LA SANTE DES JEUNES ACCOMPAGNÉES EN MISSION LOCALE

Enquêtes menées auprès des jeunes et des référents des actions santé en 2019 en Nouvelle-Aquitaine

RESULTATS DE L'ENQUETE MENEE EN NOUVELLE-AQUITAINE

Rapport 084 – 04/2020
La Région Nouvelle-Aquitaine

Réalisée par l’ORS Nouvelle-Aquitaine

Julie DEBARRE & Priscilla ANNERY

Pilotage :

- Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine : Anne-Laure AVIZOU, Jocelyne GENIN, Claire LAGARDE
- Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine : Cécile MARCHEIX, Erwan AUTES
- Association régionale des missions locales en Nouvelle-Aquitaine : Marie RUEZ, Candice VALLEIER
- DIRRECTE Nouvelle-Aquitaine : Laurence BERNET, Salma KIHEL
- Missions locales Nouvelle-Aquitaine
  - Catherine BENOIST (ML de Bergerac – 24)
  - Gervaise COUMETTE (ML Libourne – 33)
  - Mathilde DUBOIS (ML de Haute-Vienne – 87)
  - Pierre DUGONTIER (ML Poitiers – 86)
  - Christine THIBAUD PARRON (ML de Haute-Vienne – 87)
  - Vincent PERON (ML Agglomération de Royan Atlantique – 17)
  - Léonie POUJARD (ML Poitiers - 86)
  - Ophélie ROGATIEN (ML Agglomération de Royan Atlantique – 17)
  - Corinne VENAYRE (ML Libourne – 33)

Remerciements :

Les jeunes pour avoir pris le temps de remplir le questionnaire,
Les conseillers des missions locales pour avoir répondu aux questions et accompagné les jeunes lors de la passation des questionnaires,
Les référents des missions locales pour avoir pu organiser la passation des questionnaires,
Les membres du COPIL, pour leur implication dans le projet,
L’ARML pour nous avoir accompagné dans le projet et nous avoir fourni des données issues d’i-milo,
L’ORS-CREA de Normandie pour leur collaboration.
I. OBJECTIFS ET METHODE ................................................................. 8
   A. OBJECTIFS .............................................................................. 8
   B. METHODE ............................................................................ 8
      1. Enquête auprès des jeunes accompagnés en mission locale ...................... 8
         a) Type d'étude ...................................................................... 8
         b) Population cible ............................................................... 8
         c) Echantillon attendu .......................................................... 8
         d) Circuit d'information et de passation des questionnaires ......................... 9
         e) Analyse et traitement des données .............................................. 10
      2. Approche évaluative des actions santé en mission locale ......................... 11
         a) Entretiens individuels auprès des référents des actions santé des missions locales .......... 11
         b) Entretiens collectifs auprès des jeunes ayant bénéficié des actions santé des missions locales ........ 12
         c) Questionnaire type évaluation auprès des jeunes ayant participé aux actions santé des missions locales ...... 12

II. RESULTATS .................................................................................. 14
   A. RESULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES JEUNES SUIVIS EN MISSION LOCALE .................................................. 14
      1. La qualité de l'enquête ................................................................ 14
         a) Le contrôle des données ....................................................... 14
         b) La représentativité et le redressement de l'échantillon ...................... 15
      2. Résultats ................................................................................ 16
         a) Les caractéristiques des répondants ............................................ 16
            La situation socio-démographique ............................................. 16
            La situation géographique des répondants ................................ 17
            Le type d’accompagnement en mission locale ............................. 18
         b) Les conditions de vie des répondants........................................ 19
            Logement et transport ............................................................ 19
            Les ressources financières des jeunes .................................... 20
            La précarité sociale ................................................................ 21
            La vie familiale ................................................................. 22
            Pratique sportive ................................................................ 22
         c)État et comportements de santé ................................................ 23
            Santé perçue et qualité de vie .................................................. 23
            Problèmes de santé .............................................................. 25
            Santé psychique et suicide .................................................... 25
            Comportement alimentaire et sommeil .................................... 27
Nutrition .............................................................................................................................. 28
Sexualité et comportement sexuel ..................................................................................... 29
Consommations de produits licites et illicites ................................................................. 29
Violences et accidents ........................................................................................................ 31
d) Accès et recours au système de santé et de soins ......................................................... 32
e) Besoins d’information .................................................................................................... 33
3. Comparaison des données avec celles des enquêtes de référence .............................. 34
 a) Comparaison avec les données d’enquête sur la santé des apprentis .......................... 34
 b) Comparaison avec les données d’enquête sur la santé des jeunes des missions locales de Normandie 34
c) Autres éléments de comparaison ................................................................................ 35

B. ENSEIGNEMENTS DE L’APPROCHE EVALUATIVE DES ACTIONS SANTE EN MISSION LOCALE .................. 36
 1. Constats et enjeux : les problématiques de santé des jeunes ...................................... 36
 2. Rôle des missions locales pour l’accompagnement santé et le soutien aux démarches administratives .................................................................................................................. 37
 3. Suggestions d’amélioration des référents des missions locales .................................. 40

CONCLUSION .................................................................................................................. 41
BIBLIOGRAPHIE ................................................................................................................. 44
ANNEXES .......................................................................................................................... 45
INDEX DES GRAPHIQUES

Graph 1. Répartition des jeunes interrogés selon leur âge au moment de l’enquête (en %) ............................................ 16
Graph 2. Situation familiale des jeunes interrogés (en %) ................................................................. 16
Graph 3. Niveau scolaire selon le genre (en %) ....................................................................................... 17
Graph 4. Répartition départementale des jeunes interrogés ................................................................. 17
Graph 5. Répartition des jeunes selon le type de commune et le département de domicile (en %) .... 18
Graph 6. Répartition de la proportion de jeunes en Garantie jeune dans l’échantillon selon le département (en %). ................................................................. 18
Graph 7. Motifs d’accompagnement en mission locale (en %) ............................................................. 19
Graph 8. Lieu de résidence habituelle (en %) ......................................................................................... 20
Graph 9. Moyens de transport quotidien (en %) ..................................................................................... 20
Graph 10. Proportion de jeunes en situation de précarité (d’après le score EPICES) selon le département de résidence (en %) ......................................................................................... 21
Graph 11. Perception des relations parentales (en %) ............................................................................. 22
Graph 12. Raisons évoquées de la non pratique sportive (en %) .................................................... 22
Graph 13. Etat de santé perçu selon le genre du répondant (en %) ................................................. 23
Graph 14. Bonne perception de l’état de santé des jeunes selon le département (en %) ............. 23
Graph 15. Échelle visuelle analogique sur le niveau de qualité de vie (en %) ................................... 24
Graph 16. Autoévaluation de la capacité à faire face aux difficultés (en %) ........................................ 24
Graph 17. Autoévaluation de faire face aux difficultés selon l’âge (en %) ........................................... 25
Graph 18. Niveau de dépressivité selon le genre et l’âge (en %) .......................................................... 26
Graph 19. Sentiment d’inutilité, pensées suicidaires et tentatives de suicide déclarés selon le genre (en %) ................................................................. 26
Graph 20. Prévalences des troubles alimentaires selon le genre (en %) ........................................ 27
Graph 21. Auto-estimation du temps de sommeil selon le genre (en %) ............................................ 28
Graph 22. Statut pondéral selon le genre (en %) ................................................................................... 28
Graph 23. Comportements sexuels selon le genre (en %) ..................................................................... 29
Graph 24. Prévalence du tabagisme quotidien selon le département (en %) .................................... 30
Graph 25. Proportion de consommateurs de produits illicites ou licites au cours des 12 derniers mois (en %)31
Graph 26. Actes de violence et accidents selon le genre (en %) ......................................................... 31
Graph 27. Recours aux professionnels de santé au cours de l’année écoulée (en %) ....................... 32
Graph 28. Motifs de renoncement aux soins (en %) .......................................................................... 32
Graph 29. Proportions de jeunes déclarant avoir besoins d’information selon le département de résidence (en %) ......................................................................................... 33
Graph 30. Besoins d’informations exprimés selon les thématiques (en %) ............................................. 33
Graph 31. Estimation du nombre de jeunes ayant participé à des actions santé en mission locale (n=12) ... 39

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1. Constitution de l’échantillon de jeunes à interroger selon la zone d’habitat................................. 9
Tableau 2. Nombre de questionnaires attendus et obtenus selon le département de la ML................. 14
Tableau 3. Comparaison de la structure de l’échantillon obtenu avec celui de la population cible 15
Tableau 4. Fréquence au questionnaire composite du score EPICES .................................................. 21
Tableau 5. Adéquation entre statut pondéral déclaré et perception de son corps (en %) ....................... 29
Tableau 6. Prévalence du tabagisme et du vapotage selon la fréquence de consommation et le genre (en %) ................................................................. 30
Tableau 7. Statut de la consommation d’alcool, des alcoolisations ponctuelles importantes et des ivresses selon la fréquence de consommation et le genre (en %) ................................................................. 30
Tableau 8. Comparaison avec les données de l’enquête santé des apprentis de 2018 (en %) ........ 34
Tableau 9. Comparaison avec les données de l’enquête santé des jeunes de missions locales de Normandie (en %) ................................................................. 35
Tableau 10. Comparaison avec les données ESCAPAD 2017 Nouvelle-Aquitaine (en %) ............... 35
Tableau 11. Caractéristiques des actions santé des missions locales .......................................................... 38
INDEX DES FIGURES

Fig 1. Circuit d’information et de passation des questionnaires ................................................................. 9
Fig 2. Localisation des missions locales participantes ................................................................................ 13
CONTEXTE

En 2018, près de 93 000 jeunes ont été accompagnés par les 43 missions locales (ML) de Nouvelle-Aquitaine [1]. Présentes sur l’ensemble du territoire, les ML exercent une mission de service public de proximité pour permettre à tous les jeunes de 16 à 25 ans de surmonter les difficultés qui font obstacle à leur insertion socio-professionnelle. Bien qu’en théorie, la ML s’adresse à tous les jeunes âgés de 16 à 25 ans, les structures d’accueil concentrent leurs interventions auprès des jeunes les plus en difficulté (ni en emploi, ni en formation, ni en stage).

Les jeunes se rendent volontairement en ML et sont accueillis pour une première réponse à leurs besoins, voire un premier entretien avec un conseiller d’insertion professionnelle (CIP). L’accompagnement personnalisé en entretien individuel et les actions collectives sont les deux principaux modes d’intervention. C’est au cours de l’entretien que le conseiller aide le jeune à s’orienter et détermine avec lui, les moyens à mobiliser pour réaliser toutes ses démarches.

Depuis plusieurs années, la santé des jeunes est une priorité nationale pour les pouvoirs publics. Les études réalisées jusqu’à aujourd’hui convergent vers de mêmes constats : les jeunes ne sont pas préoccupés par leur santé, et de fait, consultent très peu de professionnels de santé et possèdent moins souvent de couverture sociale complète.

La mission locale apparaît alors comme une ressource locale auprès de ce public et tend au développement de ses services en intégrant une dimension santé pour un accompagnement global en direction des jeunes favorisant une insertion socio-professionnelle.

Les différentes actions mises en place par les ML envers les jeunes en insertion tant dans les actions qui les visent directement (développement des compétences psychosociales, ateliers santé…) que celles autour de la sensibilisation et la formation des conseillers à « l’approche santé » contribueraient à l’amélioration de l’état de santé mentale déclaré et à l’estime de soi.

C’est dans ce contexte que la Région Nouvelle-Aquitaine a missionné l’Observatoire régional de santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine pour disposer, d’une part, de données objectives sur l’état de santé et les conditions de vie des jeunes suivis en ML en Nouvelle-Aquitaine et d’autre part, d’une approche évaluative des actions santé mises en place dans les ML. Ce projet a été mené avec l’appui et la collaboration de l’Association régionale des missions locales (ARML) de Nouvelle-Aquitaine.
I. OBJECTIFS ET METHODE

A. OBJECTIFS

Objectifs généraux

Les objectifs de cette étude sont de :
- Connaître, au mieux, l’état de santé et les modes de vie des jeunes accompagnés en mission locale ;
- Fournir des éléments d’évaluation (évaluation de processus) des actions santé menées en mission locale et financées par la Région Nouvelle-Aquitaine.

Ces informations devraient permettre d’adapter au mieux les actions de prévention à destination de ce public spécifique.

Objectifs spécifiques

Pour l’enquête menée auprès des jeunes accompagnés en mission locale :
- Analyser l’état de santé ressenti et les comportements de santé déclarés des jeunes accompagnés en mission locale selon plusieurs thématiques ;
- Comparer les principaux indicateurs avec d’autres enquêtes de référence afin de mettre en exergue les spécificités de ce public.

Pour l’approche évaluative des actions santé :
- Proposer une lecture globale de l’ensemble des actions financées par la Région Nouvelle-Aquitaine ;
- Apprécier le niveau de réalisation de l’action au regard de son objectif initial ;
- Apprécier la portée de l’action ;
- Estimer le niveau de satisfaction des jeunes concernés par l’action et des promoteurs de l’action ;
- Identifier les difficultés de mises en place des actions et les conditions de reproductibilité.

B. METHODE

1. Enquête auprès des jeunes accompagnés en mission locale

a) Type d’étude

Il s’agit d’une enquête épidémiologique transversale, observationnelle menée auprès des jeunes accompagnés en ML de Nouvelle-Aquitaine. Les répondants avaient la possibilité de remplir le questionnaire soit en ligne, soit sur papier dans les locaux de la ML.

b) Population cible

L’enquête a été proposée à tous les jeunes de 16-25 ans se rendant en ML de Nouvelle-Aquitaine du 30 septembre au 30 novembre 2019. Le jeune participant devait déjà être issu d’un parcours d’accompagnement, c’est-à-dire qu’il devait déjà avoir eu au moins un entretien, ou bien, avoir déjà participé à un atelier ou une information collective.

En Nouvelle-Aquitaine, au moment de l’enquête, 43 ML sont en fonctionnement avec plus de 90 000 jeunes accueillis par an1.

c) Echantillon attendu

Dans la mesure où des résultats par zone d’habitat étaient attendus, il importait de disposer d’effectifs suffisants, même dans les zones où les jeunes sont moins présents. En septembre 2018, parmi les 19 865 jeunes accompagnés de 18 ans et plus, 10 % étaient issus d’un QPV (quartier prioritaire de la politique de la ville), 30 % d’une ZRR (zone de revitalisation rurale) et 60 % d’une zone ni en QPV ni en ZRR.

1 Source : Entrepôt I-milo Nouvelle-Aquitaine (date extraction : 17/04/2019) /ARML
Tableau 1. Constitution de l’échantillon de jeunes à interroger selon la zone d’habitat

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>QPV</th>
<th>ZRR</th>
<th>Hors Zone (ni QPV ni ZRR)</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jeunes venus en ML en septembre 2018</td>
<td>1 913</td>
<td>5 909</td>
<td>12 043</td>
<td>19 865</td>
</tr>
<tr>
<td>Echantillon à atteindre avec une marge d’erreur de 3 % et un intervalle de confiance de 95 %</td>
<td>686</td>
<td>904</td>
<td>981</td>
<td>2 571</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Entrepôt I-milo Nouvelle-Aquitaine – Date d’extraction : 17 avril 2019

Précision : Pour une proportion de 50 % par exemple, compte tenu de son intervalle de confiance à 95 % et de sa précision de 3 %, la vraie valeur de cette proportion sera comprise entre [47 % ; 53 %].

En tenant compte de cette répartition, entre 14 et 161 jeunes ont été interrogés selon les ML pendant la période d’enquête, soit un effectif total attendu de 2 571 jeunes et un taux de sondage de 13 %.

d) Circuit d’information et de passation des questionnaires

Plusieurs étapes ont été nécessaires dans la circulation de l’information et la passation des questionnaires (figure 1).

![Figure 1. Circuit d’information et de passation des questionnaires](image)

- Un mail d’information a été envoyé aux directeurs/directrices des ML pour leur annoncer l’existence de l’enquête en précisant les dates de passation. Suite à ce mail, les chefs d’établissements ont envoyé à l’ORS, le nom du référent. Une relance a été renvoyée le 26 août pour ceux qui n’avaient pas répondu.

- Un référent, salarié de la ML a été nommé pour chaque structure.

- L’ORS a mis à disposition du référent les documents d’enquête. Des points d’étape sur la participation ont été régulièrement envoyés par mail (le 15/10, le 29/10, le 12/11 et le 30/11). Le référent avait la possibilité de contacter l’ORS en cas de problème.

- Dans chaque structure, le référent a un rôle primordial sur l’information de l’enquête aux jeunes afin de les inciter à participer, mais également pour répondre à leurs questions sur l’étude et suivre leur participation (information et remise des notes d’information, connexion aux questionnaires en ligne et/ou mise à disposition de questionnaires papier). D’autre part, il était chargé de remplir les deux premières variables du questionnaire, à savoir la zone d’habitat et le type de commune du jeune. Dans le premier cas, le référent recueillait l’information en se connectant sur le système d’information des ML (I-milo) et dans le second cas, grâce à un tableur Excel que l’ORS avait mis à sa disposition. Il a eu également la charge de renseigner un bordereau d’enquête qui a permis de connaître le nombre de personnes à qui le référent a proposé...
l’enquête, le nombre de refus et la (les) raison(s) du refus.

Les documents d’enquête

> Le questionnaire (annexe 1) est composé de 59 questions et comprend 5 thèmes principaux :
- Caractéristiques individuelles : sexe, âge, vivre en couple ou non, enfants à charge, dernier diplôme obtenu, situation actuelle et type d’accompagnement en ML, situation face à l’emploi des responsables légaux ;
- Conditions de vie : logement, mobilité (obtention du permis, moyen de transport utilisé), ressources financières, vie sociale, sports et loisirs, indicateur de précarité (Score EPICES) ;
- État de santé : maladies chroniques et limitation dans la vie quotidienne, perception de l’état de santé général, statut pondéral d’après le poids et la taille déclarés, perception de sa silhouette, qualité de vie, souffrance psychique, sommeil ;
- Comportement de santé : pensées suicidaires et tentatives de suicide, troubles alimentaires, sexualité et contraception, consommations (tabac, cigarette électronique, alcool, médicaments, cannabis), violences subie et agie, accidents ;
- Accès et recours aux soins : complémentaire santé, consultation auprès d’un professionnel de santé, renoncements aux soins ;
- Besoin d’information.

L’élaboration du questionnaire a donné lieu à des échanges répétés avec les membres du comité de pilotage et a été validé lors de la séance du 3 septembre 2019. Il a ensuite été testé auprès d’une dizaine de jeunes de ML de Normandie. Les questionnaires étaient strictement anonymes et ne comportaient aucune information permettant d’identifier le répondant de façon directe ou indirecte. Ils ont été enregistrés ou collectés de façon globale pour chaque ML (dans le cas de la version papier). Au vu du caractère sensible des données renseignées, ces dernières ont été stockées chez un hébergeur certifié "données de santé" via la plateforme Voozanoo 4. Le processus de recueil a fait l’objet d’une inscription au répertoire public des études enregistrées sur MR004 (étude n’impliquant pas la personne humaine) sur le site de l’INDS (Institut national des données de santé).

> Afin de fournir toutes les informations nécessaires au référent de l’établissement, un guide de référent a été rédigé précisant les objectifs et les caractéristiques de l’enquête ainsi que le rôle des référents. Une notice d’information à destination d’une part des jeunes et d’autre part à destination des tuteurs légaux pour les mineurs était mise à disposition de chaque référent. Un bordereau d’enquête était envoyé afin de recueillir les conditions de la passation de l’enquête (utilisation de l’affiche, notification des refus de participation). Une affiche informant de l’enquête était également proposée. Enfin, un tableur précisant le type d’espace de chaque commune de Nouvelle-Aquitaine était mis à disposition de chaque référent, dans le but de répondre à la question 2 du questionnaire.

Les conditions de passation des questionnaires

Les retours des bordereaux d’envoi ont concerné 30 référents sur 40 (soit 75 %). Les deux tiers des référents ont utilisé l’affiche pour informer de l’enquête. La passation des questionnaires a également été réalisée dans des antennes pour 22 missions locales (sur 30).

e) Analyse et traitement des données


La première étape des traitements statistiques a porté sur la qualité de l’enquête (analyse des taux de réponse à chacune des questions) et la représentativité de l’échantillon par rapport à la population cible. Des redressements statistiques ont ensuite été appliqués selon la méthode de calage sur marge afin que l’échantillon obtenu soit représentatif de la population cible. L’ensemble des variables du questionnaire a été analysé. De plus, certains indicateurs de l’enquête en ML ont pu être comparés avec ceux d’autres enquêtes de référence ayant utilisé le même indicateur (cf partie 3).

Analyse des facteurs sociodémographiques associés

Afin de tester des relations entre les variables, des régressions logistiques ont été réalisées pour chaque variable d’intérêt (par exemple la prévalence de tabagisme quotidien). Cette méthode multivariée permet de mettre en exergue des liaisons significatives entre des variables « toutes choses égales par ailleurs » et permet de neutraliser l’effet d’éventuels facteurs de confusion. Sauf précision contraire, seules les associations significatives « deux à deux » puis confirmées lors de la régression logistique au seuil de 5 % sont présentées dans ce rapport.

ORS NOUVELLE-AQUITAINE - Rapport N°084 – Avril 2020
L’ensemble des résultats a été présenté lors du comité de pilotage le 4 février 2020.

2. **Approche évaluative des actions santé en mission locale**


Ce recensement a été suivi d’un premier contact des 15 ML entre le 25 septembre et le 17 octobre 2019. Pour chaque action recensée, ont été identifiés les éléments suivants :

- Le nom du référent de l’action santé, sa fonction au sein de la ML et ses coordonnées ;
- Le nom de(s) (l’)action(s) santé et son/(leur) descriptif ;
- La pérennité ou non de(s) (l’)action(s) ;
- Le public cible et l’estimation du nombre de jeunes concernés ;
- Les partenaires ;
- Les ressources engagées.

Lors de ce premier contact, un entretien auprès des référents des ML a été programmé pour identifier les points forts et les difficultés de mise en œuvre de leur(s) action(s). Était également abordée, la possible mise en œuvre d’un focus groupe auprès des jeunes ayant bénéficié de(s) action(s).

Parmi les ML identifiées par l’ARML et la Région Nouvelle-Aquitaine :

- 3 ML n’ont pas été retenues, leur action n’ayant pas été mise en œuvre au moment de la prise de contact (Préva’na 2019) ;
- 1 action non reconnue (l’action n’a pas été identifié par la mission locale exécutante) ;
- 1 action affectée au Projet Relais Santé.


La méthode de cette seconde partie de l’étude comprenait deux temps : des entretiens individuels semi-directifs auprès des référents des ML et des **focus-groupes auprès des jeunes** ayant bénéficié des actions santé des ML (non réalisés – alternative proposée : questionnaire d’évaluation auprès des jeunes ayant participé aux actions santé en ML).

**a) Entretiens individuels auprès des référents des actions santé des missions locales**

**Objectif des entretiens**

L’objectif général des entretiens individuels auprès des référents des actions santé des missions locales est d’apporter un éclairage qualitatif à l’organisation existante des structures d’accueil et des actions mises en place en matière de promotion de la santé pour répondre aux besoins de santé des jeunes.

**Type d’entretiens et contenu**

Au regard de la mission de l’ORS qui est de recueillir les propos des référents des actions santé des missions locales, une enquête qualitative sur la base d’entretiens individuels semi-directifs, à usage principal, a été réalisée. Le choix de l’enquête semi-directive permet à l’enquêté de s’exprimer en toute liberté, sans que des modalités de réponses lui soient imposées. Pour ce faire, une grille d’entretien (annexe 3) comportant une dizaine de questions a été conçue pour explorer les différents points suivants :

- Présentation de la structure et de la personne référente rencontrée ;
- Description des problématiques de santé des jeunes et des ressources internes/externes disponibles ;
- Prise en compte des problématiques de santé au sein des missions locales : description des actions santé et appréciation de leur mise en œuvre.

**Planification et durée des entretiens**

Les entretiens individuels semi-directifs auprès des missions locales de la Région Nouvelle-Aquitaine se sont déroulés du 1er octobre au 12 novembre 2019. Les entretiens se sont déroulés par téléphone et en face à face lorsque la proximité du lieu et la planification des rendez-vous le permettait. La durée moyenne, par entretien, était de 30 minutes.
Les personnes enquêtées occupaient différentes fonctions : directeur, animateur régional, coordinateur/responsable santé-social et conseiller d’insertion professionnelle (CIP).
L’étude a été plutôt bien reçue auprès des missions locales, de par leur participation et leur implication active.

**Traitement et analyse des entretiens**

Les entretiens n’ont pas été enregistrés. Le caractère anonyme des entretiens a été respecté par la non-divulgation des personnes rencontrées.
Les données ont été retranscrites manuellement et ont fait l’objet d’une analyse sémantique.

b) Entretiens collectifs auprès des jeunes ayant bénéficié des actions santé des missions locales

La possible mise en œuvre d’un focus-group auprès des jeunes ayant bénéficié de(s) action(s) santé a été abordée lors du premier contact auprès des référents. Parmi les enquêtés, seules 4 missions locales ont répondu favorablement à la mise en place de ces entretiens collectifs auprès des jeunes, avec toutefois de très sérieuses réserves du fait de :
- La difficulté des missions locales à pouvoir mobiliser les jeunes aux actions santé ;
- Les jeunes ne participent pas à l’ensemble des animations proposées par la structure d’accueil ;
- La difficulté à pouvoir identifier les jeunes bénéficiaires de ces actions et de les mobiliser à participer à ces entretiens ;
- La durée d’accueil des jeunes en ML est variable selon leur situation socio-professionnelle ;
- La difficulté aux référents à pouvoir se mobiliser pour organiser ces entretiens collectifs.

Devant les difficultés exprimées par les professionnels des missions locales, la suppression de ces focus groupes a été actée en concertation avec le conseil régional. Une alternative a alors été proposée : un questionnaire d’évaluation à destination des jeunes ayant participé à une action santé en ML.

c) Questionnaire type évaluation auprès des jeunes ayant participé aux actions santé des missions locales

Les principales modalités du questionnaire d’évaluation auprès des jeunes ayant participé aux actions santé des ML ont été établies lors du comité de pilotage du 4 février 2020. Le questionnaire se doit d’être court, simple et adaptable selon le public et la thématique, et comprend plusieurs axes :
- Des questions réservées à la ML pour identifier l’atelier ou l’action évalué ;
- Des questions signalétiques qui permettent de caractériser chaque répondant ;
- La perception du jeune pour l’atelier auquel il a participé ;
- L’issue de cet atelier pour le participant.

La ML du Poitou s’est proposée pour tester le questionnaire auprès des jeunes. L’outil d’évaluation leur a été envoyé le 13 mars 2020, néanmoins, en raison des circonstances particulières du moment (Covid 19 ; confinement), le questionnaire sera testé ultérieurement.
UNE ETUDE EN DEUX TEMPS

Une enquête quantitative auprès des jeunes suivis en mission locale
- Un questionnaire
  5 thématiques : signalétique, conditions de vie, santé et comportements de santé, accès et recours aux soins, besoin d’information

Une enquête qualitative auprès des référents des actions santé en mission locale
- Des entretiens individuels semi-directifs
- Un questionnaire d’évaluation auprès des jeunes ayant participé aux actions santé des missions locales

Fig 2. Localisation des missions locales participantes

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine
II. RESULTATS

A. RESULTATS DE L’ENQUÊTE AUPRES DES JEUNES SUIVIS EN MISSION LOCALE

1. La qualité de l’enquête

Sur 43 ML présentes sur le territoire, 40 ont participé à l’enquête et représentent 95 % des jeunes accompagnés en ML en Nouvelle-Aquitaine (Figure 2). Dans 5 ML, 35 refus ont été consignés, soit un taux de refus très faible de 1,3 %.

a) Le contrôle des données

Recueil et collecte des données

Au total, 2 621 questionnaires ont été collectés : 1 090 questionnaires papiers (42 %) et 1 531 questionnaires remplis en ligne (58 %). Sur 40 ML participantes :
- 15 ont exclusivement utilisé le questionnaire en ligne ;
- 6 exclusivement le questionnaire papier ;
- Les 19 autres ayant eu recours aux deux modes de passation.

Echantillon attendu et obtenu

Chaque ML devait recueillir un nombre minimum de questionnaires selon la zone d’habitat de la commune du jeune (QPV, ZRR ou ni QPV ni ZRR). Par rapport au nombre de questionnaires attendus, près des deux tiers des ML ont atteints leur objectif et certaines ont dépassé le nombre de questionnaires attendus : La Gironde où plus de 500 questionnaires ont été recueillis, les Landes où l’effectif à atteindre était proche et les Deux-Sèvres (tab 2).

Par type d’espace, le nombre de questionnaires attendus a été atteint pour les zones ZRR et hors zones (ni QPV ni ZRR). Pour les territoires en QPV, 82 % des questionnaires prévus ont été recueillis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Départements</th>
<th>Nombre de ML participantes/existantes</th>
<th>Nombre de questionnaires</th>
<th>Nombre de questionnaires attendus</th>
<th>Nombre de questionnaires obtenus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Charente</td>
<td>2/2</td>
<td>153</td>
<td>197</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Charente-Maritime</td>
<td>4/5</td>
<td>251</td>
<td>299</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corrèze</td>
<td>3/3</td>
<td>154</td>
<td>173</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Creuse</td>
<td>1/1</td>
<td>51</td>
<td>62</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dordogne</td>
<td>5/5</td>
<td>193</td>
<td>213</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gironde</td>
<td>8/10</td>
<td>661</td>
<td>532</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landes</td>
<td>1/1</td>
<td>161</td>
<td>150</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lot-et-Garonne</td>
<td>3/3</td>
<td>159</td>
<td>189</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pyrénées-Atlantiques</td>
<td>4/4</td>
<td>200</td>
<td>228</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deux-Sèvres</td>
<td>4/4</td>
<td>207</td>
<td>157</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vienne</td>
<td>3/3</td>
<td>216</td>
<td>237</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haute-Vienne</td>
<td>2/2</td>
<td>166</td>
<td>184</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nouvelle-Aquitaine</td>
<td>40/43</td>
<td>2 571</td>
<td>2 621</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

Analyse des valeurs manquantes

Les valeurs manquantes étaient comptabilisées si un individu ne répondait pas à une question. Le nombre de valeurs manquantes par questionnaire variait de 0 à 49 (maximum possible à 50). Soixante pour cent des questionnaires n’ont aucune ou une seule valeur manquante, 91 % en comptabilisent 5 ou moins.

Au total, 78 personnes ont rempli partiellement leurs questionnaires (c’est à dire plus d’un quart des valeurs manquantes). Ces questionnaires ont été supprimés de l’échantillon car jugés non fiables.

De plus, un questionnaire jugé incohérent ainsi que 4 dont l’âge du répondant était de plus de 26 ans (2 de 27 ans, un de 28 ans
et 1 de 31 ans) ont été également supprimés.

L’échantillon analysable comporte ainsi 2 538 questionnaires.

b) La représentativité et le redressement de l’échantillon


Tableau 3. Comparaison de la structure de l’échantillon obtenu avec celui de la population cible

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Extraction i milo Nouvelle- Aquitaine 2018</th>
<th>Enquête Nouvelle-Aquitaine 2019</th>
<th>p &lt; 0.001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sexe</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Homme</td>
<td>80 917</td>
<td>2 533 vm=5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Femme</td>
<td>80 917</td>
<td>2 533 vm=5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Age</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>[15-17 ans]</td>
<td>11 342</td>
<td>11 222</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>[18-20 ans]</td>
<td>35 439</td>
<td>1245</td>
<td>10.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>[21-22 ans]</td>
<td>21 615</td>
<td>535</td>
<td>21.7%</td>
</tr>
<tr>
<td>[23-24 ans]</td>
<td>16 872</td>
<td>339</td>
<td>13.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>[25+ ans]</td>
<td>6 991</td>
<td>81</td>
<td>3.3%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Niveau de qualification</strong></td>
<td>80 917</td>
<td>2 430 vm=88</td>
<td>&lt;0.001</td>
</tr>
<tr>
<td>Niveau I à III (1)</td>
<td>5 610</td>
<td>69%</td>
<td>8.6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Niveau IV (2)</td>
<td>33 634</td>
<td>41.6%</td>
<td>33.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Niveau V (3)</td>
<td>25 107</td>
<td>31.0%</td>
<td>28.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Niveau V Bis et VI (4)</td>
<td>16 566</td>
<td>20.5%</td>
<td>28.6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sources : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine, entrepôt i-milo Nouvelle Aquitaine (17/04/19) ARML Nouvelle-Aquitaine

Note : Les niveaux de qualification correspondent au niveau bac +2 (1), au niveau bac (2), au niveau CAP/BEP (3) ou sans diplôme (4) (sortie en 3ème ou abandon en cours de CAP/BEP)

Le redressement

Les distorsions entre l’échantillon et la réalité doivent être corrigées. C’est l’objet du redressement consistant à donner un poids plus élevé aux catégories sous représentées et un poids plus faible aux catégories surreprésentées afin que chaque catégorie compte pour son poids réel.

Le redressement est basé sur 4 critères de pondération :
- Le sexe ;
- L’âge (en 5 classes) ;
- Le niveau de qualification (en 4 classes) ;
- La zone d’habitat (en 3 classes).

Les coefficients de redressements ont été calculés pour chaque individu selon leurs caractéristiques par rapport aux variables de redressement, sous le logiciel SAS.
2. **Résultats**

a) **Les caractéristiques des répondants**

**La situation socio-démographique**

**Une moyenne d’âge de 20 ans et 6 mois.**

Après redressement, la répartition par âge et par genre des jeunes enquêtés est similaire à la population accompagnée en ML de Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, l’échantillon est composé à 50,1 % de filles et à 49,9 % de garçons. L’âge des jeunes est compris entre 15 ans révolus et 26 ans, avec une moyenne d’âge de 20 ans et demi. Près de 4 jeunes sur 10 ont entre 18 et 20 ans au moment de l’enquête (graph 1). La répartition par âge n’est pas différente selon le genre.

![Graph 1](image)  
**Graph 1. Répartition des jeunes interrogés selon leur âge au moment de l’enquête (en %)**

**Des jeunes, le plus souvent ne vivant pas en couple et sans enfant.**

19,5 % des jeunes ont déclaré vivre en couple au moment de l’enquête : les filles plus souvent que les garçons (27 % vs 13 %). Parmi les répondants, 5,6 % ont au moins un enfant : plus fréquemment pour les filles que pour les garçons (9 % vs 2 %). Un seul enfant est comptabilisé pour les deux tiers d’entre eux, 2 enfants pour 26 % et 3 enfants pour 8 %. Plus des trois quarts des jeunes accompagnés en ML ne vivent pas en couple et n’ont pas d’enfant (graph 2).

![Graph 2](image)  
**Graph 2. Situation familiale des jeunes interrogés (en %)**

**Des jeunes filles plus souvent diplômées.**

Plus d’un jeune sur dix n’a aucun diplôme à l’issue de la scolarité obligatoire, 31 % possèdent uniquement le brevet des collèges ou le CAP/BEP et 41 % le baccalauréat. Parmi les répondants, le niveau de diplôme des filles est plus élevé que celui des garçons : en effet, 55 % de ces dernières ont déclaré un niveau supérieur ou égal au baccalauréat vs 41 % des garçons.
Les deux tiers des jeunes ont au moins un de leur parent qui travaille
Au moment de l’enquête, 65 % des jeunes ont déclaré avoir au moins un des parents qui travaille (31 % pour les deux parents), 15 % au moins un parent sans activité professionnelle (3 % pour les deux parents), 10 % au moins un des parents en invalidité/longue maladie et 10 % au moins un parent à la recherche d’un emploi.

La situation géographique des répondants
Globalement, la répartition des jeunes interrogés selon leur département de résidence est la même que celle des jeunes accueillis en ML pour l’année 2018. Cependant, les jeunes de Gironde sont légèrement sous-représentés dans l’enquête.

Six jeunes sur 10 habitent sur un territoire classé ni en ZRR ni en QPV
Conformément aux données d’activité, 61 % des jeunes résident dans une zone ni référencée en QPV ni en ZRR, 30 % en ZRR et 10 % en QPV.

Plus d’un jeune sur deux habite dans une commune urbaine
Plus d’un jeune sur deux habitent dans une commune urbaine, un tiers dans une commune rurale et 14 % dans une commune périurbaine. Cette répartition est évidemment différente selon le département de résidence. Ainsi, la proportion

2 QPV : Quartier prioritaire de la Ville, ZRR : Zone de revitalisation rurale (voir définitions en annexe 2).

**Graph 5. Répartition des jeunes selon le type de commune et le département de domicile (en %)**

![Graphique de répartition des jeunes selon le type de commune et le département de domicile](image)

*Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine*

**Le type d’accompagnement en mission locale**

**Plus d’un jeune sur deux est accompagné en ML dans le cadre de la Garantie Jeune.**

La garantie jeunes est un droit ouvert pour les jeunes en situation de précarité, qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni en étude (NEET). Ce dispositif permet d’accompagner les jeunes entre 16 et 25 ans en situation de grande précarité vers l’emploi ou la formation. Pour la mettre en œuvre, un contrat est signé entre le jeune et la mission locale et soumis aux conditions d’ressources. Pour en savoir plus, se référer à l’annexe 2 de ce document.

Au moment de l’enquête, 52 % des jeunes interrogés ont déclaré être accompagnés en ML dans le cadre de la Garantie Jeune. Cette proportion est différente selon les ML et impacte donc les données départementales, variant de 39 % en Vienne à 68 % en Haute-Vienne *(Graph 6).* Selon les données du système d’information I-milo, ce système d’accompagnement concernerait 16 % des jeunes en 2018. Cette sur-représentation serait expliquée par le fait qu’au moment des temps d’échange dans le cadre de ce parcours d’accompagnement, les jeunes sont plus captifs : l’enquête leur a été donc plus souvent proposée *(cf annexe 2).* Cette particularité est donc à prendre en compte dans les analyses, notamment dans les analyses multivariées.

Dans l’enquête, les jeunes en Garantie jeune sont plus souvent âgés de 15 à 20 ans (59 %) et sont plus nombreux à avoir un niveau inférieur au bac (55 %).

**Graph 6. Répartition de la proportion de jeunes en Garantie jeune dans l’échantillon selon le département (en %)**

![Graphique de répartition de la proportion de jeunes en Garantie jeune dans l’échantillon selon le département](image)

*Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine*

**La recherche d’emploi comme le motif principal d’accompagnement.**

Chaque jeune a choisi 2,3 modalités de réponses en moyenne à cette question. Plus des trois quarts des jeunes répondants ont déclaré être accompagnés dans le cadre de la recherche d’un emploi, 55 % pour l’orientation et 45 % pour la formation. Suivent ensuite la mobilité (22 %), le logement (16 %), les sports et loisirs (13 %) et la
citoyenneté (11 %). La santé représente un motif d’accompagnement pour 7 % des jeunes interrogés (graph 6). Les réponses à ces modalités ne sont pas différentes selon le genre, excepté pour les sports et loisirs et la citoyenneté où les garçons sont davantage accompagnés sur ces thèmes.

Quelques différences selon le type de territoire ont été observées : les jeunes habitant dans une commune périurbaine sont plus nombreux à avoir répondu « formation » et « mobilité » que les autres, de la même façon ceux habitant en zone périurbaine ou rurale ont plus fréquemment sélectionnés « citoyenneté » que les autres.

Les jeunes accompagnés dans le cadre de la Garantie Jeune sont plus nombreux que les autres à avoir choisi « la recherche d’emploi » et « l’orientation » mais également la « mobilité » et la « santé ».

Enfin, les jeunes en situation de précarité ont spécifiquement sélectionné la mobilité, le logement, la citoyenneté et la santé.

Graph 7. Motifs d’accompagnement en mission locale (en %)

Plusieurs réponses possibles

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

b) Les conditions de vie des répondants

Logement et transport

Les deux tiers des jeunes habitent chez leurs parents ou dans la famille.

Au moment de l’enquête, les deux tiers des jeunes habitent chez leurs parents ou dans la famille, un quart dans un logement indépendant, 5 % chez des amis, 2,5 % dans un foyer ou logement d’urgence et 1,5 % sont nomades ou sans hébergement. Il existe des différences dans le type de logement habituel selon le genre : ainsi, les filles ont plus souvent un logement autonome que les garçons, et ces derniers résident plus fréquemment chez les parents ou dans la famille que les filles.

Plus l’âge augmente, plus la proportion de jeunes vivant dans la famille diminue alors que celle des jeunes vivant en logement autonome augmente.

Enfin, la proportion de jeunes vivant dans la famille est moins élevée pour les jeunes vivant en milieu urbain (58 % vs 67 %). A noter également que 6 % des jeunes sont propriétaires.

1 Il s’agit ici des jeunes en situation de précarité sociale selon le score EPICES cf p 21
Plus d’un jeune sur deux utilise les transports en commun.
Pour les jeunes, l’utilisation des transports en commun reste le moyen de transport quotidien le plus fréquemment utilisé (51 %), suivi de la marche (46 %). La voiture est utilisée par 42 % des jeunes. Le niveau d’utilisation des moyens de transports est fortement lié au type de commune de résidence. Ainsi, les transports en commun, la marche et le vélo et/ou la trottinette sont plus fréquemment utilisés en milieu urbain tandis que la voiture et le deux-roues à moteur le sont plus souvent en milieu rural.

Près des deux tiers des jeunes majeurs ont leur permis de conduire ou sont en train de le passer.
Au moment de l’enquête, 41 % des jeunes de 18 ans et plus possèdent leur permis de conduire tandis que 23 % sont en cours d’apprentissage. Ces jeunes habitent le plus souvent en milieu rural ou périurbain, ont un niveau d’étude supérieur au bac et ne sont pas en situation de précarité.

Les ressources financières des jeunes

Un jeune sur cinq n’a pas de ressources financières.
Au cours de l’année écoulée, 80 % des jeunes ont bénéficié de ressources financières :
- 39 % des jeunes ont déclaré avoir perçu une ou plusieurs indemnités (chômage, fin de contrat, pôle emploi, allocation garantie jeune) ;
- 34 % au moins un salaire (RSA, allocations de formation, intérim) ;
- 19 % une aide financière de la famille ;
- 10 % des aides sociales (logement, familiale, Aide parent isolé (API), AAH (Allocation Adulte Handicapé)).
Un jeune sur cinq déclare ne pas recevoir d’aides financières. Cette proportion varie de 39 % pour les 15 -17 ans à 9 % pour les 25 ans et plus. Parmi ces jeunes, 20 % (soit 6 % de l’ensemble des jeunes) ne vivent pas dans leur famille. Ces derniers vivent plus souvent en milieu urbain ou périurbain et sont plus nombreux à avoir un niveau de diplôme inférieur au bac (7 % vs 4%).
La précarité sociale

Le *score EPICES* (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel multidimensionnelle de la précarité utilisé notamment dans les centres d'examens de santé. Il ne prend pas en compte uniquement les difficultés financières mais également la composition familiale, les liens sociaux, les loisirs, l'accès à la propriété immobilière et la couverture maladie. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Conformément à l'article 2 de l’arrêté de 1992, la définition socio-administrative de la précarité concerne les jeunes en insertion professionnelle, le seuil de 40,2 est considéré comme le seuil de précarité.

### Tableau 4. Fréquence au questionnaire composite du score EPICES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Questions nécessaires n=11</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?</td>
<td>26,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?</td>
<td>86,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Vivez-vous en couple ?</td>
<td>19,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Êtes-vous propriétaire de votre logement ?</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>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…) ?</td>
<td>43,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?</td>
<td>60,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?</td>
<td>24,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?</td>
<td>50,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?</td>
<td>82,7</td>
</tr>
<tr>
<td>En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?</td>
<td>83,6</td>
</tr>
<tr>
<td>En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?</td>
<td>76,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine*

Un jeune sur deux est en situation de précarité.

Le score moyen est de 42,1 pour les jeunes de ML. En appliquant le seuil de précarité (cf encadré précédent), la moitié des jeunes de ML peuvent être considérés en situation de précarité.

Cette proportion est plus élevée dans les communes urbaines (54 %), chez les 21 ans et plus (53 %) et chez les jeunes qui ont un niveau d’études inférieur au bac (59 %). De plus, cette proportion varie de 42 % dans les Landes à 66 % dans la Haute-Vienne.

**Graph 10. Proportion de jeunes en situation de précarité (d’après le score EPICES) selon le département de résidence (en %)**

*Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine*
La vie familiale

85 % des jeunes ont de bonnes relations avec leurs parents.

D’une manière générale, 85 % des jeunes déclarent entretenir de bonnes relations avec leurs parents (voire très bonnes pour 46 %), pour 10 %, il s’agit de relations jugées comme mauvaises et pour 5 % comme inexistantes.

Les bonnes relations parentales sont plus souvent déclarées en milieu rural qu’en milieu urbain (88 % vs 82 %). Au contraire, les mauvaises relations sont plus fréquemment déclarées chez les jeunes de 21 à 22 ans (13 %).

Graph 11. Perception des relations parentales (en %)

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

Pratique sportive

60 % des jeunes ont déclaré avoir pratiqué du sport au cours de l’année écoulée : plus les garçons que les filles (67 % vs 53 %). Les jeunes ayant un niveau d’études supérieures au bac en ont plus souvent pratiqué que les autres (65 % vs 56 %) ainsi que les jeunes qui sont identifiés comme non précaire (71 % vs 47 %). Sur une semaine, les jeunes ayant eu une activité sportive en ont pratiqué pendant 4h30 en moyenne.

Pour les 40 % n’ayant pas pratiqué de sport, les raisons les plus fréquemment évoquées étaient le manque d’envie (40 %), le coût trop élevé (34 %), par choix personnel (23 %) et par manque de temps (19 %).

Graph 12. Raisons évoquées de la non pratique sportive (en %)

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine
c) Etat et comportements de santé

Santé perçue et qualité de vie

Près de 9 jeunes sur 10 estiment que leur santé est bonne.

A l’instar de ce qui est observé dans d’autres enquêtes, les jeunes ont globalement une perception plutôt positive de leur état de santé : 89 % considèrent que leur santé est bonne voire très bonne ou excellente alors que 11 % l’estiment médiocre voire mauvaise. Les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer avoir un bon état de santé (91 % vs 87 %). Plus l’âge augmente, plus la proportion de jeunes déclarant leur état de santé comme mauvais augmente, variant de 6 % pour les 15-17 ans à 19 % pour les 25 ans et plus.

Graph 13. État de santé perçu selon le genre du répondant (en %)

La perception de l’état de santé des jeunes varie selon le département. Ainsi, la proportion des jeunes estimant être en bonne santé varie de 82 % en Lot et Garonne à 94 % en Charente.

Graph 14. Bonne perception de l’état de santé des jeunes selon le département (en %)

12 % des jeunes insatisfaits de leur qualité de vie.

Pour estimer la qualité de vie ressentie, une échelle visuelle analogique dit échelle de Cantril a été proposée aux jeunes. Ils devaient positionnés leur niveau de qualité de vie sur une échelle allant de 0 à 10, 0 représentant la pire qualité de vie possible et 10 la meilleure.

En moyenne, les jeunes ont situé leur vie actuelle à 6. Ainsi, 45 % d’entre eux estiment être plutôt satisfaits de leur vie, 43 % moyennement satisfaits et 12 % ne pas être satisfaits de leur qualité de vie (Fig 14).
Le niveau de satisfaction atteint son maximum pour les 15-17 ans (54 % de satisfaction) et son minimum pour les 21-22 ans (39 %). La perception de la qualité de vie est différente selon le type de commune de résidence : ainsi 42 % des jeunes qui vivent en commune urbaine considèrent que leur qualité de vie est satisfaisante contre respectivement 49 % et 48 % pour ceux qui habitent en commune rurale et en commune périurbaine. La proportion de jeunes estimant leur qualité de vie satisfaisante est plus élevée chez les jeunes ayant au moins le niveau bac (90 % vs 85 % pour les autres), chez les jeunes en couple et les chez les jeunes qui ne sont pas en situation précaire (94 % contre 81 %).

Plus d’un jeune sur deux peuvent faire face aux difficultés (Coping)

Intégrées dans les compétences psychosociales, les stratégies d’adaptation représentent l’ensemble des actions qu’un individu met en œuvre afin de résoudre les problèmes auxquels il est confronté.

En général, dans la vie, 54 % des jeunes estiment avoir les ressources nécessaires pour faire face aux difficultés (dont 9 % très bonnes), 35 % passablement et 8 % estiment ne pas avoir les capacités suffisantes. La proportion des jeunes qui considèrent avoir des compétences suffisantes est plus élevée chez les garçons que chez les filles (61 % vs 51 %), ainsi que chez les jeunes qui ne sont pas en situation de précarité. Cette proportion est également plus élevée chez les jeunes qui habitent en commune périurbaine (59 % vs 54 % en milieu rural), chez les jeunes ayant un ou plusieurs enfants (67 % contre 55 %) et chez les jeunes qui ne sont pas en situation de précarité (64 % contre 50 %). Selon l’âge, la situation est plus complexe avec une capacité renforcée aux deux extrémités d’âge du public concerné, à savoir à 15-17 ans (60 %) et à 25 ans et plus (69 %).
Problèmes de santé

Pres de 4 jeunes sur 10 déclarent avoir un problème de santé.

- Un quart des jeunes déclarent vivre avec une maladie chronique qui revient régulièrement et qui dure : 29% pour les filles et 22% pour les garçons. La quasi-totalité (93%) de ces jeunes ont précisé la pathologie concernée : les problèmes musculaires et articulaires (23%), les allergies et l’asthme (22%) mais également les troubles dépressifs et liés à l’anxiété (11%) ont été le plus souvent cités ;
- Un cinquième des jeunes déclarent être limité ou gêné dans leurs activités quotidiennes, dont 4% fortement gêné ou limité. Les jeunes filles ont davantage déclaré une limitation (21% vs 17% des garçons). Le motif principal de limitation ou de gêne le plus fréquemment cité est une limitation physique (33%) et les « douleurs et fatigue » (27%) ;
- 8% présentent une problématique de santé empêchant d’accomplir les démarches quotidiennes ou professionnelles ;
- 9% des jeunes ont une reconnaissance de travailleur handicapé (MDPH) dont 3% en cours d’instruction.

Santé psychique et suicide

Un tiers de jeunes avec des signes de dépressivité marqués et fréquents : 40% des filles et 25% des garçons.

Les troubles de l’humeur sont repérés par un indicateur synthétique (score de Kandel) construit à partir d’une série de questions (réveil nocturne, difficultés pour s’endormir, inquiétude, nervosité, manque d’énergie, sentiment de déprime, confiance dans l’avenir) sur l’année écoulée. Le score est calculé selon la fréquence des troubles ressentis. Trois catégories ont ainsi été construites : absence de troubles de l’humeur (ou peu et rarement), quelques troubles de l’humeur et de nombreux troubles d’humeur de manière fréquente.

Au cours des 12 derniers mois, 36% des jeunes ne présentaient pas ou peu de signes de dépressivité, 31% quelques signes mais de fréquence modérée et 32% des signes plus marqués et plus fréquents. Ces derniers sont plus souvent des filles que des garçons (40% vs 25%). Cette proportion est plus élevée chez les jeunes de 23-24 ans, quel que soit le genre (34% des garçons et 45% des filles). Enfin, Les jeunes en situation de précarité sont particulièrement vulnérables puisque 44% d’entre eux ont des signes de dépressivité.
Un tiers des jeunes est concerné par les idées suicidaires ou les tentatives de suicide.
Près d’un quart des jeunes ont déclaré avoir pensé au suicide au cours de l’année : 14 % rarement, 5 % assez souvent et 3 % très souvent. Cette proportion est plus élevée chez les filles (24 % contre 19 % chez les garçons), elle est également plus importante chez les 21-22 ans (27 %), chez les jeunes accompagnés en garantie jeunes (24 % contre 19 %) et les jeunes en situation de précarité (27 % contre 18 %).
Les tentatives de suicide au cours de la vie concernent 16 % des jeunes : 8 % une seule fois et 9 % plusieurs fois. Comme pour les idées suicidaires, cette proportion est plus élevée chez les filles (19 % contre 14 %) et chez les jeunes en situation de précarité (22 % contre 14 %). Cette proportion est plus importante chez les jeunes en ZRR (20 % vs 17 % en HZ et 13 % en QPV).

Un sentiment d’inutilité ressenti par 4 jeunes sur 10.
Le sentiment d’inutilité est déclaré de manière fréquente chez 39 % des jeunes : 23 % assez souvent et 16 % très souvent. Ce sentiment est plus souvent exprimé chez les filles que chez les garçons (44 % contre 35 %) et chez les 21-24 ans (43 %). De plus, les jeunes qui sont accompagnés dans le cadre de la garantie jeune sont moins souvent concernés que les autres (38 % contre 41 %).
Comportement alimentaire et sommeil

Plus d’un quart des jeunes sont concernés par les troubles alimentaires.
Les troubles alimentaires concernent 27 % des jeunes en mission locale. Ces troubles sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons quel que soit le trouble alimentaire. Ils sont également plus présents chez les personnes en situation de précarité (30 % contre 24 %).

Le fait de manger énormément avec de la peine à s’arrêter est le trouble alimentaire le plus fréquent.
Le fait de manger énormément avec de la peine à s’arrêter concerne 18 % des jeunes (13 % assez souvent et 5 % très souvent). Cette proportion est plus élevée chez les filles que chez les garçons. Manger en cachette concerne 14 % des jeunes (8 % assez souvent et 6 % très souvent). Selon l’âge, cette proportion est plus élevée chez les 15-17 ans (23 %). Le fait de redouter de commencer à manger de peur de ne pouvoir s’arrêter concerne 7 % des jeunes (5 % assez souvent et 2 % très souvent) et est plus élevé chez les filles que chez les garçons. Sefaire vomir après un repas concerne 2 % des jeunes (0,5 % très souvent) et est également plus élevé chez les filles que chez les garçons.

Un quart des jeunes accompagnés en mission locale ne prend pas de petit-déjeuner le matin.
Près de 6 jeunes sur 10 sautent un repas régulièrement :
- 56 % le petit-déjeuner dont 24 % tous les jours. Cette pratique est plus souvent réalisée par les garçons (58 % vs 54 %) ;
- 17 % le déjeuner (3 % tous les jours) ;
- 7 % le dîner (1 % tous les jours). Cette pratique est plus souvent fréquente en milieu urbain (8 %).
Les raisons évoquées pour sauter un repas sont d’une part de ne pas avoir faim pour 67 %, ne pas avoir le temps pour 21 % et des raisons financières pour 13 % d’entre eux.

Les deux tiers des jeunes considèrent leur temps de sommeil suffisant.
Les deux tiers des jeunes des missions locales estiment que leur temps de sommeil est suffisant (18 % tout à fait suffisant, 49 % suffisants), 28 % plutôt insuffisant et 6 % tout à fait insuffisant. La proportion de jeunes considérant que leur sommeil est suffisant est plus élevée chez les garçons que chez les filles (70 % vs 63 %).
Afin de dormir, 20 % des jeunes déclarent prendre des médicaments : 15 % de manière occasionnelle et 5 % régulièrement. Huit jeunes sur dix présentent au moins un trouble du sommeil :
- 62 % déclarent avoir du mal à s’endormir assez souvent ou très souvent ;
- 60 % se réveille la nuit assez souvent ou très souvent ;
- 42 % se sentent fatigués le matin au réveil de manière régulière.
Ces troubles du sommeil sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons (85 % contre 73 %) et ils augmentent au fur à mesure de l’avancée en âge variant de 82 % chez les 15-17 ans à 86 % pour les 25 ans et plus. Enfin, ces troubles sont plus souvent présents chez les jeunes en situation de précarité (86 % contre 76 %).
**Nutrition**

Plus d’un quart des jeunes sont en surcharge pondérale.

> Selon les déclarations des jeunes sur leur taille et leur poids, 59 % des jeunes seraient de corpulence normale, 28 % seraient en surcharge pondérale (16 % en surpoids et 12 % seraient obèses) et 13 % en sous-poids. La part de jeunes en surcharge pondérale est plus importante chez les filles que chez les garçons (30 % vs 25 %) et augmente avec l’âge (35 % chez les 25 ans et plus). Elle est également plus élevée chez les jeunes qui habitent en couple (35 % contre 25 %).

**Graph 22. Statut pondéral selon le genre (en %)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Statut pondéral</th>
<th>Homme</th>
<th>Femme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sous-poids</td>
<td>13,6</td>
<td>13,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Corpulence normale</td>
<td>14,1</td>
<td>17,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Surpoids</td>
<td>61,8</td>
<td>56,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Obésité</td>
<td>10,6</td>
<td>12,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

> 41 % des jeunes se perçoivent de bon poids, 33 % trop gros et 19 % trop maigre. Les filles se perçoivent plus grosses que les garçons (44 % contre 23 %) ainsi les jeunes en situation de précarité (40 % contre 35 %).

> Des distorsions entre le statut pondéral et la perception de son corps ont été observées : Ainsi chez les garçons, 28 % des personnes en surcharge pondérale se considèrent de bon poids alors que cette proportion est de 9 % chez les filles et d’autre part, 32 % des filles de corpulence normale se jugent trop grosses contre 12 % chez les garçons.
**Tableau 5. Adéquation entre statut pondéral déclaré et perception de son corps (en %)**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Homme</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th>Femme</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Maigre</td>
<td>A peu près de bon poids</td>
<td>Trop gros</td>
<td>Total</td>
<td>Maigre</td>
<td>A peu près de bon poids</td>
<td>Trop gros</td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>Sous-poids</td>
<td>74,6</td>
<td>23,1</td>
<td>2,4</td>
<td>100,0</td>
<td>60,6</td>
<td>34,1</td>
<td>5,2</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Corpulence normale</td>
<td>27,3</td>
<td>60,6</td>
<td>12,1</td>
<td>100,0</td>
<td>9,3</td>
<td>59,1</td>
<td>31,6</td>
<td>100,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Surcharge pondérale</td>
<td>1,9</td>
<td>28,9</td>
<td>69,2</td>
<td>100,0</td>
<td>0,9</td>
<td>8,9</td>
<td>90,2</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine*

**Note de lecture** : Parmi les garçons en surcharge pondérale, 69 % se perçoivent trop gros tandis que 29 % s’estiment de bon poids et 2 % trop maigre.

**Sexualité et comportement sexuel**

> **Au moment de l’enquête, 70 % des jeunes ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels.** Parmi ces jeunes :

- **les deux tiers utilisent un moyen de contraception.** Cette proportion est plus fréquente chez les filles que les garçons (72 % vs 60 %), les 25 ans et plus (62 %), les jeunes qui ne sont pas dans le dispositif de la garantie jeunes (69 % contre 66 %) et chez les jeunes non précaire (75 % contre 63 %) ;

- 42 % ont déclaré avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain : 29 % une fois et 13 % plusieurs fois. Cette proportion est plus élevée chez les filles (46 % contre 36 %), en commune urbaine (45 %), chez les 15-17 ans (48 %) et chez les jeunes non accompagnés en garantie jeune (44 % contre 40 %) ;

- **15 % n’utilisent jamais un préservatif** en cas de relations sexuelles avec un nouveau partenaire, alors qu’ils sont 53 % à utiliser un préservatif systématiquement, 20 % souvent et 12 % occasionnellement.

- **12 % ont déjà eu recours à l’avortement** : 10 % une fois et 2 % plusieurs fois. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes ayant au moins un enfant (27 % contre 11 %) et elle est plus élevée chez les jeunes ayant un niveau inférieur au bac (15 % contre 10 %).

**Graph 23. Comportements sexuels selon le genre (en %)**

*Parmi ceux ayant déjà eu des relations sexuelles*
*Questions portant sur le répondant et son partenaire*

Consommations de produits licites et illicites

> **La prévalence du tabagisme quotidien** chez les jeunes accompagnés en ML atteint 40 % (Tab 6). Elle est plus élevée chez les garçons, chez les 15-17 ans (49 %), chez les jeunes non-bacheliers (49 % contre 30 %), chez les jeunes précaires (45 % contre 34 %). Il existe des différences dans la prévalence du tabagisme quotidien selon le département de résidence, ainsi cette prévalence concerne plus d’un jeune sur deux en Creuse (Graph 24). Les fumeurs quotidiens fument en moyenne 11,4 cigarettes par jour avec une médiane qui se situe à 10 cigarettes par jour. Une prévalence de 4 % de vapoteurs quotidiens qui est plus élevé chez les garçons et chez les plus de 23 ans (5 %).
Tableau 6. Prévalence du tabagisme et du vapotage selon la fréquence de consommation et le genre (en %)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Garçons</th>
<th>Filles</th>
<th>Ensemble</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tabac (vm=26)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fumeur actuel</td>
<td>49,7</td>
<td>43,7</td>
<td>46,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Dont fumeur occasionnel</td>
<td>6,7</td>
<td>5,9</td>
<td>6,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Dont fumeur quotidien</td>
<td>43,0</td>
<td>37,8</td>
<td>40,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ex-fumeur</td>
<td>8,1</td>
<td>7,8</td>
<td>7,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Expérimentateur</td>
<td>12,3</td>
<td>12,3</td>
<td>12,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Jamais fumé</td>
<td>29,9</td>
<td>36,3</td>
<td>33,0</td>
</tr>
<tr>
<td>E-cigarette (vm=123)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vapoteur actuel</td>
<td>17,7</td>
<td>13,9</td>
<td>15,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Vapoteur occasionnel</td>
<td>13,3</td>
<td>11,0</td>
<td>12,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Vapoteur quotidien</td>
<td>4,7</td>
<td>2,9</td>
<td>3,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

Graph 24. Prévalence du tabagisme quotidien selon le département (en %)

> Un jeune sur deux a consommé de l’alcool au cours du mois écoulé dont 1 % qui a déclaré boire quotidiennement. Quel que soit l’indicateur, la consommation des garçons est supérieure à celle des filles. Pour les API et pour les ivresses, les jeunes de 15-17 ans sont le plus souvent concernés ainsi que les jeunes en milieu rural.

Tableau 7. Statut de la consommation d’alcool, des alcoolisations ponctuelles importantes et des ivresses selon la fréquence de consommation et le genre (en %)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Garçons</th>
<th>Filles</th>
<th>Ensemble</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Consommateur alcool (vm=141)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dans le mois</td>
<td>59,6</td>
<td>48,9</td>
<td>54,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Répétée</td>
<td>33,9</td>
<td>19,9</td>
<td>27,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Régulière</td>
<td>14,8</td>
<td>6,4</td>
<td>10,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) (vm=194)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>API dans le mois</td>
<td>51,9</td>
<td>39,4</td>
<td>45,6</td>
</tr>
<tr>
<td>API répétée</td>
<td>29,1</td>
<td>18,1</td>
<td>23,6</td>
</tr>
<tr>
<td>API régulière</td>
<td>11,0</td>
<td>4,0</td>
<td>7,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ivresse (vm=169)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ivresse (mois)</td>
<td>42,7</td>
<td>34,3</td>
<td>38,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ivresse répétée</td>
<td>21,9</td>
<td>12,1</td>
<td>16,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Ivresse régulière</td>
<td>8,9</td>
<td>2,8</td>
<td>5,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

Note : vm signifie valeurs manquantes

Définitions
- Alcoolisation ponctuelle permanente (API) : au moins 5 verres lors d’une même occasion
- Un usage régulier : au moins 10 fois dans le mois
- Un usage répété : au moins 3 fois dans le mois.
Un quart des jeunes déclare avoir consommé du cannabis au cours de l’année. Les deux tiers des jeunes de ML n’ont consommé aucun de ces produits ci-dessous au cours de l’année, 23 % en ont consommé un seul et 13 % ont consommé deux et plus. Plus d’un jeune sur 4 a consommé au moins une fois du cannabis au cours de l’année : plus souvent les garçons (30 % ou contre 23 %), plus fréquemment les 15-17 ans (36 %). Les jeunes en garantie jeunes sont plus nombreux à avoir consommé du cannabis (28 % contre 24 %) ainsi que les jeunes en situation de précarité (30 % contre 20 %).

Au cours des 30 derniers jours, respectivement 17 % des garçons et 12 % des filles ont déclaré avoir consommé au moins 10 fois, dont respectivement 9 % et 6 % quotidiennement (30 fois ou plus).

Graph 25. Proportion de consommateurs de produits illicites ou licites au cours des 12 derniers mois (en %)

Violences et accidents

Plus d’un jeune sur cinq a déjà été acteur et victime de violence : les garçons plus que les filles.
- 38 % des jeunes ont déclaré avoir été violenté au moins une fois : 16 % une fois, 5 % deux fois et 17 % trois fois et plus. Cet acte de violence a eu lieu au cours des 12 derniers mois pour 14 % d’entre eux. Les garçons, ceux qui ont un enfant et ceux qui sont en situation de précarité ont plus fréquemment déclaré avoir subi des violences.
- 29 % des jeunes déclarent avoir déjà été acteur de violence : une fois pour 13 %, 2 fois pour 5 % et 3 fois et plus pour 11 % d’entre eux. Cet acte de violence s’est déroulé au cours des 12 derniers mois pour un tiers. Les garçons, les jeunes en situation de précarité sont particulièrement concernés.
- 19 % des jeunes ont eu un accident au cours de l’année qui a entraîné une consultation médicale. Cette proportion est plus élevée chez les garçons (21 %). Il s’agissait d’un accident de circulation pour 38 %, un accident à domicile pour 22 %, un accident de sports et de loisirs pour 19 % et un accident de travail pour 18 %.

Graph 26. Actes de violence et accidents selon le genre (en %)

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine
d) Accès et recours au système de santé et de soins

 Parmi les jeunes accompagnés en mission locale, 82 % déclarent avoir accès à la sécurité sociale, 13 % ne savent pas et 4 % n’y ont pas accès. Les 2/3 des jeunes ont accès à la complémentaire santé (33 % par l’intermédiaire de la CMUC et 34 % par une mutuelle privée personnelle ou par leurs parents), 17 % ne savent pas et 10 % des jeunes n'ont pas accès à une complémentaire santé.

 Près de neuf jeunes sur dix ont consulté au moins un professionnel de santé au cours des douze derniers mois : 80 % un médecin généraliste, 36 % un gynécologue (pour les filles), un quart un chirurgien-dentiste et respectivement 15 % pour l’ophtalmologue et 15 % pour le psychologue ou psychiatre. Ce sont les filles qui consultent plus souvent que les garçons, quel que soit le spécialiste. 12 % des jeunes n’ont consulté aucun professionnel de santé au cours de l’année écoulée. Ce sont plus souvent des garçons et des jeunes en situation de précarité.

 Graph 27. Recours aux professionnels de santé au cours de l’année écoulée (en %)

 Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

 Le renoncement aux soins concerne 22 % des jeunes, et plus spécifiquement les soins dentaires

 Au cours de l'année écoulée, 42 % des jeunes ont déclaré avoir renoncé au moins une fois à des soins dentaires, 34 % à une consultation spécialisée, 26 % à des soins ou traitements non remboursés, 24 % à une consultation auprès d’un médecin généraliste, 23 % à des soins optiques et 12 % à des soins dermatologiques.

 Les raisons financières sont de loin le premier motif de renoncement aux soins pour 51 % des personnes ayant déclaré avoir déjà renoncé à des soins, suivi des délais trop longs (21 %), et la peur ou la crainte du médecin (20 %).

 Graph 28. Motifs de renoncement aux soins (en %)

 Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine
e) Besoins d’information

- Un jeune sur cinq (19 %) déclarent ne pas savoir vers qui s’adresser en cas de besoin sur la sexualité, plus spécifiquement les garçons (23 %).
- Un besoin d’informations complémentaires énoncé par 45 % des jeunes, majoritairement sur les compétences émotionnelles.

Suivant les thèmes énoncées, 45 % des jeunes souhaitent des informations complémentaires. Ces jeunes habitent plutôt en milieu urbain, ont 23 ans et plus et sont plus nombreux à ne pas être accompagnés en garantie jeune (49 %). Ce besoin d’informations est différent selon le département de résidence, variant de 37 % dans les Landes à 52 % en Deux-Sèvres.

*Graph 29. Proportions de jeunes déclarant avoir besoins d’information selon le département de résidence (en %)*

Les thèmes les plus souvent cités ciblent les compétences émotionnelles (estime de soi et bien-être, gestion des émotions), la nutrition (alimentation, activité physique et sportive) et également les accès aux soins et aux droits (graph 30).

- Les réponses à ces modalités diffèrent selon le genre, les filles étant plus souvent demandeurs d’informations supplémentaires sur les compétences émotionnelles alors que les garçons requièrent des informations supplémentaires sur les activités sportives, la vaccination, les jeux vidéo et le temps sur les écrans.
- Quelques différences selon le type de territoire ont été observées : les jeunes habitant dans une commune urbaine sont plus nombreuses à demander des informations complémentaires sur la gestion des émotions, sur l’accès aux droits et aux soins, mais également des préoccupations quotidiennes (activités sportives, vaccination, hygiène de vie et santé environnement).
- Selon la situation familiale, les préoccupations des jeunes peuvent être différentes. Ainsi, ceux vivant en couple sont plus souvent demandeurs d’informations supplémentaires sur l’estime de soi et le bien-être ainsi que les violences et les maltraitances. Quant à ceux qui ont un enfant, ils réclament plus d’informations sur l’alimentation, sur l’accès aux droits et aux soins et sur les jeux vidéo.
- Les jeunes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale sont plus souvent demandeurs d’informations supplémentaires pour toutes les thématiques proposées, excepté les jeux vidéo, internet et réseaux sociaux.
- Les jeunes accompagnés dans le cadre de la Garantie Jeune sont plus nombreux que les autres à avoir choisi « les conduites addictives » et sont moins intéressés pour avoir des renseignements sur la thématique de la vie affective et sexuelle.

*Graph 30. Besoins d’informations exprimés selon les thèmes (en %)*

*Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine*
3. **Comparaison des données avec celles des enquêtes de référence**

Cette partie propose de comparer quelques indicateurs globaux de l’enquête avec ceux d’autres enquêtes menées auprès des jeunes. Ces comparaisons sont à prendre avec précaution et constituent des éléments de cadrage permettant de situer les comportements et ressentis des jeunes des mission locale par rapport à des jeunes d’âge comparable, ou par rapport à des jeunes de mission locale de territoire différent. Même si les questions ont été posées de la même façon, les conditions de passation ou les critères d’âge et de sexe ne sont pas totalement comparables.

a) **Comparaison avec les données d’enquête sur la santé des apprentis**

Cette enquête, financée par la Région Nouvelle-Aquitaine, a été menée en 2018 auprès d’un échantillon représentatif des apprentis de Nouvelle-Aquitaine par filière. Au total, 3 674 questionnaires ont été analysés. Les apprentis interrogés étaient âgés entre 15 et 30 ans [2].

Alors que les jeunes des missions locales ont plutôt une bonne perception de leur état de santé et de leur qualité de vie, leur santé psychique paraît fragilisée par rapport aux apprentis, que ce soit leur état dépressif, ou en termes de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide déclarés. Ils ont cependant plus souvent recours aux professionnels de la santé que leurs homologues apprentis. De plus, en comparaison, les jeunes des missions locales ont des comportements sexuels plus à risque que les apprentis. Les indicateurs de consommations de produits semblent moins marqués chez les jeunes de ML excepté pour le cannabis où ces derniers ont un usage régulier plus fréquent.

**Tableau 8. Comparaison avec les données de l’enquête santé des apprentis de 2018 (en %)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Santé des apprentis Nouvelle-Aquitaine</th>
<th>Santé des jeunes de ML Nouvelle-Aquitaine</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n = 2 461</td>
<td>n = 1 196</td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>Bonne et excellente santé</td>
<td>91,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vie satisfaissante</td>
<td>77,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Se sentir déprimé souvent</td>
<td><strong>18,7</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Penser souvent au suicide</td>
<td>3,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Tentative de suicide</td>
<td>6,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultation médecin généraliste dans l’année</td>
<td>59,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultation chirurgien-dentiste dans l’année</td>
<td>29,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Consultation psychiatrique, psychologue dans l’année</td>
<td>5,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sommeil suffisant</td>
<td>56,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Préservatif systématique avec nouveau partenaire</td>
<td>69,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Recours à la pilule du lendemain</td>
<td>31,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Fumeur quotidien</td>
<td>43,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Usage régulier d'alcool</td>
<td><strong>41,3</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>API répétées</td>
<td><strong>42,3</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>API régulières</td>
<td>13,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Usage régulier de cannabis</td>
<td>11,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sources : Santé des apprentis Nouvelle-Aquitaine 2018 [2], enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

b) **Comparaison avec les données d’enquête sur la santé des jeunes des missions locales de Normandie**

Cette enquête est réalisée tous les ans, le dernier volet a été menée en 2018, auprès d’un échantillon représentatif des jeunes ayant réalised au moins un passage dans un point d’accueil de mission locale de Normandie. Au total, 1 161 questionnaires ont été analysés [3].

Les résultats de l’enquête auprès des jeunes de mission locale de Normandie sont très proches de celle de Nouvelle-Aquitaine. Le motif d’accompagnement en ML est sensiblement le même dans les deux enquêtes. Quant à l’état de santé déclaré, la qualité de vie est plus fréquemment insatisfaissante en Nouvelle-Aquitaine surtout chez les filles. Alors que les proportions de jeunes qui n’ont pas eu de consultations médicales dans l’année est plus faible chez les garçons Néo-aquitains, la proportion de jeunes ayant renoncé aux soins dans l’année est plus élevée, représentant près d’un jeune sur quatre. Enfin, en Nouvelle-Aquitaine comme en Normandie, environ un jeune sur deux a exprimé une ou plusieurs demandes d’informations. Les filles plus spécifiquement sur l’estime de soi et le bien-être, alors que pour les garçons il s’agissait du sport et des loisirs (jeux-vide et du temps d’écran) (tab 9).
Tableau 9. Comparaisons avec les données de l’enquête santé des jeunes de missions locales de Normandie (en %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Santé des jeunes de ML Normandie 2018</th>
<th>Santé des jeunes de ML Nouvelle-Aquitaine 2019</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hommes n = 601</td>
<td>Hommes n = 1 122</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes n = 555</td>
<td>Femmes n = 1 411</td>
</tr>
<tr>
<td>Surcharge pondérale</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Qualité de vie insatisfaisante</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Tentative de suicide (vie)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne pas avoir consulter de professionnel de santé (année)</td>
<td>26 à 7</td>
</tr>
<tr>
<td>Renoncement aux soins (année)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayant une maladie ou un problème de santé qui dure</td>
<td>35 à 18</td>
</tr>
<tr>
<td>Limitation dans les activités</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Insatisfaction de son sommeil</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Fumeur quotidien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Vapoteur quotidien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>Femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Usage répété d’alcool (3 fois+ dans le mois)</td>
<td>40 à 25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sources : Santé des jeunes des missions locales de Normandie 2018 [3], enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

c) Autres éléments de comparaison

Les consommations addictives (ESCAPAD 2017)

L’enquête ESCAPAD de 2017 est réalisée lors des JDC (Journée de défense du citoyen) et comptabilise 3 330 jeunes de 17 ans résidant en Nouvelle-Aquitaine. Une extraction des résultats de l’enquête en mission locale a été réalisée sur les 16-18 ans afin de pouvoir comparer les résultats [4].

Les jeunes de 16 à 18 ans des missions locales sont plus nombreux à fumer quotidiennement du tabac mais également du cannabis que les jeunes de cette tranche d’âge. Concernant l’alcool, les pratiques de consommation intensive (fait de boire au moins 5 verres en une occasion) sont plus fréquentes chez les jeunes de 16-18 ans des missions locales que pour l’ensemble des jeunes de cet âge.

Tableau 10. Comparaisons avec les données ESCAPAD 2017 Nouvelle-Aquitaine (en %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESCAPAD Nouvelle-Aquitaine 2017 (17 ans)</th>
<th>Santé des jeunes de ML Nouvelle-Aquitaine 2019 (16-18 ans)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tabac – Consommation quotidienne (1 fois/jour)</td>
<td>28,5 à 43,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Alcool- récent (au moins un usage dans mois)</td>
<td>75,5 à 55,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Alcool- régulier (au moins 10 usages dans mois)</td>
<td>10,1 à 10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Alcool- API répétée (au moins 3 fois dans mois)</td>
<td>20,1 à 28,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Cannabis – usage régulier (au moins 10 usages dans mois)</td>
<td>7,1 à 17,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sources : ESCAPAD 2017 Nouvelle-Aquitaine [4], enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine
B. ENSEIGNEMENTS DE L’APPROCHE EVALUATIVE DES ACTIONS SANTE EN MISSION LOCALE

Cette seconde partie propose une lecture globale de la mise en œuvre des actions santé en ML, financées par la Région Nouvelle-Aquitaine pour les années 2018-2019.

Ce travail s’associe et complète les études réalisées précédemment par l’Association régionale des missions locales (ARML) [5]. L’ARML, en effet l’interlocuteur privilégié pour répondre aux besoins et attentes des ML et faciliter la mise en œuvre et le déploiement des actions, notamment en termes de santé. Outre les diverses actions de prévention déployées par les ML, une action régionale spécifique pilotée par l’ARML vise le développement et l’animation autour de la mise en œuvre de Points Santé dans les ML. Cette action s’est déroulée dans le cadre du Programme régional pour l’accès à la prévention et aux soins des jeunes accompagnés en ML. Les résultats de la présente enquête enrichiront ces mêmes travaux.

1. Constats et enjeux : les problématiques de santé des jeunes

Les missions locales ont pour objectif de permettre à tous les jeunes de 16 à 25 ans, sorti du système scolaire, de trouver des solutions pour leur insertion professionnelle et sociale en leur permettant d’accéder à l’autonomie. Elles les orientent et les aident dans leurs démarches de recherche d’emploi mais aussi dans leurs démarches sociales. Chaque ML de la Nouvelle-Aquitaine suit les jeunes résidant dans sa zone de couverture (regroupement de communes). Ces zones de couverture sont particulièrement hétérogènes variant selon le caractère rural ou urbain du territoire.

Chaque jeune accueilli en ML est accompagné par un conseiller d’insertion professionnelle (CIP) référent. Le CIP reçoit le jeune en entretien individuel pendant lequel, le CIP analyse sa situation, repère ses potentialités et les freins à son insertion socio-professionnelle, le conseille et l’oriente vers le dispositif le plus adapté à ses besoins.

Au-delà de la mission principale de la ML qu’est l’insertion professionnelle, ces associations ont intégré, depuis sa création, d’autres dimensions transversales qui relèvent de déterminants socialement construits, qui vont influencer de manière positive et/ou négative son insertion (logement, mobilité, santé…).

Les enquêtés s’accordent à dire que les jeunes accueillis en ML sont soumis à des facteurs familiaux, sociaux et économiques qui influencent leur santé et donc leur insertion socio-professionnelle. Leur capacité à prendre soin d’eux, à pouvoir accéder aux ressources de santé peuvent être limitées, en lien à une forte souffrance psychique, associés aux angoisses de l’adolescence et au mal-être des personnes en situation précaire. Ils sont menacés par différentes formes d’exclusion sociale.

Les jeunes suivis en ML sont confrontés à d’importantes difficultés liées à l’accès aux droits et aux soins, à leur santé mentale et leur hygiène de vie.

Difficultés d’accès aux droits et aux soins
- Difficulté à repérer les problèmes de santé ;
- Incompréhension et/ou méconnaissance des ressources disponibles : difficulté à trouver les informations/à repérer les professionnels ;
- Difficulté à repérer les droits sociaux et les faire valoir ;
- Difficulté à la mise en œuvre des procédures par manque de temps, de volonté et/ou de ressources informatiques ;
- Contrainte face aux délais nécessaires aux démarches administratives, à l’ouverture des droits et aux délais de consultations, notamment de médecins spécialistes ;
- Accès aux soins faible, voire inexistant ;
- Difficulté à faire face aux frais liés aux soins.

Le contexte géographique peut également influencer la santé des jeunes en renforçant les difficultés d’accès aux soins (zone rurale, quartier défavorisé, faible mobilité résidentielle).

Difficultés liées à leur santé mentale
- Repérage fréquent auprès des jeunes en situation de mal être, de manque d’estime de soi et d’anxiété ;
- Difficulté à trouver les informations/à repérer les professionnels ;
- Contrainte face aux délais d’attente pour une prise en charge par le centre médico-psychologique (CMP) ;
- Problématiques de santé des jeunes qui ne relèvent pas de troubles psychiques sévères prise en charge en CMP ;
- Stigmatisation par les jeunes de la psychiatrie.

Difficultés liées à leur hygiène de vie
- Inégalités sociales et territoriales autour des questions d’addictions, de conduites à risques, de prévention des infections...
sexuellement transmissibles (IST), de contraception… ;
- Difficulté à trouver les informations/à repérer les professionnels ;
- Désintérêt des jeunes à l’égard de ces questions et/ou simulation de connaissances non acquises ;
- Jeunes présentant des comportements à risque en comparaison de la population générale.

Aussi, l’amélioration de la prise en charge de la santé des jeunes constitue un enjeu majeur à leur insertion socio-professionnelle. La Charte nationale d’engagement pour la santé des jeunes, signée en 2006 par le Conseil national des missions locales (CNML) et les ministres en charge de la santé et de la cohésion sociale entendait ainsi optimiser, sur tous les territoires, les conditions nécessaires à la mise en œuvre d’actions pérennes de promotion de la santé des jeunes, en renforçant le lien social.

**Charte nationale d’engagement pour la santé des jeunes**

- Améliorer le taux et la qualité de la couverture sociale des jeunes et de la couverture complémentaire ;
- Améliorer le taux et la qualité du recours aux soins généralistes des jeunes ;
- Améliorer le taux et la qualité des moyens d’accueil et d’écoute des jeunes en souffrance psychologique ainsi que le recours aux soins de santé mentale quand nécessaire ;
- Améliorer le nombre et la qualité des actions de prévention et d’éducation pour la santé des jeunes, avec les jeunes.

La place accordée à la santé par les ML est variable et dépend principalement de leur organisation interne, des besoins territoriaux des jeunes et de la politique engagée par la structure d’accueil. La majorité des ML enquêtées dispose d’un référent identifié pour les actions santé. Celui-ci, en collaboration avec les CIP de la ML détermine les problématiques de santé territoriales et articule l’offre de services, la coordination et la concertation des professionnels de la ML et des partenaires extérieurs opérationnels.

2. **Rôle des missions locales pour l’accompagnement santé et le soutien aux démarches administratives**

Le CIP accompagne le jeune dans le montage de dossiers administratifs pour toute demande liée à la santé dans le but de favoriser l’accès aux droits et aux soins (complémentaire santé, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), dépistages…) de ceux ne disposant pas ou peu de couverture sociale et dont l’état de santé nécessite une prise en charge physique et/ou psychique. Si les ML ne sont à priori pas spécialisées pour l’accompagnement de jeunes en situation d’handicap, ce sont en tout point des structures capables d’accueillir et accompagner ce type de public. Aussi, le CIP oriente le jeune auprès de tout professionnel de santé nécessitant une prise en charge.

Le CIP peut également orienter le jeune auprès du centre d’examen de santé de la caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) pour l’accès au bilan de santé.

**Communication, information et sensibilisation sur la santé**

Le CIP délivre au cours des entretiens individuels des informations générales sur la santé.

Différents types d’actions collectives d’information, de prévention et/ou de promotion de la santé sont également mises en place par le référent et/ou les CIP autour de l’accès aux droits et aux soins, notamment sur des questions d’addictions, de conduites à risques, de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), de contraception, de nutrition… à destination des jeunes inscrits en ML ; mais pas exclusivement (événements ponctuels, forums, festivals, journées thématiques…).

Les jeunes ont également accès à des informations en santé au travers d’espaces d’affichage ; lieux de ressources plus ou moins organisés selon les ML pour favoriser l’accueil, la convivialité des lieux, la cohésion sociale et qu’ils puissent se sentir à l’aise en toutes circonstances sur ces questions (exemple : des préservatifs à disposition aux toilettes pour préserver la discrétion). Quelques-uns des enquêtés ont fait référence de la constitution d’un comité jeunes, un lieu de débat où les jeunes sont libres de faire part de leur avis, et également de proposer et mettre en place des projets sur les sujets de leurs choix. Parmi les sujets récemment abordés figurent dans une mission locale par exemple, un projet de prévention du diabète (journée d’information) développé en collaboration avec le bureau d’information jeunesse (BIJ).

**Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes**

*L’action du psychologue en ML s’inscrit dans une logique de prévention* : prendre en compte les difficultés psychologiques des jeunes dans le cadre de leur parcours d’insertion professionnelle et leur proposer une écoute, et à terme une orientation vers des professionnels de santé de structures de prise en charge de droits communs. L’orientation des jeunes auprès des CMP n’est pas une piste privilégiée par les ML en raison des délais d’accès aux soins et des problématiques de santé des jeunes qui ne révèlent pas de troubles psychiques sévères (mal être, sentiment d’échec, contextes familiaux difficiles…). Ainsi l’accompagnement psychologique individuel des jeunes (voire collectifs dans certains cas) est de plus en plus valorisé en
ML par le biais de permanences organisées et répétitives d’un psychologue (salarié de l’équipe, libéral ou rattaché à un établissement de santé/medico-sociale), voire de professionnels formés, salariés des ML.

Aussi, les CIP représentent des interlocuteurs primordiaux pour l’accompagnement des jeunes en ML. Les enquêtés soulignent l’importance de pouvoir développer une relation de confiance auprès des jeunes et de pouvoir identifier les freins potentiels à leur insertion socio-professionnelle. Faute d’incitation des CIP, les jeunes s’avèrent difficiles à mobiliser. Quelques-unes des ML ont anticipé l’obstacle que peut-être la santé pour des professionnels sociaux et ont instauré des formations relatives aux problématiques de santé leur permettant d’aborder plus facilement les questions avec les jeunes et pouvoir explicitement répondre à leurs besoins et leurs demandes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tableau 11. Caractéristiques des actions santé des missions locales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Action</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Soutien aux démarches administratives</td>
</tr>
<tr>
<td>Communication, information, sensibilisation en santé</td>
</tr>
<tr>
<td>Prise en compte de la souffrance psychosociale des jeunes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

Les ML affirment leur positionnement dans une démarche à la fois globale et transversale envers les jeunes. Le temps dédié à la santé en ML diverge. Ce temps est souvent restreint (temps partiel, voire moins). Le tableau 11 illustre que la majorité des structures d’accueil multiplie ses interventions en termes d’actions individuelles et collectives. La liste des animations mises en place par les ML n’est pas exhaustive et ne fera donc pas état d’une analyse. Néanmoins, les entretiens révèlent que l’ensemble des ML s’attachent à travailler l’ensemble des problématiques de santé des jeunes accueillis et s’inscrivent (ou sont en cours de processus) dans le cadre du Point relais santé pour une grande majorité.

Les ML cadrent leur action sur la nécessité de créer un réseau et de coordonner les actions santé dans l’optique de pouvoir apporter des réponses multiples et adaptées et mettre en cohérence la politique de santé menée au niveau local. Un travail en réseau d’envergure a été mené selon deux axes différents, mais complémentaires :

- Un groupe projet composé de 30 missions locales de Nouvelle-Aquitaine réuni dans un même lieu pour échanger sur la mise en œuvre de leurs actions santé et être force de propositions. En 2019, l’ARML a organisé 4 réunions territorialisées à destination des référents santé et directeurs du réseau des ML Nouvelle-Aquitaine.

- Le réseau de partenaires est riche et diversifié. Les missions locales s’appuient et travaillent en synergie avec des partenaires extérieurs impliqués ayant des compétences en matière de santé (institutionnels, hospitaliers, libéraux, associatifs). Néanmoins, relativement peu de structures d’accueil font l’objet d’un partenariat formalisé et conventionné. Les enquêtés sont partagés : plusieurs d’entre eux allèguent qu’une convention est fondamentale à la pérennisation de la coordination locale et dénoncent, sans elle, une fragilité partenariale (turnover au sein de l’un ou l’autre des organismes partenaires, conflits d’intérêt locaux) ; d’autres sont moins sensibles à cette démarche. La convention est un engagement : la personne morale signataire ne peut changer d’avis et renoncer à la collaboration, une formalisation peut ainsi sembler parfois trop engageante. Les partenaires mobilisés sont assez semblables, quel que soit le territoire. Les ML expriment tout de même encore des difficultés à se faire reconnaître en termes d’accompagnement sanitaire systématique. Là encore, l’ARML a piloté une réunion régionale santé à destination du réseau, de ses partenaires et financeurs dans l’optique d’associer plus encore l’ensemble des acteurs au bénéfice de l’offre en santé auprès des jeunes. L’enquête montre une place prépondérante des professionnels extérieurs, des champs de la santé et de la prévention qui soutiennent les ML pour des interventions en matière de santé et apportent leur expertise : mission essentielle dans le parcours d’insertion des jeunes. Ils apparaissent les plus à même d’informer, de sensibiliser et identifier les besoins des jeunes en matière de santé, de détecter d’éventuellesopathologies et d’orienter les jeunes dans l’objectif de leur réinsertion dans le système de droits communs.

Les actions ont principalement lieu aux sièges des ML. Un certain nombre capitalisent leurs animations au sein de leurs antennes, voire hors les murs de manière à assurer un accompagnement de proximité. Les antennes des ML permettent de rencontrer plus aisément les jeunes du territoire et assurent un accompagnement de proximité. Il n’en est pas de même pour toutes les associations. Cela dépend essentiellement des ressources disponibles. Aussi, les spécificités des territoires influencent, de manière plus ou moins importante l’organisation interne des missions locales, la coordination des équipes, la portée de leur(s) action(s) et la mobilisation des jeunes. La mise en place des actions santé ne mobilise pas les mêmes ressources selon que les missions locales soient urbaines ou rurales (infrastructures, réseau de transport, communication, distance entre le siège et les
antennes de la ML). Si les territoires urbains disposent d’un réseau de transport plus ou moins accessible aux jeunes pour se déplacer de manière autonome à la ML ou hors les murs, les difficultés sont plus grandes en territoire rural. Plusieurs ML ont instauré le covoiturage, la location de minibus et/ou l’accompagnement physique d’un CIP et/ou du référent pour ne pas contraindre les jeunes à des inégalités sociales et territoriales déjà existantes.

Une estimation du nombre de jeunes ayant bénéficié de(s) action(s) santé a été faite auprès de chaque enquêté (graph 28). L’estimation du nombre de jeunes ayant participé aux actions santé inclue les jeunes issus des ML (Garantie Jeunes et hors dispositif), et également des jeunes non-inscrits à la ML (hors les murs). Les jeunes bénéficiaires de la Garantie Jeunes sont fréquemment destinataires des actions santé. La Garantie Jeunes est un dispositif visant à accompagner les jeunes de 16 à 25 ans, qui ne sont ni à l’école, ni en formation, ni en emploi, et en situation de grande précarité sociale (condition de revenus). Ce graphique ne permet pas d’illustrer l’utilisation de l’offre de santé auprès des jeunes (le nombre de participants aux services dédiés). Les jeunes s’avèrent difficiles à mobiliser sur ces questions de santé (rendez-vous non honorés, désintéressement, problématique de discussion de certains sujets tabous...). La santé n’est pas perçue comme une priorité pour eux (comportement individualiste, difficulté d’investissement dans la durée...). La communication et la visibilité de l’offre de santé sont des éléments à développer pour favoriser la mobilisation des jeunes aux actions santé. La démarche de communication par les pairs a été peu mentionnée par les enquêtés, néanmoins, fait partie de sérieuses réflexions au sein des ML et du réseau (ARML).

### Graph 31. Estimation du nombre de jeunes ayant participé à des actions santé en mission locale (n=12)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre de jeunes participants</th>
<th>ML</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>≤ 100</td>
<td>4 ML</td>
</tr>
<tr>
<td>100-200</td>
<td>1 ML</td>
</tr>
<tr>
<td>200-300</td>
<td>1 ML</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 500</td>
<td>4 ML</td>
</tr>
<tr>
<td>Non renseigné</td>
<td>2 ML</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Enquête 2019 dans les missions locales de Nouvelle-Aquitaine

Les jeunes sont difficiles à mobiliser mais plutôt satisfaits des actions santé proposées selon les missions locales. Les ateliers collectifs sont très appréciés de par leur contenu : des outils ludiques et de bons supports pour parler des différentes thématiques (diner quiz, théâtre forum, activité physique...). Un référent nous explique que parler de leur vécu les touche davantage. Un autre parle de l’activité physique comme un bon moyen d’échanger sur d’autres sujets : sortir du format de salle de classe. De manière générale, l’effet de groupe est un facteur facilitateur à la parole et la cohésion sociale. Les jeunes ainsi que les accompagnateurs sont des participants actifs. Cette homogénéité crée une ambiance de convivialité beaucoup apprécié des jeunes qui sont demandeurs de type d’animation et sollicitent l’accompagnement de manière autonome à la ML ou hors les murs. Si les territoires urbains disposent d’un réseau de transport plus ou moins accessible aux jeunes pour se déplacer de manière autonome à la ML ou hors les murs, les difficultés sont plus grandes en territoire rural. Plusieurs ML ont instauré le covoiturage, la location de minibus et/ou l’accompagnement physique d’un CIP et/ou du référent pour ne pas contraindre les jeunes à des inégalités sociales et territoriales déjà existantes.

L’objectif de ces actions est de rendre les jeunes acteurs de leur santé et de leur vie en leur donnant les clés pour être autonome et adopter des comportements favorables. La difficulté qui est évoqué est la complexité pour les jeunes de transposer les informations reçues à leur parcours d’insertion. Les enquêtés sont partagés quant à l’impact. Les jeunes sont en effet accueillis en ML lors d’une période de transition, au retour d’une situation stable. Une durée d’accueil variable, plus ou moins longue qui ne permet d’apprécier les effets pour l’ensemble du public. Parapluisme, l’insertion socio-professionnelle est une étape individuelle dépendant de multifacteurs sur lesquels il faut agir, et nécessitant un accompagnement global personnalisé. Les enquêtés ont tout de même pu apprécier les effets des animations, au cas par cas, auprès de plusieurs jeunes et particulièrement des modifications de comportements (mieux-être, meilleure estime de soi...).

Outre l’impact à long terme des actions santé, des questionnements subsistent des missions locales relatives à ces actions. Force
est de constater la difficulté des missions locales à financer leur(s) action(s) santé. Ces dernières sont presque exclusivement financées par des fonds publics. La Région Nouvelle-Aquitaine (pour 12 missions locales) et l’Agence Régionale de Santé (ARS) (pour 9 missions locales) sont les principaux financeurs. Les missions locales élaborent annuellement, pour une majorité, des demandes de subventions auprès de ces deux instances. Ces procédures sont jugées contraignantes par les enquêtés. Les réponses aux subventions sont délivrées tardivement. Les missions locales sont parfois dans l’obligation d’entreprendre la mise en œuvre de leur(s) action(s) sans assurance de la réception des fonds et peinent à les pérenniser. Les structures d’accueil sont en perpétuelle recherche de financements, et répondent fréquemment à des appels à projets de fonds privés (fondation, mutuelle...) ou se rapprochent des collectivités (5 missions locales en détiennent en plus de la subvention de la Région, d’autres apports financiers). Cette instabilité génère une fragilité à l’accompagnement global des jeunes en insertion professionnelle. Un référent nous explique qu’hormis la Région, il ne possède pas d’autre financement. Un autre souligne la difficulté de pouvoir entreprendre des actions sur le long terme.

3. **Suggestions d’amélioration des référents des missions locales**

L’entretien auprès des référents s’est conclue par des suggestions d’amélioration pour la mise en œuvre ultérieure de leur(s) action(s). Les suggestions retenues pour l’écriture de ce rapport représentent les possibles améliorations au niveau territorial. D’autres réflexions, à l’échelle des politiques publiques, ne seront pas nommées présentement.

> Associer les missions locales via l’ARML et organiser des rencontres territoriales annuelles (référent, CIP) pour échanger, partager les bonnes pratiques/expériences, découvrir des actions, concevoir des orientations territoriales communes pour un travail en réseaux dans l’optique d’accroître l’efficacité et améliorer la couverture territoriale. Une rencontre mensuelle réunie l’ensemble des directions/ARML ; il s’agirait d’étendre ce procédé à l’ensemble de l’équipe des missions locales ;

> Sensibiliser les CIP, les collectivités territoriales, les acteurs locaux et les financeurs à l’utilité de l’approche globale, notamment par la santé pour lever les freins à l’insertion socio-professionnelle des jeunes ;

> Organiser des formations sur la montée en compétences des CIP au travers de mises en situation en terme d’accompagnement global en veillant à une approche par la santé. La transmission des messages de santé exige de s’appuyer sur des professionnels compétents ;

> S’appuyer sur l’éducation à la santé des jeunes par les pairs. Cette démarche permet de stimuler le développement de compétences psychosociales, susceptible d’être mobiliser au cours de leur parcours personnel et professionnel ;

> Définir des financements pluriannuels nécessaires sur des thématiques santé spécifiques.
CONCLUSION


Des spécificités chez les jeunes de mission locale de Nouvelle-Aquitaine

Les missions locales accueillent tous les jeunes de 16 à 25 ans. Cependant, de par leur parcours, les jeunes accompagnés en mission locale constituent une population spécifique au regard des autres jeunes du même âge. La comparaison avec les résultats d’enquêtes de référence a permis de mettre en exergue globalement, une perception plus favorable de la qualité de vie des jeunes de mission locale par rapport à celle des apprentis. Cependant, elle a pu mettre en évidence une santé psychique plus altérée, que ce soit au niveau des indicateurs de dépressivité ou de suicide. Malgré un recours aux professionnels de santé un peu plus fréquent, le renoncement aux soins concerne plus souvent les jeunes accompagnés en mission locale en Nouvelle-Aquitaine que ceux de Normandie. D’autre part, les comportements sexuels à risque sont particulièrement fréquents chez les jeunes de mission locale avec notamment une fréquence élevée de la non-utilisation systématique du préservatif en cas de nouveau partenaire. Au niveau des consommations, la prévalence de fumeur quotidien est plus élevée que chez les jeunes en population générale et équivaut à celle des apprentis. Enfin, la consommation de cannabis est particulièrement élevée chez les jeunes de missions locales.

Une population hétérogène

Parmi cette population spécifique de jeunes accueillis, les profils des jeunes accompagnés en mission locale sont relativement hétérogènes avec des disparités importantes relatives notamment aux écarts d’âge des individus concernés et au sexe, aux différences territoriales d’habitat, au niveau de précarité ou de vulnérabilité sociale, et au type d’accompagnement suivie. Les analyses réalisées ont donc nécessairement pris en compte ces éléments, afin de dresser un portrait objectif se rapprochant au plus près de la réalité de l’état de santé de cette population.

Une santé perçue moins positive chez les filles

Les différentes enquêtes de santé auprès des jeunes comme en population générale ont toutes montré que les comportements de santé sont étroitement liés au sexe. Ce constat est aussi partagé dans la présente étude vis-à-vis par exemple des consommations de produits psychoactifs toujours plus importante chez les garçons. En miroir, les signes de fragilité psychologique, des appréciations moindre vis-à-vis de la qualité de vie, de la santé ou relatif au sommeil ou à l’alimentation sont davantage exprimés par les filles. Ainsi, les filles déclarent particulièrement une moins bonne santé mentale où leurs fréquences de syndromes de dépressivité, d’idées suicidaires et de sentiment de se sentir inutile sont plus élevés que chez leurs homologues masculins. De plus, les filles sont plus souvent demandeuses d’informations sur les compétences émotionnelles alors que les garçons sollicitent des informations supplémentaires sur les activités sportives, la vaccination, les jeux vidéo et le temps sur les écrans.

Les 21-22 ans : une tranche d’âge centrale, particulièrement vulnérable

Les analyses menées montrent que les 21-22 ans sont particulièrement vulnérables face à la précarité sociale, ils sont également plus nombreux à déclarer avoir des mauvaises relations avec leurs parents. La proportion de jeunes qui s’estiment en mauvaise santé est plus élevée dans cette tranche d’âge (14 % vs 11 % pour l’ensemble des jeunes). C’est également dans cette tranche d’âge que la proportion de jeunes déclarant être satisfait de leur vie est la plus faible. Près de 1 jeune sur 10 de cette tranche d’âge déclare ne pas posséder les ressources nécessaires pour pouvoir faire face aux difficultés (vs 8 % pour l’ensemble des jeunes). Enfin, alors que les indicateurs des autres thématiques ne sont pas spécifiques, la situation de la santé psychique des jeunes de cette tranche d’âge est préoccupante avec un niveau de dépressivité élevé, des pensées suicidaires plus marquées (26 % vs 22 % pour l’ensemble) et un sentiment d’inutilité plus souvent exprimé. Ces jeunes sont plus exposés également au phénomène de boulimie (« redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s’arrêter »). Ainsi, cette fragilité se retrouve décrite dans plusieurs publications [6] et est accentuée chez les 20 ans et plus, dans un état de fragilité plus marquée, conséquence d’un échec plus ancien et persistant.
Des différences selon les territoires d’intervention

Alors que les analyses mettent en exergue uniquement une différence significative selon les zones d’habitat avec une proportion plus importante de pensées suicidaires en ZRR, le type de commune de résidence du jeune est plus discriminant. Ainsi, les jeunes en milieu urbain, représentant plus de la moitié de l’échantillon, ont plus souvent un logement autonome et parallèlement de moins bonnes relations familiales. Ils déclarent une moins bonne qualité de vie que les autres jeunes. Les jeunes en milieu périurbain, déclarant plus fréquemment être accompagnés en mission locale pour la formation, la mobilité et la citoyenneté, possèdent de meilleures capacités d’adaptation (coping). Enfin, les jeunes vivant en milieu rural ont de meilleures relations familiales mais sont plus nombreux à consommer de l’alcool (API/Ivresse).

Enfin, le département est discriminant sur quatre indicateurs : la précarité sociale, avec des proportions plus élevées pour les départements ayant une structure urbaine, la perception de la santé et la prévalence de tabagisme quotidien. Enfin, la proportion de jeunes ayant exprimé un besoin d’informations par rapport aux thématiques proposées est différente selon le département et même selon les missions locales. Un retour sur cette proportion et les thématiques les plus souvent citées aura lieu au sein de chaque mission locale, pouvant entrainer la mise en place d’actions spécifiques.

Un profil à risque : les jeunes en situation de précarité sociale

Les jeunes ayant été identifiés en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale présente des caractéristiques particulières. Ainsi, leur niveau de qualité de vie est moins bon que les autres, particulièrement celle relative à la santé psychique avec des niveaux de dépressivités, d’idées suicidaires et de tentative de suicide plus marqués que chez les autres jeunes. Ils ont également plus fréquemment des troubles du sommeil ou des troubles alimentaires ainsi qu’une auto-perception de leur santé plus négative. Les consommations de tabac et de cannabis et les violences, subies et agées, sont plus élevées que chez les autres jeunes. Enfin, ils ont moins souvent recours aux médecins. Ils déclarent avoir besoin d’information sur toutes les thématiques proposées (excepté les jeux vidéo).

La particularité des jeunes accompagnés en Garantie jeune

Seul un quart des jeunes des ML sont à la fois considérés en situation de précarité sociale et à la fois accompagnés en Garantie Jeune. Les jeunes faisant parti du dispositif de la Garantie jeunes ont été accompagnés en Mission locale avant tout pour leur orientation et pour la recherche d’emploi ainsi que la thématique de la mobilité et de la santé. Ces jeunes présentent une santé psychique plus marquée avec un niveau de dépressivité plus important et des pensées suicidaires plus fréquentes que les autres jeunes. Toutefois, la proportion de jeunes se percevant inutile est moins élevée chez les jeunes en garantie jeune que chez les autres. Les analyses font également état d’un recours moins fréquent à la pilule du lendemain et un besoin d’informations moins marqué sur la thématique de la vie affective et sexuelle. Inversement, la consommation de cannabis est plus fréquente chez les jeunes en garantie jeune et ces derniers ont déclaré avoir besoin de plus d’informations sur les conduites addictives.

Enseignements des entretiens auprès des référents de missions locales

Les principaux résultats observés ont permis de mettre en exergue que la mission locale est un service public de proximité privilégié auprès des jeunes de 16 à 25 ans les plus en difficulté, de par sa position territoriale (au plus près de ce public), et également ses services.

Si comme nous avons pu le constater, tout au long de cette lecture, l’insertion socioprofessionnelle des jeunes peut-être fortement influencé par différents facteurs qu’ils soient familiaux, sociaux et économiques, la santé des jeunes est également un critère important souvent mis de côté à la fois par le jeune lui-même et les institutions qui ne se sentent pas forcément légitime pour lequel beaucoup des choses restent à faire.

Les jeunes expriment un besoin d’informations et d’aide aux démarches. Par ailleurs, ces derniers ont parfois des difficultés à exprimer leurs besoins dans le domaine de la santé et ont parfois du mal à s’exprimer sur ce sujet. Les missions locales de la Nouvelle-Aquitaine l’ont bien comprise et s’exercent à développer leurs compétences en termes de santé pour pouvoir répondre de manière optimale aux besoins ressentis des jeunes. Une démarche à la fois globale et transversale qui nécessite toutefois à ce que les conseillers, interlocuteurs principaux, puissent se former à l’approche en santé, compétences nouvelles pour des professionnels des champs de l’insertion et du social.

Une démarche globale et transversale qui tend aussi à un accompagnement individuel personnalisé auprès des jeunes et également à l’implémentation d’une cohésion sociale par l’accomplissement d’actions santé en groupe. Des rencontres que les jeunes apprécient particulièrement et recherchent plus encore lorsqu’ils y sont associés. Mais, toutefois, une réelle difficulté des ML à attirer ce public, qui pose réflexion au développement de nouvelle méthode de communication et à la recherche de ressources adéquates pour pérenniser l’offre de services envers les jeunes.
Conclusion et perspectives

Les deux enquêtes réalisées conjointement ont permis de répondre aux questions concernant à la fois :

> **L’état de santé et les modes de vie des jeunes** accompagnés en mission locale en Nouvelle-Aquitaine à partir d’un échantillon régional représentatif et de bonne qualité de 2 500 jeunes. Les résultats de cette enquête ont permis notamment de mettre en exergue le niveau de fragilité sociale de certains jeunes et les conséquences en termes d’accès et de renoncement aux soins, mais également une vulnérabilité plus importante entre 21 et 22 ans constatée par plusieurs indicateurs. En comparant avec les résultats d’autres enquêtes, les jeunes en mission locale ont des comportements sexuels à risque plus marqués, une santé mentale (dépression et suicide) plus dégradée et une consommation plus importante de cannabis que les autres jeunes de leur âge.


Cette production de connaissances constitue pour le Conseil régional Nouvelle-Aquitaine et pour les professionnels des missions locales, un ensemble d’éléments d’aide à la réflexion et à la décision dans la perspective de la mise en œuvre d’actions de prévention complémentaires venant soutenir les stratégies d’insertion des jeunes accueillis au sein des missions locales.


ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à destination des jeunes
Annexe 2 : Définitions et concepts
Annexe 3 : Grille d’entretien
ANNEXE 1 : Le questionnaire

SANTE DES JEUNES VUS EN MISSION LOCALE INSERTION EN NOUVELLE-AQUITAINE EN 2019

<Identifiant MLI>

Date : [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ]

Bonjour,
Cette enquête régionale vous est destinée. Elle vise à connaître vos conditions de vie et votre santé pour mieux répondre à vos besoins et à vos attentes. Ce questionnaire est strictement anonyme. Une fois complété, il sera transmis à l’Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine, organisme de santé publique responsable de l’enquête. À aucun moment, ce questionnaire ne pourra être consulté par un professionnel des missions locales, et aucune des informations demandées ne permettra de vous identifier.

Des sujets sur votre vie ou sur votre santé vont donc être abordés tout au long du questionnaire, il est important que vous puissiez y répondre le plus librement et le plus sincèrement possible, sans être gêné(e) ou influencé(e) par votre entourage. Il n’y a ni bonnes ni mauvaises réponses, mais dans le cas où aucune réponse ne correspond exactement à votre situation, merci de choisir celle qui s’en rapproche le plus.

Répondre à ce questionnaire vous prendra en moyenne 15 minutes. Les résultats de l’ensemble de l’enquête seront à votre disposition dans toutes les missions locales de la région à la fin du 1er trimestre 2020.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l’ORS. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, s’applique aux réponses faites à la présente enquête. Cette enquête a fait l’objet d’une inscription sur le registre public tenu par l’institut national des données de santé (INDS).

Afin de garantir la validité scientifique de notre enquête, votre participation est essentielle.

1. Votre zone d’habitat
   [ ] QPV  [ ] ZRR  [ ] ni QPV, ni ZRR
2. Votre type de commune de résidence
   [ ] Commune urbaine  [ ] Commune périurbaine  [ ] Commune rurale

1-Pour mieux vous connaître

3. Êtes-vous :  [ ] Un homme  [ ] Une femme
4. Votre âge (au dernier anniversaire) : [ ] [ ] [ ] [ ]
5. Vivez-vous en couple :  [ ] Oui  [ ] Non
6. Avez-vous des enfants ?  [ ] Oui  [ ] Non
   6.1 Si Oui, combien : [ ] [ ] [ ]
7. Quel niveau scolaire avez-vous actuellement ?
   [ ] Aucun diplôme à l’issue de la scolarité obligatoire  [ ] Licence, maîtrise universitaire
   [ ] 1ère année de CAP ou BEP  [ ] Master 2, doctorats etc.
   [ ] Brevet des collèges, CAP ou BEP  [ ] Autre : ________________________________
   [ ] Baccalauréat  [ ] Bac+2 : DUT, BTS, DEUG, ...
8. Vous venez à la mission locale pour être aidé par rapport… (plusieurs réponses possibles)
   [ ] à votre orientation  [ ] à la mobilité
   [ ] à une formation  [ ] à la citoyenneté
   [ ] à votre recherche d’emploi  [ ] Aux sports/loisirs/culture
   [ ] au logement  [ ] Autre : _______________________________________
   [ ] à la santé
   8.1- Êtes-vous accompagné dans le cadre du dispositif Garantie Jeune ?  [ ] Oui  [ ] Non  [ ] Ne sais pas
9. Quelle est la situation actuelle de vos parents ou responsables légaux ?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Parent 1</th>
<th>Parent 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Travaille</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En recherche d’emploi</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sans activité professionnelle</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En invalidité ou en longue maladie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Retraité</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Je ne sais pas</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Non concerné(e), je ne vis pas avec eux</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2- Vos conditions de vie

MOBILITE
10. Si vous avez 18 ans ou plus (Si Q4=>18), avez-vous le permis de conduire : □ Oui □ Non □ En cours
11. Quel est ou quels sont vos moyen(s) de transport quotidien (plusieurs réponses possibles)
□ Voiture □ Deux-roues à moteur (moto, scooter, mobylette…) □ Vélo, trottinette, skateboard (avec ou sans assistance électrique) □ Marche □ Transport en commun (train, bus, tram) □ Autre : __________________________

LOGEMENT
12. Où habitez-vous la plupart du temps ?
□ Chez vos parents □ Dans un logement autonome □ Chez un autre membre de la famille □ Chez des amis □ Dans un foyer ou un hôtel □ Dans un CHRS □ Vous êtes nomade □ Vous êtes sans hébergement □ Autre situation. A préciser_____________

13. Si vous habitez dans un logement autonome (Si Q12=2), êtes-vous propriétaire de votre logement ? □ Oui □ Non

RESSOURCES FINANCIERES
14. Quelles sont vos ressources financières au cours des douze derniers mois

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Un ou des salaire(s) ? (RSA, rémunération de formation)</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Des indemnités ? (Chômage, fin de contrat, allocation PACEA, Allocation Garantie Jeune, maladie)</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Des aides sociales ? (Logement, familiale, API, AAH)</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>4 D’une aide financière de vos parents ou d’autres membres de votre famille ?</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>9 Autres ressources : Préciser</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>

15. 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 □ Non
16. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? □ Oui □ Non
VIE SOCIALE
17. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

□ Oui  □ Non

18. En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

□ Oui  □ Non

19. En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

□ Oui  □ Non

20. D’une façon générale, vos relations avec vos parents sont :

1. Très bonnes  4. Très mauvaises
2. Plutôt bonnes  5. Inexistantes
3. Plutôt mauvaises

SPORTS ET LOISIRS
21. Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?

□ Oui  □ Non

22. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

□ Oui  □ Non

23. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

23.a - Si oui (Q23=1), Combien de temps consacrez-vous à votre pratique sportive, en moyenne par semaine ?

h  m par semaine

23.b - Si non (Q23=2), quelles sont les raisons principales ? (Plusieurs réponses possibles)

□ Pas envie  □ Contre-indication médicale
□ Choix personnel  □ Horaires non adaptés
□ Manque de temps  □ Autre raison _______________________
□ Manque d'infrastructures à proximité
□ Coût trop élevé

3 - Votre santé

24. Diriez-vous que votre santé est :

□ Excellente  □ Très bonne  □ Bonne  □ Médiocre  □ Mauvaise

25. Avez-vous une maladie chronique ou un problème de santé qui revient régulièrement ou qui dure ?

□ Oui  □ Non  □ Ne sais pas

25.1 Si oui (Q25=1) merci de préciser__________________________

26. Êtes-vous limité(e), gêné(e) depuis au moins 6 mois, à cause d’un problème de santé, dans vos activités ? (s’habiller, se nourrir, se déplacer, ..)

□ Non  □ Oui, limité(e) ou gêné(e) mais pas fortement
□ Oui, fortement limité(e) ou gêné(e)

26.1 Si oui (Q26=1 ou 2) merci de préciser les raisons de la limitation :

___________________________________________________________

27. Avez-vous une problématique de santé qui vous empêche d’accomplir vos démarches quotidiennes et professionnelles ?

□ Oui  □ Non

28. Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé (MDPH)

□ Oui  □ Non  □ Non mais demande en cours  □ Ne sais pas
Votre perception de votre santé et de votre corps

29. Indiquez le plus précisément possible votre taille : 

30. Indiquez le plus précisément possible votre poids :

31. Vous trouvez-vous ?
- Beaucoup trop maigre
- Un peu trop maigre
- À peu près du bon poids
- Un peu trop gros(se)
- Beaucoup trop gros(se)
- Je ne sais pas

Votre qualité de vie et moral

32. Sur une échelle de 0 à 10, « 10 » étant la meilleure vie possible et « 0 » étant la pire vie possible, globalement, où diriez-vous que vous vous trouvez sur l’échelle en ce moment ?

33. En général, dans la vie, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux difficultés ?
- Très bonne
- Plutôt bonne
- Passable
- Plutôt mauvaise
- Ne sais pas

Au cours des 12 derniers mois vous est-il arrivé ?

- De vous réveiller la nuit
- D’avoir du mal à vous endormir
- D’être inquiet(ète)
- De vous sentir nerveux(se)
- De manquer d’énergie
- Parfois, de vous sentir réellement inutile
- De vous sentir déprimé(e) en pensant à l’avenir
- De penser au suicide

35. Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?
- Non
- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Ne souhaite pas répondre

Vos habitudes alimentaires

36. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé :

- De manger énormément avec de la peine à vous arrêter
- De vous faire vomir volontairement
- De redouter de commencer de manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter
- De manger en cachette
37. Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pris les repas suivants :

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cocher une seule case par ligne</th>
<th>Tous les jours</th>
<th>Presque tous les jours (4 à 6 fois/semaine)</th>
<th>Quelques fois (1 à 3 fois/semaine)</th>
<th>Jamais</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. Petit déjeuner (matin)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b. Déjeuner (midi)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c. Dîner (soir)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

37.1 Si vous ne prenez jamais ou irrégulièrement un repas (Si Q37=2 ou 3), pour quelles raisons ?

☐ Vous n’avez pas le temps ☐ Vous n’avez pas faim ☐ vous n’avez pas envie de le préparer et n’avez personne pour le faire ☐ vous n’avez pas envie de le prendre seul(e) ☐ pour des raisons financières ☐ Autre raison

38. Vous estimez que votre temps de sommeil est ?

☐ Tout à fait suffisant ☐ plutôt suffisant ☐ plutôt insuffisant ☐ tout à fait insuffisant

39. Vous arrive-t-il de prendre des produits pour dormir ?

☐ Jamais ☐ Oui, occasionnellement ☐ oui, régulièrement

40. Vous sentez-vous fatigué(e) le matin au réveil ?

☐ Jamais ☐ Oui, rarement ☐ oui, régulièrement

41. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Si oui (Si Q41=1)

42. Lorsque vous avez des relations sexuelles avec un nouveau partenaire, utilisez-vous un préservatif ?

☐ Oui, systématiquement ☐ Oui, souvent ☐ Oui, occasionnellement ☐ Non, jamais ☐ Ne souhaite pas répondre ☐ Non concerné

43. Utilisez-vous un moyen de contraception (vous ou votre partenaire)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre ☐ Ne sais pas

44. Au cours de votre vie, vous ou votre partenaire a-t-il eu déjà recours :

a. À la contraception d’urgence (pilule du lendemain)

☐ Oui, une fois ☐ Oui, plusieurs fois ☐ Non, jamais ☐ Ne souhaite pas répondre ☐ Ne sais pas

b. À une interruption volontaire de grossesse (IVG)

☐ Oui, une fois ☐ Oui, plusieurs fois ☐ Non, jamais ☐ Ne souhaite pas répondre ☐ Ne sais pas

45. Si vous avez besoin d’information sur la sexualité (contraception, IST, IVG, consentement), savez-vous vers qui ou vers quel service vous adressez ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre ☐ Ne sais pas
### Vos consommations

#### Tabac

46. Actuellement, fumez-vous du tabac ?

- ☐ Oui, vous fumez tous les jours
- ☐ Oui, vous fumez occasionnellement (moins d’une cig/jour)
- ☐ Non, vous avez été fumeur mais vous avez arrêté
- ☐ Vous avez essayé mais vous n’êtes jamais devenu fumeur(euse)
- ☐ Non, vous n’avez jamais fumé
- ☐ Ne souhaite pas répondre

47. Si Q46=1, Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?

- ☐ Oui, vous fumez tous les jours
- ☐ Oui, vous fumez occasionnellement (moins d’une cig/jour)
- ☐ Non, vous avez été fumeur mais vous avez arrêté
- ☐ Vous avez essayé mais vous n’êtes jamais devenu fumeur(euse)
- ☐ Non, vous n’avez jamais fumé
- ☐ Ne souhaite pas répondre

#### Alcool

49. Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous :

- a- bu de l’alcool :
  - ☐ Vous ne buvez pas d’alcool
  - ☐ Vous n’avez pas bu d’alcool au cours des 30 derniers jours
  - ☐ Une fois à 2 fois par mois
  - ☐ Tous les jours
  - ☐ Ne souhaite pas répondre

- b- bu cinq verres ou plus de boissons alcoolisées en une seule occasion ? (Un verre est un verre de vin, une canette de bière, une coupe de champagne, une bolée de cidre, un verre d’alcool fort ou un cocktail, un premix, etc.)
  - ☐ Aucune
  - ☐ Une fois
  - ☐ 2 fois
  - ☐ 3 à 5 fois
  - ☐ 6 à 9 fois
  - ☐ 10 fois ou plus
  - ☐ Ne souhaite pas répondre

- c- été ivre en buvant de l’alcool :
  - ☐ Aucune
  - ☐ Une fois
  - ☐ 2 fois
  - ☐ 3 à 5 fois
  - ☐ 6 à 9 fois
  - ☐ 10 fois ou plus
  - ☐ Ne souhaite pas répondre

#### Autres substances

50. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un ou plusieurs de ces produits

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cocher une seule case par ligne</th>
<th>Non</th>
<th>1 à 2 fois</th>
<th>3 à 5 fois</th>
<th>6 à 9 fois</th>
<th>10 à 19 fois</th>
<th>20 à 29 fois</th>
<th>30 fois et mais pas tous les jours</th>
<th>Tous les jours</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Tranquillisants, antidépresseurs ou somnifères (sur ordonnance)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Tranquillisants, antidépresseurs ou somnifères (sans ordonnance)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Cannabis (haschich, bedo, herbe, shit)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Ecstasy</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>5 Cocaine</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>6 Champignons hallucinogènes</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>7 Autres drogues (crack, Poppers, héroïne, …)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Violence

51. Avez-vous déjà été frappé ou blessé physiquement par quelqu'un ou un groupe de personnes ?
   □ Non □ Oui une fois □ Oui deux fois □ Oui trois fois et plus
   51.a Si oui (q51=(1,2,3)), est-ce arrivé au cours des douze derniers mois : □ Non □ Oui.

52. Seul ou en groupe, avez-vous déjà frappé ou blessé quelqu'un physiquement :
   □ Non □ Oui une fois □ Oui deux fois □ Oui trois fois et plus
   52.a Si oui (q52=(1,2,3)), est-ce arrivé au cours des douze derniers mois : □ Non □ Oui.

Accidents

53. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital ? □ Non □ Oui, un accident □ Oui, 2 accidents et plus
   53.a Si oui (Si q54=1,2), précisez les circonstances du dernier accident (le plus récent) :
   □ un accident de travail ou d'atelier □ un accident de sport ou de loisir
   □ un accident de circulation □ un autre type d'accident :
   □ un accident à votre domicile ou autour □ préciser_____________________

4- Votre accès et recours aux soins

54. Etes-vous à la sécurité sociale (sécu) ?
   □ Vous ne savez pas □ Vous ne savez pas □ Oui, vous dépendez de celle de vos parents
   □ Non □ Oui, vous avez personnellement la sécurité sociale

55. Bénéficiez-vous d’une assurance maladie complémentaire ou d’une mutuelle ?
   □ Vous ne savez pas □ Vous ne savez pas □ Oui la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou l'aide pour une complémentaire (ACS)
   □ Non □ Oui, une autre mutuelle ou assurance

56. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté … (plusières réponses possibles)
   □ Un médecin généraliste (médecin traitant, de famille) □ Un psychologue ou un psychiatre
   □ Un gynécologue (si femme) □ Un ophtalmologue
   □ Un chirurgien-dentiste □ Autre : préciser_____________________

57. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer à des soins de santé ?
   □ Oui □ Non □ Ne souhaite pas répondre □ Ne sais pas
   57-a. Si oui (Q58=1), pour quelles raisons (plusières réponses possibles) :
   □ Pour raisons financières □ Délais trop longs
   □ Car c’était trop loin □ Par peur ou par crainte du médecin
   □ Car vous ne saviez pas qui consulter □ Autres : à préciser_____________________
   □ Par manque de temps

57-b. Si oui (Q58=1), a quel type de soins avez-vous renoncé ? (Plusières réponses possibles) :
   □ Soins dentaires □ Soins optiques (lunettes)
   □ Soins dermatologiques □ Autres : à préciser_____________________
   □ à une consultation chez un médecin généraliste □ à une consultation chez un spécialiste
   □ Soins ou traitements non remboursés
   □ Autres : à préciser______________________...
5- Besoins d’information

58. Avez-vous besoins d’information sur les sujets suivants ?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cocher une seule case par question</th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. Accès aux soins et/ou aux droits</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>b. Activité physique et sportive</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>c. Alimentation</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>d. Conduites addictives (alcool, tabac, drogue)</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>e. Internet et réseaux sociaux</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>f. Gestion des émotions</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>g. Jeux vidéo et temps sur écran</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>h. Estime de soi et bien-être</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>i. Hygiène de vie</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>j. Vaccination</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>K. Vie affective et sexuelle</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>l. Violence et maltraitance</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>m. Santé environnementale</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

59. Commentaire libre. Cet espace vous est réservé. Soyez assuré(e) que nous accorderons le plus grand intérêt à l’ensemble de vos observations personnelles. Nous vous remercions de votre participation.
ANNEXE 2 : Définitions et concepts

La Garantie Jeune

Définition

La garantie jeunes est un droit ouvert pour les jeunes en situation de précarité, qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni en étude (NEET). Ce dispositif permet d’accompagner les jeunes entre 16 et 25 ans en situation de grande précarité vers l’emploi ou la formation. C’est une modalité spécifique du parcours contractualisé d’accompagnement vers l’emploi et l’autonomie (PACEA) conclu pour une durée d’un an. Pour la mettre en œuvre, un contrat est signé entre le jeune et la mission locale et soumis aux conditions de ressources. Ce dispositif s’accompagne d’une aide financière (max 492,58 €).

Les modalités et conditions d’accès

Sous conditions de ressources et du fait de ne pas habiter chez ses parents, le jeune doit s’engager à respecter ses engagements contractualisés avec la mission locale :
- à participer à des actions collectives
- à honorer ses rendez-vous individuels
- à se mettre en action et à multiplier les situations professionnelles sous forme de stage ou de contrat de travail.

Le contrat d’engagement peut prendre fin soit lorsque l’autonomie est considérée comme acquise au vu des évaluations sur l’évolution de sa situation ou soit lorsque le jeune atteint son 26e anniversaire. Ce contrat peut être rompu soit à la demande expresse du jeune soit en cas de manquement du jeune à ses engagements contractualisés.

Un « public captif »

Les groupes de jeunes ainsi formés (ou cohortes) ont permis le développement d’actions collectives sur des thèmes telle la santé pour lesquels les structures pouvaient avoir du mal à mobiliser leur public. Ce dispositif est probablement le plus engageant pour les jeunes : ils acceptent en effet d’être présents quotidiennement pendant la phase collective, de fréquenter régulièrement la mission locale pendant la phase individuelle et de répondre à toutes les sollicitations que leur propose la mission locale s’ils ne sont pas en emploi ou en stage. Les jeunes en garantie jeunes sont donc une cible prioritairement choisie par les missions locales pour la mise en place d’actions de prévention santé et de s’assurer de la présence d’un minimum de jeunes pour participer à ces actions.

Les zones d’habitat (Source INSEE)


> Zone de revitalisation rurale (ZRR) : Une zone de revitalisation rurale (ZRR) est en France un ensemble de communes reconnues comme fragiles et bénéficiant à ce titre d’aides d’ordre fiscal. Les zones de revitalisation rurale comprennent les communes membres d’un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre (EPCI), incluses dans un arrondissement ou un canton caractérisé par une très faible ou faible densité de population et satisfaisant à l’un des trois critères socio-économiques suivant :
- un déclin de la population constaté sur l’ensemble de l’arrondissement ou du canton ou dans une majorité de leurs communes dont le chef-lieu ;
- un déclin de la population active ;
- une forte proportion d’emplois agricoles.
## ANNEXE 3 : Guide d’entretien à destination des référents de ML

| Contexte | 1. Quelles sont les problématiques de santé auxquelles sont confrontés les jeunes de la Mission Locale ?  
2. Quelles sont les ressources (internes/externes) dont vous disposez aujourd’hui pour y faire face (dispositifs existants/professionnels ressources…) ?  
3. Pour quelle raison avez-vous été désigné référent de cette action ? Etes-vous satisfait de ce rôle ?  
4. Est-ce que l’action fait partie d’un programme ? |
| Mise en œuvre de l’action | 5. Est-ce que la mise en œuvre de l’action s’est faite telle que prévue ? Quels ont été les points forts selon vous ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?  
6. Est-ce que les ressources étaient adéquates et suffisantes (humaine, financière, institutionnelle et temporelle) ?  
7. Quelle a été l’implication de la Mission Locale en interne (direction et personnel) ? |
| Partenariat de l’action | 8. Quels sont les partenaires associés à l’action ? Comment la collaboration s’est-elle mise en place ?  
9. Comment se sont-ils impliqués ? La collaboration avec eux a-t-elle été satisfaisante ? |
11. Ont-ils été satisfait de l’action ?  
12. Comment avez-vous perçu leur implication ?  
13. Ont-ils rencontré des difficultés (organisationnelles/temporelles…) ?  
14. Selon vous l’action a-t-elle répondu à leurs besoins ? |
| Suivi de l’action | 15. Avez-vous évalué cette action ? Si oui, pouvez-vous en apprécier des effets à moyen et/ou à long terme auprès des jeunes ? Si oui, quels sont-ils ?  
16. Avez-vous des suggestions à faire pour la mise en œuvre ultérieure de cette action (points à améliorer ; travail en réseau, transposition à d’autres lieux…) ? |
| Remarque(s) | 17. Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n’aurions pas évoqué ? |
RÉSUMÉ DU RAPPORT

La Région Nouvelle-Aquitaine a missionné l’Observatoire régional de santé (ORS) Nouvelle-Aquitaine pour disposer, d’une part, de données objectives sur l’état de santé et les conditions de vie des jeunes suivis en ML en Nouvelle-Aquitaine et d’autre part, de bénéficier d’une approche évaluative des actions santé mises en place dans les ML. Ce projet a été mené avec l’appui et la collaboration de l’Association régionale des missions locales (ARML) de Nouvelle-Aquitaine.


Cet état des lieux, riche d’enseignements, contribue à l’amélioration des connaissances sur la santé des jeunes accompagnés en mission locale de Nouvelle-Aquitaine. Ces éléments pourront être utilisés au niveau régional comme au sein de chaque mission locale pour mettre en place des actions de santé ciblées.

Pour nous citer