

La santé des jeunes : un défi pour l'avenir !

Résumé : Eric Le Grand, sociologue, consultant en promotion de la santé, professeur affilié EHESP.

Mesdames, messieurs,

Je donnerai tout d'abord quelques éléments sur les questions de jeunesse avant de terminer sur la question de la santé des jeunes et sur l'intérêt de certaines approches de promotion de la santé.

Tout d'abord, **revenons avant de définir la jeunesse ou plutôt les jeunesses** sur le regard que nous portons sur la jeunesse et sur les dynamiques qui sous-tendent nos propres pratiques « d'adultes ».

Comme le soulevait Pierre Bourdieu, « **La jeunesse n'est qu'un mot** », et je n'aimerais pas pour ma part, qu'elle devienne un **maux et un maux de santé**. Ce que soulevait P. Bourdieu et d'autres à sa suite, est que la jeunesse est avant tout que construction sociale, politique et économique et sous ce terme se trouve caché encore trop souvent des rapports de pouvoir et de domination. Il est donc toujours important d'avoir à l'esprit cette acception de la jeunesse.

Sur le plan de la santé, nous pouvons et devons nous interroger sur la façon dont nous considérons la jeunesse. Est-elle uniquement une jeunesse à risque pour sa santé, ou a-t-elle d'autres vertus ? Est-elle si peu réceptive aux questions de santé ? Est-elle en incapacité de s'exprimer sur la santé, et sur des solutions pour l'améliorer ? Prenons nous éventuellement en compte ce qu'elle nous dit ?

Lors **de formation portant sur la santé des jeunes** réalisées à l'EHESP (certificat) nous avons inclus pendant 5 ans, avec des groupes variés de professionnels, d'institutionnels, deux temps spécifique au sein de la formation :

Le premier temps est **d'aller** à la rencontre des jeunes, sur l'espace public, de leur demander simplement « **pour vous la santé, c'est quoi, que faut-il pour l'améliorer, etc...** », le second est lors **de groupe de travail sur des exercices de priorisation** (collège ARS, Collectivités territoriales, parents, animateurs et un groupe jeune) de problématiser des priorités de santé.

- **sur le premier** : il est assez curieux d'observer **les réactions des participants** à leur retour: « *Ils ont des choses à dire sur la santé, ils savent des choses, que nous ne savons pas, je suis surpris par leur écoute, leur attention, c'est bien ils ne pensent pas à eux mais bien aux autres jeunes avant tout. Cela change de mes perceptions quotidiennes, des chiffres que cela nous donne, bref, un peu d'espoir dans ce monde de brutes... Il serait bien que l'on écoute plus* ».

- **Sur le second** , et ce quel que soit les années, le placement du groupe de jeunes, en début fin milieu de présentation, et alors que les propositions des parents, collectivités,... sont peu discutés, les propositions des jeunes **sont systématiquement discutés, contestés, voir ignorés**. Cela illustre d'une certaine façon – et ce sans faire injure aux professionnels présents et à leur expérience - d'un process **de disqualification sociale** important, et d'une certaine façon à un manque de **reconnaissance de la valeur à accorder à leur expertise, expérience**.

Aujourd'hui, cette question doit être posée, comment considérons nous les jeunes , dans le champ de la santé et plus généralement dans l'ensemble des politiques publiques.

Sur un autre point qui nous intéresse aussi, est **la prévention** (je ne rentrerai pas ici dans les différences entre prévention, promotion de la santé) et **quel regard** ont les jeunes sur la prévention. Pour illustrer, je reprendrais ici quelques extraits d'entretiens (volontairement réduits, et je m'en excuse), réalisés depuis maintenant 7 ans, auprès de jeunes et ce sur toute la France, au travers d'études, de recherches, etc...en milieu rural, urbain touchant aussi toutes les catégories sociales.

« La prévention faite par les adultes est stigmatisante, moralisatrice, ils ne savent pas parler aux jeunes, qu'est-ce que les adultes savent des jeunes ? Et puis on passe pas tout notre temps à boire, fumer, faire l'amour, les affiches de prévention sont trop nulles et les documents sont trop remplis ou écrit en tout petit, c'est pas adapté... »

Comme le soulève Patrick Peretti Watel¹ , nous développons une « panique morale » en direction des jeunes. Celle-ci produit notamment deux effets : le premier une intériorisation d'un sentiment de stigmatisation et un manque de reconnaissance et de valeur ; le second est que les jeunes – par crainte, méconnaissance – ne vont pas aller dans les structures qui leur sont dédiées de peur d'être mal considérés.

Il serait inopportun cependant de dire que le non-recours aux structures de santé est le fait uniquement de la « mauvaise volonté » des jeunes, comme l'indique Philippe Warin², il peut aussi être lié aux professionnels (par exemple qualité de l'accueil, attitudes, ...) , ou à l'inadaptation des structures aux caractéristiques des publics, aux conditions d'accès, etc...

¹ Morale, stigmatisme et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles. Agora Débats/Jeunesses, N° 56, 2010, pp 73-85

² *le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause- ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services à laquelle elle pourrait prétendre ».*

Quelques enjeux sociaux et défis des politiques publiques.

Il est tout d'abord commun de dire que nous avons des figures plurielles de la jeunesse. De manière très caricaturale ici, nous avons la jeunesse rurale, urbaine, la jeunesse scolarisé ou non, étudiante, précarisée, etc... Chacune ayant des « particularismes » et des points communs, l'un étant d'être en « quête d'une insertion sociale et professionnelle dans la société et se retrouvant sur des mutations en cours dans la société.

Nous donnons ici de manière très résumé, ces différents points qui doivent aussi nous amener à repenser nos actions et politique de santé en direction des jeunes.

- **la crise de confiance à l'égard des vecteurs traditionnels de représentation** (exprimée via la croissance des taux d'abstention mais également par l'évolution voire le désengagement des formes classiques de mobilisation associative et syndicale). Nous pouvons aussi intégrer -bien que différent dans ce sens – la méfiance à l'égard des professionnels.
- **la montée de l'individualisation et la construction de trajectoires biographiques de plus en plus variées et incertaines.** Ainsi, **les seuils de passage à l'âge adulte** (emploi, décohabitation familiale, seuils conjugaux,) ne sont plus opérants ni linéaires dans les trajectoires des jeunes. De fait, alors que la France parle encore d'un parcours linéaire d'intégration à la société , imposant ainsi une norme, celle-ci n'est plus opérante. De fait, il est plus important aujourd'hui de « doter et d'accompagner les jeunes » dans ces trajectoires incertaines. Cet aspect nous demande d'une certaine façon encore plus d'intersectorialité.
- Nous ne sommes plus dans une socialisation par des vecteurs traditionnelles (famille, patrie, école, religion), mais bien dans une « **socialisation par l'expérience** », comme le souligne Dubet. C'est-à-dire qu'elle se construit au regard de son parcours et non plus par un parcours imaginé, et construit par d'autres.
- Une **absence de récit collectif**, porteur de sens pour la jeunesse.
 - Changement aussi dans l'ère numérique. S'il est réel que les jeunes utilisent plus fréquemment que nous, les réseaux sociaux, internet, etc...il ne faut pas oublier à la fois qu'il existe des inégalités entre jeunes quant à son ou ses utilisation, et que d'autre part, -et parfois, le champ de la santé l'oublie – que l'espace numérique est un outil de socialisation du jeune, de partage d'expérience et de construction identitaire.
- Un renforcement des inégalités sociales, territoriales et de santé.

- Une injonction pour le jeune à développer sa propre vie, son propre parcours. On peut dès lors se questionner sur l'injonction à l'autonomie.

Ce cadre étant posé, donnons maintenant quelques éléments sur la prévention en direction des jeunes.

Qu'est-ce qui marche pour la santé des jeunes ?

Je dirais « *un emploi, un toit, de la nourriture* », du soutien social, une place dans la société et une reconnaissance de leur valeur. Il est curieux et inquiétant de voir que les jeunes français sont à ce jour, les plus pessimistes des jeunes européens ! Ces éléments peuvent aussi être complétés par des politiques publiques qui entrent en dissonance avec la bonne santé des jeunes. Par exemple, la baisse du montant des APL va précariser les jeunes et les étudiants, qui devront soit réduire drastiquement leur budget alimentation, santé, ... soit renforcer la dure équation entre travail et étude par exemple (conciliation qui n'est pas sans impact sur leur propre santé)³. soit qui devront sans remettre à la solidarité familiale renforçant ainsi les inégalités⁴.

Sur le plan de la prévention et de la promotion de la santé, nous pouvons faire référence notamment et non exclusivement à la revue Santé publique qui en 2013 publiait un numéro sur « les interventions de prévention auprès des jeunes : état des connaissances scientifiques » ou aux différents rapports de l'Inserm sur cette même question.⁵ Sans revenir sur l'ensemble des éléments, nous pouvons dire que ce qui « marche » relève avant tout de stratégie d'action multiniveaux , d'avoir une approche positive de la santé, de dépasser l'approche fondée uniquement sur les changements de comportements individuels ; sur des messages non fondés sur la peur,... sur le développement de compétences psychosociales (concept et méthode qui ne sont pas neuves dans le champ de la promotion de la santé, puisque dès les années 1990, ces éléments étaient déjà développés notamment par le Comité Français d'Education pour la Santé. Il est intéressant d'observer que dans certains cas l'utilisation des CPS se concentre sur l'individu et oblitère qu'il faut aussi agir sur l'environnement du jeune).

Pour autant, ce qui est indiqué comme élément clef, une donnée probante relève aussi de la mobilisation des communautés, de la participation (comme processus et non comme moyen) et du développement de l'empowerment. Curieusement, ces données probantes sont rarement mises en avant par les politiques de santé comme un élément clef de l'amélioration de la santé des jeunes. Nous pourrions penser de manière très inductive qu'il existe une « peur des adultes, des politiques » à donner du pouvoir aux jeunes sur cette question.

³ Cette même lecture de déterminants de la santé autre qu'individuel était déjà évoqué dans les numéros de la Santé de l'homme, en 1968 sur les étudiants, et en 1970 sur les jeunes en insertion sociale.

⁴ Il est intéressant d'ailleurs sur ce dernier point que

⁵ Bien que nous donnions ici des éléments tirés de la littérature scientifique. Ceux-ci doivent aussi être compris comme incluant les données d'expérience des acteurs de la promotion de la santé.

Si nous reprenons ici notamment la question de l'empowerment⁶, son efficacité dans le champ de la santé a été prouvée – à la fois dans le monde entier – et par différentes méthodes (qualitative, quantitative,...)⁷.

Il convient cependant d'être bien attentif à sa définition :

- « *L'empowerment est un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer leur vie* ».

En effet, son utilisation récente en France (c'est-à-dire portée par certaines politiques publiques) réduit plus cette définition à l'idée de donner du pouvoir aux personnes sans pour autant faire changer l'environnement et les rapports de pouvoir ou de domination existants.

Il est donc essentiel – et ce pour obtenir des résultats probants sur la santé - de dépasser une lecture individualiste et de portée néo-libérale de cette stratégie, pour englober des changements d'environnements source des inégalités. Cela implique donc que les politiques, élus, professionnels acceptent aussi de changer.

Le prolongement de ces propos tant sur la participation que sur l'empowerment concerne aussi le monde de la recherche. En effet, comme le souligne la stratégie nationale de la recherche du CNRS, il est important de favoriser l'ouverture de la recherche à la société civile et aussi de développer et de valoriser d'autres méthodologie de recherches dépassant l'approche notamment quantitativiste. Ainsi, tout comme au Québec, le **développement de la recherche participative fondée sur la Communauté** (RPC) en France serait un atout non négligeable pour appréhender le jeune. L'idée est non pas de considérer un jeune comme un objet de recherche, mais qu'il en soit l'auteur, le co-auteur de celle-ci. De fait, elle permet aussi un partage de connaissance, d'expérience, de savoirs expérientiels qui peuvent permettre une meilleure lecture de « la santé des jeunes » et favoriser le développement de politique publique et/ou d'interventions de professionnels mieux adaptés. Nous pourrions très bien imaginer, qu'une recherche-participative fondée sur des groupes de jeunes sur un territoire donnée puisse par exemple se développer autour de la nature des messages à utiliser, de l'orientation des services de santé, etc... Nous retrouvons aussi cette dynamique d'implication des jeunes dans les nouvelles perspectives de recherche qui se fondent sur le jeune comme « chercheur⁸ » « à part entière : les jeunes à la rue (V. Muniglia, C. Bellot au Québec), sur les jeunes de l'ASE (I. Fréchon, Perrine Robin), que sur des jeunes en mission locale ou en milieu scolaire (E. Le Grand). Ces nouvelles formes de recherche – qui sont elles

⁶ Bien que différent, nous incluons la question de la participation comme étant un des éléments de l'empowerment.

⁷ Pour un résumé, et une première approche voir : le numéro de la santé en action l'empowerment des jeunes, décembre 2018. Mais aussi les travaux de Nina Wallerstein, Nimacs,...et dans des champs hors santé, les travaux de Julien Talpin, sur les community organizing.

⁸ D'une manière très schématique. Celui-ci est formé aux méthodologies de recherche pour « enquêter » au sein de son propre milieu, au regard de son expertise et expérience.

aussi scientifiquement valides – fondées sur la participation et l’empowerment – sont assurément des pistes à explorer pour pouvoir améliorer la santé des jeunes.

Promouvoir la santé mentale des jeunes par la création et le soutien à des collectifs de jeunes parlant ou non de questions de santé.

Le dernier point que je souhaiterais développer et qui s’inscrit dans cette dynamique de participation et d’empowerment relève du domaine de **la promotion de la santé mentale**. Comme le soulèvent de nombreux rapports, articles et recherches scientifiques (Jané-Llopis, 2005, Joubert en 1998⁹,...), promouvoir et améliorer la santé mentale (notamment pour éviter l’apparition de troubles psychiques), passe non seulement par le développement de la résilience et de compétences et forces personnelles (individuelles), mais nécessite aussi la création d’environnement social visant notamment à la création du lien social, au développement d’un sentiment d’appartenance et à donner « sens à la vie ». Il est ainsi évoqué la création de groupe de soutien, d’entraide par les pairs, d’éducation entre pairs. Ainsi, investir par exemple dans l’accompagnement à la création **de collectifs de jeunes** sur un territoire qu’ils travaillent ou non sur les questions de santé devient alors un enjeu social et de santé et permet ainsi à ces collectifs de jouer un rôle d’amortisseur aux facteurs d’anomie traversant la société française (comme le soulevait Emile Durkheim sur la création de corps intermédiaire pour lutter notamment contre le suicide¹⁰), et d’être un levier et support d’intégration sociale.

Si ces collectifs permettent le développement du sentiment d’utilité sociale, d’estime de soi, d’appartenance, éléments clés bénéfiques sur le plan de la santé, il faut aussi ajouter que leur présence permet la redynamisation d’un territoire, son attractivité, et dans les situations les plus optimales une amélioration des dialogues entre élus et jeunes, restaurant un climat de confiance et permettant aussi une reconnaissance sociale de la valeur et des ressources de la jeunesse. D’une certaine façon, accompagner la création de collectif, leur émergence et pérennité, permet d’améliorer le capital social et le capital santé d’un territoire.¹¹

Favoriser L’engagement des jeunes sur la santé !

Lorsque l’on regarde les résultats des différents baromètres sur les intentions/motivations à l’engagement et au bénévolat des jeunes, il est curieux de constater que l’une des premières motivations concerne celle de la santé (au coude à coude avec le sport et l’environnement).

⁹ Jané-Llopis E., Narry M, Hosman C, Patel V , Mental Health promotion works : e review. IUPHE, Promotion et Education, 2005, vol 2 : p 9-25.; Joubert N, Raeburn J Mental health promotion : people power and passion. international Journal Mental Health Promotion, September 1998. Voir aussi le numéro de la Santé en action, N° 439, mars 2017, dossier promouvoir la santé mentale de la population.

¹⁰ Emile Durkheim, *De la division du travail social* et *Le Suicide*

¹¹ Voir aussi les travaux réalisés dans le cadre des expérimentations du Fond d’expérimentation des jeunes ; les travaux de l’Injep et du CGET sur ces questions de collectifs de jeunes.

Or curieusement nous – en tant que professionnel/institution et politique – nous ne valorisons pas cette culture de l’engagement dans le champ de la santé. Par exemple sur l’une des formes d’engagements « institutionnalisés et formels » à savoir le service civique, seuls 4 % des missions sont destinés et occupés sur des missions de santé (ce qui constitue le plus faible taux dans l’ensemble des missions de service civique). Il y a donc un hiatus qu’il conviendrait de lever entre une forte appétence déclarée par les jeunes, et le peu « d’offre au sens large » de participation à la vie de la société. Il souligne aussi d’une certaine façon nos craintes quant aux capacités des jeunes à parler, s’occuper, réfléchir sur la santé, leur santé et de leur capacité à mettre en œuvre des actions, voire des politiques publiques adaptées à leur situation¹².

Ils peuvent aussi ne pas nous attendre, pour agir¹³. Certains collectifs s’engagent directement sur la santé (par exemple, générations cobayes, avenir santé, le Fage,..)

Dans ce même registre, mais nous aurions pu l’inclure comme une donnée prouvée et probante. L’une des stratégies qui fonctionne est celle de l’éducation pour la santé par les pairs. La revue Santé publique, que nous avons évoquée au tout début de nos propos, montre et ce quelque soit la thématique de santé considérée, que cette stratégie est efficace, dès lors qu’elle s’insère dans des stratégies multiniveaux, qu’elle soit accompagnée de formation, voire de supervision. De même différents travaux scientifiques (Le Grand-2012-2014-2016/2018, Mauro Croce 2016, Bellot,...) montrent aussi en dépassant une approche basée uniquement sur la réduction de « conduites à risques ; addiction autres, », que cette stratégie permet d’améliorer le dialogue social entre adultes et jeunes, réduit les inégalités d’accès aux services de santé, du social, sur un territoire par l’information donnée par les pairs, et que l’information se diffuse sous forme de réseaux par l’intermédiaire de jeunes bénéficiaires des actions. En outre, elle permet de donner une image positive de structures de santé qui pouvaient être ignorés, craintes par les jeunes. De fait, cette stratégie – au-delà de questionnement de santé – permet aussi de combiner deux leitmotivs des politiques publiques, à savoir la question du « aller-vers » et de la lutte contre le « non-recours ».

Pour conclure

Promouvoir la santé des jeunes doit aussi être réfléchi – au-delà de toutes thématiques de santé - en termes de lien social et d’appartenance à la communauté. Leur santé n’est pas de

¹² La Conférence Nationale de Santé a organisé en décembre 2013, un débat public réunissant 300 jeunes au Conseil Economique et Sociale à Paris. A cette occasion, un cahier des acteurs a été réalisé par les jeunes proposant tant des réflexions et des pistes d’actions, sur l’engagement, la solidarité en santé, l’organisation du système de santé. L’avis réalisé à la suite de cette consultation débat a été voté en 2014 à l’unanimité des membres de la conférence nationale de santé. Cet élément montre aussi les capacités de réflexivité des jeunes sur les questions de santé, dès lors que le choix est fait de les associer et de mettre en place un dialogue constructif.

¹³ Nous pouvons prendre un autre exemple hors santé : en 2002, lors de l’arrivée de Jean-Marie Le Pen au second tour des présidentiels, ce sont bien les jeunes qui en premier sont descendus dans la rue pour contrer cette situation.

leur seule responsabilité, elle implique un action entre politiques publiques, sur des déterminants sociaux et sur la reconnaissance de leur place en tant que citoyen à la société. S'il existe un enjeu sur la lutte contre les inégalités sociales, il y aussi dans les rapports que nous entretenons avec la jeunesse, un enjeu de démocratie et du vivre-ensemble.

Jonathan Mann écrivait ces quelques mots dans son célèbre article : Santé publique : éthique et droits de la personne, en 1998 (Revue santé publique) : « *Croyons-nous que le monde puisse changer* », je dirai tout simplement « *faisons confiance aux ressources de la jeunesse, et c'est sûrement là notre plus grand défi dans le champ de la santé et ce dès aujourd'hui et pour les générations futures* ».

Eric Le Grand

Bordeaux, 26 septembre 2019