelle et reproductive de premier recours), en complément de ce qui est fait au CPEF

2/ Développer au sein des réseaux de professionnels ou instances existants, des groupes thématiques autour du suivi gynécologique/ de la santé des femmes

3/ Favoriser et inciter l'intégration du thème « suivi gynécologique et santé des femmes » au sein des séances de promotion de la santé menées par des professionnels intervenant auprès des jeunes.

2.5 Délais et dates de réalisation souhaitables pour ce type d'action

Temporalité de la Ville de Bourg-en-Bresse : 2015-2020 (période contrat de ville)

2.6 Autres effets possibles de l'action envisagée

Pas d'autres effets envisagés

2.7 Structures/partenaires mobilisables pour réaliser ce type d'action

CPEF, infirmières scolaires des collèges et lycées de Bourg-en-Bresse, Missions locales, MDA.....

2.8 Financements possibles pour réaliser ce type d'action

Recensement à effectuer :

- Financements ARS (attention focus jeunes et précarité)
- Financement Région (jeunes)
- Financements DRJSCS
- ...

2.9 Evaluation possible de l'action réalisée

Indicateurs de suivi et évaluation à intégrer dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

C/ Addictions / consommation problématique de substances psychoactives

Problème identifié :

La France est l'un des pays d'Europe où les jeunes consomment le plus de cannabis. Ce constat est déclinable à des échelles locales et Bourg-en-Bresse est concernée (cf étude ORS sur le projet de PES à Bourg-en-Bresse, mais aussi chiffres OFDT).

Au-delà des chiffres, ce constat est confirmé et prolongé de manière qualitative par les professionnels de terrain, qui rappellent que la notion d'addiction s'étend au-delà des substances psychoactives (jeux vidéo ; addictions comportementales, notamment).

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	X		Etude PES + biblio France
Concerne les territoires en politique de la ville	X		Une spécificité dans ces territoires : consommation + deal
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes	X		Thématique déjà travaillée par CSAPA (Saliba et ANPAA), ADSEA, Education Nationale
Situation sanitaire et sociale difficile	X		Lien bien documenté entre addictions et difficultés psychiques, mais aussi addictions et risques de désinsertion sociale
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux	X		Thématique déjà travaillée par CSAPA (Saliba et ANPAA), ADSEA, Education Nationale
Possibilités d'évaluer (évaluation sociale de la visibilité)	X		

Cadre logique pour action sur les addictions et consommations problématiques de substances psychoactives

1/ Reformulation du problème identifié :

Dans le prolongement de la littérature scientifique (cf synthèse bibliographique) les professionnels de Bourg-en-Bresse confirment des consommations problématiques de substances psychoactives sur la ville, par des adolescents et par de jeunes adultes, mais aussi des addictions comportementales (jeux vidéo, jeux en lignes, ...), avec une tendance à l'augmentation et à la diversification des conduites addictives (comportementales ou aux produits)

Identifiées comme un problème de santé publique, ces consommations problématiques et comportements addictifs peuvent être mis en lien avec d'autres conduites à risques et avec une souffrance psychique, voire une pathologie psychiatrique pour quelques uns.

2/ Cadre logique en vue de produire une ou des action(s)

2.1 Objectif général (le problème de santé à résoudre)

Contribuer à prévenir, chez les jeunes, le risque d'évolution, du passage entre l'usage sans risque et l'usage à risque(s) (ponctuel problématique, dépendance, risques associés sanitaires et psychosociaux).

2.2 Objectifs spécifiques (sur quoi il va falloir agir concrètement)

- Objectif spécifique n°1 :

Retarder l'âge du premier usage de produits psychoactifs ou des premiers comportements potentiellement addictifs.

-Objectif spécifique n°2 :

Accompagner les jeunes qui ont des prises de risques afin d'éviter ou de réduire les mises en danger.

-Objectif spécifique n°3 :

Favoriser l'accès aux soins des jeunes concernés par une consommation problématique, une situation de dépendance.

2.3 Publics cibles

- Jeunes en situation de précarité, de vulnérabilité
- Filles et garçons, dans un contexte de mixité
- Les parents
- Les 12-16 ans
- Les plus de 16 ans

2.4 Actions possibles

1/ Sensibiliser, former (de manière ponctuelle ou sur la durée) et accompagner les professionnels de terrain qui interviennent auprès des publics cibles autour de la question des addictions et plus précisément sur :

- *Le repérage du « risque de passage aux usages à risques »*
- *Les possibilités d'orientation vers les ressources spécifiques existantes*
- *Accompagner les professionnels à accompagner les jeunes concernés par une addiction, en cohérence, articulation avec les éventuelles prises en charge en cours (compétences psychosociales, réduction des risques, ...).*

2/ Mettre à disposition des professionnels de terrain un système de contact (téléphonique, ...) pour les aider et les conseiller dans la mise en lien avec les jeunes sur la question des addictions.

3/ Développer/Renforcer les interventions sur cette problématique auprès des jeunes et auprès des parents.

4/ Développer et renforcer les compétences psychosociales des jeunes, des parents et aussi des jeunes parents (guidance parentale, entretiens en PMI....)

2.5 Délais et dates de réalisation souhaitables pour ce type d'action

Temporalité de la Ville de Bourg-en-Bresse : 2015-2020 (période contrat de ville)

2.6 Autres effets possibles de l'action envisagée

Pas d'effet envisagé dans l'immédiat

2.7 Structures/partenaires mobilisables pour réaliser ce type d'action

CSAPA, MDA, Education Nationale, MILDT,....

2.8 Financements possibles pour réaliser ce type d'action

Recensement à effectuer :

- Financements ARS (attention focus jeunes et précarité)
- Financement Région (jeunes)
- Financements DRJSCS
- ...

2.9 Evaluation possible de l'action réalisée

Indicateurs de suivi et évaluation à intégrer dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

3. THEMATIQUES NON RETENUES DANS LE CADRE DU GROUPE DE TRAVAIL

Les autres thématiques issues des volets quantitatifs et qualitatifs du diagnostic local de santé réalisé sur les jeunes de Bourg-en-Bresse **n'ont pas été retenues dans le cadre de ce groupe de travail**. Cela ne signifie pas qu'elles ne sont pas importantes, mais elles correspondent à moins de critères ou sont plus difficiles à travailler à l'échelle de la ville ou à court terme.

Ces thématiques restent ainsi des points d'alerte et devraient pouvoir être travaillées dans d'autres espaces, dans le cadre d'autres partenariats.

A/ Troubles de l'audition/ troubles du langage

Ces troubles sont de plus en plus repérés, mais

- Ils sont complexes à dépister, diagnostiquer, traiter, notamment les troubles du langage.
- Ils peuvent impliquer la mobilisation de compétences spécifiques (non représentées dans le groupe de travail : orthophonistes, médecins ORL, ...).

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	X		Etudes ORS, biblio nationale
Concerne les territoires en politique de la ville	X	X	Troubles/difficultés de langage semblent plus représentés dans territoires défavorisés. Pas d'éléments sur troubles de l'audition
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes		X	Thématiques non travaillées par la plupart des partenaires du groupe de travail
Situation sanitaire et sociale difficile	X	X	Lien entre défavorisation sociale et troubles du langage Pas de lien repéré pour troubles de l'audition
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux		X	Nécessité de compétences très spécifiques
Possibilités d'évaluer (évaluation socle de la visibilité)	X		

B/ Jeunes des filières pro et apprentissage

Une problématique sous-identifiée ou peu visible en France, malgré les données épidémiologiques, et qui nécessite la participation et les compétences de deux types d'acteurs non-présents dans le groupe de travail :

- Les établissements de formation (CFA, et lycées pro)
- La médecine du travail

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	X		Etudes ORS, biblio nationale
Concerne les territoires en politique de la ville	X	X	Concerne une majorité de non-Burgiens (et aussi des Burgiens des territoires en politique de la ville)
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes		X	Thématiques non travaillées par la plupart des partenaires du groupe de travail
Situation sanitaire et sociale difficile	X	X	Etudes épidémio France montrent que les jeunes de ces filières ont davantage de conduites à risques et subissent des expositions professionnelles plus tôt / plus massivement
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux		X	Principal acteur en la matière : établissements de formation / Education Nationale
Possibilités d'évaluer (évaluation socle de la visibilité)	X		

c/ Parents démunis pour accompagner leurs adolescents/jeunes

Une problématique bien identifiée, mais également présente, de manière sous-jacente, dans la plupart des autres thématiques repérées.

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement	X		Etudes qualitatives (biblio)
Concerne les territoires en politique de la ville	X	X	Oui, mais pas seulement
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes		X	Thématiques non travaillées ou indirectement par la plupart des partenaires du groupe de travail
Situation sanitaire et sociale difficile	X	X	Les ruptures avec les parents entraînent souvent une dégradation de la situation sanitaire et sociale du jeune... Mais les difficultés de dialogue, les tensions ont un impact plus diffus et pas spécifiquement relié à une CSP
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux		X	Grandes difficultés à atteindre directement les parents concernés
Possibilités d'évaluer (évaluation socle de la visibilité)		X	Grandes difficultés à atteindre directement les parents concernés

D : Jeunes malades psychiques et ruptures de soins

Une problématique bien identifiée, qui concerne néanmoins un public très spécifique : les personnes atteintes de troubles psychiques/psychiatriques invalidants / nécessitant des soins

Correspondance aux critères définis :

Les critères	OUI	NON	explicitation
Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement		X	Les troubles psychiatriques invalidants concernent une très petite portion de la population générale
Concerne les territoires en politique de la ville	X	X	Même si lien avec la précarité chez les adultes, peut-être moins vrai chez les jeunes
Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes		X	Thématique essentiellement travaillée par le CPA
Situation sanitaire et sociale difficile	X		Lien entre maladie mentale et difficultés sociales / d'insertion
Moyens possibles à allouer / faisabilité des actions par les acteurs locaux		X	Thématique essentiellement travaillée par le CPA
Possibilités d'évaluer (évaluation socle de la visibilité)	X		

SYNTHESE GENERALE

Synthèse bibliographique : définition de « la jeunesse » et problématiques de santé spécifiques aux jeunes

La jeunesse est une tranche d'âge difficile à délimiter et à définir : on ne devient plus adulte comme autrefois et la jeunesse s'est « *allongée* » selon certains sociologues qui soulignent que les marqueurs anciens d'entrée dans l'âge adulte ne fonctionnent plus. Emploi, mariage, enfants, logement autonome : autant d'évènements qui sont repoussés parfois jusqu'à la trentaine, et au-delà... Aux évolutions sociétales s'est ajouté le chômage de masse qui frappe durement les jeunes, notamment ceux qui sont sans qualifications, sans diplômes. Dans ce contexte économique difficile, où le diplôme est toujours plus valorisé, la « désinsertion », la « déqualification » et la « désaffiliation », décrites par différents sociologues, touchent les adultes les plus fragiles socio-économiquement mais peuvent aussi concerner les jeunes adultes.

Des chercheurs ont particulièrement mis en lumière le poids du diplôme, très fort en France, à la fois en termes d'accès à un emploi mais aussi en termes de reconnaissance sociale. Ce qui explique, « en creux », le poids négatif de l'absence de diplôme et celui du décrochage scolaire. Si la France n'a pas le monopole du décrochage scolaire, c'est peut-être l'un des pays où il constitue le plus fortement une entrave à une bonne estime de soi, à une reconnaissance sociale, et à la possibilité de trouver un emploi.

Par ailleurs, l'absence de diplôme, dans une société encore fortement marquée par la reproduction des inégalités sociales, renvoie à l'effet « CSP » : les enfants de cadres et d'ouvriers, n'ont pas les mêmes parcours, ni les mêmes difficultés... Difficultés qui impactent autant l'entrée dans l'autonomie et « l'âge adulte » que l'état de santé, notamment chez les plus modestes ou défavorisés.

Cependant, les jeunes constituent la tranche d'âge qui bénéficie du meilleur état de santé, lorsqu'on la compare aux autres tranches d'âge. Beaucoup moins concernés par les pathologies infectieuses ou chroniques, les jeunes présentent également les plus faibles taux d'hospitalisation, de mortalité... Néanmoins l'acquisition de l'autonomie, notamment en matière de déplacements, va de pair avec des prises de risques qui impactent la santé, ce qui est particulièrement vrai en ce qui concerne les accidents de la circulation, première cause de mortalité chez les 15-25 ans.

Un autre bémol doit être apporté à ce tableau positif : si la santé physique est particulièrement bonne chez les jeunes, cela est un peu moins vrai en ce qui concerne la santé psychique. Mal-être et dépressivité apparaissent parfois à l'adolescence et peuvent atteindre des niveaux critiques, qui ont pour corollaire, dans les cas les plus dramatiques, le suicide, qui reste la deuxième cause de mortalité chez les jeunes. Les consommations problématiques de substances psychoactives constituent l'autre grande manifestation de mal-être, voire de souffrance psychique des jeunes : les données de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis montrent que ce phénomène est loin de se résorber.

Ces problématiques varient selon le sexe, à la fois en nature mais aussi en intensité : les filles sont beaucoup plus concernées par les tentatives de suicides que les garçons mais ces derniers sont beaucoup plus touchés par les accidents de la circulation. Enfin, la santé des femmes est, par définition, liée aux thématiques de la contraception et de la maternité.

Reste que filles comme garçons sont impactés par l'appartenance sociale : les risques de chômage, de désinsertion, de désaffiliation sont plus importants chez les jeunes de milieux sociaux modestes ou défavorisés.

Les données quantitatives : les points à retenir

Les diverses données issues des systèmes d'information sanitaires traitées à l'échelle de Bourg-en-Bresse, pour les personnes²⁴ ayant entre 12 et 29 ans mettent en exergue certains éléments qu'il est important de rappeler ou de souligner.

En premier lieu, certains indicateurs sociodémographiques soulignent quelques points de vigilance voire d'alerte :

- Les 12-29 ans représentent environ le quart de la population de la ville, même si cette population a diminué de 17% entre 1982 et 2011
- La part des jeunes scolarisés parmi les 15-29 ans est plus faible à Bourg-en-Bresse que sur l'ensemble de la région Rhône-Alpes, et la proportion de jeunes sortis du système scolaire sans diplôme est plus élevée
- La part des bénéficiaires de la CMUc chez les 10-29 ans est plus élevée à Bourg-en-Bresse que dans la région Rhône-Alpes
- Entre 20 et 24 ans, plus de 50% des jeunes vivent seuls ou en couple sans enfants

En matière de recours aux soins, on note également deux points d'attention :

- Les jeunes Burgiens de 10-29 ans ont un recours moins important au médecin généraliste que l'ensemble des jeunes de la région Rhône-Alpes
- Si le recours des jeunes Burgiens aux médecins spécialistes est proche de celui des jeunes de la région, cela n'est pas vrai en ce qui concerne les gynécologues, deux fois moins consultés par les jeunes Burgiens que par les jeunes de l'ensemble de la région

Enfin, les données d'état de santé soulignent également certaines spécificités :

²⁴ Les données traitées concernent les personnes domiciliées à Bourg-en-Bresse, ou au niveau du code postal, qui inclut Saint-Denis-les-Bourg.

- Le taux annuel d'accouchements des femmes de 15-19 ans domiciliées à Bourg-en-Bresse est deux fois plus élevé que le taux départemental
- Le taux de séjours hospitaliers pour IVG est plus élevé chez les jeunes femmes domiciliées à Bourg-en-Bresse que sur le département et la région, surtout chez les moins de 20 ans et les plus de 25 ans. Ce chiffre peut-être interprété comme un signal d'alerte ou au contraire comme le résultat d'un bon accès des jeunes femmes au centre d'orthogénie de l'hôpital de Fleyriat
- Les taux de recours des Burgiens de 10 à 29 ans, aux soins spécialisés en psychiatrie publique, sont plus élevés que ceux des jeunes de l'ensemble de la région. Les taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques sont également particulièrement élevés sur la commune de Bourg-en-Bresse. Là encore, ces chiffres peuvent souligner une fragilité particulière ou au contraire reflète la présence de l'hôpital spécialisé, le Centre Psychothérapique de l'Ain, et du bon accès des jeunes aux différentes ressources de prise en charge

Les données d'activités des structures en lien avec les jeunes : sexe, âge et CSP sont des marqueurs puissants de différenciation

On sait que les femmes et les hommes ne sont pas concernés par les mêmes problèmes de santé et cela se confirme largement dans les données d'activité transmises par les structures présentes à Bourg-en-Bresse qui travaillent avec un public jeune.

Les garçons sont plus largement suivis par les éducateurs de prévention, mais aussi par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Davantage présents dans les espaces publics, les garçons sont plus faciles à rencontrer dans ce cadre... Ils sont par ailleurs plus facilement concernés par des problématiques de délinquance et de ce fait par diverses mesures d'accompagnement. On soulignera que la moitié des jeunes suivis par la SPIP ont abouti à une obligation de soins.

Les filles moins vues et connues par ces différents services sont, en revanche, très largement majoritaires dans la file active du Centre de Planification et d'Education Familiale, sans surprise, mais aussi dans la file active de la Maison des Adolescents : les filles ont peut-être moins peur de verbaliser, de confier leurs préoccupations à un tiers. Notons que ces chiffres sont en cohérence avec ce qui est constaté, en la matière en France : les filles utilisent davantage les ressources d'écoute et de parole.

En matière de santé mentale, les garçons sont davantage concernés par les hospitalisations à temps plein au CPA de l'Ain, alors que les filles sont plus concernés par les hospitalisations de jour.

Notons qu'en ce qui concerne l'ADSEA, le SPIP mais aussi le CPA, c'est globalement à partir de l'âge 22 ans que les files actives deviennent plus importantes, ce qui tend à faire penser qu'il y a un âge de basculement, où certaines difficultés prennent plus d'ampleur, deviennent plus visibles et aussi plus gênantes.

Ces différences entre filles et garçons sont également clairement marquées dans la file active de la Mission Locale. Les filles ont un niveau de diplôme plus élevé que les garçons. Par ailleurs, elles se déplacent moins en voiture ou en deux roues et sont moins souvent dans un logement précaire. Ces éléments confirment « en creux » que les prises de risques des filles ne sont pas les mêmes que celles des garçons.

Les données concernant les étudiants, rassemblées par le Bureau Information Jeunesse et la Maison des Etudiants apportent des indications précieuses sur cette population encore mal connue à Bourg-en-Bresse. Ainsi, la majorité des étudiants présents à Bourg-en-Bresse suivent des filières techniques, et parmi eux on repère un taux important de boursiers. Comme sur d'autres territoires, le taux de réussite aux examens est plus élevé dans les filières « classiques », mais ils sont globalement moins bons à Bourg-en-Bresse que sur le reste de la région. Les effets de la reproduction sociale, au sein des mêmes catégories socioprofessionnelles expliquent certainement en grande partie ces chiffres. Ces chiffres pointent ainsi la présence de jeunes (pas forcément domiciliés à Bourg-en-Bresse) qui sont susceptibles d'être concernés par des difficultés économiques, voire par certaines formes de précarité.

Les bilans de santé proposés aux étudiants par la CPAM de Bourg-en-Bresse montrent qu'environ la moitié des jeunes bilantés sont précaires. Environ un tiers est concerné par une consommation régulière d'alcool et un tiers par une consommation régulière de cannabis (et dans certains cas, il s'agit sans doute des mêmes personnes). Ces bilans soulignent une difficulté qui est de plus en plus repérée en France : les troubles de l'audition, qui concernent près de la moitié des jeunes bilantés. Enfin, plus d'un tiers de ces jeunes n'a pas eu de suivi dentaire au cours des deux dernières années.

La question de la fragilité voire de la précarité des jeunes se lit aussi au travers des données concernant le logement. Un tiers des jeunes qui habitent de manière autonome sont allocataires ayant de bas revenus et ceux qui n'ont plus de liens ou d'appuis familiaux ont des difficultés aggravées pour accéder ou se maintenir dans un logement. Autrement dit, pour que la prise d'autonomie d'un jeune soit réussie, il vaut mieux qu'elle soit aidée et accompagnée par les parents.

Les jeunes hébergés dans le CHRS de Bourg-en-Bresse, qui ont souvent eu des parcours de vie difficiles et faits de ruptures, sont par ailleurs souvent confrontés à des difficultés de santé mentale et aux addictions (en particuliers aux substances psychoactives).

Ces données rappellent que la précarité émerge souvent au croisement de difficultés économiques et psychosociologiques.

Les données qualitatives

Cinq groupes d'acteurs intervenant sur la ville de Bourg-en-Bresse ont été interrogés sur cinq thématiques différentes, au printemps 2014, thématiques qui avaient préalablement été définies dans le cadre du comité de pilotage de l'étude.

Pour chaque thématique, on peut retenir les principaux éléments suivants :

➤ La santé des jeunes en difficultés d'insertion

Les difficultés de ces jeunes sont à la fois multiples et multifactorielles, mais les professionnels ont souligné le rôle particulier que jouait le décrochage scolaire dans celles-ci. Du sentiment de dévalorisation, nourri par les échecs scolaires répétés et par la sortie du système scolaire sans diplôme, à certaines formes de désinsertion sociale (chômage de longue durée, impossibilité d'accès à un logement autonome et donc à une mise en couple, etc...), il n'y a pas un cheminement inéluctable, mais des liens réels. La perte de confiance en soi, d'estime de soi et l'enfermement dans une logique de l'échec peuvent donner aux jeunes concernés le sentiment qu'il n'y a pas d'avenir possible pour eux, qu'il ne sert plus à rien de faire des projets lorsque plus rien ne semble possible.

Si les jeunes des quartiers sont particulièrement concernés par ces situations de décrochage scolaire et ce risque de désinsertion « larvée », la situation des Jeunes Avec Chiens (JAC) est sans doute encore plus difficile : à l'absence de diplôme et d'emploi s'ajoute le plus souvent la perte des liens familiaux et l'errance. Si « l'entre-soi » à la fois protecteur et étouffant des quartiers constitue parfois une entrave aux projets d'insertion professionnelle, ou autre, la perte des liens familiaux et sociaux crée des formes de précarité encore plus aiguës. Par ailleurs, ces JAC, qui autrefois parvenaient à se recréer entre eux une sorte de lien étayant, semblent aujourd'hui plus isolés et plus fragiles que leurs aînés.

D'autres jeunes, appartenant également à des minorités, peuvent être en grandes difficultés d'insertion sociale et aussi en souffrance psychique, comme les jeunes de la communauté des « gens du voyage ». Leur sédentarisation ne diminue pas leur stigmatisation et le mal-être que cela peut entraîner.

Les problématiques de désinsertion s'accompagnent souvent de consommations problématiques de substances psychoactives (et notamment de cannabis). Or, il n'est pas toujours facile pour les travailleurs sociaux d'aborder ces questions avec les jeunes, et des attentes d'appui ou de formations sont ainsi repérées sur le terrain.

Au-delà des difficultés psychoaffectives et socio-économiques qui jouent un rôle bien connu au niveau des mécanismes de désinsertion, la question de la spécificité de la souffrance psychique en lien avec le décrochage scolaire reste néanmoins fortement soulignée. Comment aider les jeunes à rebondir, à se projeter dans l'avenir et à croire en eux, lorsqu'ils ont été négativement étiquetés par le système scolaire ? Comment les aider à se « reconstruire », malgré l'échec scolaire, les orientations par défaut, l'absence de qualifications ? Autant de questions et d'enjeux qui impliquent les acteurs du monde scolaire, mais aussi tous les partenaires qui interviennent auprès des jeunes.

➤ **La santé des jeunes en apprentissage**

Qu'ils soient dans les filières professionnelles des lycées, au Centre de Formation des Apprentis ou à l'ÉREA, ces jeunes sont concernés par des questions de santé spécifiques.

Au-delà du fait qu'ils ont souvent eu un parcours scolaire moyen ou faible au collège, le problème de l'orientation par défaut aggrave la démotivation et la faible estime de soi chez certains. A l'inverse, certains découvrent dans ces filières qu'ils peuvent développer des compétences fortes, des savoir-faires : leur estime de soi mais aussi leur bien-être psychique sont alors largement améliorés, même après des années de collège difficiles.

Mais pour tous, qu'ils soient motivés ou non, se pose dans certains cas des problèmes au niveau physique et ce notamment dans certaines filières particulièrement manuelles, où le port de charge lourdes, les manipulations dangereuses, voire les horaires de travail « allongés » impactent très défavorablement la santé. Blessures, hernies discales, problèmes articulaires ne sont pas rares... Pourtant, il n'y a pas d'infirmières dans les CFA ou les ÉREA, or ces jeunes sont souvent dans un déni des difficultés, des prises de risques ou encore un manque de « soin de soi » : autant d'éléments qui sont des points d'alerte forts. « *Le travail c'est la santé* », mais encore faut-il, a minima, appliquer les règles de sécurité, respecter la réglementation, utiliser les protections prévues...

On note également que les jeunes porteurs de handicap, notamment psychique ou intellectuel, sont facilement, et peut-être trop souvent, orientés vers ces filières. Or, si cela est effectivement profitable à certains, cela n'est pas toujours le cas. Pour certains, une prise en charge spécifique, qui tienne mieux compte du handicap aurait peut-être permis une réelle acquisition de compétences techniques... Mais la crainte de la stigmatisation, le souhait de « normalité » des parents et aussi le manque de places dans les structures adaptées (IME et ITEP) constituent souvent un frein à une bonne orientation et prise en charge de ces jeunes.

➤ **La santé des scolaires, collégiens et lycéens**

Une partie des collégiens et lycéens scolarisés à Bourg-en-Bresse ne sont pas domiciliés sur la ville. Habitant des communes limitrophes pour les collégiens, ou beaucoup plus éloignées pour les lycéens, ils sont confrontés à des déplacements parfois importants et fatigants. Lorsque ces déplacements sont impossibles à effectuer quotidiennement, les parents cherchent à trouver un hébergement sur la ville, mais les places d'internat ne suffisent à répondre aux besoins. Si certains élèves trouvent des logements chez l'habitant, il reste des élèves qui ne trouvent pas de solutions satisfaisantes.

En matière d'accès à des ressources de santé, les collégiens et lycéens ont l'avantage de pouvoir consulter les infirmières scolaires présentes dans les établissements. Qu'il s'agisse d'un malaise, d'un problème de santé passager, d'un besoin d'aide (en matière de contraception, ...) ou d'un besoin d'écoute, l'infirmière constitue la première ressource de proximité, facilement accessible ;

On notera qu'en matière d'écoute, les collégiens mais surtout les lycéens (et notamment ceux des lycées du centre-ville) ont recours de manière croissante à la Maison des Adolescents. Ce lieu est ainsi bien identifié et bien utilisé, même si on note la faible présence des jeunes scolarisés habitant dans les quartiers modestes.

Parmi les difficultés repérées chez les collégiens et lycéens on retrouve la question des jeunes porteurs de handicaps, qui ont parfois beaucoup de difficultés à suivre dans le système « normal », mais dont les parents refusent une scolarisation en établissement spécialisé, ou encore qui n'ont pas accès à ces établissements faute de places en nombre suffisant.

Néanmoins, les difficultés qui semblent les plus transversales concernent sans doute les consommations problématiques de substances psychoactives et les addictions, qui vont du cannabis à l'alcool en passant par les médicaments de la pharmacie familiale, sans oublier les jeux en ligne... Or si Bourg-en-Bresse dispose de plusieurs ressources en la matière, le problème reste néanmoins délicat à aborder avec ces jeunes, parfois dans la fuite ou le déni, notamment lorsque ces comportements masquent un mal-être plus général...

Enfin, les professionnels ont largement évoqué leurs inquiétudes face à la souffrance psychique engendrée par le décrochage scolaire. Bien que les familles aient souvent de fortes attentes vis-à-vis de l'institution scolaire, elles ne sont pas toujours en mesure d'aide et d'accompagner leurs enfants dans le parcours scolaire... Lorsque les mauvais résultats scolaires s'installent durablement, les professionnels de terrain constatent une érosion de l'estime de soi chez ces adolescents, un mal-être lié au constat d'impossibilité à atteindre les objectifs fixés par le système scolaire. Plusieurs ressources d'aide sont bien

repérées par les professionnels (DRE, mais aussi ADSEA, ...) mais le problème est souvent profond et il interroge la capacité même de l'institution scolaire à aider ces jeunes, « de l'intérieur ».

➤ **La santé des femmes, la sexualité, la contraception**

Au-delà des questions spécifiques aux femmes en termes de santé, plusieurs des professionnels participant à l'entretien collectif ont fait part de leur inquiétude quant à l'invisibilité croissante des filles habitant les quartiers modestes. Alors qu'autrefois il était possible de proposer des activités mixtes, collectives, d'entrer en contact avec les parents, et d'aider éventuellement les jeunes femmes à avoir accès à certaines aides (contraception, ...), il est aujourd'hui plus rare de voir ces jeunes femmes, aussi bien dans les espaces publics pour les éducateurs de l'ADSEA que dans les lieux dédiés comme le CPEF. Les filles et jeunes femmes semblent retranchées dans des comportements traditionnels, souvent sous couvert d'orthodoxie religieuse. La question est de savoir si cette attitude reflète un choix réel de ces jeunes femmes, ou s'il s'agit pour elles de se conformer à une norme, sous peine d'exclusion du groupe familial et social... Et ce, au risque de devoir se limiter aux injonctions familiales en termes d'études, de choix du partenaire, de mode de vie et ce, y compris en matière d'accès à la contraception, à l'IVG, à la maternité, ... Sans compter la problématique des violences conjugales, plus facilement tue et subie dans un contexte de forte pression familiale.

En matière de sexualité et de contraception, les professionnelles du CPEF constatent globalement une baisse des demandes concernant la contraception orale, mais aussi une hausse des demandes de contraception d'urgence. Les polémiques autour des risques possibles concernant la contraception orale peuvent en partie expliquer cette baisse, mais il y a peut-être d'autres raisons à l'œuvre, encore mal connues.

On note également les interrogations croissantes des jeunes femmes (et aussi des mères) vis-à-vis du vaccin contre le cancer du col de l'utérus... Mais les réponses des médecins, les articles dans la presse, ne sont pas convergents en la matière, ce qui n'est pas très aidant pour les jeunes.

Au-delà, reste l'enjeu fort qui consiste à sensibiliser les jeunes femmes à l'intérêt du suivi et du dépistage en matière gynécologique, à la fois pour prévenir les maladies ou problèmes directement en lien avec la reproduction, la sexualité, mais aussi pour les encourager à prendre soin de leur santé, plus largement et globalement.

Les ressources présentes à Bourg-en-Bresse sont bien identifiées par les partenaires et les jeunes. Néanmoins, les partenariats avec le CIDFF pourraient encore se renforcer. Quant au CPEF, se pose toujours la question de son emplacement, au cœur d'un quartier modeste, et qui de ce fait, subit l'impact négatif du contrôle social à l'œuvre dans ces territoires. Or se rendre au CPEF n'est pas toujours bien vu

dans certains milieux qui tolèrent mal qu'une jeune femme puisse avoir une activité sexuelle avant le mariage, ou même faire certains choix sans consulter ses parents, en dérogeant aux traditions...

➤ **La santé mentale chez les jeunes**

La question de la spécificité de la souffrance psychique liée à l'échec scolaire a été particulièrement évoquée et explorée dans ce groupe.

Au-delà du mal-être qui peut concerner plus largement les adolescents, cette souffrance, loin d'être passagère ne fait que s'accroître avec le temps chez certains jeunes, qui passent du décrochage scolaire à des formes plus ou moins larvées de désinsertion sociale. Après avoir été négativement étiqueté par le système scolaire, l'absence de qualifications, les très grandes difficultés d'accès au monde du travail, l'absence de revenus, l'impossibilité à avoir un logement autonome et à pouvoir avoir une vie de couple, semblent s'empiler pour fermer de manière définitive l'avenir. Les professionnels ont par ailleurs le sentiment qu'à partir d'un certain âge, autour de 22 ans, le mal-être peut se muer en véritable désespérance : certains jeunes ont le sentiment que plus rien n'est possible... Ces difficultés sont durcies lorsque le jeune a des difficultés relationnelles avec ses parents, ou encore lorsque la famille a connu des ruptures (séparation des parents, ...). En tout état de cause, les parents, parfois eux-mêmes en grandes difficultés, ne sont pas toujours en mesure d'aider ces jeunes dans la construction d'un projet, alors même qu'ils n'ont pas de diplômes, ni de qualifications...

Les addictions et leur banalisation dans certain cas (cannabis, jeux vidéo ou en ligne, ...) constituent une autre préoccupation forte des professionnels. Qu'il s'agisse ou non de jeunes en difficultés d'insertion professionnelle et sociale, les professionnels constatent que certains jeunes ont, dans ce domaine également, parfois le sentiment qu'ils resteront toujours piégés dans cette addiction sur la longue durée, que celle-ci bloque définitivement leur avenir. Il est dès lors important d'expliquer aux jeunes qu'il est possible de rebondir, même après avoir vécu une addiction pendant plusieurs années.

Parmi les jeunes en difficultés, on note que certains sont en situation de forte marginalisation sociale, et c'est notamment le cas des jeunes en errance, les Jeunes Avec Chiens (JAC), souvent en rupture familiale, sans hébergement et vivant d'expédients... Les professionnels ont le sentiment que les solidarités de groupe, au sein de ces publics marginaux, qui ont existé autrefois et qui pouvaient protéger un peu les jeunes, se sont beaucoup affaiblies. Ces jeunes sont encore plus isolés et vulnérables aujourd'hui : une vigilance forte doit dès lors être maintenue en ce qui les concerne.

Un point positif doit cependant être souligné : en matière de santé mentale, l'offre de ressource de soins, d'écoute, d'accompagnement est aujourd'hui complète à Bourg-en Bresse. Outre les services du CPA, en matière d'hospitalisation ou de soins en ambulatoires, qui sont très faciles d'accès pour les Burgiens, la

présence de deux CSAPA (Saliba et ANPAA), du PAEJ Chocolat Chaud, de la Maison des Adolescents, et enfin du tout récent CAARUD (porté par AIDES), permettent aujourd'hui de répondre à un éventail très large de besoins, et ce de manière diversifiée.

Définition et priorisation de pistes d'action

L'ORS a réalisé un accompagnement à la définition et à la priorisation des pistes d'action issues du diagnostic local sur la santé des jeunes Burgiens, sur 3 séances de 2 heures chacune, qui se sont déroulées à l'automne 2014. L'objectif de cet accompagnement était d'affiner la définition des problèmes de santé repérés chez les jeunes et de prioriser, de manière partagée et interdisciplinaire, ceux sur lesquels il serait souhaitable que les partenaires travaillent à court terme, à l'échelle de la ville, et plus particulièrement à l'échelle des quartiers en politique de la ville.

Plusieurs thématiques ont ainsi émergé du diagnostic local de santé :

- La souffrance psychique en lien avec le décrochage scolaire
- Le risque de basculement et d'installation dans des formes de désinsertion vers 21-23 ans
- Les troubles de l'audition et les troubles du langage
- La santé des jeunes en apprentissage et en filières professionnelles
- La santé des jeunes femmes, la sexualité, la contraception
- Les addictions, les consommations problématiques de substances psychoactives
- Les parents démunis pour accompagner leurs adolescents / leurs jeunes
- Les jeunes malades psychiques et les ruptures de soins

Pour effectuer ce travail de priorisation, six critères ont été retenus par le groupe de travail :

- Nombre de personnes touchées / concernées directement ou indirectement
- Concerne les territoires en politique de la ville
- Actions existantes / cohérence avec d'autres actions existantes
- Situation sanitaire et sociale difficile
- Moyens financiers et humains possibles à mobiliser / faisabilité des actions par les acteurs locaux
- Possibilités d'évaluer (évaluation comme socle de la visibilité)

La mise en œuvre de ces six critères de sélection a permis de faire émerger trois thématiques comme prioritaires pour le groupe de travail. L'importance des autres thématiques est reconnue, mais elles sont

moins propices à un travail inter-partenarial sur le court terme. Les thématiques non-retenues pourront ainsi être travaillées dans d'autres cadres plus spécifiques.

Les trois thématiques retenues sont :

1/ Le décrochage scolaire et le risque de basculement dans des formes de désinsertion vers 21/23 ans

2/ La santé des jeunes femmes, contraception, sexualité

3/ Les addictions et les consommations problématiques de substances psychoactives

Pour chacune de ces thématiques, un cadre logique d'actions possibles à réaliser à été défini, résumé dans les trois fiches suivantes.

Cadre logique pour action sur

La souffrance psychique en lien avec décrochage scolaire et la désinsertion

▪ **Objectif général (le problème de santé à résoudre)**

Contribuer à réduire cette souffrance psychique chez les jeunes concernés

▪ **Objectifs spécifiques (sur quoi il va falloir agir concrètement)**

- **Objectif spécifique n°1 :**

Développer le repérage de cette souffrance psychique en outillant les professionnels

- **Objectif spécifique n°2 :**

Développer/renforcer la prévention « secondaire » et « tertiaire » chez les publics déjà en souffrance, en développant leurs compétences psychosociales.

▪ **Publics cibles**

D'une manière générale, une attention particulière sera portée aux jeunes concernés par la précarité, la défavorisation sociale

- **Jeunes de 12 à 16 ans** (« captifs scolaires »), filles et garçons ensemble
- **Jeunes de 16 à 18 ans** (veille de la majorité), filles et garçons ensemble
- **Jeunes de 21 à 23 ans**, filles et garçons séparément

▪ **Actions possibles**

- **Développer les activités ou projets culturels, sportifs, « engagés », ..., de manière individuelle ou collective**, qui mobilisent les différentes compétences psychosociales des jeunes et qui améliorent leur « estime de soi », et ce hors du cadre scolaire/académique.

- Renforcer l'accompagnement individuel des jeunes concernés (« aller vers » et « faire avec »).

- **Renforcer la coordination / les articulations des professionnels** (interdisciplinarité et décloisonnement) **sur les jeunes concernés par cette souffrance psychique**

- **Former les professionnels de terrain à cette thématique** notamment les professionnels du secteur de l'animation socioculturelle et sportive.

▪ **Délais et dates de réalisation souhaitables pour ce type d'action**

Temporalité Ville de Bourg-en-Bresse : 2015-2020 (période contrat de ville)

▪ **Autres effets possibles de l'action envisagée**

Actions collectives ciblées sur « jeunes en souffrance psychique » ou « jeunes en souffrance psychique et en précarité » : des risques de stigmatisation de ces publics.

▪ **Structures/partenaires mobilisables pour réaliser ce type d'action**

ASV / DRE / ADSEA / MDA / Education Nationale / Conseil général de l'Ain / MILDT,....

▪ **Financements possibles pour réaliser ce type d'action**

Recensement à effectuer :

- Financements ARS (attention focus jeunes et précarité)
- Financement Région (jeunes)
- Financements DRJSCS
- ...

▪ **Evaluation possible de l'action réalisée**

Indicateurs de suivi et évaluation à intégrer dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

Cadre logique pour action sur la santé des femmes

▪ **Objectif général (le problème de santé à résoudre)**

Contribuer à réduire les difficultés d'accessibilité(s) des jeunes femmes au suivi gynécologique, aux ressources d'aide dans ce domaine (santé sexuelle²⁵ et reproductive), et favoriser l'expression d'un choix personnel en la matière (contraception, grossesse, vie de couple,...)

▪ **Objectifs spécifiques (sur quoi il va falloir agir concrètement)**

- **Objectif spécifique n°1 :**

Améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre existante en matière de services de santé sexuelle et reproductive, gynécologie, et notamment

- **Objectif spécifique n°2 :**

Développer l'offre en matière de prise en charge gynécologique, de services de santé sexuelle et reproductive (notamment offre libérale).

- **Objectif spécifique n°3 :**

Sensibiliser les jeunes femmes à l'intérêt du suivi gynécologique (

- **Publics cibles**

- Jeunes filles mineures de 12 à 17 ans
- Jeunes filles majeures de 18 à 29 ans avec un focus sur les jeunes majeures de 18 à 21 ans
- Jeunes non « captives » de l'Education nationale
- Jeunes précaires

- **Actions possibles**

1/ Communiquer sur les compétences des sages femmes libérales auprès du grand public, en complément de ce qui est fait au CPEF

2/ Développer au sein des réseaux de professionnels ou instances existants, des groupes thématiques autour du suivi gynécologique/ de la santé des femmes

3/ Favoriser et inciter l'intégration du thème « suivi gynécologique et santé des femmes » au sein des séances de promotion de la santé menées auprès des jeunes.

- **Délais et dates de réalisation souhaitables pour ce type d'action**

Temporalité de la Ville de Bourg-en-Bresse : 2015-2020 (période contrat de ville)

- **Autres effets possibles de l'action envisagée**

Pas d'autres effets envisagés

- **Structures/partenaires mobilisables pour réaliser ce type d'action**

CPEF, infirmières scolaires des collèges et lycées de Bourg-en-Bresse, Missions locales, MDA.....

- **Financements possibles pour réaliser ce type d'action**

Recensement à effectuer :

- Financements ARS (attention focus jeunes et précarité)
- Financement Région (jeunes)
- Financements DRJSCS
- ...

▪ **Evaluation possible de l'action réalisée**

Indicateurs de suivi et évaluation à intégrer dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

²⁵ <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fr/>

Cadre logique pour action sur addictions et consommations problématiques de substances psychoactives

➤ **Objectif général (le problème de santé à résoudre)**

Contribuer à prévenir, chez les jeunes, le risque d'évolution, du passage entre l'usage sans risque et l'usage à risque(s) (ponctuel problématique, dépendance, risques associés sanitaires et psychosociaux).

➤ **Objectifs spécifiques (sur quoi il va falloir agir concrètement)**

- Objectif spécifique n°1 :

Retarder l'âge du premier usage de produits psychoactifs ou des premiers comportements potentiellement addictifs.

- Objectif spécifique n°2 :

Accompagner les jeunes qui ont des prises de risques afin d'éviter ou de réduire les mises en danger.

- Objectif spécifique n°3 :

Favoriser l'accès aux soins des jeunes concernés par une consommation problématique, une situation de dépendance.

➤ **Publics cibles**

- Jeunes en situation de précarité, de vulnérabilité
- Filles et garçons, dans un contexte de mixité
- Les parents
- Les 12-16 ans
- Les plus de 16 ans

▪ **Actions possibles**

- 1/ Sensibiliser, former (de manière ponctuelle ou sur la durée) et accompagner les professionnels de terrain qui interviennent auprès des publics cibles autour de la question des addictions.
- 2/ Mettre à disposition des professionnels de terrain un système de contact (téléphonique, ...) pour les aider et les conseiller dans la mise en lien avec les jeunes sur la question des addictions.
- 3/ Développer/Renforcer les interventions sur cette problématique auprès des jeunes et auprès des parents.
- 4/ Développer et renforcer les compétences psychosociales des jeunes, des parents et aussi des jeunes parents (guidance parentale, entretiens en PMI....)

▪ **Délais et dates de réalisation souhaitables pour ce type d'action**

Temporalité de la Ville de Bourg-en-Bresse : 2015-2020 (période contrat de ville)

▪ **Autres effets possibles de l'action envisagée**

Pas d'effet envisagé dans l'immédiat

▪ **Structures/partenaires mobilisables pour réaliser ce type d'action**

CSAPA, MDA, Education Nationale, MILDT,....

▪ **Financements possibles pour réaliser ce type d'action**

Recensement à effectuer :

- Financements ARS (attention focus jeunes et précarité)
- Financement Région (jeunes)
- Financements DRJSCS
- ...

▪ **Evaluation possible de l'action réalisée**

Indicateurs de suivi et évaluation à intégrer dans l'élaboration de la stratégie d'intervention.

