

## État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle

### *Health status, behaviours and social environment in a population of 105 901 young people involved in short training courses*

Labbe E<sup>1</sup>, Moulin J-J<sup>2</sup>, Sass C<sup>3</sup>, Chatain C<sup>4</sup>, Guéguen R<sup>5</sup>, Gerbaud L<sup>6</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Identifier les difficultés et risques rencontrés par les jeunes en insertion professionnelle, concernant le mode de vie, l'environnement social, l'accès aux soins et la santé.

**Méthodes :** La population d'étude est celle des consultants des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, âgés de 16 à 25 ans, examinés entre 1999 et 2003. 105 901 jeunes en insertion (sans emploi, sortis du cursus scolaire) ont été comparés (prévalences, odds ratios) à un groupe de référence de 138 344 jeunes lycéens, étudiants ou actifs.

**Résultats :** La situation d'insertion professionnelle est significativement liée à tous les indicateurs étudiés. Les effets les plus marqués sont observés pour la consommation de tabac, d'alcool, les pratiques culturelles (absence de vacances, de spectacle), la fragilité sociale (recours au travailleur social, absence de liens familiaux et de possibilité d'hébergement), le non recours aux soins, la perception négative de la santé, les caries dentaires et le déficit auditif. Les relations existent mais sont plus faibles pour l'obésité chez les hommes, la maigreur chez les femmes et le déficit visuel.

Les écarts entre jeunes en insertion et groupe de référence augmentent avec l'âge pour la fragilité sociale, le non recours aux soins et l'anémie pour les femmes, alors qu'ils diminuent pour la consommation de tabac, le déficit auditif et s'inversent pour la consommation d'alcool.

**Conclusion :** De nombreux indicateurs sont différents chez les jeunes en insertion, montrant une plus grande fragilité sociale et la présence d'inégalités de santé ou d'accès aux soins pour les jeunes sortis du système scolaire.

**Prat Organ Soins 2007;38(1):43-53**

**Mots-clés :** Précarité ; jeunes ; inégalités de santé ; mode de vie ; fragilité sociale ; accès aux soins.

#### Summary

**Aim:** This study was aimed at investigating health status, behaviours and social vulnerability in a population of 16-25 year young people involved in short training courses.

**Methods:** Data was collected using standard procedures between 1999 and 2003 by the 98 health examination centres of the French general health insurance. 105 901 disadvantaged young 16-25 years (unemployed and out of school system) were compared (prevalence rates and odds ratios) to a reference group of 138 344 students and young workers.

**Results:** Most indicators were significantly more adverse in the disadvantaged population. The highest ORs were observed for smoking and alcohol consumption, meet a social worker, lack of family or social support, financial difficulties, having no holiday, lack of medical follow up, poor perceived health, poor oral health and hearing loss. ORs were lower, but still statistically significant, for obesity in men, underweight in women and eye trouble. Significant interactions with age ( $p < 0.001$ ) were detected for several indicators. The effects of deprivation increased from 16 year olds to 25 year olds for lack of family or social support, financial difficulties, lack of gynaecological follow-up and anaemia in women, whereas they decreased for tobacco and alcohol consumption, lack of visit to dentist, and hearing loss.

**Conclusion:** Marked differences were detected between disadvantaged people and the reference group. In particular concerning access to health care, obesity, dental health, social and psycho-affective background.

**Prat Organ Soins 2007;38(1):43-53**

**Keywords:** deprivation; young people; health inequalities; health related behaviours; vulnerability; access to health care.

<sup>1</sup> Chargée d'études (ingénieur statisticien), Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (CETAF), Saint-Étienne.

<sup>2</sup> Médecin épidémiologiste (MD, PhD), CETAF, Saint-Étienne.

<sup>3</sup> Chargée de mission (PhD), CETAF, Saint-Étienne.

<sup>4</sup> Chargée d'études (sociologue), CETAF, Saint-Étienne.

<sup>5</sup> Statisticien (ingénieur, PhD), CETAF, Saint-Étienne.

<sup>6</sup> Professeur de santé publique (MD, PhD), Département de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand.

## INTRODUCTION

Dans son rapport de juin 1997 à la Conférence nationale de santé, le Haut comité de la santé publique avait insisté sur les problèmes de santé et d'insertion sociale de la jeunesse française, notamment les jeunes vivant en situation de précarité [1, 2]. Le taux de chômage des 15-24 ans est élevé (20,1 % des hommes et 22,6 % des femmes en 2003), soit deux à trois fois plus fréquent que dans la catégorie d'âge supérieure des 25-49 ans [3]. Cette situation des jeunes en France est un phénomène particulièrement préoccupant, qui conduit à des processus d'exclusion sociale, source de désespoir, de souffrance, voire de violence [4].

Face à cette situation, plusieurs dispositifs ont été mis en place par les pouvoirs publics en France [5, 6]. Ces dispositifs, qui associent plusieurs partenaires tels que les organismes publics ou semi-publics, les collectivités territoriales et des associations caritatives, visent à porter assistance aux jeunes afin de faciliter leur insertion sociale et d'acquérir une formation professionnelle. En 1982 ont été créées les Missions locales et Permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) (ordonnance n°82-273 du 26 mars 1982) afin d'aider les jeunes sortis de l'école sans qualification à surmonter les difficultés faisant obstacle à leur insertion professionnelle et sociale. Chaque année, 1 300 000 jeunes fréquentent ces organismes dont 400 000 nouveaux inscrits (bilan 2001 du réseau des missions locales et PAIO). Les Centres d'examen de santé (CES) agissant pour le compte de l'Assurance maladie ont également participé activement à ces dispositifs, dans le cadre de la mise en œuvre des programmes prioritaires de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés en direction des populations défavorisées (arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé), associant un parcours médico-social au parcours d'insertion professionnelle.

La présente étude a été initiée suite à la demande du Conseil national des missions locales, dans le but de dresser le bilan de la situation sociale et sanitaire des jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle. Il s'agit donc d'une étude descriptive visant à apporter des connaissances à des fins de prise de décisions en santé publique, en particulier en éducation pour la santé et accompagnement vers la recherche d'emploi et la réinsertion sociale. Cette étude repose sur la comparaison des données recueillies par les CES sur les jeunes 16-25 ans en insertion et sur une population de référence constituée des jeunes de même âge, étudiants ou engagés dans la vie professionnelle.

## MÉTHODES

### 1. Le réseau des CES

Les CES ont été créés suite à l'ordonnance du 19 octobre 1945

(article L321-3 du code de la sécurité sociale) instaurant les droits de chaque assuré social du régime général de la sécurité sociale ou de ses ayants droits, soit approximativement 85 % de la population française, à bénéficier d'un examen périodique de santé. Le réseau des CES est actuellement constitué d'une centaine de centres, répartis sur les 22 régions françaises. Chaque année, près de 600 000 personnes bénéficient d'un examen de santé.

### 2. Population d'étude

La population d'étude est définie par l'ensemble des jeunes en insertion professionnelle, âgés de 16 à 25 ans et examinés pour la première fois dans un CES, entre 1999 et 2003, soit au total 105 901 jeunes en insertion (46 758 hommes et 59 143 femmes). Ces jeunes ont été adressés aux centres par l'intermédiaire de différents organismes d'insertion ou partenaires tels que les Missions locales jeunes, PAIO, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres de formation d'apprentis, foyers de jeunes travailleurs, Protection judiciaire de la jeunesse, etc.

La population de référence est constituée des autres consultants des centres, âgés de 16 à 25 ans, examinés pour la première fois et pendant la même période. Ces 138 344 jeunes du groupe de référence (55 820 hommes et 82 524 femmes) sont composés d'étudiants (57,2 %), de jeunes en activité professionnelle (37,7 %) et de jeunes sans activité ou au foyer (5,1 %).

### 3. Données recueillies

L'examen de santé se déroule en plusieurs temps. Un auto-questionnaire permet le recueil d'informations sur le statut sociodémographique, les modes de vie, l'environnement social, l'accès aux soins et la santé perçue. Des examens para-cliniques et des examens biologiques sont pratiqués ainsi qu'un examen buccodentaire. Ce bilan est conclu par un examen médical. Toutes les procédures sont standardisées et décrites dans un guide de fiches techniques, élaboré par des experts et appliqué par tous les CES [7]. Les variables recueillies et étudiées dans ce travail sont présentées dans le tableau I. L'analyse statistique est limitée aux données recueillies de manière systématique lors de l'examen de santé pratiqué dans les centres.

### 4. Méthodes statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 12.0. Tous les résultats ont été stratifiés sur le sexe.

La régression logistique a été utilisée pour calculer les odds ratios (OR) des jeunes en insertion par rapport au groupe de référence, afin de mesurer les relations avec les variables étudiées. Les modèles de régression logis-

Tableau I  
Descriptif des variables (CES, France, 1999-2003).

<b>Comportements et modes de vie</b>	
Consommation de tabac	<i>Etes-vous non fumeur, fumeur actuel ou ex-fumeur ? "fumeur actuel" vs "non fumeur / ex-fumeur"</i>
Consommation d'alcool	<i>Prenez-vous des boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, apéritifs, digestifs ? "régulièrement (certains jours)" ou "tous les jours de la semaine" vs "jamais"</i>
Médicaments psychotropes	<i>"Être actuellement sous traitement psychotrope" vs "pas de traitement"</i>
Vacances*	<i>Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? "non" vs "oui"</i>
Spectacle*	<i>Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre,...) au cours des 12 derniers mois ? "non" vs "oui"</i>
<b>Environnement social</b>	
Recours à un travailleur social <sup>a</sup>	<i>Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur...) ? "oui" vs "non"</i>
Vie en couple <sup>a</sup>	<i>Vivez-vous en couple ? "non" vs "oui"</i>
Contacts familiaux <sup>a</sup>	<i>Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille, autres que vos parents ou vos enfants ? "non" vs "oui"</i>
Hébergement <sup>a</sup>	<i>En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? "non" vs "oui"</i>
Aide matérielle <sup>a</sup>	<i>En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ? "non" vs "oui"</i>
Difficultés financières	<i>Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? "oui" vs "non"*</i>
<b>Accès aux soins</b>	
Suivi médical	<i>Ces deux dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ? "jamais" vs "au moins une consultation dans les 2 ans"</i>
Suivi dentaire	<i>Ces deux dernières années, avez-vous consulté un dentiste ? "jamais" vs "au moins une consultation dans les 2 ans"</i>
Suivi gynécologique	<i>Etes-vous suivie régulièrement 1 fois par an sur le plan gynécologique ? "non" vs "oui"</i>
Contraception	<i>"non prise de contraceptif oral" vs "prise d'un contraceptif oral"</i>
<b>Santé</b>	
Note de santé perçue	<i>Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez : "perception négative de la santé &lt; 7/10" vs "note ≥ 7/10", avec 7 valeur seuil basée sur la distribution bimodale de la note dans la population</i>
Maigreur	<i>"Indice de masse corporelle (IMC) (poids/taillé<sup>2</sup>) &lt; 18,5" vs "≥18,5" (définition OMS)</i>
Obésité	<i>"IMC ≥ 30" vs "&lt; 30" pour les sujets âgés de 18 ans et plus (définition OMS). Les limites sont de 28,9 à 16 ans et 29,4 à 17 ans pour les hommes (respectivement 29,4 et 29,7 pour les femmes) [35]</i>
Caries	<i>"Présence d'au moins une carie dentaire non traitée" vs "absence de carie"</i>
Vision	<i>"Présence d'une ou de deux acuités visuelles (corrigées ou non) &lt; 7/10" vs "2 acuités ≥ 7/10"</i>
Audition	<i>"Avoir un déficit auditif moyen de la meilleure oreille &gt; 20 dB (décibels)" vs "déficit ≤ 20 dB". Calcul du déficit pour chaque oreille : (2 D500 + 4 D1000 + 3 D2000 + D4000)/10, D perte en décibels aux fréquences 500, 1000, 2000, 4000 Hertz [36]</i>
Anémie	<i>"Taux d'hémoglobine &lt; 130 g/L pour les hommes et &lt; 120 g/L pour les femmes" vs "≥ 120/130"</i>
Microcytose	<i>"Volume globulaire moyen (VGM) &lt; 80 μ<sup>3</sup>" vs "VGM ≥ 80"</i>

<sup>a</sup> Indicateurs recueillis à partir de l'année 2002.

tique ont été appliqués, avec les indicateurs de modes de vie, d'environnement social, d'accès aux soins ou de santé comme variables dépendantes. L'objectif étant descriptif, chaque variable est analysée indépendamment des autres, avec un ajustement sur des facteurs de confusion

potentiels : âge, région d'habitation et année d'examen.

Les interactions entre l'âge et les catégories de jeunes (en insertion vs étudiants/actifs) ont été testées. Etant donné la taille importante des effectifs étudiés, l'interaction avec

l'âge a été ensuite introduite dans le modèle logistique final à partir d'un seuil de signification statistique fixé à 1 % ( $p < 0,001$ ).

Afin d'obtenir des prévalences ajustées sur les covariables (âge, région, année), les prévalences ont été recalculées à partir des modèles de régression logistique selon la méthode préconisée par McNutt *et al.* [8]. Ainsi, lorsqu'une interaction statistiquement significative avec l'âge était observée, les prévalences étaient calculées pour chaque âge et pour les deux catégories de jeunes. L'adéquation des modèles logistiques a été vérifiée et validée par le test de Hosmer et Lemeshow (résultats non présentés).

## RÉSULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques des deux populations sont décrites dans le tableau II. Les jeunes en insertion sont en moyenne plus jeunes et ont un niveau d'instruction plus faible : les proportions de sujets sans diplôme ou illettrés sont de 43,5 % (hommes) et 32,7 % (femmes) chez les jeunes en insertion contre 12,9 % et 9,1 % respectivement dans la population de référence ( $p < 0,001$ ). A l'opposé, les proportions de sujets ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat sont 13,1 % (hommes) et 20,1 % (femmes) chez les jeunes en insertion contre 49,3 et 57,7 % respectivement pour la référence ( $p < 0,001$ ).

Tableau II  
Caractéristiques de la population d'étude (CES, France, 1999-2003).

	Hommes			Femmes		
	Jeunes en insertion (%)	Référence (%)	p	Jeunes en insertion (%)	Référence (%)	p
<i>Effectif total</i>	46 758	55 820		59 143	82 524	
<b>Age (%)</b>			$< 0,001$			$< 0,001$
16 ans	10,3	11,7		6,4	10,7	
17 ans	15,4	11,6		10,1	11,2	
18 ans	15,2	9,5		13,7	10,1	
19 ans	13,6	8,7		15,1	9,5	
20 ans	11,6	8,1		13,9	9,1	
21 ans	10,2	8,2		12,5	9,2	
22 ans	8,0	8,2		10,1	9,1	
23 ans	6,7	9,2		8,1	9,3	
24 ans	5,9	11,1		6,6	10,7	
25 ans	3,1	13,7		3,5	11,1	
<i>Total</i>	100,0	100,0		100,0	100,0	
<b>Année d'examen (%)</b>			$< 0,001$			$< 0,001$
1999	22,6	22,3		21,8	22,7	
2000	19,7	20,3		20,5	20,0	
2001	18,5	18,7		19,6	18,2	
2002	19,0	19,3		18,1	19,5	
2003	20,2	19,4		20,0	19,6	
<i>Total</i>	100,0	100,0		100,0	100,0	
<b>Niveau d'études <sup>a</sup> (%)</b>			$< 0,001$			$< 0,001$
Illettré	1,6	1,0		1,1	0,8	
Sans diplôme	41,9	11,9		31,6	8,3	
CAP / BEPC	43,4	37,8		47,2	33,3	
BAC	10,1	24,5		16,2	27,1	
DEUG / DUT	2,0	14,5		2,7	17,5	
Licence ou plus	1,0	10,3		1,2	13,1	
<i>Total</i>	100,0	100,0		100,0	100,0	

<sup>a</sup> Renseigné depuis 2002.

Les prévalences et les résultats des modèles logistiques sont détaillés dans les tableaux III et IV. Lorsque l'interaction avec l'âge est statistiquement significative, c'est-à-dire que l'effet de la précarité varie entre 16 et 25 ans, les taux de prévalence sont donnés pour chaque âge dans les figures 1 et 2.

La situation d'insertion professionnelle est liée à tous les indicateurs étudiés, les jeunes en insertion présentant des risques plus élevés que ceux du groupe de référence. Toutes les associations sont statistiquement significatives. Les ORs les plus élevés, compris entre 2,00 et 6,00, sont observés pour la consommation de tabac et d'alcool

Tableau III  
Régressions logistiques sur les indicateurs de modes de vie et d'environnement social (CES, France, 1999-2003).

	Prévalences <sup>a</sup> (%)		Jeunes en insertion / référence <sup>b</sup>	Interaction âge x précarité <sup>c</sup>	Jeunes en insertion / référence		
	Jeunes en Insertion	Référence	p	p	OR <sub>global</sub> <sup>d</sup>	OR <sub>16 ans</sub> <sup>e</sup>	OR <sub>25 ans</sub> <sup>e</sup>
<b>Comportements et modes de vie</b>							
<b>Hommes</b>							
Fumeur actuel	64,9	41,7	< 0,001	< 0,001	-	4,36	2,10
Alcool certains ou tous les jours	50,3	47,0	< 0,001	< 0,001	-	2,28	0,51
Médicaments psychotropes	2,9	1,5	< 0,001	0,320	1,89	-	-
Absence de vacances depuis 1 an	49,1	29,4	< 0,001	0,498	2,32	-	-
Absence de spectacle depuis 1 an	24,5	13,4	< 0,001	0,658	2,10	-	-
<b>Femmes</b>							
Fumeur actuel	55,0	37,1	< 0,001	< 0,001	-	4,00	1,45
Alcool certains ou tous les jours	21,5	21,9	< 0,001	< 0,001	-	2,04	0,45
Médicaments psychotropes	3,7	2,5	< 0,001	0,788	1,50	-	-
Absence de vacances depuis 1 an	50,5	29,9	< 0,001	0,442	2,39	-	-
Absence de spectacle depuis 1 an	29,9	16,1	< 0,001	0,428	2,23	-	-
<b>Environnement social</b>							
<b>Hommes</b>							
Recours à un travailleur social	40,2	9,9	< 0,001	0,002	6,13	-	-
Ne vit pas en couple <sup>f</sup>	85,3	82,1	0,111	< 0,001	-	0,78	2,62
Absence de contact famille	19,1	9,6	< 0,001	0,007	2,21	-	-
Absence d'hébergement en cas de besoin	21,8	9,8	0,044	< 0,001	-	1,32	3,02
Absence d'aide matérielle en cas de besoin	33,1	18,3	0,035	< 0,001	-	1,30	2,47
Difficultés financières dans le mois	26,0	14,7	0,809	< 0,001	-	0,95	3,33
<b>Femmes</b>							
Recours à un travailleur social	38,6	9,8	< 0,001	0,002	5,77	-	-
Ne vit pas en couple <sup>f</sup>	68,0	71,1	< 0,001	< 0,001	-	0,54	1,96
Absence de contact famille	17,8	9,9	< 0,001	0,434	1,97	-	-
Absence d'hébergement en cas de besoin	20,4	9,5	< 0,001	< 0,001	-	1,91	2,80
Absence d'aide matérielle en cas de besoin	36,0	18,0	< 0,001	0,005	2,56	-	-
Difficultés financières dans le mois	32,6	18,4	< 0,001	0,159	2,14	-	-

Lecture du tableau : exemple, pour « fumeur », 64,9 % fumeur chez jeunes hommes en insertion et 41,7 % dans la référence. Risque de tabagisme différent chez jeunes en insertion et référence ( $p < 0,001$ ) et interaction avec âge significative ( $p < 0,001$ ) : ORs différents avec l'âge, de 4,36 à 16 ans à 2,10 à 25 ans (cf. fig 1).

<sup>a</sup> Prévalences calculées à partir du modèle logistique, ajustées sur covariables (âge, région, année et interaction âge-précarité).

<sup>b</sup> Test de significativité (p) de la variable jeunes en insertion vs étudiants/actifs (référence) issu du modèle logistique.

<sup>c</sup> Test global d'interaction âge-précarité (p).

<sup>d</sup> Odds ratio (OR) des jeunes en insertion (référence : lycéens, étudiants ou actifs) en l'absence d'interaction âge-précarité significative.

<sup>e</sup> Odds ratio (OR) des jeunes en insertion (référence : lycéens, étudiants ou actifs) en présence d'interaction âge-précarité significative.

<sup>f</sup> renseigné à partir de 18 ans.

Tableau IV  
Régressions logistiques sur les indicateurs d'accès aux soins et de santé (CES, France, 1999-2003).

	Prévalences <sup>a</sup> (%)		Jeunes en insertion / référence <sup>b</sup>	Interaction âge x précarité <sup>c</sup>	Jeunes en insertion / référence		
	Jeunes en Insertion	Non précaires	p	p	OR <sub>global</sub> <sup>d</sup>	OR <sub>16 ans</sub> <sup>e</sup>	OR <sub>25 ans</sub> <sup>e</sup>
<b>Accès aux soins</b>							
<b>Hommes</b>							
Non-suivi médical	21,6	10,1	< 0,001	0,020	2,60	-	-
Non-suivi dentaire <sup>f</sup>	39,4	26,8	< 0,001	< 0,001	-	2,07	1,41
<b>Femmes</b>							
Non-suivi médical	12,3	5,3	< 0,001	0,019	2,33	-	-
Non-suivi dentaire	28,8	20,1	< 0,001	< 0,001	-	1,96	1,59
Non-suivi gynécologique régulier	55,3	47,5	< 0,001	< 0,001	-	0,70	1,76
Absence de contraceptif oral	55,7	48,6	< 0,001	< 0,001	-	0,52	1,78
<b>Santé</b>							
<b>Hommes</b>							
Note de santé < 7	22,6	15,2	< 0,001	< 0,001	-	1,92	1,78
Maigreux	8,2	11,8	0,848	< 0,001	-	1,01	1,76
Obésité	4,2	3,1	< 0,001	0,100	1,40	-	-
≥ 1 carie dentaire	59,3	37,3	< 0,001	< 0,001	-	2,95	2,47
Déficit visuel	18,0	13,7	< 0,001	0,211	1,37	-	-
Déficit auditif	4,7	2,9	< 0,001	< 0,001	-	2,36	1,33
Anémie	1,5	1,0	< 0,001	0,059	1,47	-	-
<b>Femmes</b>							
Note de santé < 7	32,3	20,6	< 0,001	< 0,001	-	2,36	1,77
Maigreux	13,1	12,6	0,005	0,006	1,05	-	-
Obésité	8,8	4,1	< 0,001	0,042	2,24	-	-
≥ 1 carie dentaire	52,4	32,5	< 0,001	< 0,001	-	2,78	2,37
Déficit visuel	20,7	16,8	< 0,001	0,248	1,29	-	-
Déficit auditif	6,3	3,6	< 0,001	< 0,001	-	3,54	2,07
Anémie	8,3	7,7	0,523	< 0,001	-	0,95	1,66
Microcytose <sup>f</sup>	5,5	4,3	0,191	< 0,001	-	1,13	2,13

a Prévalences calculées à partir du modèle logistique, ajustées sur covariables (âge, région, année et interaction âge-précarité).

b Test de significativité (p) de la variable jeunes en insertion vs étudiants/actifs (référence) issu du modèle logistique.

c Test global d'interaction âge-précarité (p).

d Odds ratio (OR) des jeunes en insertion (référence : lycéens, étudiants ou actifs) en l'absence d'interaction âge-précarité significative.

e Odds ratio (OR) des jeunes en insertion (référence : lycéens, étudiants ou actifs) en présence d'interaction âge-précarité significative.

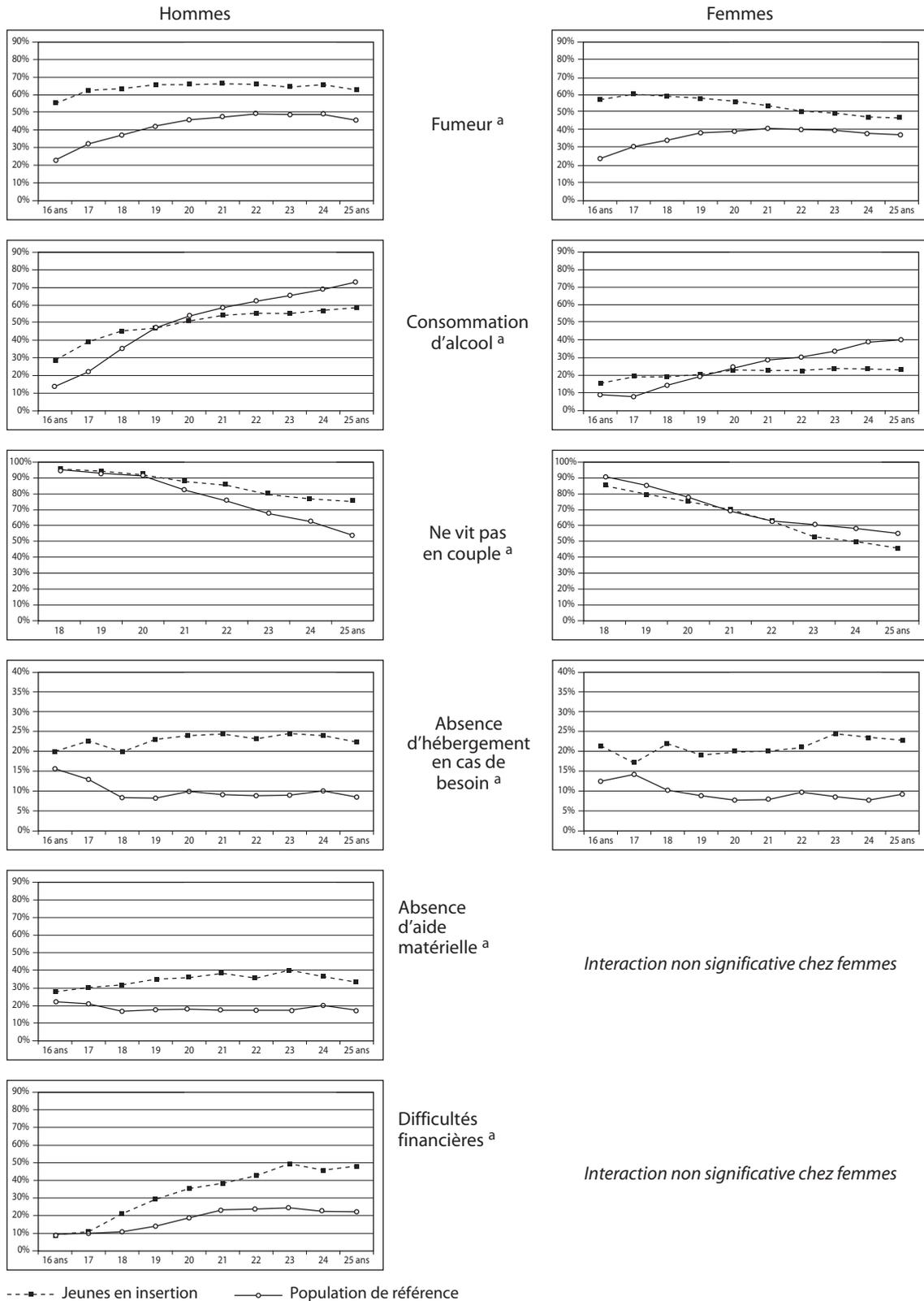
f Courbes de prévalences non présentées.

chez les plus jeunes, l'absence de loisirs (vacances, spectacle), le recours à un travailleur social, le fait de ne pas vivre en couple pour les plus âgés, l'absence de liens familiaux et de possibilité d'aide matérielle ou d'hébergement et les difficultés financières (tableau III). Concernant l'accès aux soins ou la santé, les risques les plus élevés concernent le non recours au médecin ou au dentiste, la perception négative de la santé et l'obésité chez les femmes, les caries dentaires et le déficit auditif (tableau IV). A l'opposé, les risques sont moindres (ORs < 1,50) pour l'obésité chez les hommes, la maigreux chez les femmes et le déficit visuel (tableau IV).

Les figures 1 et 2 montrent que certaines courbes de prévalences ont des profils différents entre 16 et 25 ans dans les deux populations (interactions statistiquement significatives avec l'âge).

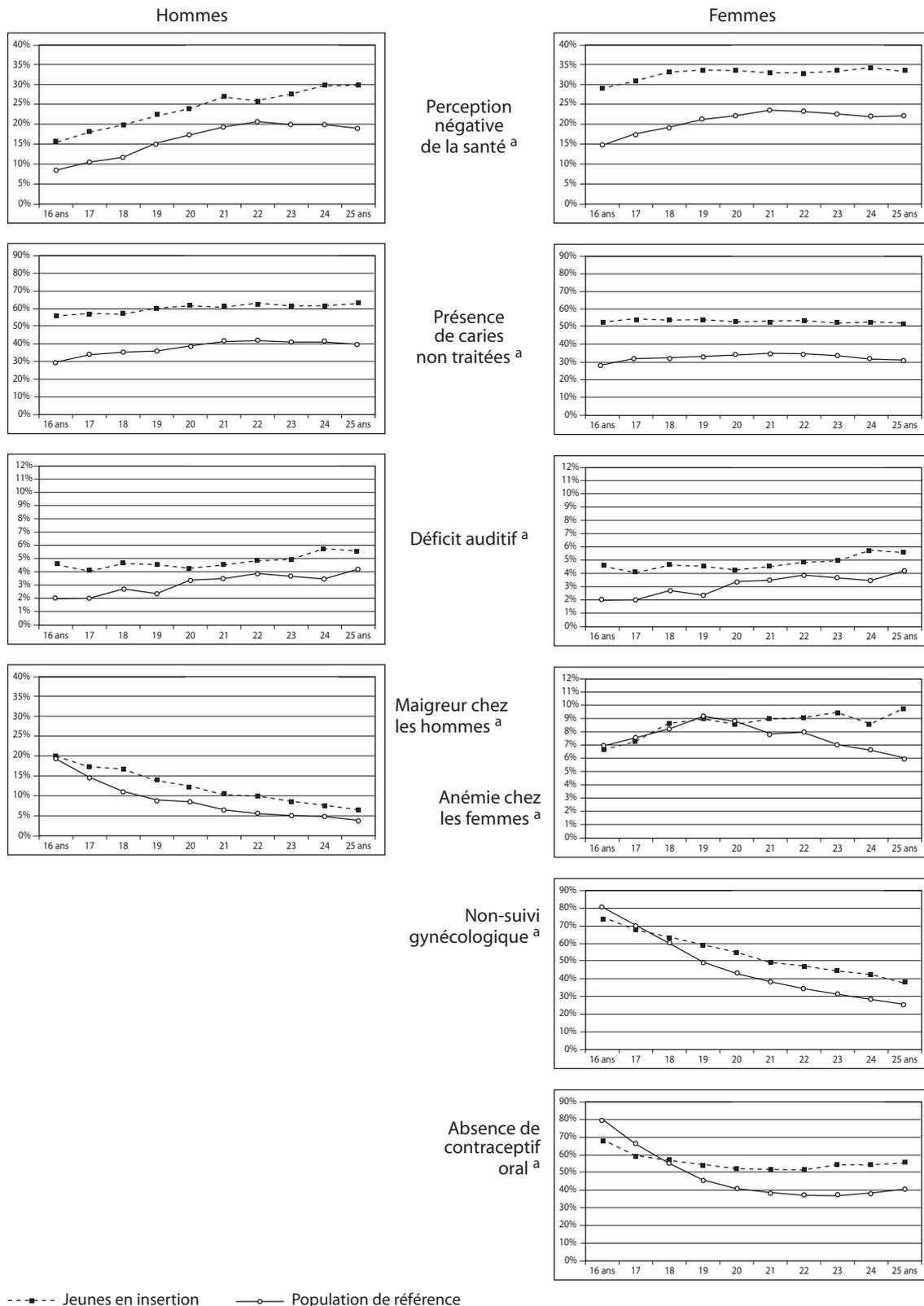
Quatre types de profils peuvent être décrits :

- Pour la plupart des indicateurs, les prévalences sont plus élevées chez les jeunes en insertion que chez les jeunes étudiants/actifs pour tous les âges (ORs >1,00 statistiquement significatifs). Cependant, pour certains indicateurs, les écarts (ORs) ont tendance à diminuer entre 16 et 25 ans : consommation de tabac, non re-



<sup>a</sup> les variables sont définies dans le tableau I

Figure 1. Indicateurs de modes de vie et d'environnement social : prévalences par âge (%), issues du modèle de régression logistique en présence d'interaction avec l'âge statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) (CES, France, 1999-2003)



<sup>a</sup> les variables sont définies dans le tableau I.

Figure 2. Indicateurs d'accès aux soins et de santé : prévalences par âge (%), issues du modèle de régression logistique en présence d'interaction avec l'âge statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) (CES, France, 1999-2003).

cours au dentiste, perception négative de la santé, en particulier chez les femmes, et déficits auditifs (tableaux III et IV, figures 1 et 2).

- A l'opposé, les prévalences sont également plus élevées chez les jeunes en insertion que chez les jeunes étudiants/actifs, mais les ORs ont tendance à augmenter entre 16 et 25 ans pour l'absence de possibilité d'hébergement en cas de besoin et, chez les hommes, pour l'absence d'aide matérielle, les difficultés financières et la maigreur (tableaux III et IV, figures 1 et 2).
- Les courbes de prévalences de la consommation d'alcool se croisent avec des ORs supérieurs à 1,00 à 16 ans, qui diminuent avec l'âge pour devenir inférieurs à 1,00 à partir 20 ans jusqu'à des valeurs de l'ordre de 0,50 à 25 ans (tableau III, figure 1).
- Un profil opposé est observé, chez les femmes, pour le fait de ne pas vivre en couple, le non-suivi gynécologique, l'absence de contraception orale et l'anémie microcytaire : les courbes de prévalences se croisent avec des ORs inférieurs à 1,00 à 16 ans qui augmentent et deviennent supérieurs à 1,00 avec l'âge (tableaux III et IV, figures 1 et 2).

## DISCUSSION

Cette analyse comparative permet de décrire la situation actuelle des jeunes engagés dans les dispositifs d'insertion professionnelle, par comparaison à celle des jeunes de même âge, actifs ou étudiants. A l'aide d'indicateurs variés, elle met l'accent sur la situation critique de ces jeunes, tant sur le plan social que sanitaire, et révèle la vulnérabilité de cette population. Par ailleurs, l'étude des interactions avec l'âge met en évidence que les écarts de risques entre les deux populations varient avec l'âge, en s'aggravant pour les situations de fragilité sociale ou de non recours aux soins, et en se réduisant pour certains comportements et la santé perçue. Nous observons les nombreuses difficultés rencontrées par ces jeunes, tout particulièrement concernant la situation socio-économique, le niveau d'étude, la santé et les comportements à risque, ou encore l'environnement psycho-affectif (loisirs, vie en couple, liens familiaux, possibilité d'hébergement et d'aide matérielle, recours au travailleur social, difficultés financières, santé perçue), montrant un risque de rupture sociale ou de précarisation. La fréquentation des lieux culturels (cinéma, spectacle) et les vacances sont aussi plus rares pour cette catégorie de jeunes. Ces résultats vont dans le sens des constats des acteurs de terrain en contact avec cette population [9].

Un point de discussion est le recours à des données déclaratives du sujet pour apprécier les consommations de tabac, d'alcool ou le non recours aux soins. Dans l'ensemble, ces données produisent des résultats concordants

avec les données issues de l'examen clinique. Cependant, le risque de consommation d'alcool, moins élevé dans la population des jeunes en insertion après l'âge de 20 ans, est difficile à interpréter. Il pourrait s'agir, soit d'une consommation d'alcool festive dans certaines populations, soit d'un biais de réponse qui pourrait résulter d'un déni de cette consommation en fonction des représentations de l'alcoolisme, ou du fait qu'une consommation de produits tels que vin, bière ou cidre ne soit pas identifiée comme une consommation d'alcool.

Les résultats sont caractérisés par la taille importante de l'échantillon étudié, qui réduit les fluctuations aléatoires et donne une grande précision aux résultats. L'existence de procédures standardisées dans les CES pour la passation des questionnaires et des examens cliniques et paracliniques renforce la fiabilité des données [10]. Une éventuelle généralisation de ces résultats pose le problème de la représentativité, notamment pour la population de référence, le recrutement des centres étant basé sur le volontariat. La comparaison de cette population de référence à celle du recensement de l'INSEE de 1999 montre que les répartitions par catégorie socio-professionnelle sont peu différentes. En effet, les proportions de cadres supérieurs, professions intermédiaires, employés, ouvriers et inactifs sont de 0,9 %, 5,7 %, 12,8 %, 10,0 % et 70,6 % dans la population de référence et de 0,6 %, 4,0 %, 10,3 %, 11,0 % et 74,1 % dans la population française 15-24 ans.

Nos résultats viennent confirmer et compléter les études publiées sur l'état de santé des jeunes selon la situation socio-économique. L'examen de la littérature révèle l'existence de deux types de travaux :

- des études portant sur les *inégalités de santé*, basées sur les indicateurs de position sociale comme le niveau d'études [11-13], la catégorie socio-professionnelle du jeune [12, 14-17] ou ceux des parents [13, 16, 18-20], le revenu du ménage [12, 14, 21], ou encore la situation d'emploi des parents [20, 22] ;
- et des études orientées vers la *précarité*, reposant sur des indicateurs de défaveur sociale tels que la structure familiale (familles monoparentales ou recomposées) [11, 13, 18, 21, 23], les jeunes hors formation [24] ou inscrits dans un dispositif d'insertion professionnelle (CFI-PAQUE : Contrat de formation individualisée et Programme d'aide à la qualification) [25], les jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse [26, 27] ou en situation de grande précarité (sans domicile fixe) [28].

Les prévalences observées sont cependant difficilement comparables aux données anglo-saxonnes, car la qualification de « jeunes en insertion » est issue de dispositifs français et ne figure pas définie de la même manière dans la littérature internationale.

L'étude de Choquet *et al*, sur le dispositif de formation CFI-PAQUE de jeunes déscolarisés depuis plus de quatre ans, montre que ces jeunes cumulent les difficultés sociales et économiques : 25 % ont au moins trois facteurs sociaux et scolaires défavorables : niveau scolaire très faible, déscolarisation avancée, absence d'activité professionnelle [25]. Ils ont une vie relationnelle carencée au niveau des liens familiaux et au niveau de l'investissement dans des activités de loisirs (sport, vie associative) [4, 25].

Les résultats de la présente étude font le constat que l'état de santé des jeunes en insertion est inquiétant, leur accès aux soins est déficient et ils sont moins bien soignés que la catégorie de référence pour les problèmes de vue, d'audition et dentaires. Les obstacles à l'accès aux soins font l'objet de nombreuses études [14, 29-31]. Les causes sont multiples : l'obstacle financier en est un mais ne suffit pas à expliquer l'absence de recours aux soins.

La souffrance psychique, principale pathologie des personnes en situation de précarité [32], induite par un environnement social instable produit une démobilitation, une perte d'estime de soi, sources de non-recours aux soins [1]. Les situations de fragilité, qu'elles soient économiques, sociales ou familiales, sont en effet sources de « stimuli affectifs négatifs » [1], suscitant des sentiments tels que manque de reconnaissance, dévalorisation personnelle, perte de l'estime de soi, sentiments d'injustice et d'impuissance. Nos résultats suggèrent effectivement l'existence d'une souffrance psychique chez les jeunes en insertion. En effet, certains indicateurs sont en relation avec la survenue de stimuli affectifs négatifs : perte des liens sociaux, recours à un travailleur social, difficultés financières, impossibilité d'aide matérielle ou d'hébergement, absence de loisirs (tableau III). Cet état de souffrance sociale et psychique pourrait être à l'origine des renforcements de comportements à risque [4, 33]. Les jeunes en difficulté cumulent des problématiques concernant divers champs de compétences : cliniques, sociaux, éducatifs, judiciaires, etc. et les modalités de réponses des institutions peuvent être cloisonnées, fragmentées et non harmonisées entre elles [34].

Cet état des lieux montre qu'une amélioration de la situation actuelle des jeunes en difficulté d'insertion nécessite une approche pluridisciplinaire de la santé. Cela suppose un rapprochement des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale. C'est pourquoi, sur l'initiative des pouvoirs publics et du Conseil national des missions locales et suite à la communication des présents résultats, une charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle a été signée en 2006, en appui aux différents acteurs.

## Remerciements

Les auteurs remercient les médecins directeurs et le personnel des Centres d'examen de santé (CES) pour le repérage de la population et la collecte des données. Ils remercient également les directeurs généraux successifs du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF) : Danièle Desclerc-Dulac, Jean-Pierre Lagraula et Norbert Deville, actuel directeur général du CETAF, ainsi que le docteur Jean-Pierre Giordanella et le professeur Marcel Goldberg, pour leur contribution à l'animation du réseau des CES et du CETAF.

## RÉFÉRENCES

1. Haut Comité de santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : Editions ENSP ; 1998.
2. Haut Comité de la santé publique. *Santé des enfants, santé des jeunes. Rapport adressé à la conférence nationale de santé 1997 et au Parlement*. Paris : Haut comité de la santé publique ; 1998.
3. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). *Enquêtes Emploi. Femmes et Hommes : regards sur la parité*. Paris : INSEE ; 2004.
4. Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Haut Comité de la santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Rennes : Editions ENSP ; 2000.
5. Salzberg L, Boulanger JM, Viostat LC. *Rapport sur les fonds d'aide aux jeunes*. 2001029 ed. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 2001.
6. Direction générale de l'action sociale. *Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005*. Paris : Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ; 2005.
7. Gueguen R. *Géographie de la santé des populations en situation de précarité*. In : Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, ed. *Précarisation risque et santé*. Paris : INSERM ; 2001. p. 119-30.
8. McNutt LA, Wu C, Xue X, Hafner JP. *Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes*. *Am J Epidemiol* 2003;157:940-3.
9. Freire MC. *La santé et l'insertion des jeunes, contribution des missions locales*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 2001.
10. Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. *Précarisation risque et santé*. Paris : Inserm ; 2001.
11. Guilbert P, Gautier A, Baudier F, Trugeon A. *Baromètre santé 2000 les comportements des 12-25 ans*. INPES ; 2004.

12. Leveque A, Humblet CP, Dramaix MW, Lagasse R. Do social class differentials in health and health behaviors exist in young people (15-to-24-year-olds) in Belgium ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002;50:371-82.
13. Coppieters Y, Piette D, Kohn L, De Smet P. Health inequalities: self-reported complaints and their predictors in pupils from Belgium. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002;50:135-46.
14. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etat de santé et recours au soins. *Questions Eco Sante* 2002;(49):1-6.
15. Astrom AN, Rise J. Socio-economic differences in patterns of health and oral health behaviour in 25 years old Norwegians. *Clin Oral Investig* 2001;5:122-8.
16. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood: the effects of parental and own socioeconomic status. *Eur J Public Health* 2004;14:417-21.
17. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004;59:1-12.
18. Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. *Vannes* : INPES ; 1998.
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *La santé des adolescents. Etudes et Résultats* 2004;(322):1-12.
20. Starfield B, Riley AW, Witt WP, Robertson J. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:354-61.
21. Abernathy TJ, Webster G, Vermeulen M. Relationship between poverty and health among adolescents. *Adolescence* 2002;37(145):55-67.
22. Guendelman S, Angulo V, Oman D. Access to health care for children and adolescents in working poor families: recent findings from California. *Med Care* 2005 Jan;43:68-78.
23. Ledoux S, Miller P, Choquet M, Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol* 2002;37:52-60.
24. Delbos Piot I, Narring F, Michaud PA. La santé des jeunes hors du système de formation : comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Sante Publique* 1995;(1):59-72.
25. Choquet M, Iksil B. Jeunes en insertion : enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans). *Villejuif* : Inserm ; 1994.
26. Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Paré C. Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé. Paris : INSERM, Direction de la PJJ ; 1998.
27. Choquet M, Hassler C, Morin D. Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après. Paris : INSERM ; Direction de la PJJ ; 2005.
28. Firdion JM, Marpsat M, Amossé T, Doussin A, Rochereau T. Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Paris : CREDES ; 2001.
29. Parizot I, Chauvin P. [The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003;51:577-88.
30. Bedos C, Brodeur JM, Benigeri M, Olivier M. [Social inequalities in the demand for dental care]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004 Jun;52:261-70.
31. Chauvin P, Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris : INSERM ; 2005.
32. Parquet JP. "Souffrance psychique et exclusion sociale" : rapport du groupe de travail mis en place par le secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 2003.
33. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In : *Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, ed. Les travaux 2003-2004 de l'Observatoire*. Paris : La Documentation française ; 2004. p. 101-26.
34. Direction générale de la santé. Santé mentale. Jeunes en grande difficulté : prise en charge concertée des troubles psychiques. Circulaire /DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; mai 2005.
35. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-3.
36. Job A, Delplace F, Arvers P, Gorzerino P, Grateau P, Picard J. Méthodologie d'analyse automatique d'audiogrammes visant à la surveillance épidémiologique de cohortes exposées aux bruits impulsifs. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993;41:407-15.