Forum Français de la Jeunesse

Faire du droit à la santé une réalité pour tous les jeunes

juin 2013

SOMMAIRE

Introduction
- *« La santé est un état complet de bien-être »*
- *La jeunesse traversée par une triple précarité*
- *La jeunesse, un angle mort des enquêtes sanitaires*

I – Conditions de vie : assurer un environnement bénéfique à chaque jeune

- Un renoncement aux soins plus fort chez les jeunes
- Un difficile accès à l'autonomie en santé
- De mauvaises habitudes de santé se développent

II – Conditions culturelles d'accès à la santé : repenser l'éducation à la santé

- L'éducation à la santé est une nécessité
- Une éducation parcellaire, dépendante de l'environnement social
    - *L'éducation à la santé à l'école : du décalage entre les objectifs et leurs applications*
    - *Une prise de conscience qui doit aboutir*
- Pour une politique de prévention ambitieuse et adaptée aux jeunes
    - *Une interrogation qui émerge*
    - *L'exemple de la consommation d'alcool*
    - *Les politiques publiques : entre répression et encadrement*

III – L'accès aux soins : mettre l'offre de soins au service des jeunes

- Un système de santé peu adapté aux jeunes
- Des politiques spécifiques pour des enjeux ciblés
- Une grande politique globale, nécessaire pour intégrer les jeunes au droit commun

Zoom sur
- La santé environnementale, un enjeu majeur
- Le réseau RESUS de l'UPEC : un projet innovant
- le Régime étudiant de Sécurité sociale : un outil au service de l'autonomie des jeunes
- L'accès aux soins pour les jeunes en milieu rural : la double peine

Conclusion

Propositions

Bibliographie

INTRODUCTION

« La santé est un état complet de bien-être »

Avec ce rapport sur la santé des jeunes, le Forum Français de la Jeunesse entend placer sa réflexion et ses propositions dans une vision large de la santé. Souvent aujourd'hui, la santé est, en effet, mise en avant dans sa seule dimension d'accès aux soins (la capacité à se faire soigner en cas de besoin). Vu alors un droit individuel, attaché à l'usager qui devient presque un consommateur ayant des exigences concernant la qualité des soins. Cette acception a des conséquences néfastes sur les politiques publiques, en cantonnant l'accès à la santé à sa dimension curative.

A rebours, nous souhaitons comprendre la santé dans un sens plus large, reprenant la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé dans la Charte d'Ottawa : *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »*[1] Cette définition oblige à ne pas seulement penser à la seule dimension curative et souvent médicale de la santé, mais d'intégrer une logique environnementale et sociale, et une démarche de prévention avant d'envisager une réponse correspondant à une logique d'accès aux soins.

La jeunesse traversée par une triple précarité

La jeunesse est parfois définie comme plurielle, il y aurait des jeunesses qui s'opposent dans la société. L'observation des conditions de vie des jeunes font pourtant apparaître des caractéristiques structurantes, propres à la jeunesse dans son ensemble.

En premier lieu, les jeunes sont marqués par **une situation de forte précarité**. Cette précarité est d'abord financière. Si les chiffres manquent sur la génération 16-30 ans, on sait que 19,4% des étudiants et 19,6% des moins de 18 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14,1% de la population générale[2].

En second lieu, les jeunes souffrent **d'une fragilité sociale liée à l'absence de statut stable** à même d'ancrer les jeunes dans une entreprise sociale de long terme. Les aller-retour entre différentes conditions sociales (étudiant, chômeur, jeune travailleur, stagiaire, en formation...) sont fréquents et entraîne des ruptures de droits sociaux et de parcours très handicapants.

Ces deux dernières entraînent une troisième précarité : celle **des modes de vie**. Celle-ci s'illustre notamment dans les difficultés d'accès des jeunes au logement. A la pénurie de logements sociaux, s'ajoute le prix exorbitant du marché : le prix du mètre carré à l'achat en France est par exemple 3 fois supérieur à celui de l'Allemagne. Cette précarité des modes de vie est amplifiée par l'importante mobilité des jeunes, liée à leur précarité de statut : les études ou la recherche d'un emploi les mènent plus fréquemment à changer de ville au cours de cette période.

Pris dans cette triple précarité, les jeunes éprouvent tous **des difficultés à accéder à l'autonomie sociale et sanitaire**, qui constitue pour autant une aspiration commune à l'ensemble de la jeunesse. Cela rend plus difficile encore l'accès à la santé, frein qui constitue en retour un obstacle à l'autonomie. Il est donc nécessaire que les conditions sociales des jeunes s'améliorent si on veut rendre efficient l'accès à la santé des jeunes.

---

1 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

2 INSEE Première n° 1412. Les niveaux de vie 2010. Septembre 2012. Tableau 3

La jeunesse, un angle mort des enquêtes sanitaires

Il existe de nombreuses études sanitaires sur les enfants ou encore sur les adolescents, cela n'est en revanche pas le cas sur les jeunes entre 16 et 30 ans. A l'image de **l'absence de chiffres sur la pauvreté des jeunes** en tant que classe d'âge, il n'existe quasiment pas de chiffres sur la situation de santé des jeunes. Les seuls chiffres systématiques existants sont arrêtés à 17 ans dans le cadre de l'enquête ESCAPAD réalisée dans le cadre de la JAPD. Il existe en revanche des études éparses dans lesquelles l'âge est une variable étudiée. Pour les seuls étudiants, il existe des études particulières réalisées par les mutuelles étudiantes[3].

Cela illustre malheureusement le fait que les jeunes sont encore aujourd'hui le point aveugle des politiques publiques. Au demeurant, **les chiffres déjà inquiétants pour le public étudiant, laissent entrevoir une réalité encore davantage dégradée pour le reste de la jeunesse**. Comme le Forum Français de la Jeunesse a pu le démontrer dans ses précédents avis, il n'y a pas à l'heure actuelle de politique cohérente et structurée pour l'ensemble de la jeunesse.

Si les étudiants vont bien (82%), ils sont nombreux à pointer une dégradation par rapport à l'année précédente (25%). Si ce chiffre recouvre des réalités différentes, l'automédication atteint par exemple 92% des étudiants dont 26% de manière fréquente. Ce phénomène est inquiétant : l'automédication remplace souvent la sollicitation de professionnels de santé. Les étudiants utilisent ainsi des médicaments en vente libre chez les pharmaciens à 65% et d'anciennes prescriptions (boîtes pas finies ou réutilisation d'ordonnances) à 44%.

34% des étudiants ont renoncé à des soins dans les 12 derniers mois. Les principales causes en sont le manque de moyens pour faire face aux frais de santé, le manque de temps pour se rendre chez un médecin. Elles sont les symptômes de la précarité de statut qui forcent de nombreux jeunes à cumuler études et emplois, et résultent notamment du manque d'informations sur le système de santé jugé comme extrêmement complexe.

Afin de **rendre effectif pour chaque jeune l'accès à la santé et l'accompagner dans un véritable « parcours de santé »**, il est nécessaire d'agir sur l'environnement social des jeunes d'abord, de renforcer l'éducation à la santé dont ils bénéficient ensuite, et d'améliorer enfin l'accès aux soins.

[3] Les enquêtes sur la population étudiantes émanent de :
- Emevia avec « La santé des étudiants en 2001 », publiée en 2011
- La Mutuelle Des Étudiants – LMDE avec « *Santé et conditions de vie des étudiants. Enquête nationale et synthèses régionales.* » Paru en mai 2012
- **A NOTER** : a été lancé une enquête de cohorte intitulée « I-share » qui vise à suivre les étudiants dès leur entrée dans l'enseignement supérieur et sur un parcours long de 10 ans.

I – Conditions de vie : assurer un environnement bénéfique à chaque jeune

La santé est d'abord et avant tout conditionnée par notre environnement social et économique, nos conditions matérielles. On ne peut agir efficacement sur la santé des jeunes si on ne considère pas les conditions de vie au sens large, et que l'on se refuse d'agir sur les facteurs qui environnent la vie des jeunes.

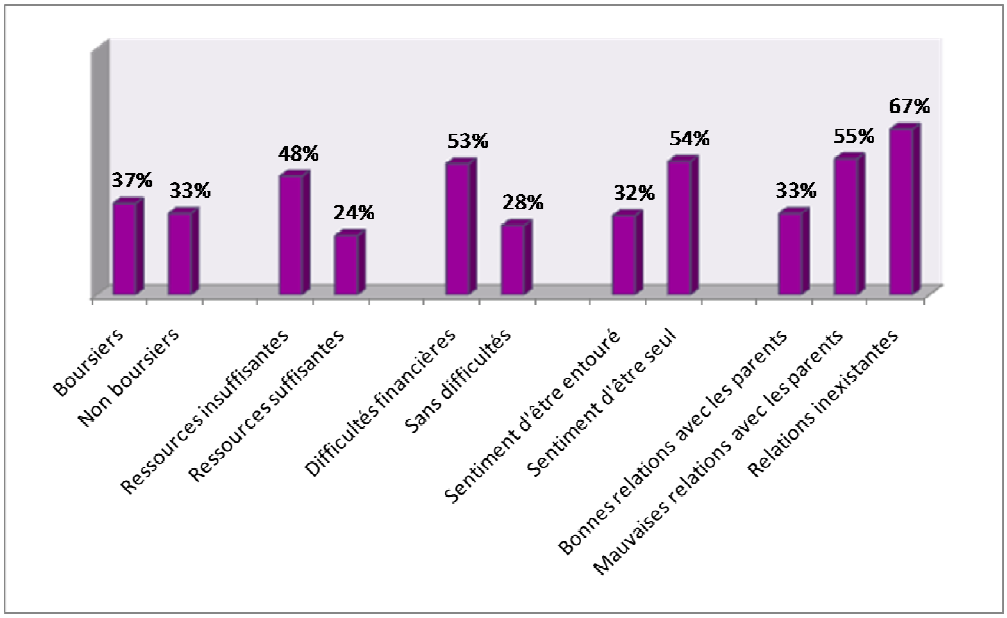
1. Un renoncement aux soins plus fort chez les jeunes

A défaut d'enquête sur les jeunes, il faut extrapoler sur la base des études relatives au public étudiant. Toutes convergent pour pointer un manque de ressources criant. Ainsi la moitié des étudiants se disent « en difficulté financière », seulement 4 étudiants sur 10 se disent satisfait ou très satisfaits de leur ressources et seulement un tiers estiment qu'elles sont suffisantes.

Cela engendre un renoncement aux soins massif. En population générale, ce chiffre est estimé par l'IRDES à 14%, il est de 34% pour les étudiants. Il est croissant pour les populations dépourvues de complémentaire santé qui sont 19% (13% en 2005) en population étudiante contre 6 à 7% en population générale.

De ce point de vue, le rapport des sénateurs KERDRAON et PROCACCIA recoupe les analyses des mutuelles étudiantes et insiste sur l'existence de problématiques de santé spécifiques d'ailleurs communes à tous les jeunes. Ainsi, il surligne que la jeunesse est propice à la prise de bonnes habitudes de santé, sous réserve qu'existent des politiques de santé publiques adaptées.

Les chiffres du renoncement aux soins en fonction de différents critères :
accès aux bourses, niveau de ressources, difficultés financières, isolement, relations avec les parents



2. Un difficile accès à l'autonomie en santé

S'ajoute aux déterminants économiques, des facteurs d'ordres culturels et sociaux. La complexité croissante du système, notamment depuis la réforme de 2004 (parcours de soins coordonné, multiplication des franchises et participations forfaitaires), a des effets particuliers sur une population de jeunes peu aguerris aux fonctionnements administratifs.
Ressenti comme opaque, les jeunes évitent le plus possible le système de santé, voire le rejette au profit d'une démarche d'auto-assurance plus ou moins subie. Cela porte une vision individualiste qui remet fondamentalement en cause le caractère solidaire du système créé dans l'immédiat après-guerre. De surcroît, cela aliment les peurs de déclassement et participe d'un mal-être croissant.

Une illustration de ce difficile accès autonome à la santé est visible dans les effets négatifs de la décohabitation familiale sur la santé. Le caractère négatif du départ du milieu familial sur la santé ne doit pas être pris comme une donnée justifiant la dépendance aux familles, mais un indicateur du fait que les conditions sanitaires sont largement subies par les jeunes et que les inégalités en santé se reproduisent aussi fortement sur la base des conditions sanitaires des familles. Plus que tout, cela révèle l'absolue nécessité d'une éducation au système de santé.

La part des étudiants ayant renoncé à des soins est par exemple de près de 50% moins élevée pour les étudiants demeurés dans leurs familles par rapport aux décohabitants.

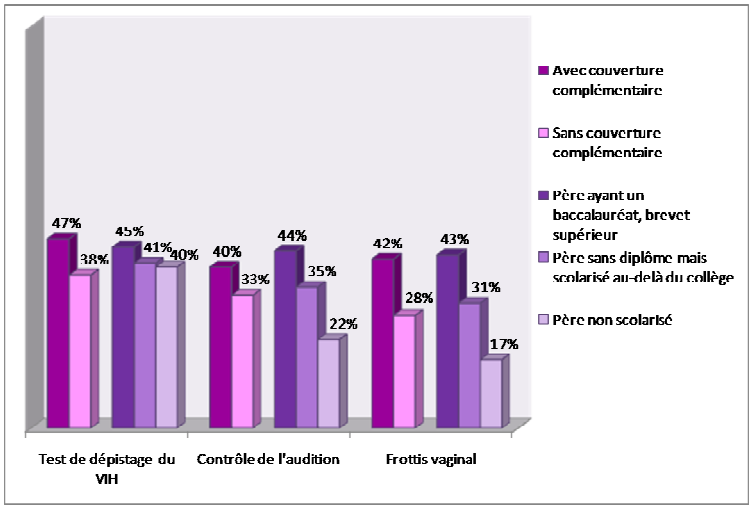
3. De mauvaises habitudes de santé se développent

Conséquences de ces difficultés, l'auto-médication est massive et oscille selon les études entre 84 et 92% contre 62% en population générale (chiffres FNMF de 2007). Il s'agit d'un phénomène inquiétant qui illustre les difficultés d'accès aux soins, et portent des risques sanitaires importants : reprendre une ancienne prescription, des médicaments inadaptés voire périmés, etc… fait courir des risques lourds.

L'absence de prise en charge médicale a également des conséquences sur le mal-être croissant. Ainsi, près de 4 étudiants sur 10 a du mal à gérer son stress. Fonction des filières, de la satisfaction aux études comme de la sélectivité de celle-ci, la réalité du mal-être étudiant est indiscutable et peut malheureusement être étendue à la jeunesse inquiète, anxieuse désormais de son avenir.

Le développement de ces mauvaises habitudes est lourdement influencé par les conditions sanitaires et sociales, et notamment sous l'effet de la situation des familles.

Test du VIH, contrôle de l'audition, frottis vaginal
fonction de l'accès ou non à une couverture complémentaire, et du niveau de diplôme du père



Cette réalité emporte des comportements à risques plus fréquents qui devront faire l'objet d'un traitement spécifique. Il sera toutefois nécessaire de s'attaquer directement aux causes qui résident ainsi dans des enjeux plus structurels.

La santé environnementale, un enjeu majeur

Le premier Grenelle de l'environnement, dans son volet santé, entendait améliorer la prise en considération du paramètre environnemental dans les politiques de santé public. Nous constatons que, si le constat est partagé des effets de l'environnement sur la santé, cela n'implique hélas que trop peu d'actions menées pour enrayer cet état de fait.

On considère les pathologies liées à la santé environnementale celles qui ne sont pas dues à des facteurs génétiques ni à des choix personnels (1). Pollutions de l'air, des eaux, des sols, souffrance au travail, malbouffe... sont autant de facteurs extérieurs subits, qu'il est dérisoire de traiter lorsque les pathologies liées se déclenchent (cancers, obésité, dépressions...).

Les populations les plus défavorisées sont aussi les plus exposées aux risques de santé environnementale. En effet, l'insalubrité, la proximité du logement d'infrastructures polluantes, les conditions de travail pénibles par exemple, sont des facteurs néfastes que subissent principalement les populations n'ayant pas les moyens de s'offrir de meilleures conditions de vie, populations fragiles dont les jeunes font bien souvent partie.

L'Appel de la Jeunesse (2) alerte également sur la prise de conscience par les jeunes, de l'influence de leur environnement et de leurs pratiques quotidiennes sur leur santé, immédiate et surtout future. On citera notamment les dangers encore méconnus des perturbateurs endocriniens présents dans l'eau, la nourriture *via* les plastiques ou les pesticides et dont la consommation répétée augmente notamment les risques de cancers.

Favoriser la prise de conscience de ces facteurs représente un enjeu majeur si l'on veut que les jeunes en bonne santé, soient demain des adultes en bonne santé. Pour cela, améliorer les conditions de vie des jeunes et leur donner les moyens de vivre dans un environnement plus sain est indispensable à leur bonne santé à court, moyen et long terme.

1. Deuxième Rapport du Plan National Santé Environnement
   >>> VOIR sur www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE2_FR_Complet_partie1
2. www.appeldelajeunesse.org/

II – Conditions culturelles d'accès à la santé : repenser l'éducation à la santé

1. Nécessité de l'éducation à la santé

Malgré les discours politiques, **l'éducation à la santé et la prévention reste un pan très mineur des politiques de santé** en France. La part des budgets des politiques de santé investie dans la prévention est, en effet, de l'ordre de 2,8% dans les dépenses courantes de santé en 2007[4]. Il est pourtant admis et scientifiquement démontré qu'une politique de prévention ambitieuse et une éducation améliorée à la santé, et au système de santé peuvent réduire les risques et les coûts pour le système de santé de manière très significative, à court comme à long-terme.

De plus, les exigences démocratiques de la société ont également touché le monde de la santé et la relation patient-professionnel de santé, de telle sorte que les citoyens réclament plus qu'hier une information importante en matière de santé afin de pouvoir être acteurs de leur santé. Ce droit à l'information est ainsi reconnu par la loi.

Les jeunes sont pour autant peu informés en matière de santé. Les enquêtes sur la population étudiante montrent ainsi que 12% des étudiants ne savent pas s'ils sont couverts par une complémentaire santé ; 8% seulement des étudiants connaissent les BAPU ; 10% ne se sentent pas bien informé sur la contraception, 16% sur le sida, 18% sur l'alimentation, 41% sur les IST, 62% sur la dépression. Ces enquêtes montrent également que **la scolarisation a des effets positifs sur l'information en matière de santé**, puisque les étudiants dont les parents ont été scolarisés sont mieux informés que ceux dont les parents n'ont pas été scolarisés, cela influe sur les résultats jusqu'à 15 points.

Malgré l'environnement scolaire et universitaire, l'information en santé des étudiants est donc déficiente. Théoriquement fers de lance d'une politique ambitieuse dans ce champ, **les services de médecine scolaire et universitaire restent de fait sous-dotées**[5]. En conséquence, ils ne peuvent remplir tous les objectifs qui sont les leurs. A titre d'exemple, la loi de 2001 sur l'éducation aux sexualités et au respect n'est que peu appliquée dans les établissements du primaire et secondaire.

Les jeunes salariés ne sont pas mieux lotis. Etant abonnés aux emplois précaires et sous qualifiés, ils sont surexposés aux risques de santé liés au travail, et ne sont que rarement associés à la médecine du travail par ailleurs défaillante. Leur situation de précarité de statut entraîne ainsi une précarité sanitaire accrue. A l'inverse, la prévention à leur égard, et dès la prise de fonction, devrait être une priorité qu'il est pour l'instant impossible d'assurer correctement au regard des financements dont la médecine du travail bénéficie.

Le manque d'information vient aussi toucher l'accès aux droits, notamment pour les aides en matière de santé. Le rapport DULIN sur l'accès aux droits sociaux des jeunes adopté par le CESE en 2012[6] montre que la complexité des démarches, l'empilement des aides et le non accompagnement des jeunes dans les méandres de ces dispositifs les rendent finalement inopérants.

---

4 http://www.chairesante.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/chaires/chaire_sante/pdf/diaposlepen.pdf

5 A titre d'exemple, le rapport parlementaire d'information n° 3968, paru en novembre 2011 et rédigé par les députés M. GAUDRON et Mme PINVILLE sur la médecine scolaire fait état d'une baisse de 10% des effectifs de médecins scolaires entre 2001 et 2011

6 Rapport présenté par Antoine DULIN, adopté le 12 juin 2012, intitulé Droits formels / droits réels : améliorer le recours aux droits sociaux des jeunes

2. Une éducation parcellaire, dépendante de l'environnement social

L'éducation à la santé dont les jeunes disposent actuellement dépend de deux cadres principaux : l'école et plus globalement l'environnement scolaire et universitaire d'une part, et la famille d'autre part.

L'éducation à la santé à l'école : du décalage entre les objectifs et leurs applications

Vecteur tout indiqué pour agir massivement, et sur l'ensemble d'une génération en matière de prévention et d'éducation à la santé, le rôle d'éducation en santé de l'école s'est progressivement construit. Pour autant, les campagnes de prévention lancées dans ce cadre partent souvent du prérequis que les jeunes sont « en danger », et doivent être mis en responsabilité, aboutissant souvent à une approche est moralisatrice.

De plus, les professionnels en charge d'assurer ces moments de prévention n'en sont pas des spécialistes. Il s'agit du personnel éducatif qui de surcroît, n'a souvent pas pu disposer de formation sur les enjeux et les méthodes de prévention. A l'approche inadaptée, s'ajoute l'étau des programmes et temps à respecter qui ne font jamais de l'éducation à la santé une priorité du temps scolaire. Dès lors, plaqués sur des temps restreints, dans des configurations parfois complexes et avec souvent une approche inadaptée aux jeunes, ces séances suscitent régulièrement un rejet du message. **En l'état, le format appliqué à l'école est inefficace**.

De plus, une **tension latente existe entre le cadre scolaire et la famille** sur ces sujets. En effet, l'éducation à la santé, car elle touche à des enjeux vus comme personnels, parfois intimes, abordant quelquefois l'illicite, est souvent vue par les familles comme leur pré-carré. En ce sens, l'éducation à la santé illustre bien la tension entre une vision de l'école centrée sur les enseignements (l'instruction publique) et une vision plus large, légitime à intervenir y compris sur ce champ (l'éducation nationale).

Concernant plus spécifiquement les lycéens, **les problèmes de formats sont là encore de grandes entraves aux timides initiatives de prévention**. Si des interventions extérieures sont plus fréquentes dans ce cadre, là encore, les interventions de type « cours magistral », sur un ton moralisateur suscitent au mieux l'oubli, au pire le rejet des lycéens. Quant à l'application des dispositions de la loi de 2001 concernant l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, elle reste difficile par manque de moyens et de volonté politique de faire appliquer la loi. Même si l'hétérogénéité de ces applications rend difficile l'évaluation des effets de cette loi[7], on peut estimer globalement que non seulement cette loi n'est pas appliquée, mais que son application même serait insuffisante.

Une prise de conscience qui doit aboutir

Il faut toutefois mentionner les récentes annonces du Gouvernement sur l'application de la loi de lutte contre les discriminations de 2001. La **Convention interministérielle** pour l'égalité filles-garçons dans le système éducatif a débouché sur une charte de l'égalité signée par 6 ministères en mars 2013 visant à « guider et soutenir les actions de déconstruction des représentations sexuées » jusqu'en 2018, et concrétise aussi l'aboutissement des groupes de travail lancés respectivement sur le programme "Abcd de l'égalité " et sur la mise en œuvre des séances d'éducation aux sexualités, auxquelles différentes associations membres du FFJ ont pu contribuer.

Plus largement, le Manifeste pour une politique de santé en faveur des jeunes[8] (signé notamment par l'Association Française des Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire, Société française de pédiatrie, Société Française de Santé Publique), qui propose une approche globale et pluridisciplinaire, a pointé récemment l'insuffisance d'une réelle politique de prévention chez les adolescents et l'existence de soins

---

7 « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », IGAS, 2009.

8 http://www.afpssu.com/ressources/manifeste_sante_jeunes_vf310112.pdf

curatifs ciblés mais pas d'une politique globale de santé. Enfin, la question des méthodes y était également soulevée et critiquée car considérée comme inadaptée.

L'éducation à la santé dans les cadres scolaires est peu adaptée en termes de méthodes et de démarches aux attentes des jeunes, ce qui sape leur efficacité. Par manque de moyens et de formations, ces interventions ne peuvent ainsi pas remplir leur rôle, de sorte que c'est à l'environnement social du jeune de combler les manques. Cela fait ainsi reposer la prévention et l'éducation à la santé sur la famille et les proches, qui sont alors vecteurs de reproduction sociale et des inégalités que l'école vise justement à combattre.

Une éducation à la santé défaillante nourrit un éloignement à la santé et une intégration d'une mauvaise santé et d'un renoncement aux soins intégré comme banal. **Il y a ainsi un danger structurel à laisser perdurer ces inégalités.**

3. Pour une politique de prévention ambitieuse et adaptée aux jeunes

Il est nécessaire de **penser l'éducation à la santé et la prévention en fonction des jeunes** afin de casser les idées reçues et de véritablement adapter la démarche aux besoins et attentes des jeunes pour être efficace.

Une interrogation qui émerge

La question du format de la prévention auprès des jeunes est en train d'émerger dans le débat public. Du fait de la crise économique, l'enjeu de la précarité est de retour sur le devant de la scène, et la place des jeunes à cet égard fait l'objet d'une attention particulière. Pour autant, on peut observer un double mouvement d'individualisation et de « sanitarisation » de la question de la santé des jeunes : elle n'est vue que sous l'angle de l'accès aux soins, et pas dans une perspective plus large. Légitime pour les décideurs publics, du sommet de l'Etat à l'échelon communal, les annonces et les cadres de débat sur ce sujet se multiplient. Mais demeure sans réponse, le problème de la méthode d'action publique : les initiatives sont encore trop souvent descendantes et stigmatisantes, là où elles devraient s'appuyer sur des jeunes acteurs de leur santé et soutenir des initiatives ascendantes.

L'enjeu actuel est donc double : maintenir la santé des jeunes dans l'agenda des politiques publiques, d'une part, et s'assurer que les méthodes d'éducation à la santé, de prévention, soient repensées pour accroître leur efficacité.

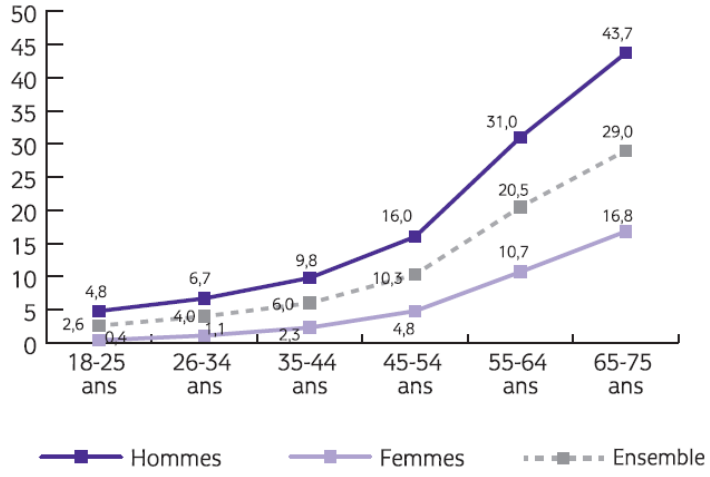
L'exemple de la consommation d'alcool

Nous allons nous attarder sur l'exemple de la consommation d'alcool car cette question illustre l'importance de la prévention auprès des jeunes et le discours stigmatisant et moralisateur, fondé sur des préjugés, qui est souvent avancé. C'est également le sujet le plus commenté dans ce champ, et ne nécessite pas d'évoquer la question de substances illégales.

Contrairement à ce qui est souvent admis, l'alcool n'est pas un enjeu spécifique à la jeunesse : la consommation est croissante avec l'âge[9]. **Contrairement aux idées reçues, en France, les jeunes sont loin d'être les plus grands consommant.**

[9] OFDT, 2013 « *Drogues et addictions, données essentielles* » page 207

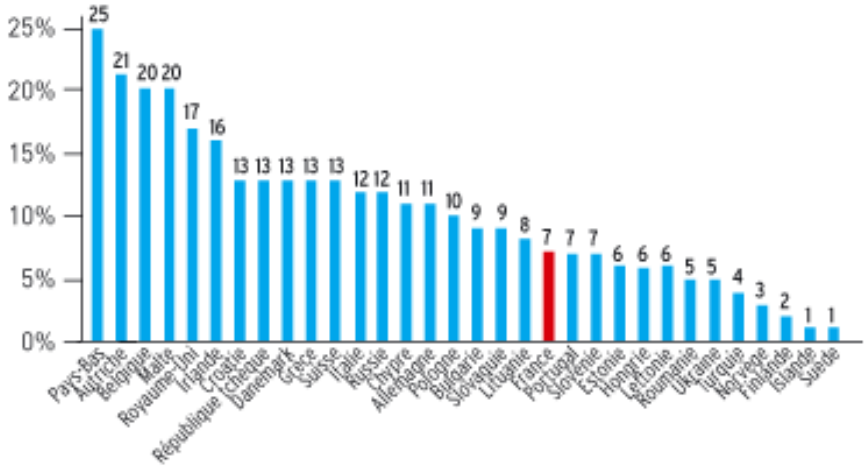
Graphique 2 - Fréquence de l'usage quotidien d'alcool au cours des douze derniers mois par âge et par sexe, 2010 (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

En dépit de constat de hausse de certains comportements excessifs, l'ensemble des jeunes n'est pas en proie à une alcoolisation excessive. L'image du jeune s'adonnant au « *binge drinking* » est rendue caduque par les enquêtes européennes[10].

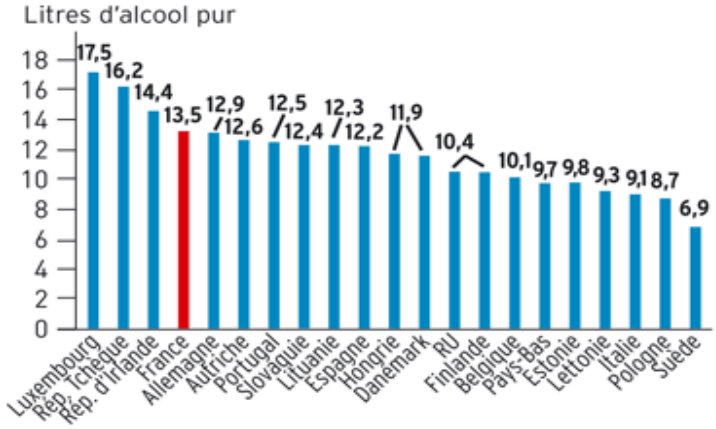
Pourcentage de jeunes scolarisés de 15/16 ans ayant consommé des boissons alcoolisées 10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours (en 2003)



C'est, en effet, moins chez les jeunes qu'en population générale que la France est championne de consommation d'alcool. Si les jeunes français sont au 20e rang pour la consommation régulière de boissons alcoolisée, en population générale, la France est au 4ème rang des consommateurs d'alcool.

10 Hibell, B., et al., The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2004, 450.
>>> **A VOIR** sur http://www.drogues-dependance.fr/alcool-chiffres_d_une_realite_2.html

Consommation d'alcool par an et par habitant âgé de 15 ans et plus dans les pays de l'Union européenne, en litre d'alcool pur (en 2003)



A NOTER : les chiffres les plus récents sur la consommation d'alcool chez les jeunes de 15-16 ans[11], sans revenir sur la consommation d'alcool en population générale, montre que l'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) est stable entre 2007 et 2011 et place la France au 12ème rang européen, alors qu'elle est au 9ème rang pour la consommation.

De plus, l'idée selon laquelle les jeunes consomment pour rechercher systématiquement l'ivresse est fausse. Si de tels comportements existent, ils semblent très marginaux. Ainsi, les enquêtes sur la population étudiante montrent que 78% d'entre eux consomment de l'alcool pour s'amuser, faire la fête, seulement 13% pour rechercher l'ivresse. Seuls 17% des étudiants en consomment plus d'une fois par semaine. La consommation se fait en milieu festif, pour la recherche de convivialité. La fête a un rôle social très important : elle soude le groupe et permet de tester les normes sociales imposées par les aînés. Elles sont ainsi un besoin de groupe, social et culturel pour les jeunes. Elles permettent de construire une identité sociale, surtout dans une société qui n'assigne plus de rôle à la naissance[12].

Il ressort également de cette analyse que le groupe de pairs est une source importante d'informations et d'éducation à la santé, en tant que référent, qu'exemple et de ressource. **Il est donc nécessaire d'inclure une dimension de prévention par les pairs dans la réflexion sur les modes d'action en prévention**.

Les politiques publiques : entre répression et encadrement

Les décisions répressives comme les arrêtés visant à interdire la consommation d'alcool sur la voie publique engendre un repli de ces consommations dans l'espace privé et privent les acteurs publics d'intervention et d'encadrement. Cela accroît les risques de comportements à risque et de consommations isolées.

Plusieurs collectivités territoriales ont mis en place des **programmes de prévention par les pairs dans l'espace public** afin d'appliquer une démarche non-stigmatisante en allant à la rencontre des jeunes qui consomment. Ces initiatives visent à encadrer les pratiques sur l'espace public sans les y interdire. Elles ne sont pas encore généralisées à l'échelle nationale mais ont toutes fait l'objet d'évaluations positives de la part des acteurs investis, les collectivités concernées les ont toutes reconduites et ont même essaimées[13].

La prévention innovante, incluant le jeune dans le processus de prévention pour en faire un acteur de sa santé, laissant une large part à l'éducation par les pairs doit être un élément central d'une redéfinition d'ampleur de la

---

11 Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011, publié en mai 2012

12 **>>> A VOIR** : les travaux de Christophe MOREAU sur la dimension sociale de la fête regroupé à cette adresse : http://www.anpaa-bretagne.fr/component/content/article/44/217-moreau-christophe--sociologue.html

13 Créé en 2008, le dispositif Noz'ambules de Rennes a été adapté et déployé dans de nombreuses villes parmi lesquelles Grenoble et Lille.

prévention à destination des jeunes. Le cadre scolaire et universitaire doit être mobilisé, et les personnels formés aux enjeux de santé des jeunes.

Il est nécessaire **d'investir massivement dans le champ de la prévention**. Les associations et acteurs de terrain sont trop souvent sous-financés et mis en concurrence pour les maigres crédits existants, ce qui nuit à leur activité (depuis 2010, les ARS ont par exemple vu baisser les crédits prévention de 6% par an). Sans une impulsion politique forte, s'incarnant y compris sur le plan financier, aucune politique d'éducation à la santé et de prévention adaptée aux jeunes ne pourra être mise en place, généralisée et ainsi efficace dans la réduction des comportements à risque et la réduction des inégalités sociales de santé.

Le Régime étudiant de Sécurité sociale, outil au service de l'autonomie sanitaire des jeunes

Créé en 1948, le régime étudiant de Sécurité sociale (RESS) est un régime dont la gestion est déléguée au sein de la Sécurité sociale à des organismes gestionnaires. Ces centres étudiants de Sécurité sociale sont dirigés par des étudiants, et disposent d'une autonomie de gestion, tout en demeurant constitutifs du régime général : comme les salariés, les étudiants cotisent pour la CNAMTS. La population affiliable par le RESS est d'environ 1,8 M de personnes ; en sont exclus les étudiants salariés et ceux dont les parents dépendent de régimes spéciaux.

La gestion étudiante du Régime étudiant de Sécurité sociale est la garantie d'une information et d'une action au plus proche des besoins de la population concernée. La gestion par les pairs assure que les dirigeants des mutuelles sont les mieux placés pour répondre aux problématiques de santé spécifiques des étudiants, en particulier le fait qu'ils soient en période d'apprentissage et de construction de leur rapport à la santé. Ainsi, les actions de prévention et d'éducation au système de santé, entreprises par les mutuelles étudiantes au titre de la gestion du RESS, sont adaptées au public qu'elles visent, tant en termes de démarche que de contenus.

A l'appui des évolutions démographiques et l'accroissement de la population étudiante d'une part, l'existence de ce régime est pertinente. Plus généralement, l'émergence de la jeunesse comme nouvel âge de la vie que marque notamment la fin de la scolarité obligatoire et l'entrée dans le premier emploi stable (16 à 28 ans) pourrait induire une extension du régime au-delà des seuls étudiants. Comme le souligne le rapport des sénateurs KERDRAON et PROCACCIA, il serait alors nécessaire de mettre fin aux dysfonctionnements dont est victime le régime sous l'effet d'une réglementation absconse faite de procédures exorbitantes et inadaptées au public étudiant (réaffiliation annuelle, absence de contrôle par les établissements, restitution de la Carte vitale 1, etc.). Couplée à une réelle information en amont, ces simplifications présenteraient également l'avantage de répondre à la précarité statutaire en permettant à tous les jeunes, de bénéficier d'un unique interlocuteur dans le domaine de la santé. En retour, celui-ci serait plus en capacité d'agir globalement pour améliorer la santé de notre génération.

III – L'accès aux soins : mettre l'offre de soins au service des jeunes

La santé est un droit fondamental. Différentes barrières liées à la précarité des jeunes ou à l'organisation du système de santé entravent pourtant la capacité des jeunes à se faire soigner. Il est nécessaire d'agir sur la situation sociale des jeunes pour supprimer les barrières financières d'accès aux soins, il faut repenser l'information en matière de santé pour que chaque jeune connaisse ses droits et puisse les faire valoir, et qu'il puisse effectuer ses propres choix de santé en toute connaissance de cause. **Il est également nécessaire d'agir sur le système de prise en charge médicale** : sans un système de santé adapté à leurs besoins, les jeunes ne pourront pas accéder à la santé d'une façon satisfaisante.

1. Un système de santé peu adapté aux jeunes

Le système de santé est organisé de manière complexe, de telle sorte que les jeunes comme l'ensemble de la population ont beaucoup de mal à s'y retrouver. Si l'on rapproche cette complexité avec la précarité statutaire évoquée plus haut, on comprend que les démarches administratives constituent alors un obstacle souvent insurmontable.

Ainsi, **les jeunes accumulent des facteurs de vulnérabilité dans le système actuel**. Ils sont en particulier très mal informés sur les droits auxquels ils peuvent prétendre. Comme le montre le rapport DULIN, les jeunes souffrent d'un double déficit en matière de santé et de protection sociale : ils manquent de droits mais aussi de connaissance de ces droits. Le système d'aides et de droits, qu'il s'agisse du droit commun ou de dispositifs spécifiques, est foisonnant, et les jeunes manquent de repères et d'accompagnement pour retrouver « dans quelle case » ils peuvent entrer.

Ils peuvent ainsi être bénéficiaires directs des prestations familiales, des minimas sociaux, de la CMU voire de la CMU-C, possiblement de l'ACS (mais les critères administratifs d'accès sont de fait, très restrictifs : décohabitation, absence de pension alimentaire et indépendance fiscale), de telle sorte que les étudiants n'y ont pas accès. En fonction de leur situation, les jeunes sont, soit rattachés au Régime étudiant de Sécurité sociale, soit à une caisse de Sécurité sociale, soit bénéficient de la CMU... Age, statut, contrat de travail, relation aux parents sont autant de critères qui définissent un positionnement complexe au sein de la galaxie des aides et qu'il serait nécessaire de clarifier.

En conséquence de ces difficultés, le droit à la santé est très inégal en France. Les comparaisons européennes montrent que les inégalités sociales sont criantes dans ce domaine, les différences de taux de mortalité prématurée selon la catégorie socioprofessionnelle y et plus élevé qu'ailleurs. L'INED parle ainsi de « double peine » pour les ouvriers qui vivent moins longtemps et en moins bonne santé que les cadres[14].

Les inégalités sociales pèsent, en effet, sur le recours aux soins, notamment par le biais de l'équipement en complémentaire santé, indispensable aujourd'hui à l'heure où la Sécurité sociale ne rembourse qu'un euro sur deux environ des frais de santé courants. Ainsi, On compte 32% de la population non couverte par une complémentaire santé qui renoncent à des soins, contre 14% parmi la population couverte.

Ces différences d'accès aux soins en fonction du niveau social s'expliquent aisément :

---

[14] INSEE Première n° 1372, publié en octobre 2011 « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent »

- les deux tiers des dépassements d'honoraires sont à la charge des ménages,
- les taxes récemment votées (TCMU depuis 2008, TSCA depuis 2011) renchérissent le coût des complémentaires santé de plus de 13 points,
- les démarches pour accéder aux droits sont souvent longues, on compte ainsi 1,4 million de bénéficiaires potentielles de la CMU qui n'en bénéficient pas,
- les personnes concernées sont souvent victimes d'une stigmatisation *a priori* qui se traduit par des refus de prise en charge par certains professionnels,
- il existe des effets de seuils entre les dispositifs d'aides sociales : le bénéfice de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) fait par exemple passer au dessus du seuil requis pour être éligible à la CMU-C à quelques euros près (776,59 € maximum d'AAH pour un plafond CMU-C à 661 € pour une personne seule).

Le problème de la carte médicale est aussi vecteur de tensions sur le plan de l'accès aux soins. Cela est vrai des déserts médicaux absolus, c'est-à-dire l'absence totale de médecins qui touche principalement les zones rurales et urbaines défavorisées, comme des déserts médicaux relatifs, là où trouver un médecin secteur 1 dans des délais raisonnables est difficile, principalement dans certaines zones urbaines. Il est, à ce titre, nécessaire d'agir en encourageant notamment la constitution de pôles médicaux de proximité, qui réunissent les professionnels de santé sur un modèle économique permettant de mutualiser les coûts et de financer ainsi correctement leur activité, y compris en secteur rural.

Un encadrement des dépassements d'honoraires est également nécessaire, notamment pour lutter contre les déserts relatifs. L'application de l'avenant n° 8 signé en décembre dernier est un pari qui devra être réussi, faute de quoi le problème demeurera aigu.

Enfin, certaines démarches administratives à effectuer pour accéder aux soins correctement sont inadaptées aux jeunes. Ainsi, le parcours de soins coordonné et la nécessité de déclarer et de consulter un médecin traitant pour être bien remboursé, pose problème aux jeunes qui sont de plus en plus mobile (apprentissage, études, stages, job d'été, etc.).

Pour les jeunes étrangers, qui doivent accomplir un parcours du combattant avant de disposer d'un numéro de Sécurité sociale et d'une carte vitale, la procédure prenant plusieurs mois.

2. Des politiques spécifiques pour des enjeux ciblés

La jeunesse en tant que nouvel âge de la vie est caractérisée par des enjeux de santé spécifiques. En effet, son aspiration à l'autonomie, sa forte mobilité, la précarité sociale et de statut dont elle souffre, font naître des configurations particulières qu'il convient de traiter par des mesures politiques ciblées.

Ce travail d'identification des besoins et des solutions à y apporter est fréquemment fait pour la population étudiante. Ainsi, le rapport des sénateurs KERDRAON et PROCACCIA sur la santé des étudiants et le Régime étudiant de Sécurité sociale mettaient en avant plusieurs propositions qu'il pourrait être utile de généraliser à l'ensemble des jeunes.

Il faut ainsi protéger les jeunes de la flambée des dépassements d'honoraires en instaurant **un accès de droit au tarif opposable pour les moins de 28 ans**. Devant l'inadaptation de certains dispositifs aux réalités sociales des jeunes, il faut **revoir les critères notamment pour l'ACS et la CMU** et **généraliser les dispositifs de chèque-santé** pour permettre à tous les jeunes un accès à la complémentaire santé.

Concernant les services de soins à destination des jeunes, il faut prendre appui particulièrement sur les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé qui doivent voir leurs missions renforcées et étendues.

Leur budget doit être augmenté et sanctuarisé dans les budgets des universités, les effectifs doivent être augmentés pour permettre leur transformation en centres de santé universitaire pluri-disciplinaires garantissant tiers-payant et tarif opposable pour tous les jeunes. Enfin, il est nécessaire d'animer le réseau national des SUMPPS pour diffuser les initiatives locales.

Enfin, la problématique de l'information et de l'éducation à la santé des jeunes doit faire l'objet d'une politique ambitieuse et dotée de moyens importants. Les campagnes nationales de prévention en effet, traitent souvent de thématiques de santé qui ne concernent que peu les jeunes (le cancer, la perte d'autonomie…), alors que les jeunes sont en attente et demandent de l'information leur permettant d'accéder pleinement à leur autonomie sanitaire sur des sujets comme les sexualités, les substances psycho-actives, etc.

S'il faut des mesures spécifiques pour les jeunes, il faut se prémunir de construire un système d'aides et de soins parallèles au droit commun pour les jeunes. Si des enjeux spécifiques à cet âge de la vie doivent entraîner des mesures spécifiques, celles-ci doivent constituer un complément bénéfique au droit commun visant à accompagner l'intégration pleine et entière des jeunes à l'ensemble de la population.

Le réseau RESUS de l'UPEC : un projet innovant

Le projet RESUS est une initiative innovante portée par différents acteurs de l'enseignement supérieur et de la santé des jeunes afin de favoriser l'accès aux soins des étudiants de l'Université Paris Est Créteil (UPEC).

Il s'agit d'un réseau de professionnels de santé implantés à proximité des sites universitaires qui s'engagent à pratiquer le tarif opposable et le tiers payant pour les étudiants de l'UPEC. Le SUMPPS de l'université s'engage à faire connaître le réseau et les mutuelles étudiantes à faciliter la pratique du tiers payant. Ce réseau s'appuie donc sur des structures déjà existantes et consiste en une coordination des acteurs.

3. Une grande politique globale, nécessaire pour intégrer les jeunes au droit commun

La santé des jeunes doit être une priorité politique et doit être l'objet d'une politique de santé globale de la part des pouvoirs publics. Ainsi, il est à déplorer que la santé des jeunes ait été l'angle mort des lois de Santé publique successivement votées en 2004 et 2009. Dans la continuité, les Agences Régionales de Santé n'ont pas toutes intégré la dimension jeunesse à leurs Projets Régionaux de Santé. Pourtant, de part leur rôle d'organisateur de la politique de santé, tant dans sa dimension accès aux soins que dans sa dimension prévention, les ARS sont le moteur indispensable de cette politique de santé des jeunes.

Dans le domaine symbolique du droit à disposer de son corps par exemple, les jeunes ont pu bénéficier de récentes avancées avec la garantie d'un accès gratuit à la contraception pour les jeunes filles mineures de 15 à 18 ans, ainsi qu'avec le remboursement à 100% de l'IVG. Mais ces mesures restent insuffisantes pour garantir le droit à disposer de son corps. Ainsi, la dernière enquête FECOND[15] montrait que le recours à la contraception chez les jeunes femmes majeures était en recul, notamment pour des raisons financières. Il est donc nécessaire d'agir dans une politique globale et cohérente.

Cela passe par un retour sur des décisions néfastes prises ces dernières années, en particulier la diminution drastique des subventions allouées aux centres de planification maternelle et infantile et aux associations de prévention dans les champs de la vie affective et sexuelle et des droits des femmes, décidée par les précédents

[15] INED, Population et sociétés n° 492 publié en septembre 2012 « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? »

gouvernements. Cela a engendré de réelles difficultés pour ces centres et associations, et conséquemment, pour les femmes qu'elles prenaient en charge.

Il est nécessaire par ailleurs de **généraliser les dispositifs de Pass-contraception** pour le moment pilotés par certaines régions afin de garantir un accès gratuit et anonyme à la contraception pour tous les jeunes (femmes et hommes), sur tous les moyens de contraception afin de donner le choix de son modèle contraceptif à chacun, et ce, jusqu'à 28 ans. Les jeunes devront être pleinement associés à l'évaluation des dispositifs préalable à une généralisation du Pass-contraception.

Enfin, face aux risques induits par les reconfigurations de la carte médicale, il faut a minima **garantir un centre de planification, et un centre d'IVG dans chaque hôpital**, comme François HOLLANDE s'y était engagé lors de la campagne présidentielle, puis dans les premiers mois de son mandat. Il faut même aller au-delà afin d'assurer une proximité géographique et socio-culturelle sur l'ensemble des territoires y compris ruraux et urbains périphériques.

Plus généralement, la politique de santé en faveur des jeunes doit également être pensée à tous les échelons de l'action publique, et l'action des différentes collectivités territoriales doit être mieux coordonnée. L'approche de la santé des jeunes dans les collectivités est souvent une approche croisée et intégrée entre personnels sociaux et éducatifs. Faute d'un cadre d'action clairement défini, les interventions des collectivités se font souvent selon des périmètres variés :

- les mairies interviennent dans les écoles dont elles ont la gestion, le plus souvent dans une dynamique de prévention *via* les cantines scolaires. Elles sont en particulier très investies sur la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS).
- Les départements sont définis comme les chefs de file de l'action sociale par la loi. A ce titre, ils coordonnent une action sociale sur le territoire qui s'intéresse aux enjeux de santé par ce biais. Par exemple, ils ont la gestion et l'animation des centres de PMI et peuvent mettre en place des centres de santé sur leur territoire.
- Les régions touchent la santé des jeunes principalement au lycée. Elles ont la gestion matérielle du parc de lycées et cherchent fréquemment à se démarquer en apportant une plus-value à cette gestion obligatoire. Compte-tenu de l'âge des jeunes concernés, cette plus-value peut prendre des formes variées (soutien à des projets culturels, développement de programmes linguistiques...), dont de nombreux programmes de prévention (Pass-contraception, déploiement d'interventions en milieu scolaire…).

Pourtant, **l'intervention des collectivités territoriales se fait d'une façon très différente d'un territoire à l'autre**. A défaut de compétences claires dans les lois de décentralisation, les collectivités interviennent dans le champ de la santé des jeunes en saisissant une opportunité politique. Cela induit des différences entre les collectivités et entre les populations qu'elles protègent. Ce qui peut être acceptable par ailleurs, ne peut l'être sur un sujet aussi fondamental que la santé. C'est à l'État de prendre à sa charge les plus importantes mesures que constituent les Chèque-santé et Pass-contraception. De plus, cette hétérogénéité rend les projets dépendants de leur porteur politique (un élu), ce qui met en danger leur pérennité, puisque elles dépendent du capital politique et budgétaire qu'il peut porter. A défaut de mission claire, la mobilisation de l'administration est elle aussi aléatoire et repose sur les services sur lesquels l'élu porteur du projet a la main, ce qui peut enfermer ces actions dans un cloisonnement administratif.

Enfin, **les actions en faveur de la santé des jeunes sur les territoires se heurtent souvent à la multiplicité des acteurs investis qui se retrouvent en concurrence pour des financements en baisse**, ce qui nuit à l'efficacité des projets. La pénurie de financements distribués par les ARS en matière de prévention, ainsi que leurs demandes croissantes de portage unique des projets touche très fortement les associations de prévention, particulièrement les plus petites structures.

L'accès aux soins pour les jeunes en milieu rural : la double peine

En matière de services, la première attente des habitants des territoires ruraux concerne l'accès aux soins[1]. Les jeunes des territoires ruraux subissent alors une double peine. Ils rencontrent à la fois des difficultés sanitaires similaires aux autres jeunes du territoire français comme démontré dans cet avis (renoncement aux soins, difficile accès à l'autonomie, mauvaises habitudes de santé…) et en même temps s'ajoute une autre difficulté : celle d'un accès aux soins inégalement réparti sur le territoire et particulièrement en zones rurales.

On constate en effet pour les médecins généralistes, que la densité départementale était en 2011 en moyenne de 138,9 pour 100 000 habitants. Presqu'un département sur deux présente une densité inférieure à la moyenne. A Paris, on compte 226,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants[2]. Pour les médecins spécialistes, ce contraste s'accroît. La densité départementale était en 2011 en moyenne de 137,3 pour 100 000 habitants contre 501,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Paris, soit un écart presque de 1 à 8, quand il est de 1 à 2 seulement pour les médecins généralistes[3].

Les jeunes des milieux ruraux subissent alors une inégalité face à l'accès aux soins. Les déserts médicaux ruraux sont une réalité qui préoccupe de plus en plus d'acteurs locaux. La tendance actuelle est au regroupement des médecins et professions de santé dans des centres de santé ou maisons de santé. Cela répond à de réels besoins identifiés : lutte contre l'isolement des médecins et infirmiers, développement des synergies entre professions de santé, accès à des équipements coûteux en les partageant etc. Pour autant, des effets pervers se font également sentir puisque cela augmente les inégalités face à la mobilité. Les jeunes peu ou pas mobiles ont de plus en plus de mal à accéder aux premiers soins. Cette situation est plus difficile encore s'il s'agit d'accéder à des spécialistes, la plupart du temps présents en ville. Le problème s'accentue quand il concerne l'accès aux centres de planification ou d'IVG. Certes, des centres de prévention et de planification existent près des établissements scolaires dans les petites agglomérations mais les jeunes scolarisés sont souvent contraints, par les horaires des transports publics, à un retour immédiat vers leur domicile après les cours par exemple.

L'accès aux soins pour les jeunes ruraux est directement conditionné par la proximité géographique et représente alors une véritable difficulté pour les zones rurales ou périurbaines. Il faut donc prendre en compte les possibilités de transport pour permettre de desserrer la contrainte de proximité.

Revue POUR. Dossier : *Santé en milieu rural : réalités et controverses*. n°214 - Juillet 2012

[2] Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Par le Sénateur M. Hervé MAUREY. Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013.

ibid

CONCLUSION

La principale conclusion à tirer de ce rapport sur la santé des jeunes rejoint un constat déjà dressé dans d'autres avis du Forum Français de la Jeunesse : **la jeunesse doit faire l'objet d'une politique globale cohérente et ambitieuse, particulièrement dans le domaine de la santé**.

Le rapport des sénateurs KERDRAON et PROCACCIA sur la santé des étudiants et le Régime étudiant de Sécurité sociale pointait déjà le manque de cohérence et d'ambition dans les politiques de santé des jeunes et appelait à **plus de moyens et une organisation plus cohérente de cette politique**. Au-delà du champ universitaire, cette démarche doit s'appliquer **pour l'ensemble des jeunes**.

Pour être efficace, une politique de santé des jeunes doit partir d'une **définition large de la santé**, qui ne se limite pas à des mesures d'accès aux soins, mais qui prenne également en compte les facteurs environnementaux et sociaux, ainsi que la situation d'apprentissage des jeunes. Cela devra notamment se traduire par une prise en compte et une lutte contre les déterminants économiques, sociaux et culturels d'accès à la santé.

Ni la loi de santé publique de 2004, ni la loi HPST de 2009 n'incluaient de dimension jeune ou de perspectives sur l'éducation à la santé. Conséquence de cet **impensé législatif**, les conditions sanitaires des jeunes ont fortement régressées ces dernières années. Dans le cadre de leurs Projets Régionaux de Santé, les ARS devront intégrer un volet Jeunesse afin de déployer une politique globale et cohérente sur le sujet.

Enfin, si dans chacun de ces domaines, la politique de santé des jeunes doit faire l'objet de **mesures particulières pour la jeunesse**, dictées par les caractéristiques et difficultés propres de la jeunesse liées à sa prise d'autonomie, ces mesures ne seront efficaces que si elles viennent **s'inscrire en supplément d'une intégration pleine et entière des jeunes au droit commun** dont ils sont encore partiellement exclus.

Pour faire du droit à la santé une réalité pour tous les jeunes, le Forum Français de la Jeunesse propose des mesures de court, moyen et long terme propres à changer rapidement, massivement et durablement le rapport des jeunes à leur santé.

16 propositions pour faire du droit à la santé une réalité pour tous les jeunes

- **6 propositions IMMEDIATES** pour améliorer l'accès aux soins des jeunes

1. Permettre un **accès systématique à la CMU-c ou l'ACS pour les jeunes en difficulté** boursiers ou sans emploi
2. Mettre en place un **Chèque-santé national** pour tous les jeunes, leurs garantissant l'accès à une complémentaire santé autonome indispensable à une gestion pleine et entière de leur santé, proposition qui matérialise la proposition n° 46 du Livre vert de Martin HIRSCH
3. Généraliser **le tiers-payant intégral** pour tous les jeunes avant 30 ans
4. Faire évoluer **les médecines scolaires et universitaires en Centre de santé**, et en développer les moyens humains et financiers pour que les missions de soins comme de prévention puissent y être menées efficacement en lien avec les autres acteurs pertinents
5. **Garantir l'accès au tarif opposable de droit** pour les moins de 30 ans
6. **Exonération de la TSCA** (Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance) pour les jeunes

- **5 propositions DE MOYEN TERME** pour faire de la prévention et de l'éducation à la santé une priorité

7. Permettre **l'application effective de la loi de 2001 sur l'éducation aux sexualités** en donnant l'impulsion politique et les moyens nécessaires
8. Développer des **modules d'éducation à la santé par les pairs jeunes** dans tous les établissements du secondaire et du supérieur
9. Mettre en place un **Pass-contraception national pour tous les jeunes entre 16 et 30 ans** afin de permettre à toutes d'avoir accès à une contraception de son choix et un suivi régulier
10. Mettre en place une **médecine du travail à l'entrée des formations et dès l'entrée dans l'emploi** (y compris les CDD), dans la lignée de la proposition n° 47 du Livre vert de Martin HIRSCH,
11. Réaliser l'objectif de multiplier par deux les crédits ciblés à la prévention (6%) en augmentant les crédits des médecines scolaires, universitaires et du travail

- **5 propositions STRUCTURELLES** pour améliorer l'environnement sanitaire et social des jeunes

12. Donner les **moyens financiers suffisants pour réduire de moitié la pauvreté des jeunes** d'ici à 2017
13. **Améliorer la situation du logement des jeunes** dans la perspective de la loi DUFLOT, permettant l'accès effectif au logement (encadrement des loyers, garantie universelle des risques locatifs, etc.)
14. **Améliorer les conditions de mobilité des jeunes** au plan national et international qui passe par un accès à des tarifs préférentiels pour la mobilité nationale et la sanctuarisation des crédits (Erasmus et autres aides à la mobilité européenne et internationale)
15. Intégrer les jeunes au droit commun : **abolir les restrictions d'âge ou de statut** dans les critères d'accès aux aides sociales (RSA, CMU et ACS notamment)
16. Amener les ARS à **déployer un volet Jeunesse dans leurs Projets Régionaux de Santé** afin de proposer une action globale et cohérente en direction de ce public spécifique et fragile

BIBLIOGRAPHIE

Sur les conditions sanitaires et sociales de la population

- INED, Population et sociétés n° 492 publié en septembre 2012 « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? »
- INSEE Première n° 1372, publié en octobre 2011 « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent »
- INSEE Première n° 1412. Les niveaux de vie 2010. Septembre 2012. Tableau 3

Sur les conditions de vie des jeunes

- INJEP, « Atlas des jeunes en France : les 15-30 ans, une génération en marche », Paris : Autrement, 2012
- INSEE, Analyses n° 6 « Le RMI, puis le RSA découragent-ils certains jeunes de travailler ? », septembre 2012,
- INSEE, « Les niveaux de vie en 2010 », Insee Première n°1412, septembre 2012,
- INSEE, « Les niveaux de vie en 2009 », Insee Première n°1365, août 2011,
- OVE, « Enquête conditions de vie 2010 »,

Sur la santé des jeunes

- BRODA, Jacques, « Santé, identités et précarités étudiantes », *Santé Publique* 6/2008 (Vol. 20), p. 605-610
- Emevia « La santé des étudiants en 2011 », publiée en 2011
- ESPAD, Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011, publié en mai 2012
- INJEP, « Agora débats/jeunesses Dossier : Jeunes & santé : entre actions publiques et comportements individuels », N° 54/2010, Paris : L'Harmattan, 2010,
- INJEP, « La santé des jeunes. État des lieux. » Collection "Le Point Sur" n° 27 / 2008
- LMDE, « *Santé et conditions de vie des étudiants. Enquête nationale et synthèses régionales.* » publié en mai 2012
- Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « La santé des jeunes en Pays de la Loire. 15-25 », Nantes : ORS Pays de la Loire, 2009Revue PROJET « Dossier : Droit à la santé », n°304, 2008/3
- Sénat, « Rapport du groupe de travail sur la Sécurité sociale étudiante et la santé des étudiants »,

Sur les dispositifs à destination des jeunes

- Assemblée Nationale, rapport parlementaire d'information n° 3968, paru en novembre 2011 et rédigé par les députés M. GAUDRON et Mme PINVILLE sur la médecine scolaire fait état d'une baisse de 10% des effectifs de médecins scolaires entre 2001 et 2011
- Charte de la santé des jeunes signée le 10 mai 2006
- Haut Commissariat à la Jeunesse, « Commission sur la politique de la Jeunesse – Livre Vert », Paris : la Documentation Française, 2009
- IGAS, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », 2009,
- Plan Santé Jeunes de 2008

Divers

- Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Hibell, B., et al., The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2004, 450.