



DRJSCS
HAUTS-DE-FRANCE

Direction Régionale de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale

www.hauts-de-france.drjscs.gouv.fr

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services



➤ Les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle

Septembre 2016



Université de Lille 3- Master 2 Stratégie de Développement social- Marion DANCOISNE, Marion LE GOFF,
Tiphaine MASSON, Matthias ROSENZWEIG, Camille WECXSTEEN
Sous la direction de Vanessa STETTINGER- Maître de conférences

Direction régionale de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale
Hauts-de-France

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| CHAPITRE I : TRAVAIL D'ENQUÊTE DANS LES TERRITOIRES DU HAINAUT ET DE L'ARTOIS | 12 |
| 1. Rencontre du terrain | 12 |
| A. Deux territoires marqués par des problèmes de santé | 12 |
| B. Les CPAM comme acteurs de la santé | 15 |
| C. La formation professionnelle | 17 |
| 2. A la recherche des jeunes stagiaires de la formation professionnelle..... | 19 |
| A. Les stagiaires et leur environnement..... | 19 |
| B. Différentes contraintes de terrain..... | 20 |
| CHAPITRE II : ÊTRE STAGIAIRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE | 23 |
| 1. Situation économique et sociale de ces jeunes en formation professionnelle | 23 |
| A. Les jeunes soutenus par la Région | 23 |
| B. Accompagnements ou rupture familiale : des parcours marqués par des changements de situations sociales..... | 25 |
| 2. Parcours de formation..... | 27 |
| A. Des jeunes issus d'autres formations..... | 27 |
| B. Des parcours professionnels antérieurs..... | 28 |
| C. L'entrée en formation continue : un passage systématique par la mission locale..... | 30 |
| 3. Différentes expériences de formations..... | 31 |
| A. Rapport entre les stagiaires et les centres de formation..... | 32 |
| B. Une vision globale de leurs expériences en stage..... | 33 |
| CHAPITRE III : LES STRATEGIES DE SOIN DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE... | 35 |
| 1. S'engager dans une (des) démarche(s) de soins | 35 |
| A. Situations de renoncements et de non recours..... | 35 |
| B. L'accompagnement aux soins | 41 |
| C. Les démarches administratives | 44 |
| 2. Rapport avec le corps médical | 47 |
| A. Relation avec le médecin traitant | 47 |
| B. Relation avec les différents médecins spécialistes | 51 |
| 3. Rapport au soin | 55 |
| A. Pratiques préventives ou curatives..... | 55 |
| B. Le rapport aux médicaments..... | 58 |

| | |
|--|------------|
| CHAPITRE IV : DES NORMES DE SANTE REAPPROPRIEES PAR LES STAGIAIRES..... | 62 |
| 1. La santé au-delà des soins..... | 62 |
| A. Les représentations de la santé | 63 |
| B. Les pratiques de santé..... | 68 |
| 2. Des pratiques à risques | 79 |
| A. Les « pratiques à risques » chez les stagiaires | 79 |
| B. Risques et pratiques professionnelles..... | 86 |
| C. Les typologies observées..... | 92 |
| CONCLUSION..... | 97 |
| PRECONISATIONS..... | 99 |
| PRECONISATION 1 | 100 |
| PRECONISATION 2 | 101 |
| PRECONISATION 3 | 102 |
| PRECONISATION 4 | 103 |
| PRECONISATION 5 | 104 |
| BIBLIOGRAPHIE | 105 |
| SITOGRAPHIE | 110 |
| GLOSSAIRE | 111 |
| ANNEXES..... | 112 |
| Annexe 1 : Guide d’entretien des stagiaires | 112 |
| Annexe 2 : tableau récapitulatif des enquêtés | 116 |
| Annexe 3 : Guide d'entretien des animateurs socio-éducatifs | 118 |

INTRODUCTION

Cette recherche-action se déroule en partenariat avec la DRJSCS¹ (Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale) du Nord-Pas-de-Calais, la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de l'Artois et la CPAM du Hainaut¹. Elle s'inscrit dans le prolongement des réflexions menées par le groupe de travail régional « Accès au droit des jeunes » qui rend compte de la difficulté des acteurs publics de la santé de cibler l'accès aux soins des jeunes en formation professionnelle. Nous nous demandons alors, comment les jeunes stagiaires de la formation professionnelle pratiquent-ils leur santé au quotidien ?

Les CPAM jouent un rôle primordial dans l'accès aux prestations de santé en étant en charge du régime général d'assurance-maladie. Néanmoins, certains publics, du fait de la spécificité de leur statut, et bien que pouvant relever du régime général, sont difficilement identifiables par ces structures. C'est le cas des jeunes en formation professionnelle continue² qui ne possèdent pas de statut spécifique auprès de l'assurance maladie. Ce public, dont les membres ont entre 16 et 26 ans, rassemble une multitude de statuts qui vont de l'étudiant au salarié en passant par le demandeur d'emploi. Dans un contexte territorial où la précarité des jeunes est élevée, leur accès aux soins de santé est un enjeu primordial. C'est pour ces raisons que le groupe de travail « Accès au droit des jeunes » a souhaité cibler cette catégorie spécifique. Afin de se pencher sur leur accès aux prestations de santé, les CPAM utilisent la notion de non-recours.

Le non-recours est une notion apparue au cours des années 1930. Elle a émergé suite à une interrogation des politiques concernant la bonne affectation de ces prestations envers le public cible. Il correspond à la non-satisfaction d'un besoin de santé considéré comme tel d'un point de vue médical. Le non-recours à la santé concerne aussi bien l'accès à l'assurance maladie pour les personnes pouvant en bénéficier, qu'aux soins médicaux et aux opérations de prévention. Le non-recours s'impose peu à peu comme un problème public. Il s'agit donc d'un continuum social³.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les questions de santé sont prégnantes, dans une région où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible de la France métropolitaine⁴. Malgré cela, on constate que les habitants ne sont pas spécialement éloignés de l'offre médicale au regard de la consommation de soins médicaux qui reste plus élevée que la moyenne française⁵. Cependant, le non-recours à certains soins médicaux est une source de préoccupation pour les CPAM de la région. En 2012, la région Nord-Pas-de-Calais comptait à elle seule environ 4% des décès liés à deux maladies (cancer colorectal et cancer du sein) dans l'ensemble de la France métropolitaine. Le taux de

¹ Un lexique est disponible en annexe. Du fait du grand nombre de sigles présents dans ce compte rendu, nous vous invitons à le consulter régulièrement.

² La formation initiale désigne la première formation obtenue au terme d'un cycle d'étude. La formation continue concerne ceux qui sont rentrés dans la [vie active](#) et ont donc quitté la [formation initiale](#).

³ WARIN Philippe, Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. Rapport d'étude, septembre 2014.

⁴ INSEE, « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux », *Profils*, n°105, 2012.

⁵ INSEE, op cit INSEE, « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux », *Profils*, n°105, 2012.

dépistage est inférieur à 30% au niveau de la population à risque⁶. Le non-recours à la santé est donc un enjeu qui est pris en compte par les institutions publiques au niveau de ce territoire.

Du non-recours au renoncement : une question de point de vue

Le non-recours est-il l'outil le plus pertinent pour étudier le rapport à la santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle en région Nord-Pas-de-Calais ? Pour répondre à cette question, nous devons comprendre tout d'abord l'utilité que peut avoir la notion du non-recours dans une enquête sur l'accès aux soins d'un public déterminé. Le renoncement, une autre notion traitant du non-usage de prestations sociales, permet d'aborder la question d'un point de vue différent.

Le non-recours comme analyse par les institutions

Le non-recours est une manière d'évaluer l'accès d'un public à une prestation à laquelle il est éligible. La notion de non-recours est populaire auprès des institutions publiques car elle répond à leur besoin d'analyser l'efficacité de leur action. Elle fait d'ailleurs son apparition en Grande-Bretagne afin d'évaluer les nouvelles politiques de santé⁷. Afin de permettre l'élaboration de solutions face aux situations de non-recours, le sociologue Wim Van Oorschot en explore les différentes causes. Il construit un modèle dynamique du recours aux prestations de santé qui permet de rendre compte des arbitrages effectués par les individus et les institutions⁸. Il établit également plusieurs types de non-recours en fonction de sa temporalité et de son degré⁹. En France, la notion de non-recours, et son analyse, ont été popularisées, entre autres, par l'ODENORE (Observatoire des non-recours aux droits et services) qui a élaboré une grille de lecture permettant de rendre compte de l'existence de trappes de non-recours, c'est-à-dire de déceler les étapes où le non-recours peut se déclencher¹⁰. Le non-recours est également populaire par le fait qu'il puisse être mesuré. En effet, le recours à une prestation sociale peut être mesuré à l'aide de la formule suivante :

$$Re = 100 - NeR * 100/Ne^{11}$$

Il faut considérer le non-recours comme un postulat et ce pour trois raisons. Tout d'abord, on peut parler de postulat, car il n'existe pas de chiffrage exact du fait que la population n'est pas précisément identifiable. D'autre part, il est important de prendre en compte le fait qu'une personne peut se voir éligible pendant un temps et ne plus l'être après, du fait d'une évolution du dispositif, d'une modification des critères d'éligibilité ou encore au vu de la situation de la personne concernée comme, par exemple, les entrées et sorties dans le chômage ou le sous-emploi. Enfin, il est également nécessaire de prendre en compte le fait que les prestations sociales ne sont pas toutes obligatoires. Les acteurs peuvent également trouver des alternatives. Par exemple, lorsqu'un individu

⁶ CPAM Hainaut, « Annexe 1, contexte de la Région Nord-Pas-de-Calais et du territoire du Hainaut », *Projet d'entreprise*, 2015.

⁷ ADLER M., « Research priorities for improving the take-up of benefits », *Social Security Research Policy Committee*, Edinburgh, 1977.

⁸ VAN OORSCHOT Wim, « Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées », *Recherches et Prévisions*, n°43, 1996.

⁹ VAN OORSCHOT Wim, MATH Antoine, « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et Prévisions*, n°43, 1996.

¹⁰ WARIN Philippe, *Le non-recours: définition et typologies*, Odenore, 2010.

¹¹ Ne correspond au nombre de personnes éligible à un dispositif et NeR correspond au nombre de personnes qui en bénéficie. Pour obtenir le non-recours, il suffit de faire $100 - Re$

n'a pas recours à une aide financière, cela peut s'expliquer par une aide de ses proches. L'autre facteur à prendre en compte dans cette situation est la « connexité des dispositifs ». On ne peut pas se limiter à un secteur pour expliquer le non-recours, car celui-ci se fait dans de multiples domaines et dont les dispositifs sont parfois en connexion les uns des autres. On parle d'une « accumulation des situations de non-recours »¹².

Le non-recours, est donc dû à divers facteurs renvoyant aux conditions de travail, aux modes de vie mais aussi à l'isolement et à la responsabilité familiale. On observe ainsi que les personnes seules sont plus susceptibles de se trouver en situation de non-recours suite à un repli sur soi plus important. De même, entre en ligne de compte le manque d'informations liées à la prestation, les erreurs de la part du système de santé (non-recours secondaire), la complexité de l'accès aux prestations. On peut également parler d'un non-recours par désintérêt lorsque l'offre proposée n'est pas considérée comme étant intéressante : on observe ici un problème d'utilité de l'offre. « Le non-recours n'est pas que manque, passivité, incapacité, domination ; il rend compte également du libre choix des individus et exprime des désintérêts, des désaccords ou des impossibilités, que les acteurs des politiques pourraient prendre en compte pour définir la "demande sociale" »¹³. D'autres ne vont pas demander une prestation, car ils peuvent la trouver stigmatisante. Le désintérêt renvoie ici à une question d'identité.

Le non-recours est donc un outil pertinent pour étudier les raisons du nonaccès de publics à certaines prestations sociales, comme celles qui concernent la santé. Il peut également être utilisé dans l'accès aux soins, comme les consultations auprès de médecins spécialistes, ainsi que dans la prévention, comme c'est le cas avec les campagnes de dépistage. Si cette notion est efficace, elle n'englobe pas toutes les situations rencontrées, d'où l'utilité d'une autre notion, celle du « renoncement ».

Le renoncement comme analyse par les bénéficiaires

La notion de renoncement est également très utilisée pour expliquer le non-usage de certaines prestations de santé. En quoi offre-t-elle des perspectives différentes du non-recours ?

Il existe une différence majeure avec le non-recours. Le renoncement est déclaratif : il s'agit d'un besoin de santé identifié par les personnes et non satisfait, bien que le système de santé soit en capacité d'y répondre. « Le renoncement renvoie donc en premier lieu à la question de l'identification du besoin de soins qui déclenche une *demande de soins* »¹⁴. Les individus doivent identifier un symptôme nécessitant des soins. Cette étape d'identification et de prise en compte renvoie à leur rapport au corps, à la santé et au système de santé. En ce sens, il constitue un comportement, mais il est également une situation, car il évoque les cas où les individus sont dans l'incapacité d'accéder aux soins et aux professionnels de santé nécessaires. On peut aussi distinguer le renoncement du report. Celui-ci est caractéristique d'une situation problématique de laquelle les personnes pensent pouvoir sortir. Il n'a donc pas le caractère durable, voire définitif du renoncement. Le report et le renoncement constituent « les deux bornes d'un continuum de

¹² WARIN Philippe, Le non-recours: définition et typologies, Odenore, 2010, p. 3

¹³ WARIN Philippe, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La vie des idées*, Dossier "réformer les minima sociaux", 2010.

¹⁴ WARIN Philippe, Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. Rapport d'étude, septembre 2014, p.15.

situations possibles »¹⁵. Les notions de renoncement et de non-recours ne se superposent pas systématiquement : un individu peut avoir le sentiment de renoncer à un soin sans que d'un point de vue médical son état de santé soit considéré comme nécessitant des soins. Inversement un individu peut penser qu'il n'a pas besoin de soins alors que son état de santé le requiert d'un point de vue médical.

On peut distinguer plusieurs facteurs explicatifs du renoncement. Le premier concerne les individus ayant des parcours professionnels discontinus : la perte d'un emploi ou le changement de situation professionnelle peuvent entraîner la fermeture de certains droits (l'accès à une complémentaire santé notamment) et ainsi le renoncement aux soins. De même, les ruptures familiales (un divorce, un décès, etc.) peuvent causer une perte d'accès à certains droits et/ou une perte de revenu. Le manque de moyens et de soutien financiers de la part des proches doit également être pris en compte. Enfin, l'absence de guidance de la part des professionnels du système de santé peut entraîner une connaissance partielle des droits, une perte de confiance envers les professionnels de santé et amener les individus à renoncer aux soins. Malgré un renoncement aux soins les individus peuvent tenter de répondre à leurs besoins par d'autres moyens, comme l'automédication par exemple.

Entre non-recours et renoncement il faut choisir

Comme nous l'avons vu précédemment, le non-recours concerne les prestations de santé non satisfaites du point de vue des professionnels de santé et des organismes sociaux. Il est principalement utilisé dans les évaluations de politiques sociales afin de savoir si le public cible a bien été touché. Cette recherche-action portant davantage sur les situations de santé du point de vue des jeunes stagiaires de la formation professionnelle, c'est la notion de renoncement qui sera la plus mobilisée. Bien que le non-recours soit pris en compte¹⁶, il ne constitue pas l'élément central de notre mémoire. Néanmoins, s'arrêter uniquement à l'analyse des situations de renoncement nous semble assez limitatif, quand on sait à quel point la problématique de la santé peut ouvrir à de nombreuses pistes de réflexions.

Du renoncement aux pratiques de santé : un approche plus globale

Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas affaire à une catégorie de malades ou de patients spécifiques, ni à des personnes qui se trouvent nécessairement dans des situations où le recours aux soins est considéré comme urgent. Néanmoins, comprendre les manières qu'ont les jeunes stagiaires de la formation professionnelle d'aborder leur santé nous paraît nécessaire afin de ne pas se limiter uniquement à la notion de renoncement. Cette dernière offre une représentation uniquement « négative » du soin, c'est-à-dire l'absence d'un traitement médical de la maladie. Or, les pratiques de soins dépassent le cadre limité du travail des professionnels de la santé. C'est ce que l'anthropologie de la santé, par l'analyse des pratiques profanes, nous permet d'observer. Finalement, nous tenterons de dépasser l'analyse de la santé comme traitement de la maladie afin de l'étudier comme un travail global et quotidien du corps.

Comment les individus se soignent-ils ? La maladie au-delà du renoncement

¹⁵ WARIN Philippe, Op cit., p. 16.

¹⁶ Voir chapitre 1

En voulant s'appuyer sur les représentations « profanes » de la santé, un certain nombre d'anthropologues se sont focalisés sur les personnes considérées comme malade par le système médical ; l'ambition était de faire une critique des institutions de santé. Ces travaux mettent en avant l'importance du milieu de proximité des individus dans leurs diagnostics médicaux¹⁷. Pour comprendre cette identification première de la maladie, les anthropologues de la santé se sont intéressés aux représentations « profanes » du corps¹⁸. Les manières qu'ont les individus et les communautés d'aborder le fonctionnement de leur corps sont déterminantes dans leur définition de la maladie et des soins à engager pour y faire face. Ce sont donc les "savoirs profanes de la maladie" qui jouent un rôle premier dans la "date d'entrée en maladie" de l'individu¹⁹. Il faut également prendre en compte à partir de quel instant ce statut de malade requiert pour l'individu un recours à un personnel de santé. C'est ce qu'essaye de déceler une enquête "pluri-symptomatique" menée dans la ville de Toulouse, qui démontre l'existence de différences entre les individus en fonction de leur origine sociale et de leur âge²⁰. En prenant les individus de cette enquête qui nous semblent proches de notre propre public, les jeunes des classes populaires, cette enquête révèle leur capacité à prendre en charge eux-mêmes les troubles les moins contraignants. Leurs autodiagnoses, bien que réduits à un nombre limité de symptômes, sont extrêmement précis : ils ont la certitude de connaître la maladie qui les affecte. Le faible recours aux médecins peut alors s'expliquer selon la croyance qu'ont ces jeunes sur leur capacité indéniable à surmonter le mal. Cela peut donc être la cause d'un traitement tardif de la maladie et qui vise, dans ce cas précis, à supprimer les signes les plus gênants.

En mettant de côté les définitions du corps et de la maladie utilisées par les professionnels de la santé, les anthropologues veulent plonger dans le discours « autochtone ». Aline Sarradon-Eck présente cette approche par une enquête sur des personnes suivant des traitements hypotenseurs²¹. Elle s'intéresse aux façons dont les patients ont de définir leur fonctionnement biologique interne et l'effet des médicaments sur celui-ci. Elle se rend compte que la métaphore du « corps-machine » est très prégnante dans le cas de ce public. Cette représentation particulière du corps entraîne un traitement spécifique des problèmes de santé. Lors de l'analyse de nos propres entretiens, nous souhaitons donc rendre compte du rapport particulier que les stagiaires entretiennent avec leur corps. Néanmoins, ces représentations sont souvent influencées par le secteur professionnel de la santé qui définit les maladies et les parcours de soins adaptés. Pour cela, ils mènent des entreprises morales, les campagnes de santé publique en étant les représentants actuels²². C'est donc un ensemble d'éléments qui va structurer le rapport à la santé des individus tout au long de leur existence.

¹⁷ KLEINMAN Arthur, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press; 1980.

¹⁸ SARRADON-ECK Aline, « Les représentations populaires de la maladie et de ses causes », *La Revue du Praticien. Médecine générale*, n°566, 2002, p. 358-63.

¹⁹ BARTHE Jean-François, « Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques », *Revue française de sociologie*, vol. 31, n°2, pp. 283-296.

²⁰ BARTHE Jean-François, *Op cit.*

²¹ SARRADON-ECK Aline, "Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues", *Sciences sociales et santé*, vol 25, n°2, 2007, p. 6-34.

²² PERETTI-WATEL Patrick, « Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesses*, n° 56, 2010, p. 73-85.

La santé comme rapport au corps

En s'enfermant dans le rapport patient-médecin, nous n'explorons pas suffisamment les représentations populaires de la santé en général, en dehors des périodes de maladies. C'est en sociologie de la santé que l'on retrouve des tentatives d'aborder la santé de manière globale. En s'intéressant aux personnes en "bonne forme", Yves Laberge fait un état des lieux de recherches sur les personnes qui font usage de soins sans être considérées comme malades²³. En explorant des cas comme les régimes, le dopage dans le sport ou la chirurgie esthétique, ces recherches font état d'une surmédicalisation de la société, où le médicament devient un objet de consommation. Elles mettent également en avant que la santé est perçue à travers les représentations qu'ont les individus de leur propre corps. Non seulement, le fonctionnement de leur corps est questionné quand ils sont malades, mais il l'est également au quotidien à travers les attentes qu'ils ont de ce dernier. En d'autres termes, la santé peut être considérée comme les séries d'attentes placées par les individus sur leur corps, de l'apparence extérieure au fonctionnement intérieur, questionnables à travers leurs sens, eux-mêmes influencés par leurs représentations construites socialement. Le corps idéal que se visualisent les individus est un indicateur de la manière qu'ils ont d'évaluer leur santé. Il est donc pertinent de leur demander ce qu'être en bonne santé signifie pour eux.

Le rapport au corps est aussi grandement lié à la manière dont les individus ont de traduire des signaux biologiques à travers une "expérience de vie"²⁴. Par cela, il faut analyser la santé comme étant également le résultat d'une interaction entre l'individu et son environnement social. Une situation de mal-être naît d'une violence perpétrée par d'autres acteurs, que ce soient d'autres humains ou bien des virus, envers l'individu ou envers un groupe dont il fait partie. La santé est donc définie collectivement. Les maladies font, par exemple, l'objet de classifications médicales ou profanes, des traitements spécifiques leur sont alors associés. Cette approche permet de ne pas confondre douleur (un signal biologique) et souffrance (un produit de l'expérience sociale). Le soin s'oriente ainsi vers la réduction, voire la suppression, de la douleur mais également de plus en plus souvent au traitement de la souffrance. Il faut donc appréhender la santé du point de vue de l'individu ; une personne peut être considérée comme étant en mauvaise santé par le corps médical mais peut, pour sa part, ne pas se sentir en souffrance. Dans cette approche le corps est autant le produit des composantes biologiques que sociales. Comment explorer ce rapport corps biologique – corps social au travers des épreuves traversées par les individus ?

La santé comme produit du parcours des individus

Explorer la santé à travers le rapport au corps est une manière pertinente de lier cette thématique avec celle du travail, ce qui est essentiel dans le contexte de notre recherche sur les jeunes stagiaires de la formation professionnelle. Ces personnes ont-elles un rapport spécifique à leur corps ? Cette différence est-elle liée à leur intégration à un nouveau monde professionnel ou est-elle davantage le produit d'expériences antérieures, en rapport à leur origine sociale ?

²³ LABERGE Yves, « Sociologie du corps en bonne santé : sur quelques théories américaines émergentes en sociologie médicale », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n°45, 2014, p185-193.

²⁴ KLEINMAN Arthur, KLEINMAN Joan, "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience", *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol 15, n°3, p. 275-300.

En relatant des trajectoires de santé d'individus précaires, Caroline Deprès rend compte du lien étroit entre le parcours de vie et leur renoncement aux soins²⁵. Les changements incessants de statut, réguliers chez les personnes en situation de précarité, rendent difficile l'affiliation à un régime de sécurité sociale et limitent les interactions avec des professionnels de santé. De plus, l'héritage social joue un rôle primordial dans le rapport à la santé. Tout d'abord, le rapport qu'entretiennent les individus avec la médecine est en lien avec leur expérience familiale. Leur fréquentation durant l'enfance va affecter les manières qu'ils auront, étant adultes, de réagir face à la détection de symptômes. Les rapports de classes affectent également les interactions entre individus et systèmes de protection sociale. L'accès à des aides peut être vu comme un stigmate qu'il s'agirait d'éviter.

A la suite d'une recherche sur les classes populaires, Olivier Schwartz rend compte de la persistance de représentations du corps vu comme outil destiné au travail pénible et qui doit savoir endurer²⁶. La faiblesse physique ou mentale est donc vue comme un échec et tout doit être fait pour la dépasser, pour "prendre sur soi". D'autres travaux d'Olivier Schwartz rendent compte de la pénétration de la « culture psychologique de masse » dans les milieux populaires²⁷. Des nouveaux outils « psy » permettent aux travailleurs d'analyser leurs difficultés au travail à l'aune de la dimension « psychique » de leur activité. Des notions comme la pénibilité et le stress ou des maladies comme le burn-out prennent alors sens dans le cadre de leur expérience professionnelle. La plupart de nos enquêtés appartiennent aux milieux populaires précarisés décrits par Schwartz où les disjonctions et les allers retours entre la formation et l'emploi sont très courants. C'est ainsi que nous nous intéressons à la construction du rapport à la santé des jeunes, à travers leur parcours de vie.

Les événements particuliers vécus par l'individu peuvent cependant modifier ce rapport, en particulier en cas d'expériences de santé spécifiques, comme c'est le cas des personnes souffrant de maladies chroniques. Cette approche diachronique permet d'envisager les changements qui ont pu se produire en relation aux expériences que les individus ont traversées. Prendre en compte les parcours, c'est également considérer la santé comme un élément singulier, qui, certes, dépend de l'environnement social de la personne, mais qui est avant tout lié à son expérience personnelle. Cependant, nous ne voulons pas remettre en question le poids des facteurs culturels et sociaux. C'est pour cela que l'analyse des parcours de santé nous semble intéressante, nous permettant de remonter aux origines sociales des individus et de prendre en compte l'influence exercée par les structures sociales. Les entretiens menés avec les jeunes stagiaires permettent de retracer leur parcours de santé depuis l'enfance jusqu'au suivi de leur formation professionnelle. L'accent est tout particulièrement mis sur l'entrée en formation, car nous partons de l'hypothèse qu'il s'agit d'un moment significatif dans la définition de leurs parcours de santé, en particulier dans le rapport au corps et aux soins. Au final, les rapports à l'institution médicale varient fortement en fonction des histoires individuelles.

Du renoncement aux pratiques de santé, il n'y a finalement qu'un pas. Cette approche plus globale de la santé, qui passe par le rapport au corps, nous paraît davantage s'adapter à notre enquête. Nous allons aborder un public assez méconnu des institutions d'assurance maladie qui

²⁵ DEPRES Caroline, "Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité", *Anthropologie et Santé*, n°6, 2013.

²⁶ SCHWARTZ Olivier, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF, 1990.

²⁷ SCHWARTZ Olivier, « La pénétration de la « culture psychologique de masse » dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », Vol. 2, *Sociologie*, 2011, p. 345-361.

mérite que nous nous intéressions à la manière dont ils définissent leur santé et la pratiquent. Cela nous permettra de dégager des préconisations plus en adéquations avec les besoins des jeunes stagiaires de la formation professionnelle.

Vers une approche compréhensive de la santé

Le parti pris de cette recherche-action est donc d'explorer la santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle dans toutes ses dimensions.

Le premier chapitre est consacré à la présentation du terrain d'enquête. Cette recherche prend place en Région Nord-Pas-de-Calais et en particulier dans les territoires du Hainaut et l'Artois. Les questions de santé et d'insertion professionnelle des jeunes sont de véritables enjeux dans des territoires qui connaissent une des situations les plus précaires de la France métropolitaine. Nous y présentons aussi notre entrée sur le terrain et notre méthodologie d'enquête.

L'objectif du deuxième chapitre est de présenter un état des lieux des parcours de vie des jeunes stagiaires de la formation professionnelle, à savoir, leurs situations économiques, leurs situations familiales ou encore leurs parcours de formation ou leurs parcours professionnels quand ceux-ci ont travaillé.

Le troisième chapitre s'attarde tout d'abord sur les situations de renoncement et de non-recours des jeunes stagiaires. Nous évoquons ensuite la relation que les stagiaires ont avec les différents professionnels de santé (médecin traitant et spécialistes). Enfin dans une dernière partie, nous étudions les pratiques de soin des jeunes.

Le quatrième chapitre analyse la façon des stagiaires de s'approprier les normes de santé auxquelles ils font face. La première partie du chapitre se focalise sur le rapport que les stagiaires ont avec leur corps à travers la pratique d'activités quotidiennes comme le sport ou leurs habitudes alimentaires. Nous nous intéresserons aux pratiques à risques dans une seconde partie.

CHAPITRE I : TRAVAIL D'ENQUÊTE DANS LES TERRITOIRES DU HAINAUT ET DE L'ARTOIS

1. Rencontre du terrain

A. DEUX TERRITOIRES MARQUÉS PAR DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, cette recherche-action prend place dans la région Nord-Pas-de-Calais et plus particulièrement dans les deux territoires que sont le Hainaut-Cambresis et l'Artois-Douaisis. La région compte, en 2015, 4 042 015 habitants, ce qui représente 6,4% de la population en France métropolitaine. Cela en fait la deuxième région la plus peuplée de France après l'Île-de-France²⁸. Cependant, il s'agit du territoire qui souffre le plus de problèmes de pauvreté, de précarité et de santé, ce qui en fait un terrain d'enquête privilégié pour notre recherche-action sur les pratiques de santé des jeunes. En effet, ces dernières peuvent être influencées par les problèmes de santé combinés aux faibles niveaux de ressources des habitants²⁹, ce que nous allons étudier dans la présentation du terrain qui va suivre.

Les problèmes sociaux et sanitaires du Nord-Pas-de-Calais

En quoi le public que nous visons est-il une cible pertinente pour étudier, dans ce territoire, les situations de santé ? Tout d'abord il s'agit d'une des régions où la part des 20-24 ans est la plus grande³⁰ et que le niveau de diplôme de cette classe d'âge n'est pas très élevé. Parmi les 15-24 ans, seuls 7,2% détiennent un diplôme contre 5,8% sur l'ensemble de la France³¹. A cela s'ajoute les taux élevés du chômage (12,8% de la population active contre 9,7% en France), et de la pauvreté³² chez les moins de 30 ans (30% contre 21,9% sur l'ensemble du territoire national)³³. Un nombre important de jeunes adultes de la région Nord-Pas-de-Calais est touché par une situation socio-économique peu avantageuse. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) est important. En effet, près de 475 000 personnes la perçoivent (11,52% de la population de la région Nord-Pas-de-Calais pour seulement 7,44% de la population française). Cela rend bien compte du nombre important de personnes qui n'ont pas de revenus suffisants pour pouvoir ne serait-ce qu'avancer leurs frais médicaux³⁴.

²⁸ INSEE, Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2015, 2016

²⁹ ODENORE, 2015.

³⁰ En 2015, les 20-24 ans représentent 6,24% de la population de la région Nord-Pas-de-Calais contre 5,75% de la population de France métropolitaine. Cette région comprend à elle seule 9,78% des 20-24 ans de France métropolitaine. Voir INSEE, Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux au 1er janvier 2016, 2015.

³¹ ARS Nord-Pas-de-Calais, Atlas régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais, 2015.

³² Le taux de pauvreté comptabilise tous les ménages dont le revenu est inférieur à 60% du revenu médian, soit environ 1500 € pour un couple sans enfant et 2050 pour un couple avec 2 enfants. Voir, CPAM du Hainaut, "Annexe 1 : contexte de la Région Nord Pas-de-Calais et du territoire du Hainaut", Projet d'entreprise, 2015, 25p.

³³ INSEE, Taux de pauvreté en 2011, 2012.

³⁴ Pour plus d'informations concernant la CMU-C, se reporter p.16.

Le Nord-Pas-de-Calais est la région où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible et où l'écart entre les hommes et les femmes est le plus important³⁵. Cela s'explique par un taux de mortalité entre 2008 et 2011 supérieur de 29 points chez les hommes et de 22 points chez les femmes par rapport à la moyenne nationale³⁶. Les principales causes de décès prématurés qui touchent les personnes dont la moyenne d'âge se situe entre 40 et 65 ans³⁷ sont les cancers et les maladies cardiovasculaires. Les jeunes entre 18 et 25 ans sont toutefois peu concernés par ces maladies.

Certaines pratiques à risque, qui concernent également les 18-25 ans, peuvent être la cause de problèmes de santé à des étapes plus avancées de leur vie. Malgré les a priori concernant le Nord-Pas-de-Calais, la consommation d'alcool et de tabac n'est pas spécialement importante chez les jeunes. Parmi les 15-30 ans, 30% sont, en 2010, des buveurs quotidiens d'alcool contre 33,4 % au niveau national³⁸. En ce qui concerne les pratiques de tabagisme, 46 % des 15-30 ans sont des fumeurs réguliers, ce qui, comparée à la moyenne nationale (44%), n'est pas significativement élevé³⁹. Au niveau des consommations de substance psychoactive les 15-30 ans ne se détachent pas significativement du reste de la population.

Selon les indicateurs de santé que nous venons de présenter l'état de santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais est l'un des plus fragile de France métropolitaine. Mais les problèmes de santé concernent principalement les plus âgés.

Face à ce constat, qu'en est-il de l'offre de santé en région Nord-Pas-de-Calais ? On remarque tout d'abord que la densité de médecins généralistes est légèrement supérieure à la moyenne française. En effet, avec 108 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2014, elle compte 1 médecin de plus en moyenne qu'en France. Cependant, la région possède un déficit de médecins spécialistes. Par exemple, on dénombre 47 dentistes pour 100 000 habitants en moyenne dans le Nord-Pas-de-Calais contre 57 en France⁴⁰. La fréquentation des médecins est par contre assez élevée dans la région. On dénombre 6,1 visites par an en moyenne chez les généralistes, la moyenne la plus élevée de France métropolitaine. Pour ce qui est des dentistes, les habitants de la région les fréquentent en moyenne 3,2 fois par an, ce qui est équivalent à la moyenne nationale⁴¹.

Cependant, selon une enquête en ligne menée, en 2014, par l'ORS (Observatoire Régional de Santé du Nord-Pas-de-Calais)⁴², la situation de recours aux soins est loin d'être idéale. A la question « le plus souvent, lorsque vous ressentez des symptômes, consultez-vous un professionnel de santé ? », 40% des enquêtés répondent « non ». Cela laisse penser qu'il existe de grandes disparités locales car, comme nous venons de le voir, la fréquentation moyenne des professionnels de santé est assez élevée dans la région. Parmi ceux qui renoncent aux soins, 38% l'expliquent par des avances de frais trop importantes et 28,5% par des remboursements insuffisants. Cette enquête révèle aussi les

³⁵ Voir ARS Nord-Pas-de-Calais, Atlas régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais, 2015.

³⁶ INSEE, Taux de mortalité, 2010.

³⁷ ARS Nord-Pas-de-Calais, Atlas régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais, 2015, p. 22.

³⁸ INPES, Atlas des usages de substances psychoactives, 2010, p. 34.

³⁹ Op cit., p. 40.

⁴⁰ ARS Nord-Pas-de-Calais, Ibid., 2015, p. 35-40.

⁴¹ ARS Nord-Pas-de-Calais, Ibid., 2015, p. 44.

⁴² ORS Nord-Pas-de-Calais, L'indicateur synthétique de développement et d'évolution de la santé, 2015 p. 13-15.

durées d'attentes qui peuvent être importantes pour certains spécialistes. L'offre de soins dans le Nord-Pas-de-Calais semble couvrir, du moins en partie, les demandes conséquentes des habitants de la région. Pourtant, l'enquête de l'ORS indique que des situations de renoncement aux soins existent.

Les territoires de santé du Hainaut et de l'Artois

Cette recherche ne s'étend cependant pas à l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais. Elle se concentre sur deux territoires de santé, chacun prit en charge par une CPAM dont le rôle est d'assurer la couverture des soins de santé des habitants qui dépendent du régime primaire d'assurance-maladie. Ces deux territoires sont l'Artois-Douaisis et le Hainaut-Cambresis.



Comme le montre cette carte, ces deux territoires couvrent une grande partie du Nord-Pas-de-Calais et se trouvent au sud et sud-est de la région. Elles sont composées de plusieurs zones de proximité, qui ciblent les besoins médicaux à une échelle locale. Ces territoires sont déjà favorisés dans l'accès à la santé avec, par exemple, la présence importante de Maisons de santé, lieux d'accès gratuits aux soins. 39% de l'ensemble des Maisons de santé de la région Nord-Pas-de-Calais se trouvent dans l'Artois-Douaisis et 30% dans le Hainaut-Cambresis⁴³. Malgré cela, ces territoires sont assez mal desservis en offre médicale. En effet, la densité des médecins généralistes n'est que de 93 pour 100 000 habitants dans le Hainaut-Cambresis et de 90 pour 100 000 habitants dans l'Artois-Douaisis. Ces taux sont loin de ceux que la Métropole-Flandres intérieures connaît qui est de 111 médecins généralistes par tranche de 100 000 habitants⁴⁴.

Le Hainaut-Cambresis est le second territoire de santé le plus peuplé de la région, après celui de la métropole Flandres intérieures en 2014, avec 1 156 275 habitants⁴⁵. La densité de population se concentre principalement autour des trois villes, Valenciennes, Maubeuge et Cambrai. Les jeunes de

⁴³ ARS Nord-Pas-de-Calais, Ibid., 2015, p. 35.

⁴⁴ ARS Nord-Pas-de-Calais, Ibid, 2015, p. 34.

⁴⁵ CPAM Hainaut, « Annexe 1, contexte de la Région Nord-Pas-de-Calais et du territoire du Hainaut », Projet d'entreprise, 2015, p. 25.

ces villes connaissent un taux de pauvreté assez important. La part des moins de 30 ans en dessous du seuil de pauvreté en 2012 est de 35,3% à Valenciennes, de 32,8% à Cambrai et de 37,8% à Maubeuge⁴⁶. A cela, s'ajoute un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale, celui-ci étant, en 2014, de 25,66% pour les 16-25 ans. Bien que ces données ne concernent pas exactement les mêmes tranches d'âge, elles rendent compte des situations précaires des jeunes de 18-25 ans. De ce fait, il n'est pas surprenant de constater que le Hainaut-Cambresis est le premier territoire national en matière de couverture par la CMU-C, avec 15,53% de ses habitants y ayant accès. La surmortalité prématurée (avant 65 ans) est également élevée par rapport à la moyenne nationale, elle est de 54% pour les hommes et de 45% pour les femmes.

La situation est quelque peu différente dans le territoire de l'Artois-Douaisis. Tout d'abord, il s'agit du territoire le moins peuplé du Nord-Pas-de-Calais, avec 744 498 habitants en 2014. Le territoire peut être divisé en deux parties relativement distinctes : le Nord moins bien loti, qui contient l'ancien bassin minier se trouvant autour des villes de Lens, Béthune et Douai, et le Sud avec l'Arrageois qui est plus privilégié. En effet, dans les zones de proximités de Lens-Hénin, Béthune-Bruay et du Douaisis, le chômage est respectivement de 16,6%, 12,4% et 14,1% en 2014, alors qu'il est, lors de la même période, de seulement 9,4% dans l'Arrageois. Ce territoire est également très concerné par la CMU-C, avec 14% de ses habitants la possédant, ce qui en fait le 3e territoire le plus couvert en France.

Ces deux territoires offrent donc une variété de situations socio-économiques mais restent relativement marqués par un taux de pauvreté et de chômage important ainsi que par des problèmes de santé plus importants que dans le reste de la France métropolitaine. Les territoires de santé déterminent les zones d'attribution des CPAM dont il convient maintenant de décrire plus en détails leur rôle dans la prévention et dans l'attribution de prestations de santé.

B. LES CPAM COMME ACTEURS DE LA SANTE

Les CPAM sont gestionnaires du régime général de la Sécurité Sociale sur les territoires de santé dans lesquelles elles officient. Elles jouent un rôle crucial dans la protection de la santé d'une large part de la population française. Une de leurs missions premières est d'assurer à tous l'accès aux droits de santé et aux soins. Pour cela, elles tentent d'accéder à des publics considérés comme « fragiles » par la mise en place de plans nommés PLANNIR (Locaux d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures)⁴⁷. C'est d'ailleurs dans le cadre du PLANIR que les CPAM du Hainaut et de l'Artois se sont engagées dans cette démarche de ciblage des jeunes stagiaires de la formation professionnelle.

Les CPAM ont la charge de la CMU (Couverture Maladie Universelle). Elle est accessible à toute personne résidant sur le territoire français de manière permanente et n'appartenant à aucun autre régime de Sécurité Sociale. Pour en bénéficier, il faut en faire la demande et prouver son appartenance à un statut reconnu (salarié, chômeur, etc). Elle garantit un remboursement minimal aux prestations de santé. Elle vient cependant d'être remplacée depuis le 1^{er} janvier 2016 par la PUMA (Protection Universelle Maladie) qui allège les critères d'acquisition. Il n'est en effet plus

⁴⁶ INSEE, Revenus et pauvreté des ménages en 2012, 2015.

⁴⁷ L'assurance-maladie, Rapport d'activité, 2014, p. 8.

nécessaire d'entamer des démarches spécifiques pour l'obtenir et le critère de résidence sur le territoire français depuis 3 mois est suffisant. L'objectif est de réduire le non-recours à la protection sociale de base.

La CMU-C est, quant à elle, une complémentaire santé accessible aux individus qui ont des ressources financières inférieures à un certain seuil et qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie obligatoires⁴⁸. Elle permet le remboursement du ticket modérateur auprès des professionnels de santé. Elle garantit donc une couverture santé à 100 %, à l'exception d'une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque prestation médicale. Elle permet aux personnes en bénéficiant de ne pas avancer les frais pour des soins médicaux. Elle a ainsi pour objectif de réduire les situations de renoncement pour raisons financières. Les personnes ne pouvant pas bénéficier de la CMU-C, car dépassant le seuil d'attribution, peuvent cependant accéder à l'ACS (Aide pour une Complémentaire Santé). Le seuil est équivalent à +35 % du maximum pour accéder à la CMU-C. Elle n'offre pas un remboursement aussi extensif que la CMU-C mais permet à des personnes ayant des ressources financières limitées d'accéder plus facilement à des prestations de santé.

La PUMA, la CMU-C et l'ACS sont tous des dispositifs d'aide légale ; leurs conditions d'attribution et le montant des remboursements sont garantis par la loi. Ces dispositifs appartiennent donc au droit commun et sont les mêmes sur l'ensemble du territoire français⁴⁹. Il existe néanmoins des dispositifs d'aide extra-légales qui varient en fonction des CPAM. C'est le cas de l'ASS (Aide Sanitaire et Sociale). Il s'agit d'un fond, détenu par chaque CPAM, qui sert à l'attribution de prestations supplémentaires pour les bénéficiaires de l'assurance-maladie. Elles sont attribuées au cas par cas par une commission au sein de la CPAM. L'attribution et le montant de ces prestations tiennent compte du nombre de personnes composant la famille, de l'ensemble des ressources de la famille, des charges du foyer ainsi que des dépenses occasionnant les difficultés. En 2012, le non-recours à la CMU-C se situait entre 21 % et 34 % ; le non-recours à l'ACS se situait quant à lui entre 57 % et 70 %⁵⁰. Le non-recours, plus important pour l'ACS, s'explique principalement par le fait qu'une grande part des personnes éligibles ne pense pas y avoir droit⁵¹.

Les CPAM soutiennent également des dispositifs de promotion à la santé. C'est le cas des bilans de santé organisés par les CES (centres d'examen de santé). Ils sont accessibles à toute personne bénéficiant de l'assurance-maladie et sont remboursés à 100 %. Les patients des bilans de santé remplissent au préalable un formulaire qui permet de constituer leur profil de santé. La visite au CES consiste alors en une série de tests médicaux réalisés par des médecins spécialisés⁵². L'objectif est de réaliser un examen de santé le plus complet possible afin de pouvoir détecter d'éventuels troubles de santé et, le cas échéant, de rediriger les patients vers certains types de soins médicaux. S'ils en font la demande, les CES peuvent également aider les patients à prendre rendez-vous avec des professionnels de santé. Les examens de santé s'adressent donc avant tout aux personnes non suivies médicalement. Pour toucher ces publics, les CES, avec l'aide des CPAM, établissent des partenariats avec différentes

⁴⁸ Pour une personne seule, le seuil est équivalent 8 653 euros annuels en 2016.

⁴⁹ Les seuils de revenus pour leurs attributions sont cependant plus élevés dans les DOM qu'en métropole.

⁵⁰ Fond CMU, Rapport d'activité, 2013, p.6.

⁵¹ C'est du moins ce que démontre une enquête menée à Lille. GUTHMULLER Sophie et al, « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », Questions d'économie de la santé, n° 195, 2014, p. 7.

⁵² Contrôle de l'audition, de la vue et de la fonction respiratoire ; prise de sang ; examen bucco-dentaire ; électrocardiogramme ; frottis cervico-vaginal et rencontre avec un médecin généraliste.

structures comme c'est le cas avec les Missions Locales. Comme nous le montrerons plus tard, ces partenariats ne sont que très peu souvent formalisés avec les centres de formation continue.

Les CPAM jouent donc un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes ayant de faibles ressources financières. Comme nous le verrons par la suite, les jeunes stagiaires de la formation professionnelle, de par leurs bas revenus, y sont souvent associés. Néanmoins, en raison de la spécificité de leur parcours, ils sont difficilement repérés par les CPAM⁵³. De quel statut les jeunes de la formation professionnelle continue dépendent-ils ?

C. LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation professionnelle est divisée en deux formes distinctes. La formation initiale concerne les élèves et étudiants suivant un parcours scolaire et la formation continue comprend des individus qui sont déjà engagés dans la vie active. Nous nous intéressons aux personnes ayant entre 18 et 25 ans et se trouvant en formation continue. Ces jeunes sont en effet difficilement identifiables par les CPAM et la DRJSCS en raison de la diversité de leur parcours. Comment se différencient-ils des jeunes en formation professionnelle initiale ?

La formation initiale concerne les personnes ayant un statut d'élève de l'Éducation Nationale, d'étudiant ou d'apprentis. Ces formations permettent aux jeunes de se préparer à un métier. Les étudiants peuvent suivre une formation professionnalisante soit grâce à un contrat professionnel dans des filières longues (universitaires, écoles d'ingénieurs, écoles de commerce) soit en suivant des filières courtes à visées professionnelles (DUT, BTS). Les apprentis sont donc « des jeunes âgés de 16 à 25 ans qui préparent un diplôme de l'enseignement professionnel ou technologique dans le cadre d'un contrat de travail de type particulier, associant une formation en entreprise (sous la responsabilité d'un maître d'apprentissage) et des enseignements dispensés dans un Centre de Formation d'Apprentis (CFA) »⁵⁴. Des dérogations sur la limite d'âge peuvent être obtenues, en cas d'enchaînement de formations en apprentissage, de reprise d'un commerce ou pour les personnes reconnues en tant que travailleur handicapé. La formation initiale s'adresse donc aux personnes qui viennent d'obtenir un diplôme à la suite d'un parcours scolaire ou d'un autre parcours de formation professionnelle de niveau inférieur. Les jeunes de la formation initiale connaissent donc un parcours scolaire sans rupture.

La formation continue s'adresse au contraire à des personnes ayant déjà fini leur scolarité et ayant, en théorie, déjà un pied dans la vie active. Comment devient-on alors stagiaire de la formation professionnelle continue ? Il existe différentes manières d'y accéder. Certaines formations, généralement courtes, s'adressent aux entreprises qui souhaitent former leurs salariés à de nouvelles compétences. Il existe également des CIF (Congés Individuels de Formation) qui permettent aux salariés en entreprise de suivre une formation dans un domaine de leur choix. D'autres formations, définies par les PRF (Plan Régionaux de Formation), s'adressent quant à elles aux demandeurs d'emploi, qu'il s'agisse des jeunes âgés entre 16 et 26 ans des missions locales⁵⁵, des personnes de plus de 26 ans inscrites à pôle emploi, des bénéficiaires de minimas sociaux (RSA, ASS, AAH) ou des personnes ayant bénéficié d'un CUI (Contrat Unique d'Insertion)⁵⁶. Ces formations

⁵³ Voir chapitre II

⁵⁴ DEPP, Repères & références statistiques, enseignements, formation, recherche, 2014, 437 p.

⁵⁵ Organismes qui prennent en charge les jeunes demandeurs d'emploi.

⁵⁶ Il s'agit d'un contrat associant période de formation et période de travail en entreprises.

donnent lieu à des contrats entre la structure de formation et le stagiaire d'une durée entre 6 et 12 mois renouvelables une fois en cas d'échec. Ces contrats permettent aux jeunes stagiaires de recevoir une rémunération financée par la Région. Ils bénéficient, en théorie, d'une rémunération, d'une protection sociale (pour les accidents du travail, maladies professionnelles, etc.) et d'indemnité de frais de transport et d'hébergement.

Les formations sont soit des formations professionnalisantes – elles préparent à un métier spécifique et font l'objet d'une certification – soit des formations d'insertion qui permettent d'acquérir des compétences utiles pour la recherche d'un emploi. Les formations professionnalisantes sont les mêmes que celles de la formation continue et possèdent la même nomenclature. A formation égale, elles sont néanmoins plus courtes. Le niveau V correspond aux formations en CAP (Certificat d'Aptitude Professionnel) et en BEP (Brevet d'Etude professionnel); le niveau IV correspond au baccalauréat professionnel, au brevet professionnel et au brevet de maîtrise ; le niveau III au BTS (Brevet de technicien Supérieur) ; le niveau II est l'équivalent de la licence professionnelle et le niveau I est celui du master, du diplôme d'ingénieur ou encore du doctorat. La formation continue prend en charge des formations de niveau V à III.

Qui organise ces formations ? Chaque année, la Région définit dans son PRF les actions de formations à réaliser sur son territoire. Le choix des structures de formations se fait par système d'appels d'offre publics : chaque centre de formation doit répondre au cahier des charges de la Région qui choisit lesquels vont obtenir les actions de formation du PRF⁵⁷. Ce dispositif rend incertain le devenir des centres de formation sur le long terme qui peuvent perdre d'une année sur l'autre des actions de formation qu'ils possèdent. Plus de 45 000 organismes de formation, dont 7 500 à titre principal, se partagent le marché de la formation. Parmi eux, certains organisent des formations sanctionnées par des certifications officielles : diplômes, titres inscrits au répertoire national de certifications professionnelles, certifications de qualifications professionnelles. Il existe différents types de structures :

- Les organismes publics et parapublics de formation. Ils sont placés sous la tutelle de différents ministères :
 - l'AFPA (Association nationale pour la formation professionnelle des adultes) est placée sous tutelle du ministère chargé de l'emploi.
 - Les GRETA (groupement d'établissements) : ces structures sont placées sous la tutelle du ministère de l'Éducation Nationale. Ces structures sont donc souvent rattachées à des lycées professionnels.
 - Les centres de formation professionnelle et de promotion agricole sont placés sous la tutelle du ministère de l'Agriculture.
 - Les chambres consulaires (chambres d'agriculture, de commerce et d'industrie, des métiers).
- Les organismes privés. Ils sont de deux types :
 - Les organismes à but non lucratif (association loi de 1901).
 - Les organismes privés lucratifs.

⁵⁷ Région Nord-Pas-de-Calais, Programme Régional de Formation 2015, Cahier des Clauses Technique et Particulières, certification accompagnée, 2014.

Qu'elles soient publiques, para-publiques, ou privées, toutes ces structures doivent répondre à l'appel d'offre des Régions. Pour les besoins de cette recherche, nous nous sommes rapprochés de centre de formation professionnelle continue. Certaines dispensent des certifications pour accéder à des professions, alors que d'autres donnent accès des formations d'insertion vers le marché de l'emploi. Nous allons maintenant exposer la méthodologie que nous avons utilisé lors de cette recherche.

2. A la recherche des jeunes stagiaires de la formation professionnelle

A. LES STAGIAIRES ET LEUR ENVIRONNEMENT

Rencontre avec les stagiaires

Dans un premier temps, notre démarche a été de rencontrer les deux personnes responsables régionales de la formation permanente des territoires du Hainaut et de l'Artois. Au cours des entretiens, ces deux personnes nous ont transmis les listes des contacts des coordinateurs en charge des formations dans la région.

Nous avons ensuite contacté les responsables de formation de plusieurs organismes dans les territoires du Hainaut et de l'Artois. Nous avons eu l'occasion d'avoir un rendez-vous avec la conseillère de formation de Béthune, ce qui nous a permis de discuter de l'accompagnement qui était mis en place par les organismes de formation. De plus, nous avons ouvert notre étude aux centres proposant des formations insertion non diplômantes. Nous avons pu rencontrer les stagiaires de formation professionnelle suite à un premier rendez-vous avec les conseillers ou les responsables de formation. Certains d'entre eux nous ont donné leur accord par téléphone pour rencontrer les stagiaires.

La prise de contact avec les stagiaires s'est toujours déroulée dans les centres de formation. Cela nous permettait d'une part d'avoir plus de réponses positives pour les entretiens parce que nous ne prenions pas sur le temps de loisir des stagiaires mais sur leur temps de formation. D'autre part, cela nous permettait d'avoir un espace calme mis à notre disposition pour les entretiens et de faire des observations dans les centres. Concrètement, notre méthodologie d'enquête consistait à présenter l'étude dans les groupes puis à demander si des stagiaires étaient volontaires pour une discussion d'une durée d'une heure. Nous effectuons ensuite les entretiens dans une salle du centre de formation.

Entretiens avec le personnel encadrant et accompagnant

Les coordinateurs pédagogiques sont en charge de coordonner l'équipe pédagogique, de faire l'intermédiaire entre la région et les jeunes, et de gérer d'éventuels conflits. Dans certains centres, ils sont nommés chefs des travaux, mais ils gardent la même fonction. Les coordinateurs de formation sont également chargés de mettre en place des actions autour de la santé et des actions autour de l'accompagnement global du stagiaire dans les centres. Finalement, leur rôle est de mettre en place d'éventuelles améliorations de l'offre de santé au sein centres de formation. Les formateurs quant à eux, sont des professionnels qui ont une compétence particulière dans les domaines qu'ils enseignent. En matière de santé, il était important pour nous de recueillir leur témoignage parce

qu'ils sont en contact direct avec les stagiaires et font remonter d'éventuelles difficultés périphériques.

Nous nous intéressons également aux personnes qui interviennent dans les centres pour accompagner les stagiaires. Selon les centres, nos interlocuteurs possédaient des profils divers, il pouvait s'agir de référents pédagogiques en charge de l'accompagnement, d'animateurs socio-éducatifs ou des coordinateurs de formation. Nous avons également interrogé un accompagnant en insertion professionnelle et un membre du personnel issu du secteur social ainsi qu'une infirmière scolaire investie chez les stagiaires de la formation continue. La rencontre avec ces acteurs nous a permis de mettre l'accent sur les freins qui peuvent jouer dans le bon déroulement de la formation. Nous n'avons en revanche pas eu l'occasion d'échanger avec des psychologues en charge de l'accompagnement des stagiaires au sein des centres de formation. Leur rôle a donc été analysé à partir des entretiens lorsque les stagiaires évoquaient leurs actions.

Découverte des centres d'examens de santé

Nous avons eu l'occasion de nous rendre dans le centre d'examen de santé de Valenciennes dans lequel nous avons rencontré un médecin. Notre objectif était de prendre connaissance des actions proposées dans ces centres, de recueillir l'avis d'une professionnelle sur le non-recours aux soins des jeunes et de voir si les CES pouvaient être sollicités pour améliorer les actions proposées aux stagiaires. Nous avons constaté que les CES ont pour objectifs d'accompagner les publics qu'ils reçoivent vers des démarches de soins et de mettre en place un suivi de celles-ci. Par ailleurs, cette entrevue a mis en évidence le fait que peu de partenariats étaient faits avec les centres de formation financés par la région.

Analyse de l'environnement des centres de formation

Lors de nos visites dans les centres, nous avons eu l'occasion de recueillir des informations sur leurs actions autour de la santé (prévention, etc.). Nous avons particulièrement axé nos observations sur les territoires dans lesquels se situe le centre comme, par exemple, l'accessibilité en transports en commun ou la situation urbaine ou rurale du centre. Nous avons également observé les équipements pouvant contribuer à influencer la vie quotidienne dans le centre, comme la présence ou non d'une cantine, d'un micro-onde, d'une salle de pause pour les stagiaires ou encore des logements mis à leur disposition. Nous avons en effet considéré que ces éléments entraînent dans l'approche globale de la santé qui consiste à mettre en place des conditions de travail et d'étude favorables pour tous les stagiaires.

B. DIFFERENTES CONTRAINTES DE TERRAIN

Une enquête sociologique nécessite toujours des aménagements en fonction des réalités de terrain. Celle-ci n'a pas fait exception puisque nous avons dû faire face à des difficultés que nous n'avions pas prévues et qu'il est important d'explicitier au lecteur pour une meilleure compréhension du contexte de l'étude.

La première difficulté à laquelle nous avons fait face a été de définir et de cibler le public de la formation professionnelle financée par la région. Si les apprentis sont relativement connus du grand public, les personnes en formation continue financées par la région ne sont pas très visibles.

Outre cette difficulté à appréhender le public, nous avons surtout accusé un retard pour obtenir l'accord de la part de la région afin de rencontrer les responsables régionaux de la formation permanente. Ces retards, ajoutés aux périodes de stage des stagiaires, ont sûrement eu un rôle dans le délai assez long entre le début de l'enquête en janvier et les premiers entretiens initialement prévus en février, qui ont finalement eu lieu en mars.

La seconde difficulté concerne l'inégalité des discours recueillis auprès de nos stagiaires. En effet, certains enquêtés ont d'abord mis en avant les « bonnes pratiques » de santé avant de nous confier d'autres expériences personnelles. Dans une partie suivante, nous reviendrons sur ces discours pour montrer qu'il s'agit pour une part de l'incorporation chez des stagiaires des recommandations publiques de santé. Par exemple, un certain nombre d'entretiens contient des éléments qui expliquent dans quelle mesure il est important pour les interrogés de faire du sport, de bien manger, de se brosser les dents, etc. Mais nous nous sommes également demandé pourquoi certains entretiens ne parvenaient pas à dépasser ces discours.

Il semble que deux éléments expliquent ce phénomène. Le premier tient à la nature du sujet lui-même puisque les questions autour des pratiques de santé invitaient les enquêtés à développer des discours personnels sur leur corps. L'accès aux informations sur le renoncement au soin de santé suppose de la part de l'enquêté qu'il explique les raisons pour lesquelles il n'avait pas recours aux soins. Nous avons constaté que certains stagiaires ont interprété nos questionnements comme une vérification de leurs pratiques vis-à-vis des normes de santé. Certains enquêtés, pour prévenir d'une potentielle intrusion, ont pu être amenés à se « cacher » derrière ces discours de « bonnes pratiques » rendant difficile l'accès à des informations plus privées. Or, si dès le début de l'enquête sur la santé nous étions préparés à faire face au caractère intrusif de la nature du sujet, nous avons, durant l'enquête, dû faire face à des éléments qui ont pu renforcer le phénomène.

Le second élément de réponse qui explique le caractère superficiel de certains discours relève de la distance sociale qui a parfois été instaurée entre les enquêtés et les enquêteurs. En effet, les entretiens sont une méthode d'enquête qui nécessite que se crée une certaine confiance entre eux. L'enquêté étant invité à raconter ses expériences personnelles, plus le lien qui se crée durant l'entretien est fort et plus l'enquêté va développer un discours personnel, voire intime. La proximité de l'âge entre nous et les enquêtés a joué en notre faveur pour développer ce type de relation. En revanche, la manière dont notre étude a parfois été introduite auprès des stagiaires a desservi cette proximité. Il est arrivé que l'enquête soit présentée aux stagiaires avant que nous n'arrivions sur le terrain, ce qui a créé un certain doute de la part de ces derniers vis-à-vis des raisons de notre présence. De plus, certains coordinateurs de formation nous ont accompagnés dans les classes ce qui pouvait laisser croire que nous allions rendre des comptes aux centres de formation. Les conflits qui pouvaient alors exister entre le centre et le stagiaire venaient se cristalliser autour de l'entretien et un doute pouvait de ce fait apparaître chez certains enquêtés sur l'utilisation des informations qu'ils livreraient lors de l'entretien. Aussi, lorsque ces informations portent sur des pratiques comme la consommation de drogue par exemple, les enquêtés étaient moins enclin à se confier. De plus, l'adhésion des stagiaires qui était un élément de notre méthodologie n'était pas toujours recherchée par les membres des centres de formation. Par exemple, il arrivait que les stagiaires soient désignés d'office par les coordinateurs pour répondre à notre recherche. Cette manière de procéder a contribué à renforcer le caractère intrusif de l'enquête sur les pratiques de santé. Or, il nous était très difficile de passer outre les coordinateurs ou les formateurs pour entrer en contact avec les

stagiaires. Cette méthode de présentation de l'enquête a joué sur la nature des informations que nous avons pu recueillir, il était donc important de prendre cet élément en compte dans notre analyse.

Ainsi cette recherche prend appui sur une approche compréhensive de la santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle. En prenant en compte le contexte régional, les entretiens avec les stagiaires nous permettent de connaître le rapport à la santé d'un public qui est, pour l'instant, assez méconnu.

CHAPITRE II : ÊTRE STAGIAIRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Dans le but de cerner les jeunes les plus éloignés de la protection sociale, le choix du public cible s'est porté sur les jeunes issus de la formation professionnelle. Effectivement, contrairement à d'autres structures telles que les CFA (Centres de Formations Apprentis) ou autres, nous avons décidé de travailler auprès des jeunes les plus en marge des systèmes de protection sociale. Par ailleurs, dans le but de répondre à la commande nous nous intéressons aux stagiaires âgés de 18 à 25 ans.

La loi sur la formation professionnelle a été mise en place en 1971 sous le nom de loi Delors et ses objectifs ont été modifiés par la loi du 5 Mars 2014. Aujourd'hui, cette nouvelle loi a pour but d'améliorer le monde professionnel en « sécurisant l'emploi, en réorientant les fonds de la formation, en apportant de la transparence et de la simplicité pour les entreprises et en réformant le cadre de la démocratie sociale »⁵⁸.

Les formations professionnelles se réalisent en centres de formation comme les AFPA (Association Formation Professionnelle Adulte) ou encore les GRETA (Groupements d'Etablissements). Celles-ci regroupent à la fois les personnes en formation initiale qui ont un statut scolaire, d'étudiants ou d'apprentis et les personnes en formation continue qui sont salariés, grâce au CIF (Congé Individuel de Formation).

L'objectif de notre étude étant de travailler sur les pratiques de santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle, il a semblé essentiel d'étudier les parcours de formation de ces jeunes⁵⁹, à travers leur trajectoire scolaire et professionnelle au regard de leur parcours de vie.

1. Situation économique et sociale de ces jeunes en formation professionnelle

A. LES JEUNES SOUTENUS PAR LA REGION

Suite à l'étude de différents travaux sociologiques concernant la situation économique des jeunes stagiaires, on constate que l'entrée en formation professionnelle marque un tournant dans leur vie. Effectivement, il semblerait que l'entrée en formation modifie les ressources des jeunes. Lorsqu'ils se comparent avec leurs camarades des voies générales, il semble que les stagiaires en formation ne soient pas satisfaits de leur qualité de vie. En effet, selon une étude économique de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), « les jeunes qui sont au chômage et ne disposent pas d'un soutien familial solide financièrement se trouvent dans une situation précaire. »⁶⁰. Suite à ce constat, nous avons souhaité interroger les enquêtés au sujet de leur situation économique et il est apparu que les stagiaires ont plus ou moins de difficultés à vivre leur formation d'un point de vu financier, selon le support familial qu'ils peuvent avoir ou encore les aides qu'ils perçoivent. En effet, lorsque Valérie Becquet applique la notion de vulnérabilité aux

⁵⁸ <http://www.gouvernement.fr/action/la-formation-professionnelle>

⁵⁹ Par « jeunes » nous entendons les stagiaires âgés de 18 à 25 ans.

⁶⁰ <https://www.cairn.info/revue-etudes-economiques-de-l-ocde-2013-5-page-113.htm>

jeunes, elle montre que ceux-ci se situent dans une situation « d'apesanteur sociale »⁶¹ en raison de leur double inscription statutaire scolaire / professionnelle et familiale / matrimoniale⁶². Les stagiaires en formation professionnelle financés par la région sont dans une période de vulnérabilité, dans le sens où la rémunération de la formation ne leur permet pas de prendre totalement leur indépendance vis-à-vis de leurs parents. Cette situation intermédiaire peut alors faire émerger un sentiment de colère chez certains jeunes. Effectivement, l'analyse des entretiens montre que pour les enquêtés, il est difficile d'envisager une parfaite autonomie financière au vu des faibles revenus qu'ils perçoivent. Néanmoins, des dispositifs peuvent les aider à assurer certaines dépenses. En effet, certains des enquêtés ont accès à des aides sociales leur permettant de subvenir à leurs besoins durant une période où leurs revenus sont relativement faibles. Parmi les enquêtés rencontrés, on remarque que certains d'entre eux ont droit au RSA (Revenu de Solidarité Active) ou encore l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) comme le montre cet extrait d'entretien d'un stagiaire qui a pu prendre son indépendance avec sa compagne :

« **Bryan** : *Ma copine elle a le RSA et moi non. Vu que j'ai pas travaillé au début je pensais avoir le RSA jeunes, mais j'ai pas encore droit.* »

Bryan, formation niveau V, Carreleur

Concernant la compensation financière qu'ils perçoivent durant leur formation professionnelle, les stagiaires prétendent au PRF (Plan Régional de Formation). Il s'agit d'un financement des formations par la Région. Celui-ci varie en fonction de la situation du stagiaire, de son statut et de son âge. Concernant l'âge, il existe un barème différenciant les stagiaires âgés de moins de 18 ans, de 18 à 20 ans, de 21 à 25 ans et enfin de 26 ans et plus, le montant de la rémunération s'élevant avec l'âge. Par ailleurs, le fait de disposer d'un statut de parent isolé, d'être considéré comme travailleur handicapé ou encore d'avoir au moins trois enfants augmente la rémunération.⁶³

Néanmoins, la rémunération qu'ils perçoivent durant la formation ainsi que les aides touchées par certains des enquêtés ne leur permettent pas d'accéder à la vie qu'ils souhaiteraient. Effectivement, leur situation financière contribue à faire en sorte que les jeunes ont le sentiment d'être coincés dans un entre-deux : d'un côté, ils ne sont pas encore adultes parce qu'ils ne possèdent pas les attributs de l'indépendance financière, et d'un autre côté, ils ne sont plus complètement dépendants de leurs parents au niveau économique :

« **Frédéric** : *Je suis chez mes parents donc il faut quand même que je paye des trucs. Après moi je fume donc il faut mon tabac. J'ai mon téléphone à payer, j'ai plein de choses à payer. Après j'ai pas, j'ai pas d'argent pour moi faire des sorties que je pourrais me payer. Si je veux me faire un cinéma bah je ne peux pas. Si je veux me racheter des pompes bah je ne peux pas.* »

Frédéric formation niveau V, couvreur

⁶¹ Ici l'auteure décrit une situation « d'entre-deux » dans laquelle les jeunes gagnent un salaire mais ne sont tout de même pas suffisamment autonome financièrement pour quitter le domicile familial.

⁶² BECQUET Valérie, « Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. », *Agora débats/jeunesses* 3/2012 (N° 62), p. 51-64.

⁶³ <http://www.laregion.fr/116-la-remuneration-des-stagiaires-de-la-formation-professionnelle.htm>

Olivier Galland, sociologue, reprend les analyses de François Dubet et décrit les jeunes dits « galériens » comme des jeunes vivant dans des territoires isolés et possédant la « rage »⁶⁴. Cette « rage » est perceptible chez ces jeunes qui ne peuvent accéder à l'indépendance qu'ils souhaiteraient :

« **Frédéric** : *c'est pas agréable quoi. On a tous des choses à payer. Moi avec trois cent dix euros je m'en sors pas vraiment. Je galère tout le temps. »*

Frédéric, formation niveau V, couvreur

D'autre part, bien qu'ils ne représentent qu'une petite partie des enquêtés, nous avons eu l'occasion de rencontrer des personnes ayant pris un emploi en plus de leur formation afin de compléter la compensation financière régionale, celle-ci ne permettant pas de répondre à tous les besoins. C'est le cas des deux stagiaires en restauration que nous avons interviewées. Elles ont chacune trouvé un emploi à temps partiel dans les établissements où elles avaient effectué leur premier stage. Elles participent également plusieurs fois par semaine au service du soir dans le lycée hôtelier dans lequel se déroule leur formation. Il leur arrive ainsi d'enchaîner parfois une soirée en restauration avec une matinée au lycée, ce qui a un impact sur leur temps de sommeil.

« **Estelle** : *Disons que...le vendredi. Le vendredi soir, j'ai travaillé. Jusqu'à minuit. Puis après, je suis reparti chez moi tout ça. Le lendemain, j'ai repris à 11h30.*

Enquêteur : *Mais c'est pas trop fatiguant ?*

Estelle : *Disons que les deux derniers jours, c'était quand même...C'était quand même crevant. Franchement, j'étais un peu crevée et... Voilà. Sinon, ça va. »*

Estelle, formation niveau V, service

Leur centre de formation tente d'éviter ce cas de figure en ne leur faisant pas commencer avant 10h s'ils ont travaillé au lycée hôtelier la veille. Mais cela ne prend pas en compte le travail en restauration de certains stagiaires.

B. ACCOMPAGNEMENTS OU RUPTURE FAMILIALE : DES PARCOURS MARQUES PAR DES CHANGEMENTS DE SITUATIONS SOCIALES

Au sein des parcours de vie des jeunes stagiaires de la formation professionnelle, nous nous sommes intéressés à leur situation familiale, plus précisément, nous cherchons à savoir s'ils ont connu une rupture dans leurs relations familiales.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, nous avons pu constater des disparités dans les profils familiaux car tous les enquêtés n'ont pas les mêmes appuis financiers bien qu'ils viennent tous des classes populaires. En effet, chaque enquêté ne reçoit pas la même aide de la part de ses parents, car ceux-ci n'ont pas forcément la situation sociale ou les revenus suffisants leur permettant d'aider leur enfant.

Suite à l'analyse de l'ensemble des entretiens, on peut dans un premier temps constater que plus de la moitié des enquêtés vivent chez ses parents. On remarque que ces jeunes sont pour la plupart issues de familles précaires :

⁶⁴ GALLAND Olivier, « Les âges de la jeunesse », *Les jeunes*, Paris, La Découverte, «Repères», 2009, 128 pages

« **Ryhad** : Ils [mes parents] sont demandeurs d'emploi. Ma mère, elle est femme au foyer. »

Ryhad, formation niveau V, carreleur

Olivier Galland nomme l'étape de vie qui se situe après 20 ans : « la post-adolescence » et la situe entre la dépendance et l'indépendance parentale.⁶⁵ L'auteur parle de "semi-indépendance" pour caractériser cette période de grande autonomie dans la vie personnelle et une dépendance financière forte vis-à-vis des parents. Or, certains des jeunes que nous avons interrogés dépendent de leurs parents sur certains domaines tout en étant indépendants sur le plan personnel. Les parcours de vie des jeunes traduisent parfois cette difficulté de passer d'un statut d'adolescent à celui d'adulte notamment parce que la rémunération de la formation ne leur permet pas une indépendance :

« **Frédéric** : J'attends que de finir la formation pour pouvoir partir et travailler. Me lancer dans la vraie vie. Parce que être ici, gagner trois cents euros par mois et encore quand c'est complet. »

Frédéric, formation niveau V, couvreur

Une autre partie des stagiaires vit avec sa compagne ou son compagnon. Ces personnes sont également autonomes financièrement. En effet, à la question « un membre de votre entourage peut-il vous aider financièrement en cas de besoin ? », les enquêtés citent majoritairement un membre de leur famille comme garant de leurs besoins (parents, tante, grands-parents,...). Néanmoins, ces personnes restent « des solutions de secours » étant donné que les enquêtés ayant pris leur autonomie s'appuient sur leurs ressources financières personnelles ou sur les aides qu'ils perçoivent (RSA, AAH, etc.), comme nous avons pu le voir dans la partie précédente.

Cependant, parmi les personnes interrogées, nous avons eu l'occasion de rencontrer des jeunes ayant connu des parcours résidentiels atypiques : trois d'entre eux sont nés à l'étranger (Algérie pour deux d'entre-eux et Guadeloupe pour le troisième).

Pour ces personnes, c'est justement le fait de venir de l'étranger qui les a amené à faire une formation professionnelle dans le but de se « mettre à niveau ».

Un des enquêtés a vécu dans la rue avant d'habiter dans sa voiture et enfin de trouver un logement :

« **John** : J'ai beaucoup vagabondé dans ma vie. Je sais un peu près comment ça se passe. J'ai traîné avec des personnes, j'ai vécu dehors, donc je sais un peu près et là je suis clean je suis propre. Je sais comment c'est. Et là je m'en sors je suis en formation et tout ça. Je sais comment c'est la vie. Comparé à un SDF qui est là dehors toute l'année. »

John, formation niveau V, couvreur

⁶⁵ GALLAND Olivier, « Les âges de la jeunesse », *Les jeunes*, Paris, La Découverte, « Repères », 2009, 128 pages.

2. Parcours de formation

A. DES JEUNES ISSUS D'AUTRES FORMATIONS

Dans l'optique de savoir de quelle manière les enquêtés sont arrivés au centre de formation et ce qui les a amenés à faire ce choix, nous nous sommes interrogés sur les parcours de formation de ces jeunes.

Il est tout d'abord apparu que l'ensemble des enquêtés a été conduit au sein des centres de formation par le biais de la mission locale. Pour l'ensemble des enquêtés l'entrée en formation professionnelle était précédée d'une réorientation ou d'une reprise d'étude suite à une période de travail, de chômage, ou de formation inadéquate. La formation professionnelle semble perçue, pour ces jeunes, comme la solution qui répond à une situation qui ne leur convient pas. En effet, selon Gilles Moreau, les raisons évoquées pour l'entrée dans le monde de l'apprentissage ne sont pas une volonté de quitter l'école parce qu'ils ont de mauvais résultats. Il s'agit plutôt d'un a priori négatif sur les enseignements scolaires et plus profondément d'une défiance face à l'intellectualisme et la théorie. La logique d'autonomisation et le désir d'entrer dans le monde professionnel est avancée pour expliquer le choix d'orientation en formation professionnelle. De plus, comme l'explique Xavier Greffe⁶⁶, c'est davantage dans la possibilité de vivre une formation, dans l'existence de mesure de soutien ou d'aide pédagogique et dans la possibilité de reprendre des études que se situe la force de l'apprentissage :

« **Gaëtan** : Je me suis lancé dans la logistique sans plus ou moins vouloir travailler là dedans. Après je reste relativement jeune et pour moi les perspectives d'avenir c'est très difficile de s'envisager et de se dire plus tard je finirai comme ça. Donc c'est dur de trouver ma place. »

Gaëtan, formation niveau IV, logistique

Bien que le choix de faire une formation professionnelle semble être perçu comme une solution par défaut, cela ne signifie pas pour autant que les jeunes interrogés ne sont pas satisfaits par cette « bifurcation »⁶⁷ :

« **Enquêteur** : Elle te plaisait tout simplement ? [la formation]

Louise : Oui elle me plaisait et puis je pense qu'après je pourrais avoir du travail pour mettre de l'argent de côté suite à un diplôme. Parce que sans j'avais postulé chez Armato mais vu que j'avais pas de titre professionnel ni d'expérience dans ce domaine ils m'ont dit que valait mieux que je fasse une formation avant pour avoir de l'expérience. Donc j'ai pris cette formation pour avoir du travail, pour mettre de l'argent de côté pour passer mon concours et aller en école. »

Louise, formation niveau III, téléconseillère

Parmi les stagiaires concernés par cette « bifurcation », on peut remarquer que les parcours de formation antérieurs sont très diversifiés. En effet, comme le montre Gilles Moreau, les stagiaires ont un statut spécifique qui transcende les cultures de métier car il s'agit d'un groupe hétérogène (niveau de diplômes, milieu social).

⁶⁶ GREFFE Xavier, *La formation professionnelle des jeunes: le principe d'alternance*, Antropos Paris, 1995.

⁶⁷ HELARDOT Valentine, « Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations », *Cahiers internationaux de sociologie* 1/2006 (n° 120), pp. 59-83

Premièrement, certains des enquêtés que nous avons rencontrés ont, par le passé, obtenu une qualification de niveau I ou II et souhaitent faire une formation parfois de niveau V, dans le but d'obtenir une double compétence, à savoir la théorie, mais également la pratique :

« **Corentin** : *Donc pour moi l'idée c'est d'acquérir des éléments de connaissance en mécanique de précision pour pouvoir rebondir dans d'autres secteurs dans lesquels on demande des doubles compétences. Parce que les doubles compétences il y a des gens qui arrivent à les acquérir au fil de l'eau, mais en fait dans la pratique c'est pas le cas et là je sors d'ici avec une double compétence et après je peux trouver plus facilement du travail qu'auparavant ».*

Corentin, formation niveau V, CAP couvreur

Nous avons également remarqué qu'une partie des enquêtés est entrée en centre de formation suite à diverses qualifications qui ne correspondaient pas à leur objectif professionnel :

« **Ryhad** : *J'ai fait deux ans de CAP et après deux ans de bac. Bah...Ça me plaisait pas mais je le faisais quand même quoi. Pour sortir au moins avec un diplôme. »*

Ryhad, formation niveau V, carreleur

« **Enquêteur** : *Et du coup tu rechercherais toujours dans le domaine de la pâtisserie?*

Steven : *Non ça m'a dégoûté, je voudrais partir dans la vente »*

Steven, formation insertion

Enfin, la troisième raison de ce revirement au sein du parcours scolaire s'explique également par le fait que certains des enquêtés que nous avons interrogés ont fait leurs études à l'étranger et ne parlent pas correctement le français. C'est donc une volonté de remise à niveau et la barrière de la langue qui expliquent le besoin de passer par une formation de courte durée afin d'obtenir une qualification, comme le justifie cet extrait d'entretien d'une jeune fille venant d'Algérie :

« **Sarah** : *Et j'ai fait mon premier année puisque j'ai été en retard, et j'ai refait l'année et des éduc et ça marche pas. En fait, par rapport la langue, tout ça, et j'arrive pas à argumenter, tout ça. Donc j'ai décidé pour trouver un travail plus....parce que je, j'ai dit que je voulais faire un pratique quoi, et... j'ai décidé de faire, j'ai été à la mission locale mais ils m'ont proposé le FIJ [Formation Insertion jeune] pour travailler le projet professionnel et ils m'ont accepté pour faire ça, j'ai décidé pour l'assistante comptable en fait parce que... quand j'étais à l'Université, je trouvais que... j'étais bien en math et j'ai trouvé que c'est plus pratique que en fait, que... rédiger et tout ça. Donc je suis là. »*

Sarah, formation insertion

B. DES PARCOURS PROFESSIONNELS ANTERIEURS

Comprendre qui sont les jeunes de la formation professionnelle et quelles sont les raisons qui les ont conduit à entrer en centre de formation demande de s'intéresser à leur parcours antérieur. Effectivement, après nous être intéressés au parcours scolaire des jeunes de la formation professionnelle, nous avons également cherché à savoir si ceux-ci ont travaillé avant de faire le choix de reprendre une formation et quelles sont les raisons qui les ont poussé à changer de situation.

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, près de la moitié a travaillé avant de se rediriger vers la mission locale. Ces jeunes ont pour beaucoup quitté le circuit scolaire car cela ne

correspondait pas à leurs aspirations et ont choisi d'entrer sur le marché de l'emploi. Néanmoins, après quelques mois de travail, ils ont décidé de s'inscrire à la mission locale afin d'être redirigés vers une formation professionnalisante. Suite à ce constat, on peut se demander quelles raisons expliquent cette bifurcation au sein du parcours professionnel.

Après analyse des entretiens, il apparaît que la volonté d'entrer en formation s'est faite pour diverses raisons. En effet, une partie des enquêtés ayant travaillé a fait le choix d'une réorientation professionnelle pour raisons de santé. Héloïse, a du changer son orientation professionnelle étant donné qu'elle travaillait en restauration et que les postures qu'elle effectuait ne faisaient qu'aggraver son état physique :

« Héloïse : Et j'ai quitté mon poste pour me réorienter dans une autre voie parce que je fais partie de la MDPH. Donc je suis travailleur handicapé et par rapport à mes problèmes de santé je ne peux plus faire ce métier là. »

Héloïse, formation insertion

Une autre partie des interrogés choisissent d'entrer en formation professionnelle suite à une longue période de chômage. Comme l'explique Céline Gasquet, chercheuse au CEREQ (Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications), l'employabilité des jeunes peu ou pas diplômés est presque deux fois moins élevée que celle des jeunes ayant atteint le niveau I. En effet, le taux de chômage de ces derniers représente 26% après la première année suivant la fin des études contre 42% pour les jeunes faiblement qualifiés⁶⁸. Ces constats sont repérables dans les discours soutenus par les jeunes de la formation professionnelle :

« Marie : Et puis tout compte fait, je me suis dit " autant reprendre les études " vu qu'il y avait pas de travail sans diplôme. Et c'est là que je suis arrivée à la mission locale et que j'ai demandé qu'on me positionne sur un CAP."

Marie, formation niveau IV, cuisine

« Thomas : J'ai cherché du travail dedans et en Guadeloupe c'est pas évident du tout ce qui fait que j'ai passé peut-être quoi un an à faire des petits boulots au noir et tout donc je me suis dit que bon je ne veux pas finir ma vie à faire des petits boulots au noir. Après j'ai fait de la peinture, de la maçonnerie j'ai touché à un petit peu tout dans le BTP. »

Thomas, formation niveau IV, logistique

L'insatisfaction au travail est aussi une explication de la reprise d'études par des salariés en recherche d'une nouvelle voie professionnelle :

« Elodie : J'ai intégré la formation CIP le 8 Février suite à un bilan de compétences. Je suis salariée chez Toyota depuis quatre ans. J'étais pas épanouie dans ce que je faisais. »

Elodie, formation niveau III, CIP

⁶⁸ <http://www.cereq.fr/cereq/b202.pdf>

C. L'ENTREE EN FORMATION CONTINUE : UN PASSAGE SYSTEMATIQUE PAR LA MISSION LOCALE

Lors de la présentation du pré-diagnostic, les CPAM⁶⁹ ont souligné une difficulté à identifier les jeunes entrant en formation professionnelle. Il est donc apparu nécessaire de questionner les stagiaires concernant leur arrivée en centre de formation et il en est ressorti que chacun d'entre-eux a été conduit dans ces centres suite à un rendez-vous à la mission locale.

Dans un premier temps, il nous a semblé pertinent de faire une recherche sur le procédé des missions locales concernant le « placement »⁷⁰ des jeunes de 16 à 25 ans. En tout premier lieu, un conseiller est en charge de faire une évaluation des acquis du jeune afin de savoir vers quel dispositif le rediriger.⁷¹

Ensuite, nous nous sommes intéressés à la manière dont les jeunes stagiaires de la formation professionnelle ont accédé à la mission locale et à leur accompagnement en centre de formation.

Pour l'ensemble des enquêtés, la prise de contact avec la mission locale émane d'une démarche personnelle – souvent sous les conseils d'un proche ou de quelqu'un qui a déjà effectué ou envisagé la formation – et d'un besoin d'accompagnement dans la recherche d'un emploi.

Selon les témoignages récoltés, il semblerait que la mission locale mette en place un accompagnement régulier avec des rendez-vous tous les mois, jusqu'à obtention d'une place en centre de formation ou d'un travail. D'autre part, un ou une conseiller(e) est assigné(e) au jeune qui s'inscrit, pour faciliter le suivi :

« **Bryan** : Donc, je suis allé à la mission locale et j'ai fait les démarches.

Enquêteur : T'es toujours en contact avec ton conseiller ?

Bryan : Tout les mois, normalement, j'ai des rendez-vous avec lui. Une fois par mois. »

Bryan, formation niveau V, carreleur

Concernant les stagiaires de la formation professionnelle que nous avons rencontrés, c'est la mission locale qui se charge de contacter le centre de formation afin de « placer » le stagiaire dans les plus brefs délais.

⁶⁹ CPAM de l'Artois et du Hainaut

⁷⁰ Le terme « placer » est employé par les enquêtés pour parler du fait que la mission locale leur trouve une place en centre de formation

⁷¹ <http://www.missionlocale-alencon.fr/formation>

3. Différentes expériences de formations

Au regard des discours des enquêtés, il semble se dessiner une certaine socialisation au travail en ce sens qu'il existe une réelle conscience collective. Si l'on se réfère aux travaux de Prisca Kergoat⁷², cette conscience serait un héritage de la classe ouvrière. En effet, la classe ouvrière avait pour caractéristique d'être basée sur des « valeurs solidaires » et sur « l'existence de mouvements plus ou moins politisés, œuvrant pour l'émancipation sociale des classes populaires »⁷³. D'autre part, comme le montre l'auteure, la culture de la classe ouvrière n'a pas totalement disparu à travers les époques et c'est ce que l'on retrouve dans nos entretiens. Bien que la conscience de la classe ouvrière se soit affaiblie et que nous ne considérons pas les stagiaires que nous avons rencontrés comme des ouvriers ; il semble que la cohésion entre les enquêtés soit caractéristique des divers principes ouvriers tels que le « rapport positif au travail » ou encore « l'importance du collectif »⁷⁴.

Lorsque nous avons interrogé les stagiaires, il est apparu que ceux-ci sont attachés à la relation de groupe qui les unit et qui leur permet d'avancer :

« **Bryan** : Ouais ouais ! On discute. S'il y en a un qui a besoin d'un coup de main, on l'aide. Ouais, ça va. Il y a une bonne relation. »

Bryan, formation niveau V, carreleur

Néanmoins, bien que la culture ouvrière soit toujours présente dans l'apprentissage, certains aspects de la condition ouvrière, tels que les « pratiques de soumissions » ont disparu. En effet, toujours selon Prisca Kergoat, les conditions d'apprentissage des jeunes d'aujourd'hui concernant ces pratiques ne sont plus du tout les mêmes. Aujourd'hui, les jeunes font des études plus longues et sont souvent diplômés avant d'intégrer une formation. Concernant les personnes que nous avons interrogé, près de la moitié a obtenu un ou plusieurs diplômes (souvent un CAP) avant d'accéder à leur formation actuelle. D'autre part, mettre un premier pied dans le monde salarial leur apprend à prendre conscience de leur position sociale, mais également de leurs droits en tant que salarié. Comme le montre Prisca Kergoat c'est « une découverte progressive des enjeux mais aussi à leur situation de futurs salariés de l'entreprise [qui entraîne] une intégration au sein des services ainsi que la création d'un collectif apprenti. »⁷⁵.

Certains enquêtés ont fait part d'une mésentente avec un ou plusieurs membres du stage, du personnel administratif ou encore des responsables de formation. Ils n'hésitent pas à entrer en confrontation avec ce personnel lorsqu'il s'agit de se faire entendre :

« **Arnaud** : Moi, je réponds du tac au tac quoi. A la base on doit avoir deux heures. Après, on nous retire une heure, c'est pas gênant. Mais bon moi quoi. Moi, si j'arrive en retard à 13h, faut pas qu'on me soûle. C'est pas de ma faute. [...] Ici, on est habitué à ça. Après moi, ça me prend pas la tête mais à d'autres ça va pas du tout. »

Arnaud, formation niveau VI, logistique

⁷² KERGOAT Prisca, « De l'indocilité au travail d'une fraction des jeunes populaires. Les apprentis et la culture ouvrière », *Sociologie du travail* 48, 2006, pp.545–560

⁷³ JELLAB Aziz, *Sociologie du lycée professionnel, L'expérience des élèves et des enseignants dans une institution en mutation*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail, 2008, pp.32-33

⁷⁴ KERGOAT Prisca, op cit

⁷⁵ KERGOAT Prisca, « De l'indocilité au travail d'une fraction des jeunes populaires. Les apprentis et la culture ouvrière », ibid

A. RAPPORT ENTRE LES STAGIAIRES ET LES CENTRES DE FORMATION

De manière générale, il semble y avoir une prise de conscience de la part des jeunes stagiaires concernant leur avenir professionnel lorsqu'ils intègrent la formation. En effet, pour les enquêtés ayant déjà effectué d'autres formations, le cadre scolaire ne correspondait pas toujours à leurs aspirations et c'est, pour la plupart, ce qui les amenait à quitter le système scolaire. Néanmoins, lorsqu'ils entrent en formation, ils sont motivés et cherchent à mettre toutes les chances de leur côté afin d'obtenir leur qualification et pouvoir entrer sur le marché du travail. En effet, Gilles Moreau montre qu'au contraire l'entrée en formation professionnelle n'est pas un choix par défaut de la part des jeunes mais qu'il s'agit davantage d'un choix d'intégrer des éléments professionnalisant à une formation scolaire. Comme nous pouvons le voir dans les entretiens, la formation permet aux stagiaires de prendre conscience de l'importance de la valeur travail car ils font en sorte de ne pas rater leur formation et savent que c'est ce qui leur permettra d'accéder à un emploi :

« **Matthieu** : Avant j'étais quand même assez couche-tard, là maintenant y'a quand même un BTS donc forcément... »

Matthieu, formation niveau III, maintenance des systèmes.

« **Elodie** : Là il y a de la fatigue morale, parce qu'on a des dossiers à rendre et pour moi cette formation c'est un enjeu. »

Elodie, formation niveau III, Conseiller d'Insertion Professionnelle.

Cependant, malgré cette volonté, on remarque une certaine réticence de la part des jeunes stagiaires à obéir à toutes les règles dictées par la formation car ceux-ci ont le sentiment de ne pas être considérés tel qu'ils se perçoivent, c'est-à-dire comme des adultes. En effet, toujours selon Gilles Moreau, qui a mené des entretiens avec des apprentis, un des éléments de discours que l'on retrouve chez eux est leur rencontre entre différents systèmes de valeur : la culture de l'entreprise, la culture juvénile et la culture du métier⁷⁶. La double inscription entre l'école et l'entreprise vient renforcer le sentiment d'incertitude quant à leur identité sociale car elle renvoie alors à la difficulté de passer d'un statut d'élève à un statut de salarié, ce qui provoque chez les jeunes stagiaires une volonté d'être reconnus comme des adultes :

« **Frédéric** : La formation, c'est chiant. C'est chiant on est avec des petits. On doit porter des casques. On doit faire comme si on était des gamins. C'est pas la même chose qu'être en entreprise »

Frédéric, formation niveau V, couvreur

L'expérience avec les autres stagiaires

Nous nous sommes intéressés aux relations qu'entretiennent les stagiaires entre eux et il s'est avéré que les avis sont assez tranchés. Pour la majeure partie des enquêtés, l'entente avec les autres s'est construite naturellement durant les cours en centres de formation. Il semble y avoir au sein des centres de formation une incorporation de nouvelles normes propres au monde professionnel autour des notions de classe ou d'unité de classe. Les enquêtés attachent, pour une grande partie d'entre eux, une importance à l'entraide. Il semble que l'hétérogénéité de ce public,

⁷⁶ MOREAU Gilles, *Le monde des apprentis*, La dispute, 2003.

qui rassemble à la fois des personnes en poursuite d'études et d'autres en réorientation suite à des parcours marqués par des bifurcations, ne soit pas un frein à l'adoption de normes communes :

« **Héloïse** : *On s'est bien trouvé comme groupe, franchement on s'entend super bien. On a chacune notre personnalité, on est différentes et on est fort soudées. Comme j'ai des problèmes en français, lorsque je devais faire mon CV et ma lettre de motivation, j'ai demandé à Marthe de m'aider. Elle est venue me voir, j'ai demandé à Victoria, Elle est venue me voir, il y avait aussi Clémentine qui était là avant. »*

Héloïse, formation insertion

Paradoxalement, il est apparu que certains enquêtés – bien que ceux-ci ne représentent qu'une faible partie des personnes interrogées – ne sont pas parvenus à s'intégrer avec les autres stagiaires :

« **Sébastien** : *Mais ils sont tous bizarres je sais pas j'ai l'impression d'être différent d'eux. C'est pour ça ici je suis tout seul, je me fais embrouiller par tous les gens du lycée presque. Après moi je m'en fous, je viens ici, je prends mon train après y en a qui viennent c'est tout moi je suis là. Ils savent pas d'où je viens. »*

Sébastien, formation niveau V, CAP couvreur

L'expérience avec le personnel des centres de formation

D'une manière générale, les rapports des stagiaires de la formation professionnelle avec le personnel des centres de formation sont positifs. En effet, ces jeunes ont le sentiment d'être correctement accompagné et aidé durant leur formation, aussi bien par les responsables de formation que par le personnel administratif :

« **Fanny** : *Ça va, ils sont sympas, ils nous aident bien, c'est des bons formateurs ici [...] Ils sont toujours là pour nous, si on a une question, on n'hésite pas. Franchement c'est cool. »*

Fanny, formation insertion

Néanmoins certains stagiaires interrogés ont un avis contradictoire avec le discours de Fanny et déclarent être en conflit avec un ou plusieurs membres du personnel du centre de formation. En effet, dans les centres de formation cités par ces personnes, il semble s'être installé une distance entre le personnel et les stagiaires comme le montre cet extrait d'entretien :

« **Pierre** : *Ils [le secrétariat] m'ont envoyé chier direct là bas. Ils m'ont envoyé chier comme de la merde. Je te jure. Je suis arrivé et j'ai dit ouais j'ai eu un accident de la route et j'ai pas pu venir sous quarante huit heures. »*

Pierre, formation niveau V, Chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

B. UNE VISION GLOBALE DE LEURS EXPERIENCES EN STAGE

Après analyse des entretiens, on constate que le bilan des expériences de stage est assez mitigé en fonction des enquêtés. En effet, bien que cela soit en général une bonne expérience, amenant un peu plus les stagiaires à envisager leur avenir professionnel, certains estiment que leur formation ne s'est pas passée comme ils l'imaginaient. Leurs « mauvaises » expériences ne sont pas dues à une mésentente avec les autres stagiaires mais plutôt à l'inadéquation du métier :

« **Enquêteur**: Ton stage c'est bien passé ?

Frédéric: Le premier non ça s'est pas bien passé du tout. C'est le formateur qui a trouvé le stage mais ça s'est pas bien passé du tout. Après j'en ai fait deux autres et ça a été nickel.

Enquêteur : Qu'est ce qui s'est pas bien passé ?

Frédéric : J'ai pas fait de couverture dans le premier stage. Et j'étais dans une maison avec du placo. J'ai demandé si on avait besoin d'un coup de main on me répond non va voir les autres. Je leur ai demandé on me disait « non ». Du coup, le matin je me levais à six heures, je rentrais chez moi à 18H pour faire rien de ma journée. Donc voilà. Et quand j'ai demandé au formateur de m'appeler : impossible qu'il m'appelle. Donc je ne pouvais pas lui expliquer le souci. Et après je me suis disputé avec le patron et son chef d'équipe et là il est intervenu.

Enquêteur : Qu'est ce qu'il a fait ?

Frédéric : Il est venu pour voir ce qui s'est passé et puis il m'a dit de rentrer chez moi.

Enquêteur : Et tu n'as pas fini le stage?

Frédéric : Non j'ai pas fini le stage. Je suis resté quatre jours là-bas c'était largement suffisant. »

Frédéric formation niveau V, couvreur

Selon Gilles Moreau, ce mécontentement est d'autant plus mal vécu par les apprentis qui exercent les activités les moins bien rémunérées et dont les conditions sont les plus pénibles. Les compensations symboliques (ambiance de travail entre collègues, etc.) viennent parfois compenser ces sources de mécontentement. Effectivement, lors de l'entretien, à la question « comment s'est passée votre intégration ? », les enquêtés évoquent souvent dans un premier temps la bonne entente et l'entraide avec les autres stagiaires :

« **Abdel** : En fait, dans cette formation, je parle à des gens avec qui je ne croyais pas parler. Et l'intégration j'ai jamais eu trop de problèmes avec ça. J'essaie de m'adapter aux personnes avec qui je parle. »

Abdel, formation niveau III, maintenance des systèmes

Après avoir présenté les jeunes stagiaires de la formation professionnelle ainsi que leurs parcours de vie (scolaires, professionnels et familiaux), nous cherchons à savoir, dans ce troisième chapitre, comment leur parcours influence leurs pratiques de soin.

CHAPITRE III : LES STRATEGIES DE SOIN DES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Il convient, à présent, de s'attarder sur les pratiques de soin des stagiaires. Lors des entretiens, nous cherchions à savoir si la santé était une priorité face à leur situation socio-économique. A travers cela, nous souhaitons mettre en avant les facteurs pouvant avoir une influence sur la prise en charge de leur santé et les conséquences que cela pouvait engendrer. En effet, l'environnement dans lequel évoluent les jeunes (offre médicale, situation socio-économique, etc.) et les individus qui les entourent, vont avoir un impact sur la façon dont les stagiaires envisagent leur façon de se soigner et de recourir aux professionnels de santé.

Dans un premier temps, nous observerons les différentes situations de non-recours et de renoncements. Puis nous nous attarderons sur les rapports des enquêtés aux professionnels de santé. Enfin, nous évoquerons leurs pratiques de soins.

1. S'engager dans une (des) démarche(s) de soins

A. SITUATIONS DE RENONCEMENTS ET DE NON RECOURS

Les entretiens que nous avons menés avec les stagiaires de la formation professionnelle nous ont permis de mettre en lumière des situations de renoncements et de non-recours. Le non-recours, comme nous l'avons évoqué précédemment, est défini par Philippe WARIN comme la non-satisfaction d'un besoin de santé considéré comme tel d'un point de vue médical. Le renoncement, quant à lui, renvoie à l'individu puisqu'il doit identifier lui-même le besoin de soins non-satisfait. Il convient de préciser que des études précédentes⁷⁷ ont démontré que la grande majorité des situations de renoncements sont également des situations de non-recours : la plupart du temps les individus déclarent renoncer à des soins pour des besoins qui sont également identifiés par les professionnels de santé comme nécessitant une prise en charge. Cependant, il existe aussi des situations où les individus vont déclarer renoncer à des soins qui ne sont pas perçus comme nécessaires par le corps médical (il ne s'agit donc pas de non-recours). De même, les situations inverses existent mais nous n'avons pas pu les observer puisque nous avons eu un accès limité au corps médical.

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 2 l'ensemble des stagiaires que nous avons rencontrés sont issus des classes populaires. Cette position sociale implique un rapport particulier au corps et à travers lui à la médecine. « [...] la mise en œuvre de la compétence médicale est elle-même soumise à des règles qui déterminent le degré d'intérêt et d'attention qu'il est convenable de porter aux sensations morbides et peut-être, plus généralement, aux sensations corporelles et au corps lui-même, le degré auquel il est convenable de parler de son corps, de faire part à autrui de ses sensations corporelles et, plus particulièrement, de se plaindre de ses sensations morbides et corrélativement, les seuils d'intensité à partir desquels une sensation doit être tenue pour anormale et être consciemment ressentie, acceptée, exprimée, et déterminer le recours au médecin. Or ces

⁷⁷ WARIN Philippe, *Le baromètre du renoncement aux soins dans le GARD. Rapport d'études*, septembre 2014

règles ne sont pas identiques dans les différents groupes sociaux. »⁷⁸. Aussi, comme l'évoque Boltanski, les individus vont avoir un rapport plus distancié à leur corps⁷⁹. Cela les amène à être moins à l'écoute et à pousser l'usage de leur corps jusqu'à ses limites. En effet, le fait de « s'écouter », comme l'évoque l'auteur est perçu négativement au sein des classes populaires : « De fait, les membres des classes populaires qui réprouvent celui qui « s'écoute trop » et qui « passe sa vie chez le médecin » et qui valorisent la « dureté au mal », attendent souvent avant de consulter le médecin que la sensation morbide soit devenue d'une intensité telle qu'elle leur interdise de faire un usage normal de leur corps »⁸⁰. On voit donc que le fait d'être attentif à ses maux est perçu comme une sorte de faiblesse et que les individus préfèrent repousser le plus possible la prise en compte de leur mal en allant chez le médecin.

A travers leur relation au corps, on voit donc apparaître une première forme de renoncement, ou plus précisément de report. Cette notion est évoquée par Philippe Warin, il s'agit d'une situation où l'individu n'a pas renoncé définitivement à un soin mais repousse, dans un futur plus ou moins proche, le moment où il va répondre au besoin de santé qu'il a identifié : « On considère ainsi que les personnes sont dans une situation de report et non de renoncement dès lors que les soins ne paraissent pas durablement ou définitivement hors de portée. »⁸¹. La majorité des stagiaires interrogés sont dans une situation de report pour un ou plusieurs soins. On peut alors distinguer les situations de report en lien avec le rapport au corps évoqué précédemment. En effet, nombreux sont les stagiaires à choisir d'attendre avant de se rendre chez le médecin. Ils préfèrent voir « si ça passe tout seul » et ne se rendre chez le médecin qu'en dernier recours, lorsque la maladie est trop gênante pour le quotidien et les empêche de suivre normalement leur formation ou leur stage.

« Samir : Ouais si ça continue ouais je vais chez le médecin. Mais sur le coup j'attends toujours, voir ce qu'on peut, ça va aller, ça va partir »

Samir, formation insertion

D'autres facteurs peuvent produire ces situations de report. Certains ne vont pas se rendre chez le médecin afin de ne pas perdre une partie de leur salaire en étant absents. La question financière vient conditionner le recours au corps médical.

« Enquêteur : Tu as pris un journée ?

Frédéric : non j'ai attendu et j'ai été quand je pouvais y aller donc le soir ou le vendredi [...]

Enquêteur : tu n'a pas été voir le médecin ?

Frédéric : non ça ne sert à rien. Parce que le médecin, il va te mettre en arrêt et en arrêt tu perds de l'argent, tu perds du temps, tu perds des heures. C'est pas intéressant »

Frédéric, formation niveau V, couvreur

« Arnaud : Je m'étais blessé après une bagarre et il me restait un bout de verre dans la main. [...] et jusqu'au moment où ça commençait à me faire mal à la tête. Donc euh je me suis dit aller je vais quand même faire l'intervention, malgré le coût. »

Arnaud, formation niveau IV, logistique

⁷⁸ BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps. », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26e année, N° 1, 1971, p. 217

⁷⁹ BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps. », op cit, pp. 205-233

⁸⁰ BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps. », op cit, p.

⁸¹ WARIN Philippe, *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD*, Odenore, 2014, p. 16

Au-delà des aspects financiers, nombreux sont les stagiaires à préférer travailler ou mener à bien leur formation et reporter les soins dont ils ont besoin lorsqu'ils auront le temps nécessaire sans que cela ne remette en cause leur situation professionnelle. La prise en charge de la santé se fait donc à condition qu'elle ne perturbe pas le bon déroulement de leurs activités professionnelles. Aussi, ces stagiaires n'entameront des démarches de soins que s'ils en ont le temps une fois la journée de formation ou de travail accomplie. Boltanski évoque cet aspect lorsqu'il parle des classes populaires et de leurs rapports à la santé⁸².

« Enquêteur : Quelles seraient tes priorités avant de t'occuper de ta santé ?

Caroline : Mon avenir professionnel, le travail. La santé pour moi c'est après, j'ai eu un cas de figure au mois de décembre, j'étais en arrêt maladie, je devais me reposer. On a appelé pour travailler, j'ai accepté. Mais je n'étais pas encore remise, et j'ai eu une fracture sur pied. Je suis très active, je n'aime pas rester sans rien faire. »

Caroline, formation insertion

« Louise : je devais me faire extraire les dents de sagesse mais j'étais en garantie jeune donc euh j'ai dû annuler. J'ai su la veille pour le lendemain que je rentrais et le lundi d'après je devais aller voir le chirurgien du coup bah j'ai annulé vu que je pouvais pas manquer une journée. C'était cinq semaines sans absence, du coup, j'ai annulé, j'ai dit que je reportais. »

Louise, formation niveau IV, conseillère en relation client à distance

Ici encore on retrouve l'impact de leur rapport au corps sur la prise en charge de la santé. En effet, tant que leur état de santé leur permet de poursuivre leurs activités, ils ne favoriseront pas la santé mais le travail.

Par ailleurs, nous pouvons observer de nombreuses situations de renoncement. Elles sont généralement partielles car elles ne concernent pas l'ensemble des soins que les individus identifient et plusieurs raisons viennent expliquer ces renoncements. Celles-ci peuvent se cumuler dans certains cas.

La première cause de renoncement est financière. En effet nombreux sont les stagiaires à renoncer à des soins car le coût est trop élevé. Le reste à charge et l'avance de frais sont un frein non négligeable pour les stagiaires.

« Fanny : Oui parce que bon je dois mettre des dents, des couronnes, ça coûte cher. Donc c'est pour ça »

Fanny, formation insertion

« Marie : Parce que forcément l'ophtalmo, tu y vas, c'est gratuit parce que tu as la CMU. Mais, forcément après les lunettes... Tu arrives chez l'opticien « ah bah ça, c'est pas remboursé par la CMU. Bah il faut mettre la différence ». Donc c'est pas la peine. Moi j'ai pas les moyens pour, donc... »

Marie, formation niveau V, cuisine

« Frédéric : bah j'aime pas aller au médecin parce que c'est une perte de temps et une perte d'argent tout simplement.

Enquêteur : mais tu es remboursé [...] tu avances un euro quand tu vas chez le médecin ?

Frédéric : non, non 25 euros.

Enquêteur : mais après tu es remboursé ?

⁸² BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps. », op cit.

Frédéric : Ouais mais ça prend du temps pour être remboursé »

Frédéric, formation niveau V, couvreur

« Enquêteur : Est-ce que ça t'arrive d'annuler le rendez-vous ?

Héloïse : Oui pour ma mâchoire, parce qu'il me faisait venir une fois par mois, je devais remplir des chèques et seulement me faire rembourser par la suite. J'étais en fin de mois je ne pouvais pas faire le chèque. »

Héloïse, formation niveau IV, conseillère en relation client à distance

Philippe Warin nous amène à replacer ces situations de renoncement dans le contexte économique de nos sociétés. « [...] force est de constater qu'il agit dans un contexte général de hausse des charges et de baisse, sinon de stagnation, des revenus des ménages. Dit autrement, sur un plan macroéconomique, le renoncement à des soins apparaît comme l'effet d'un choix public en temps de crise. »⁸³. Le « choix public » auquel l'auteur fait référence est la participation financière des individus pour réduire le déficit budgétaire de l'Assurance Maladie. En effet, les extraits d'entretiens témoignent de la difficulté qu'amène la participation financière à prendre soin de sa santé.

L'absence de couverture maladie et/ou de mutuelle est également évoquée par plusieurs stagiaires comme une cause de renoncement. Cela rejoint la raison financière car n'étant pas couverts, ces jeunes ne se permettent pas d'aller chez le médecin et préfèrent mettre en place des stratégies pour se soigner autrement⁸⁴.

« Sarah : En fait, la semaine dernière j'étais malade, je ne sais pas ce que j'avais mais j'avais une douleur extrêmement forte dans l'épaule et je n'ai pas été en formation. Je n'ai pas eu ma paye et je n'ai pas vu le médecin comme je ne suis pas remboursée à 100%. »

Sarah, formation insertion

La seconde raison est la peur du diagnostic, la peur de la douleur. Effectivement un certain nombre de stagiaire préfère renoncer à des soins en raison de la douleur qui leur est associée.

« Héloïse : J'ai refusé simplement une quatrième infiltration. Parce que ça amplifiait mes douleurs et c'est là que je suis allée voir un chirurgien. La rhumatologue, elle a essayé de me faire un nouveau traitement pour mes cervicales avec une aiguille qui injecte du produit mais cela fait effet une demi heure. Suite aux premiers essais je ne pouvais plus bouger pendant une semaine. Donc j'essaie mais je ne le referai pas si ça fait super mal »

Héloïse, formation niveau IV, conseillère en relation client à distance

« Enquêteur : Et le dentiste t'y vas pas ?

Fanny : Non j'ai peur je dois y aller mais franchement j'ai vraiment peur. Je dis souvent je vais appeler mais j'y arrive pas. Mais là je vais vraiment appeler je crois. Non parce que c'est normalement avec cette maladie là faut pas avoir des dents comme ça et tout. Mais j'ai vraiment vraiment peur, ça me stresse.

Enquêteur : Qu'est ce qui te stresse ?

⁸³ WARIN Philippe, *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD*, Odenore, 2014, p. 33

⁸⁴ Nous développerons ces alternatives dans la troisième partie de ce chapitre.

Fanny : Je sais pas. J'ai peur d'avoir mal, les piqûres et tout. Pourtant je me suis fait opérer mais bon. Je sais pas le dentiste. Quand j'étais jeune j'y allais tous les mercredis. Alors ça a du me marquer. »

Fanny, formation insertion

On constate que certains stagiaires préfèrent rester dans l'ignorance ou ne pas se soigner à cause de la peur que les soins engendrent chez eux. Il apparaît alors important que le médecin soit en mesure de rassurer le patient comme le fait le médecin de Cécile. En effet, celle-ci a peur des piqûres et n'accepte de les faire qu'à condition que ce soit son médecin traitant.

Enfin, le manque de temps représente un frein à la prise en charge de la santé. Deux aspects du temps sont à prendre en compte : d'une part on retrouve le manque de temps des stagiaires de recourir aux soins qu'ils souhaiteraient réaliser. Leurs activités professionnelles combinées à leur vie personnelle et familiale leur laissent parfois peu de temps pour s'occuper de leurs besoins de santé. En effet, les formations sont prenantes et requièrent leur présence tous les jours s'ils ne souhaitent pas perdre une partie de leur salaire ou voir leur place dans la formation remise en question. Cela est évoqué notamment par Louise qui a annulé son intervention des dents de sagesse parce qu'elle entrait en garantie jeune⁸⁵ et ne pouvait pas manquer un jour. De même Frédéric préfère ne pas rater de journée de stage de peur de ne pas le valider s'il ne fait pas assez d'heures. De plus, le fait d'avoir des enfants peut parfois en amener certains à renoncer à des soins s'ils ne peuvent pas faire garder leur enfant, comme Morgane. Brendon a également dû renoncer à un rendez-vous afin de prioriser sa fille malade.

D'autre part, certains stagiaires soulignent l'importance de la ponctualité des médecins. La perspective de devoir attendre et de ne pas être reçus à l'heure du rendez-vous fixé décourage certains d'entre eux comme l'évoque Amélie.

« Amélie : Mais surtout ce qui m'embête avec lui c'est qu'il a toujours 1h 1h30 de retard. C'est pour ça que je vais beaucoup plus facilement chez le médecin avec ma fille qui est toujours pile poil à l'heure au quart d'heure que lui où on va me donner un rendez-vous à 20h par exemple et je sais que je serai pas rentrée avant 22h. Voilà ça prend du temps quoi. [...] Un bon médecin bah c'est déjà un médecin qui est à l'heure. L'ORL c'est pareil. J'ai attendu pendant une heure et demi dans la salle d'attente, après l'heure et demi la secrétaire m'a appelée pour remplir un dossier et elle m'a emmenée dans une deuxième salle d'attente et alors là non mais c'est un truc de fous. 2h, 2h30 d'attente pour un rendez-vous au médecin »

Amélie, formation niveau V, usinage

Nous avons aussi rencontré un jeune en situation de renoncement pour non adéquation de l'offre de soin proposé avec les attentes du patient. Celui-ci souhaitait un certain type de plombage pour ses dents or le dentiste proposait un autre plombage. Le patient a alors arrêté ses soins et n'a toujours pas pris de rendez-vous avec un autre dentiste. Il évoque avec incertitude la perspective de prendre rendez-vous avec un autre médecin. On voit ici qu'un désaccord entre le médecin et son patient peut amener le second à cesser les soins.

⁸⁵ « Pour les jeunes de 16-25 ans en situation de grande vulnérabilité sur le marché du travail, le Gouvernement a mis en place la Garantie jeunes. Un dispositif donnant à ces jeunes la chance d'une intégration sociale et professionnelle grâce à un parcours intensif de formation et d'accès à l'emploi. »
<http://www.gouvernement.fr/action/la-garantie-jeunes>

« Arnaud : C'est moi qui ai pris les devants et j'ai dit que je voulais que mon plomb soit blanc ou de la même couleur qu'une dent. Et ça ne lui a pas plu parce que lui il voyait plus le soin que le côté esthétique. Et on a été dans un désaccord et il m'a dit que peu importe l'état de ma dent moi je voulais l'esthétique avant tout »

Arnaud, formation niveau IV, logistique

Cette situation est également connue par Kévin qui ne souhaite pas suivre les conseils de son médecin pour sa scoliose. Il a alors arrêté d'être suivi pour ne pas entendre « encore la même chose ».

Ces situations semblent également relever du non-recours puisque le besoin de soin est identifié par les médecins rencontrés par les stagiaires. Il s'agit donc bien de situations de non recours si l'on considère les normes de santé et les recommandations du corps médical. Cela concerne principalement le dentiste et le gynécologue pour les femmes. En effet, la majorité des stagiaires ne consultent pas ces spécialistes tous les ans. Ils attendent d'avoir un symptôme pour les rencontrer.

Finalement, nous avons rencontré un stagiaire en situation de renoncement qui n'était pas en situation de non-recours. Il s'agissait de soins considérés comme étant des soins de confort par le corps médical, et auquel il ne pouvait répondre à cause de l'absence de mutuelle depuis qu'il est arrivé en France il y a six mois.

« Enquêteur : Et quand tu étais en Guadeloupe tu allais souvent chez le dentiste ?

Thomas : En Guadeloupe, j'allais souvent chez le dentiste parce que comme je fume, j'aime bien me faire des petits blanchissements au niveau des dents, parce que c'est pas que je suis une chochette mais j'aime bien prendre soin de moi en fait. [...] Comme là ça fait un moment que j'ai les dents jaunes donc bon je ne me sens pas bien. Donc c'est pour ça que je suis obligé de prendre des rendez-vous chez le médecin pour pouvoir profiter de la vie et pouvoir mordre la vie à plein temps. »

Thomas, formation niveau IV, logistique

De même, une accompagnatrice sociale d'un centre a évoqué le fait que certains stagiaires ont un problème d'addiction à l'alcool. Aussi lorsqu'ils s'en rendent compte ils les mettent en relation avec des centres pour leur venir en aide. Il leur est pourtant difficile de les amener à en prendre conscience et à accepter l'aide et les soins qui leurs sont proposés. Dans ces situations, les jeunes n'identifient pas de problème de santé. Or au regard des professionnels de santé, ils ont bien un besoin de soin. On a donc des situations de non-recours et qui ne sont pas des situations de renoncement.

« Aujourd'hui, j'en ai qu'un [stagiaire] alors c'est pareil il faut travailler avec lui pour qu'il s'en rende compte et après l'orienter pour se faire aider [...] par rapport à ceux que j'ai accompagné j'en avais un qui avait un souci avec l'alcool et qui allait pas à ses rendez-vous pour se soigner »

Accompagnatrice sociale

B. L'ACCOMPAGNEMENT AUX SOINS

Il convient à présent de voir comment ces jeunes effectuent les démarches de soins qui leur sont nécessaires.

Nous pouvons distinguer deux groupes : le premier comprend les stagiaires qui sont accompagnés dans leurs démarches de soins. Le second représente les jeunes qui n'ont aucun soutien. Ils se retrouvent alors seuls à devoir faire face à leurs démarches de soins.

L'accompagnement des jeunes du premier groupe, vient majoritairement de la famille proche (parents, frères et sœurs, grands parents, etc.) ou élargie (compagne/compagnon, belle famille, amis, etc.). Cette première catégorie est largement majoritaire concernant les stagiaires que nous avons pu rencontrer.

En effet, la famille représente un soutien important pour les jeunes. Ce soutien peut être de différentes natures. Tout d'abord, il s'agit d'un soutien financier dans de nombreuses situations. Les stagiaires ne sont généralement pas en mesure de subvenir seuls à leurs besoins et les dépenses de santé peuvent avoir un coût trop important pour qu'ils parviennent à y répondre seuls. La famille est alors le premier soutien vers lequel ils se tournent.

« Enquêteur : Si jamais tu as des difficultés financières, est-ce que tu peux te tourner vers quelqu'un de ton entourage pour t'aider ?

Sarah : Oui, mes parents sont toujours là. Je trouve que ma mère c'est la sécurité pour moi. C'est elle qui protège et tout ça. »

Sarah, formation insertion

Cependant, il arrive parfois que ce soutien ne soit pas suffisant et que les soins soient malgré tout trop onéreux. Les jeunes peuvent alors essayer de se tourner vers d'autres aides, ou se trouvent dans l'obligation de renoncer ou reporter leurs soins, comme nous l'avons évoqué précédemment. L'importance de ce soutien familial est évoquée par Olivier Galland dans l'article de Virginie Muniglia et Cécile Rothé « Ainsi, pour Olivier Galland (2000, p. 81), les jeunes les plus en difficulté sont ceux pour lesquels « l'exercice de la solidarité familiale s'achève avant que le jeune ne soit parvenu à se stabiliser ». »⁸⁶. Par exemple, Louise s'est trouvée dans cette situation lorsqu'elle devait recevoir des soins dentaires. Ceux-ci étaient trop onéreux, et ni ses parents, ni son compagnon n'ont pu lui venir en aide. Elle a donc dû reporter ses soins et attend d'être en mesure de les payer.

Au-delà du support financier, la famille peut également prodiguer soutien et conseils dans la réalisation des démarches de santé. Effectivement, certains stagiaires vont demander conseil à leurs parents, principalement, lorsqu'ils sont malades. Cette demande constitue généralement la première étape dans la prise en charge de ses symptômes. On voit que certains jeunes se tournent en premier lieu vers leur famille pour prendre des médicaments avant de se rendre chez le médecin⁸⁷.

⁸⁶ MUNIGLIA Virginie, ROTHE Céline, « Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide ? », *Agora débats/jeunesses* 2012/3 (N° 62), p. 68

⁸⁷ Ces situations seront développées à la fin de ce chapitre.

Pierre : « Moi j'y vais parce que c'est ma mère qui me dit d'y aller. Sinon de moi même j'irais pas. [...] Bah oui mon père parce que forcément il s'y connaît là dedans donc quand je lui demande des conseils il me dit quelque chose. »

Pierre, formation niveau V, Installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

Matthieu : « Oui c'est vrai que je la [sa maman] remercie sur ce point parce que je sais pas si je ferais la démarche de moi-même. »

Matthieu, formation niveau III, technicien de maintenance

De plus, on observe que les jeunes ayant été régulièrement chez le médecin durant leur enfance seront plus sensibles à la prise en charge de leur santé. Ils vont se rendre plus facilement chez le médecin s'ils en ressentent le besoin. Tandis que d'autres n'auront pas cette approche et n'iront consulter le médecin qu'en dernier recours puisqu'ils n'ont pas eu l'habitude de s'y rendre étant plus jeune. C'est le cas de Sébastien : il n'a été que très rarement voir son médecin traitant ou des spécialistes comme le dentiste étant petit, et l'on peut voir aujourd'hui qu'il ne va consulter un médecin que s'il est malade.

« Enquêteur : Ok. Pour revenir un peu sur les médecins tu me disais que toi t'es jamais malade et quand t'étais petit t'allais chez le médecin un peu plus souvent ?

Sébastien : Je m'en rappelle plus trop après pour les vaccins je sais que j'allais mais après j'ai jamais été trop malade.

Enquêteur : D'accord, tant mieux. Et est ce que t'as déjà vu d'autres médecins ?

Sébastien : Non.

Enquêteur : T'es jamais allé chez le dentiste ?

Sébastien : Si, juste quand bah le truc de l'école en primaire y avait ça après j'ai fait juste quelques rendez-vous pour voir si ça allait, après c'est tout.

Enquêteur : D'accord ça fait combien de temps là que t'y a pas été par exemple ?

Sébastien : Je sais pas du tout, je sais pas du tout.»

Sébastien, formation niveau V, couvreur

Nous pouvons ici voir l'influence que peut représenter la famille concernant les pratiques de santé des jeunes. Celle-ci peut constituer un autrui significatif dont les pratiques vont être intégrées et reproduites, dans une certaine mesure, par les stagiaires. Les « autrui significatifs » interviennent principalement durant la socialisation primaire et peuvent être définis comme suit : « En effet, l'élaboration du système identitaire de l'enfant résulte de l'interaction avec l'« autrui significatif » (Mead, 1963), celui qui permet à l'individu de se saisir comme un individu unique ou comme le membre d'une entité collective, de se définir ainsi un rôle social. L'autrui significatif est une instance normative pour l'individu qui se construit ; elle peut être de nature individuelle ou groupale. Il est indispensable à la réalisation des trois principes identitaires que sont l'estime de soi, le sens de la continuité existentielle et l'unicité de la personne. »⁸⁸. La reproduction des pratiques de santé reste cependant limitée, certains le justifient par le fait de se trouver dans une situation transitoire. Ces derniers estiment qu'ils reprendront certaines démarches de soins une fois leur formation achevée. Le contexte social a donc également une forte influence sur les pratiques de santé des stagiaires.

⁸⁸ Virginie Muniglia, Céline Rothé, « Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : l'importance des autrui significatifs dans le recours à l'aide sociale », *Revue française des affaires sociales* 2013/1 (n° 1-2), pp. 82-83

D'autres jeunes, en conflit avec leur famille ou lorsque celle-ci est très éloignée géographiquement, vont se tourner vers d'autres personnes extérieures. Il peut s'agir d'un accompagnateur de la mission locale, d'un formateur ou d'une personne du centre de formation. Les jeunes voient en eux des personnes de confiance qui vont pouvoir les aider en cas de besoin, lorsqu'ils se retrouvent démunis face aux démarches de soins, etc.

Nous pouvons également souligner le fait que l'arrivée d'un enfant amène généralement les stagiaires à être plus attentifs à leur santé. Comme le soulignent Virginie Muniglia et Cécile Rothé, certaines vont alors modifier leurs habitudes de vie.

« Amélie : Je mange mieux après les habitudes alimentaires depuis que j'ai ma fille, je mange beaucoup plus de légumes tout ça. Je fais plus attention à tout ça. »

Amélie, formation niveau V, usinage

De même, l'arrivée de l'enfant peut amener les stagiaires à modifier leurs pratiques de santé tout au moins pour celles qui concernent leur enfant. Ils vont alors aller régulièrement chez le médecin pour lui, être attentifs à son alimentation, etc.

« Enquêteur : Et c'est quand la dernière fois que tu as été le voir ?

Fanny : Y a longtemps, j'y vais jamais.

Enquêteur : Et quand tu étais plus jeune, t'y allais un peu plus souvent ?

Fanny : Bah déjà quand j'étais jeune, j'avais des problèmes de ventre, j'avais toujours mal au ventre donc euh j'y allais souvent. Maintenant, c'est mon fils qui y va toutes les 2 semaines, on y est. »

Fanny, formation insertion

On constate donc qu'un changement de situation familiale peut entraîner des modifications dans les pratiques de santé.

Le second groupe, comprend les jeunes qui se prennent en charge seuls. Ils ne bénéficient d'aucun soutien pour diverses raisons. On retrouve des jeunes en conflit ou éloignés de leur famille et n'ayant pas su, pu ou voulu trouver de l'aide auprès d'autres personnes. Il convient de noter que la majorité de ces jeunes sont dans des situations de renoncement plus importantes et ont parfois du mal à conserver leur statut à jour auprès de la CPAM.

Ainsi, nous pouvons convenir, comme le font Philippe Warin⁸⁹, Virginie Muniglia et Cécile Rothé⁹⁰, que les soutiens financiers et autres constituent un réel atout contre le renoncement et le non-recours, puisque les jeunes peuvent s'appuyer sur d'autres individus lorsqu'ils en ressentent le besoin. Ils sont alors moins isolés, ce qui les amène à être plus attentifs à leurs besoins de santé.

⁸⁹ WARIN Philippe, *Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. Rapport d'études*, septembre 2014

⁹⁰ Virginie Muniglia, Céline Rothé, « Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : l'importance des autres significatifs dans le recours à l'aide sociale », *Revue française des affaires sociales* 2013/1 (n° 1-2), p. 76-95.

C. LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'absence de couverture maladie peut être un facteur de renoncement. Il paraît donc pertinent de préciser les situations connues par les stagiaires afin de rendre compte des impacts que cela peut avoir sur leurs pratiques de soin.

La majorité des stagiaires possède une assurance et une mutuelle. Plusieurs groupes se distinguent dans cette catégorie.

Les premiers sont couverts par leurs parents. Ils sont encore dépendants et se préoccupent assez peu de la mise à jour de leur couverture santé puisque leurs parents prennent cela en charge, ils s'en remettent à eux.

« Enquêteur : Est-ce que toi, t'as ta propre assurance ? Ou t'es encore avec tes parents ?

Sébastien : Je suis encore avec mes parents.

Enquêteur : Et pour la mutuelle aussi tu sais si tes parents ils en ont une ?

Sébastien : Je suis encore avec mes parents.

Enquêteur : D'accord et ils ont quoi comme, tu sais un peu ce qu'ils ont comme assurance, comme mutuelle ?

Sébastien : Je sais que c'est la mutuelle des cheminots que ma mère elle a je crois que c'est ça parce que comme j'ai mon papi qui travaillait à la SNCF, elle était déjà là-bas et puis elle l'a repris.

Enquêteur : D'accord. Ah oui d'accord ok. Et ton père lui il a un autre ?

Sébastien : Ouais c'est pareil. »

Sébastien, formation niveau V, couvreur

Les seconds, peu nombreux (deux stagiaires rencontrés) sont toujours couverts par leurs parents mais sont en conflit avec eux et ne parviennent pas à bénéficier des remboursements qu'ils devraient percevoir. Ce genre de situation est problématique car cela est un véritable obstacle au recours pour ces jeunes.

« Enquêteur : Tu as pas de couverture maladie ?

Marc-Antoine : Pas du tout. Je suis sur mon beau-père. Mais le problème, c'est que quand ma mère elle a pas envie de payer, elle paye pas. Je peux pas faire mon dossier de CMU.

Enquêteur : Pourquoi ?

Marc-Antoine : Parce que je suis sur mes parents.

Enquêteur : Avec ton procès, ça te permettrait aussi de ..?

Marc-Antoine : D'enlever ça pour faire mon papier de CMU en fait. Pour avoir ma propre CMU, pour dire que moi je paye rien et j'ai tout à 100 % ; pour que je puisse avancer quand même.

Enquêteur : Techniquement tu as la CMU mais sur ton beau-père. Donc, tu as noté ça quand tu es entré en formation ?

Marc-Antoine : J'ai noté que j'étais couvert mais je suis pas couvert en fait.

Enquêteur : Parce que, techniquement, si toi tu vas chez le médecin et que tu payes, c'est eux qui reçoivent le remboursement et ils te filent pas la thune, c'est ça ?

Marc-Antoine : Ouais voilà. C'est ça, en fait »

Marc-Antoine, formation niveau V, peintre

Les troisièmes, peu nombreux également (deux stagiaires), sont couverts par leurs parents et sont soucieux de la mise à jour de leur statut. Ils ont donc connaissance de leur couverture, des modalités et participent aux démarches. Nous pouvons noter que les jeunes concernés ont eu leur propre couverture maladie et s'occupent des démarches – parfois avec de l'aide – pour être à nouveau sous le régime de leurs parents.

« Louise : Euh sur la mutuelle de mes parents oui. Mais quand je suis entrée à la fac, ils m'ont mis sous un régime étudiant. Quand j'ai arrêté, j'ai fait un courrier pour revenir au régime général parce que vu que j'ai travaillé, j'avais dû revenir au régime général mais mon dossier est toujours en attente »

Louise, formation niveau IV, Conseillère de relation client à distance

Les derniers sont autonomes et prennent en charge l'actualisation de leur assurance et mutuelle. Le fait d'avoir des responsabilités familiales incite ces stagiaires à y prêter attention. En effet, nous constatons que les stagiaires ayant un enfant ont plus tendance à s'occuper eux-mêmes de leur assurance et à s'assurer qu'ils sont à jour, c'est le cas d'Amélie qui a une fille de trois ans.

« Enquêteur : Est-ce que tu as une assurance maladie et une mutuelle ?

Amélie : Oui oui. Ah oui je me vois pas faire sans en fait. Pour moi c'est obligatoire.

Enquêteur : D'accord, et tu es ouvrant droit c'est toi qui es assurée ? Ou est-ce que tu es assurée avec ton compagnon ?

Amélie : Ah non on est assuré chacun de son côté.

Enquêteur : D'accord. Et ça fait longtemps que tu es assurée toute seule ?

Amélie : Toute seule oui depuis que j'ai quitté le foyer [domicile des parents], depuis que j'ai 20-21 ans par là. Il faut prendre son envol [...] Pour la mutuelle en fait j'étais dans une autre mutuelle avant mais ils m'ont radié parce que j'ai pas fait un paiement. J'ai pas vu le courrier et puis ils m'ont radié direct. Je suis partie chez une autre mutuelle.

Enquêteur : T'as fait ça toute seule ?

Amélie : Ouais ouais bah ils m'ont rien demandé après ils m'auraient demandé j'aurais fait les papiers qu'il faut. »

Amélie, formation niveau V, usinage

D'autres stagiaires « autonomes » n'ont pas de mutuelle. Il s'agit généralement de jeunes qui ne parviennent pas à gérer seuls les démarches qui doivent être faites. Un manque d'informations sur le système de santé et sur les mutuelles vient renforcer les difficultés qu'ils rencontrent pour se prendre en charge.

Enfin, une partie non négligeable des stagiaires que nous avons pu rencontrer ne possède pas d'assurance maladie. Cette absence de couverture est généralement due à la lenteur administrative qui laisse les stagiaires dans une situation de non-recours pendant des mois, pour cause de non réception comme le définit Philippe Warin⁹¹.

« Enquêteur : Ah d'accord ça fait combien de temps que t'as commencé les démarches ?

⁹¹ WARIN Philippe, *Le non-recours: définition et typologies*, Odenore, 2010

Louise : Début novembre [l'entretien s'est déroulé en avril de l'année suivante], quand j'ai arrêté. Et ma mère m'a dit d'aller voir sur place directement parce que c'est pas normal que c'est aussi long donc je vais y aller. »

Louise, formation niveau IV, Conseillère en relation client à distance

« Thomas : En fait en Guadeloupe j'avais déjà ma CMU quand je suis arrivé ici on a fait un transfert de dossier et euh. A partir de janvier 2016, ils ont fait un changement de norme ou de loi pour l'année, ce qui fait que j'ai dû refaire mon dossier et là je suis retourné dans le courant de la semaine et on m'a dit que je devrais repasser le 6 avril parce qu'en fait ils font traîner, traîner les dossiers et au final entre temps si toutefois j'ai mon rendez-vous, comme là j'ai une entorse, je ne suis pas couvert ou quoi donc là d'un côté ça pose problème et d'autant plus que je suis asthmatique et ma ventoline je ne peux pas me permettre de la renouveler sans carte vitale. »

Thomas, formation niveau IV, logistique

Par ailleurs, nous avons relevé que la plupart des jeunes reçoivent de l'aide afin d'accomplir les démarches administratives qui les concernent. L'appui d'autres personnes réduit considérablement les situations où les démarches administratives ne sont pas réalisées lorsque c'est nécessaire. Cette aide vient généralement de la famille ou des proches (compagnon / compagne, belle-famille, etc.).

« Enquêteur : D'accord et les documents, les démarches c'est toi qui les as faites toute seule ou t'as demandé de l'aide ?

Louise : Non j'ai demandé de l'aide à mes parents parce que je savais pas trop comment faire, c'était la première fois »

Louise, formation niveau IV, Conseillère en relation client à distance

« Enquêteur : Et qui c'est qui peut t'aider pour toutes ces démarches ? Tu fais appel à qui ?

Sarah : Ben en fait c'est ma mère, ma maman et euh parfois je fais mes démarches toute seule »

Sarah, formation insertion

La famille ne peut pas toujours offrir son aide aux stagiaires. Cela est dû à différentes raisons : incapacité par méconnaissance du système de santé, conflit avec le jeune, famille absente, etc. Dans ce cas les centres de formation et les missions locales sont des interlocuteurs privilégiés pour les jeunes. Ils voient en eux des personnes de référence et de confiance sur qui ils peuvent s'appuyer pour mener à bien leurs démarches. Les médecins peuvent également être sollicités dans certains cas.

« Enquêteur : Tu te sens en confiance avec lui [le médecin traitant], si tu as des difficultés tu arrives à lui en parler ?

Fanny : Oui je lui en parle. Ils sont trois, je les connais à trois donc si y en a un qui est pas là, je vais avec l'autre, c'est pareil je peux lui parler. Elle m'a même aidé à changer de caisse, elle m'a fait les papiers pour changer de caisse d'assurance maladie. »

Fanny, formation insertion

« Enquêteur : Et t'as déjà demandé de l'aide à un médecin pour faire des papiers administratifs, des demandes d'aides ?

Cécile : Non je le fais. Des fois quand j'ai des papiers que je comprends pas, je fais confiance à Yoann [le formateur]. Il m'aide en fait. A lui je peux lui faire confiance »

Cécile, formation insertion

« Thomas : Personnellement, non mais ça m'est déjà arrivé qu'elle [conseillère du centre] m'a aidé pour le fait que moi j'ai un souci avec la banque [...] Donc c'est pour ça qu'elle s'est attelée à la tâche, je vais dire sévèrement parce que c'est possible que quand on a pas de tâche concrète la concernant, on peut la voir une fois par mois, deux fois. Mais là je la voyais deux à trois fois par semaine jusqu'à ce que mon problème soit résolu. [...] Mais à chaque fois que je la croise dans les couloirs, elle me demande toujours si ça va, si j'ai besoin d'aide ou quoi »

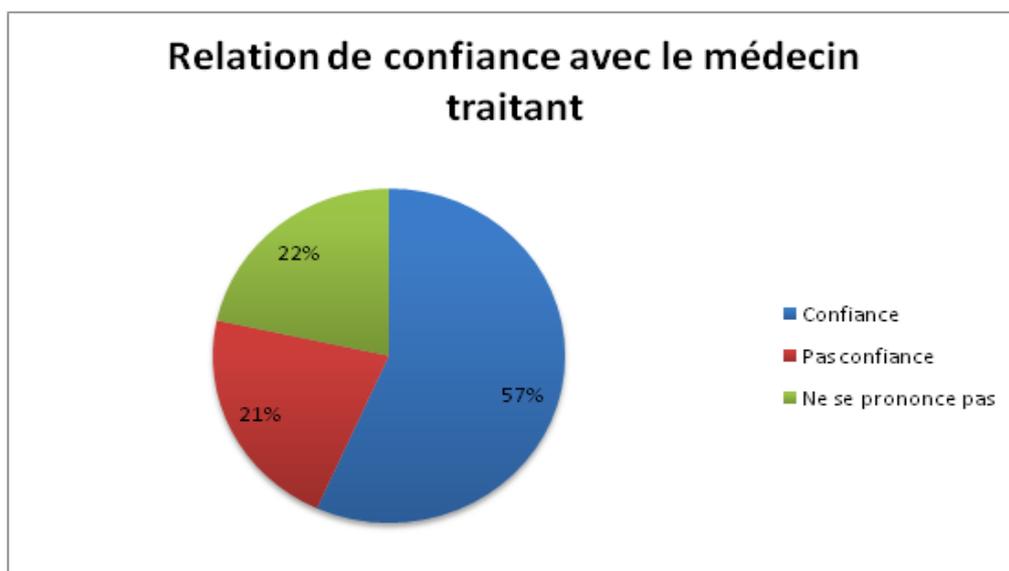
Thomas, formation niveau IV, logistique

Ainsi, l'accompagnement dans les démarches administratives permet aux stagiaires d'être moins démunis face aux administrations publiques. Ils peuvent alors plus facilement mettre à jour leur situation, demander les prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre, etc.⁹²

2. Rapport avec le corps médical

A. RELATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT

La relation au médecin traitant est particulière car il s'agit généralement du médecin de premier recours. Il est un médecin de proximité, un médecin de famille. En effet, la majorité des stagiaires que nous avons pu rencontrer consulte le même médecin traitant depuis leur enfance, il s'agit aussi du médecin de famille. Il est connu depuis des années et prend généralement une place spécifique dans le suivi des soins et la prise en charge de la santé. Les stagiaires insistent sur l'importance d'une relation de confiance avec le médecin traitant.



La relation de confiance avec tout médecin implique le fait de s'en remettre à une tierce personne afin de garantir ou de retrouver une « bonne santé », comme l'évoque Alexandre JAUNAIT⁹³. Effectivement le médecin est le professionnel qui possède les connaissances à même de poser un diagnostic et de trouver des solutions pour y remédier. Le patient se retrouve alors dans

⁹² Nous développerons le rôle des centres de formation dans le chapitre 4.

⁹³ JAUNAIT Alexandre, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques* 2003/3 (no 11)

une relation inégale puisqu'il ne peut prendre soin seul de sa santé, il doit s'en remettre aux recommandations du médecin. Cette relation inégale et réglementée par le code de déontologie a largement évolué vers une prise en compte de l'avis et de la volonté du patient. Dans les années 1950, le médecin pouvait, si cela lui semblait nécessaire, cacher certaines informations à son patient. Le consentement du patient n'était donc pas une donnée pertinente dans la prise de décision. Ce dernier n'était pas pris dans son individualité puisque le médecin définissait ce qui était bon pour le patient à sa place. A présent, le médecin n'a plus une emprise totale sur les décisions médicales de son malade, il doit travailler avec et en fonction des décisions de son patient. « [...] le détachement de la norme de prise de décision du point de vue médical s'opère au bénéfice d'une référence au patient en tant que personne : le sujet libéral est une personne, capable d'autodétermination, de choix, de définition d'objectifs et de moyens pour atteindre ces objectifs »⁹⁴. En effet certains soins, et prises en charges peuvent paraître anodins ou peu envahissants et contraignants pour certains alors que pour d'autres ils seront trop intrusifs. La situation de Kévin en témoigne. Ce jeune suit actuellement une formation en maçonnerie. Il a été maçon pendant plusieurs années en Belgique et reprend ce CAP pour pouvoir poursuivre son activité en France. Kévin a une scoliose qui lui provoque d'importantes douleurs de dos et le gêne dans son travail. Malgré les recommandations de ses médecins (arrêter la formation, prise de médicaments contre la douleur), Kévin poursuit son CAP et ne souhaite s'arrêter que lorsque son dos ne lui permettra plus de travailler :

« Kévin : non d'ailleurs il m'a dit d'aller voir à la médecine du travail mon docteur.

Enquêteur : Tu va y aller ?

Kévin : Je ne sais pas. Si c'est pour me dire que je ne peux plus travailler dans la maçonnerie non. [...] ça fait cinq ans que j'ai tout arrêté et que je ne vais plus voir le docteur.

Enquêteur : Pourquoi qu'est ce qui a fait que...

Kévin : Ca me soûle. C'est tout le temps la même chose qu'ils disent.

Enquêteur : Qu'est ce qu'ils disent sur ton problème de dos ?

Kévin : Que ça allait empirer si je continuais de travailler dans le bâtiment. Que je peux me retrouver en fauteuil roulant donc du coup ça m'a soûlé, j'ai arrêté. »

Kévin, formation niveau V, maçonnerie

Les médecins recommandent à Kévin d'arrêter la formation, de ne plus faire de maçonnerie car cela est risqué pour sa santé. Ils lui prescrivent des séances avec un kinésithérapeute. Or le stagiaire considère que sa formation est plus importante. Il préfère repousser les soins de son dos et continuer à pratiquer son métier tant qu'il le peut. Kévin est donc informé par les médecins de son état de santé et des risques qu'il encourt en ne suivant pas leurs prescriptions. La situation de Kévin nous permet de voir l'évolution de la relation médecin-patient. Il préfère donc poursuivre ce métier tant qu'il le peut :

« Enquêteur : Ca te ferait quoi de devoir arrêter ce que tu fais ?

Kévin : Ca me ferait chier quand même. Parce que j'aime bien ce que je fais. Après je ne sais pas quoi faire si je ne peux plus faire ça je ne sais pas moi. Je ne sais pas quoi faire comme autre truc »

Kévin, formation niveau V, maçonnerie

⁹⁴ JAUNAIT Alexandre, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », Ibid, p. 67

Cette relation entre le médecin et son patient met donc au centre le consentement du second. Cela transforme leur relation puisque le malade n'est plus dans une situation où il doit faire confiance totalement et aveuglément à son médecin. Aujourd'hui le patient prend part aux décisions au regard de ce qu'il définit comme étant important pour sa santé, ce qui lui semble prioritaire. Cependant, les connaissances des deux parties sont inégales, on ne peut donc pas dire que la prise en compte du consentement permette de rétablir complètement l'égalité entre eux. Cela permet de tempérer la prédominance de l'avis du médecin, comme l'évoque Alexandre JAUNAIT « La priorité du consentement informé et son statut de droit du patient aujourd'hui font du choix du patient une dimension essentielle. La fonction traditionnelle du médecin de « décider pour », qu'on retrouve défendue dans le paternalisme médical, est aujourd'hui soumise à la nécessité d'un consentement qui renforce davantage l'argumentation libérale que l'argumentation paternaliste. Le modèle de la confiance justifiée permet ainsi d'accommoder les intuitions du modèle paternaliste en restant dans un cadre libéral. Le respect du consentement, dût-il aboutir à une décision de ne pas décider, possède une valeur morale intrinsèque tout à fait conforme à la liberté des Modernes »⁹⁵. La relation de confiance a donc évolué et les patients ne sont plus dans la relation de « confiance-foi », évoquée par Alexandre JAUNAIT « Il lui est demandé de « faire confiance », comme il est demandé à un croyant d'avoir la foi selon une tradition théologique qui fait de cette confiance-foi une vertu fondamentale. La confiance, au sens religieux, est un devoir qui oblige celui qui accorde sa confiance et non celui auquel elle est accordée. »⁹⁶. La confiance est à présent accordée ou non au praticien en fonction de différents critères évoqués par les stagiaires.

Le premier critère que l'on relève est la capacité d'écoute du médecin traitant. Il est important pour les stagiaires de se sentir écoutés lorsqu'ils décrivent leurs symptômes, leurs problèmes.

« Louise : C'est quelqu'un qui sait répondre aux besoins du patient et qui essaie tout au moins de l'aider, d'écouter et d'apporter une aide »

Louise, formation niveau IV, conseillère relation client à distance

Il est également important que le médecin prenne le temps de les ausculter, de poser des questions pour ne pas manquer une douleur, un symptôme afin de pouvoir poser un diagnostic précis et adéquat. Les jeunes considèrent que le médecin doit prendre son temps avec eux pour qu'il puisse être attentif à leurs besoins et à leurs symptômes.

« Thomas : Mon médecin, pour peu qu'elle me voyait, même de passage pour un médicament ou quoi, « ça va ? T'as pas mal nulle part ? » C'est toujours demander si t'as mal quelque part. Des moments où j'allais la voir, « bah rentre cinq minutes. Je vais t'ausculter vite fait. Vas-y tire la langue » ou regarder mes joues, mes bras.

Enquêteur : Elle prend du temps tout ça ?

Thomas : Ouais ! Elle se dépêche pas, tac, c'est bon au suivant. Nan. Il y a des moments où j'étais quasiment resté une heure dans son bureau. Parce qu'elle m'ausculte »

Thomas, formation niveau IV, logistique

⁹⁵ JAUNAIT Alexandre, Op cit, p. 78

⁹⁶ JAUNAIT Alexandre, Op cit, p. 64

On peut alors voir une « double contrainte » apparaître, puisque la ponctualité des médecins est aussi un critère développé par les stagiaires dans la relation de confiance, comme l'évoquent M.C. Dedianne, P. HAUZANNEAU, J. LABARERE, A. MOREAU « Pendant la consultation, la notion de temps impose au médecin une double contrainte : le temps laissé à l'expression du patient et la ponctualité à respecter. »⁹⁷

L'écoute et l'auscultation complète sont, pour les jeunes, des éléments qui doivent amener le médecin à identifier correctement la maladie. Cette capacité à être compétent aux yeux du patient est essentielle pour qu'il lui accorde sa confiance. On constate alors que si le stagiaire n'est plus certain du bien fondé des diagnostics, il peut lui retirer sa confiance.

« Amélie : C'est le même depuis que je suis petite, oui mais je pense que je vais en changer parce qu'il se fait vieux et je commence à douter de ses diagnostics. Par exemple les cervicales je lui en avais déjà parlé y a 2 ou 3 ans, mais il m'avait pas donné ni à faire de radios ni rien du tout. Il m'a dit ah c'est les cervicales qui se déplacent, il m'a laissé repartir comme ça. Voilà bon j'ai trouvé ça un peu limite. »

Amélie, formation niveau V, usinage

Tous ces éléments attestent de la relation privilégiée et de confiance qu'un médecin peut avoir avec son patient. Il est le médecin de proximité, à qui on peut se confier et qui va conseiller.

« Enquêteur : T'arrives à te confier à lui [le médecin traitant] si t'as des problèmes ?

Cécile : Ouais des fois il voit ma tête quand j'arrive il fait à C. [son compagnon] « tu peux aller dehors ? » Il fait « pourquoi ? » Il fait « je vais parler avec Cécile » et il sait quand je suis toute seule, quand je suis avec C. je peux pas parler parce que c'est lui qui parle à ma place. C'est pour ça, le médecin il fait « dehors » et il dit « t'inquiète pas c'est un secret tu peux sortir tous les trucs que tu penses. Je vois ta tête, arrête un peu. » Je fais « vous me connaissez ». Mais j'ai plus confiance avec lui qu'avec des autres médecins quoi »

Cécile, formation insertion

« Amélie : Un médecin qui communique, qui parle beaucoup et tout pas forcément. Surtout savoir écouter. Voilà, puis informer. L'autre jour le docteur de ma fille, par exemple, on voit qu'il se tient au courant sur les changements d'alimentation dans la médecine par rapport aux nourrissons, par rapport aux enfants, etc. Et ça fait, ça rassure de voir qu'il est au courant de tout ça et qu'il suit l'actualité et qu'aujourd'hui faut pas donner 350ml de lait, faut en donner 400 ou les choses comme ça quoi. Et, oui, surtout à l'heure et à l'écoute. Qu'il sache ce qu'il dit quoi aussi. »

Amélie, formation niveau V, usinage

Aussi, dès lors que le patient retire sa confiance au médecin, cela a un impact sur son suivi médical. En effet, certains vont arrêter de le rencontrer car ils n'y voient plus d'utilité. C'est le cas de Kévin qui préfère ne plus se rendre chez le médecin.

« Kévin : Déjà aller chez le docteur, ça va me servir à rien. On m'a déjà dit plein de fois mais j'en veux pas. »

Kévin, formation niveau V, maçonnerie

⁹⁷ M.C. DEDIANNE, P. HAUZANNEAU, J. LABARERE, A. MOREAU, « Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus groups », *La revue du praticien, médecine générale*, Tome 17, n°611, 22 avril 2003

D'autres ne vont plus suivre les recommandations prescrites car ils ne sont pas certains qu'elles soient exactes. Amélie est dans ce cas : elle n'est pas sûre que le médecin a fait un bon diagnostic concernant son mal de cheville (le médecin a diagnostiqué une tendinite), aussi elle préfère arrêter les médicaments qui lui ont été prescrits car ils lui provoquent d'autres maux.

« Amélie : Ce qui me fais douter, c'est que j'étais gonflée d'un côté et maintenant je commence à être gonflée de l'autre côté et je me dis ça c'est bizarre. Une tendinite logiquement ça gonfle où on a mal quoi ça gonfle pas tout autour. Donc ouais c'est ça qui me fait douter de son diagnostic. [rires][...] Là, par exemple, avec la tendinite, il m'a donné Voltarenne avec des cachets pour l'estomac pour défaire le mal qu'il me fait [rires] mais ça fait tellement mal que finalement alors j'ai plus mal à la cheville, j'ai mal ici [au ventre]. Donc faut choisir en fait. Bah oui parce que les brûlures d'estomac, c'est presque pire pour le coup. »

Amélie, formation niveau V, usinage

Ainsi, le jeune en tant que patient donne sa confiance et la retire en fonction des expériences vécues avec son médecin traitant. Il n'existe plus qu'à travers le médecin et son diagnostic, il existe en dehors de cela et est acteur de sa santé. Il choisit la façon de soigner en partenariat avec son médecin. Les stagiaires attestent de l'évolution qu'a connue cette relation puisque le médecin n'est plus seul à décider. Il convient de rappeler que cette relation reste malgré tout déséquilibrée puisque seul le médecin détient le savoir médical, il peut, dans une certaine mesure, influencer son patient et ses décisions, comme l'évoque Luc Boltanski. « En effet, l'asymétrie de la relation malade médecin dans laquelle un des partenaires, le médecin, possède l'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit légal de manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore, croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au médecin, c'est-à-dire essentiellement la force du discours que le malade est en mesure d'opposer au « discours fort » du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale. »⁹⁸

« Enquêteur : Est-ce que tu vas facilement te confier à ton médecin traitant ?

Morgane : Ben non je trouve pas parce que moi je trouve que c'est un truc dans la famille. Moi je parle pas facilement à mon médecin, surtout à une personne étrangère »

Morgane, formation insertion

B. RELATION AVEC LES DIFFERENTS MEDECINS SPECIALISTES

Lors de nos entretiens avec les jeunes en formation professionnelle, nous nous sommes intéressés à leur relation avec les professionnels de santé. Après avoir longuement discuté de leur médecin traitant, notre idée était de comprendre leurs pratiques de santé avec les médecines spécialisées. Nous souhaitons étudier leurs habitudes lorsqu'un problème de santé apparaissait et comprendre la relation qu'ils pouvaient se créer avec ces professionnels. Nous avons volontairement interrogé des jeunes ayant des situations géographiques diverses afin de pouvoir comparer ces différentes situations. Il en est ressorti dans un premier temps que l'offre de médecins spécialistes

⁹⁸ BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps. », ibid, p. 214

était moins accessible dans les zones rurales, avec parfois une attente de deux ans pour un rendez-vous ophtalmologique :

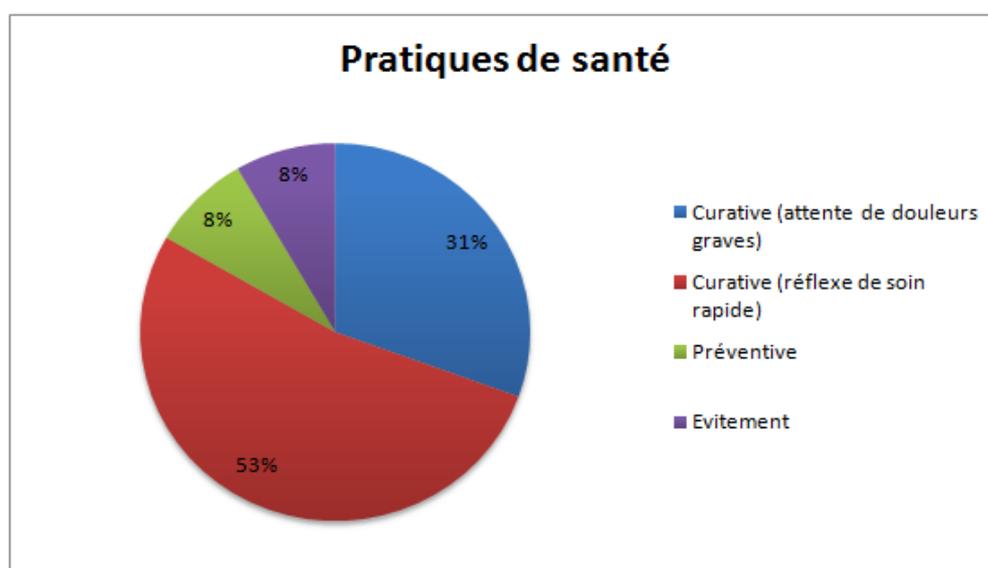
« Enquêteur : Est-ce que tu te souviens si tu avais dû attendre longtemps avant d'avoir un rendez-vous avec les spécialistes que tu as rencontrés ?

Grégory : Ophtalmo c'est deux ans, et dentiste ça s'est fait rapidement.

Enquêteur : Ils sont loin de chez toi ?

Grégory : Mon dentiste, c'est Saint-Laurent, comme mon médecin traitant. Et l'ophtalmo c'est Arras. Et mon prochain rendez-vous chez l'ophtalmo c'est en 2017. »

Grégory, formation Insertion



Spécialistes consultés par les stagiaires de la formation professionnelle

Si l'on devait faire un classement, le dentiste et l'ophtalmologue sont les spécialistes les plus consultés. Quelles sont les relations des jeunes stagiaires avec ces médecins spécialistes ?

En effet, nous avons pu voir lors de nos rencontres avec les stagiaires que la visite chez le dentiste et l'ophtalmologue faisait partie de leurs habitudes. L'ophtalmologie étant une visite de contrôle plutôt rapide, il ne se crée pas de relation spécifique entre les spécialistes et les jeunes stagiaires. La seule remarque qu'il nous a été faite, fut que l'attente d'un rendez-vous pouvait être longue lorsqu'on habitait en campagne. Les soins effectués chez les dentistes ne sont pas toujours bien vécus par les jeunes. Certains de nos stagiaires ont connu des épisodes assez difficiles avec des dents arrachées de façon très brutale. Voici un extrait de l'entretien du jeune Bryan, 20 ans en formation carreleur :

« Enquêteur : Tu vas chez le dentiste ?

Bryan : Ouais, j'ai déjà été. Maintenant, j'y vais plus. J'aime pas les dentistes. Ils sont pas délicats. Ils font mal.

Enquêteur : Tu as déjà un dentiste qui t'as fait mal ?

Bryan : Ouais. Quand j'étais petit. Il m'arrachait des dents comme ça.

Enquêteur : Tu veux dire des dents de lait ?

Bryan : Ouais. J'avais des caries et tout et il les arrachait. Et je pissais le sang, et tout. »

Bryan, formation niveau V, carreleur

Nous avons remarqué que la majorité des stagiaires qui ont vu un dentiste récemment avaient des soins à réaliser assez rapidement, seulement quatre d'entre eux étaient dans un suivi régulier. En règle générale, on a pu observer que les jeunes qui avaient pris l'habitude d'aller voir leur spécialiste régulièrement avaient connu des problèmes de santé qui les avaient marqués par le passé, ils ont eu comme un déclic et ont pris conscience de l'importance de se soigner.

Nous nous sommes demandés alors si ces jeunes avaient confiance en ces spécialistes. Si d'une manière générale, les stagiaires ont confiance en leur médecin traitant, pour les médecins spécialistes ce n'est pas aussi simple. Tout d'abord, il y a l'appréhension du soin, de la douleur infligée par le médecin et l'utilité de ce soin estimé par le jeune. Ensuite, le coût de la consultation ou du soin réalisé joue un rôle important dans la relation avec le spécialiste. Si le professionnel de santé explique clairement la situation et les soins nécessaires, il pourra alors mettre le jeune en confiance. Au contraire, si le patient subit beaucoup de douleurs sans comprendre l'importance du soin réalisé, il peut y avoir une incompréhension de sa part. Un exemple illustre bien ce rapport entre l'utilité et la compréhension du soin et les frais déboursés par une jeune femme de 24 ans qui a décidé d'arrêter de se faire soigner par son stomatologue à cause de la douleur, du prix de la séance et de la simplicité pour elle de réaliser ce soin par elle-même.

« Enquêteur : Est-ce que ça t'arrive d'annuler le rendez-vous ?

Héloïse : Oui, pour ma mâchoire [...] le rendez-vous était prévu pour simplement ajuster mon appareil. J'ai vu comment il faisait, alors j'ai pris la petite ponceuse de mon père et je l'ai fait moi-même. J'ai ajusté ma dent. À 180 € quand même l'appareil... Avec en plus le prix des séances, je me suis dit c'est bon je vais le faire moi-même. Et que ça me faisait mal quand je vais le voir, il tapait sur ma mâchoire et parfois elle se bloquait. »

Héloïse, formation niveau IV, Conseiller en Relation Client à Distance

En choisissant de régler elle-même son appareil, Héloïse ne réalise pas du tout le risque qu'elle encourt. Elle n'a plus confiance en son spécialiste parce qu'il n'a pas suffisamment communiqué avec elle de l'importance des soins qu'il effectuait sur sa mâchoire. Elle n'a aucunement l'intention de retourner le voir ni de faire appel à un autre spécialiste pour son appareil de nuit.

Ensuite, nous avons cherché à savoir si les jeunes femmes avaient déjà rencontré un gynécologue. Quelques-unes d'entre elles ressentaient de la pudeur vis-à-vis de leurs parties intimes tandis que d'autres ne priorisaient pas ce suivi gynécologique par manque d'informations ou par peur de la visite. Plusieurs jeunes femmes, alors en âge d'avoir une vie sexuelle, n'ont donc jamais rencontré de gynécologue. Deux d'entre elles ont tout de même l'intention d'y aller prochainement. Nous avons également rencontré trois jeunes mamans de 20 ans qui ont eu un suivi gynécologique mais uniquement pendant leur grossesse.

Le psychologue est un autre spécialiste cité par les stagiaires. Il existe des centres de formation qui ont une infirmière disponible pour les jeunes et d'autres qui ont même la possibilité de proposer des séances chez un psychologue pour ceux qui auraient besoin de parler. Un jeune a particulièrement été aidé par la psychologue de son centre de formation, il n'a pas souhaité en parler

lors de son entretien, mais un de ses camarades nous explique son point de vue sur le rôle de Coralie, la psychologue du centre de formation.

« Enquêteur : Et est-ce que tu as eu des contacts avec des personnes de l'administration du centre ?

John : Ouais on a eu peut-être une psychologue qui est venue se renseigner tout ça. Qui est venue nous prendre à part. Coralie, elle s'appelle. C'est une bonne psychologue qui est venue, qui a pris chaque cas personnel, sa situation et son orientation en fait. Ce qu'il veut faire plus tard. Où tu en es aujourd'hui en fait. Si tu as des gosses, ta famille tout ça. Et elle a bien fait son rôle, ça va. Elle s'est bien renseignée. Ça elle a géré quoi. Et je pense qu'elle en a aidé pas mal à continuer la formation. Il y en a deux qui n'auraient pas continué si le contact ne serait pas passé avec elle. »

John, formation niveau V, couvreur

On observe dans les différents entretiens que les attitudes des stagiaires peuvent se croiser. Certains n'ont pas vu de spécialistes depuis leur enfance, ils ont simplement connu les visites obligatoires en primaire mais le suivi s'est arrêté au collège. D'autres, consultent des spécialistes lorsqu'ils en ressentent le besoin et ont confiance en leurs médecins.

Un dernier cas nous a interpellé, c'est un jeune homme qui a complètement perdu confiance vis-à-vis de ses médecins spécialistes suite à une mauvaise expérience. Il considère que les spécialistes sont des arnaqueurs.

« Enquêteur : Est-ce que tu as l'habitude de voir certains spécialistes ?

Pierre : Non ça coûte cher pour ce qu'ils vont me dire aussi, ils m'ont tous dit un truc différent et puis ma mère elle payait je ne sais pas combien pour qu'au final c'est un truc différent. J'ai dit bon écoutez ça me soûle un peu. Bah ces gens là c'est des charlatans. Je l'ai vu je l'ai constaté même pour ma sœur. Ma sœur elle se blesse tout le temps et enfin je le vois à chaque fois on lui dit d'aller là, on lui dit d'aller là, on lui dit d'aller là. [...] Enfin pour moi c'est plus un business qu'autre chose. Les mecs, tu les paies et ils renvoient la balle à quelqu'un d'autre. »

Pierre, formation niveau V, chauffagiste

Les jeunes stagiaires de la formation professionnelle, dans un cadre général, font confiance aux différents médecins qu'ils rencontrent. En effet, comme l'explique Luc Boltanski « les individus, du fait de leur position dans le système des classes sociales et du rapport à la culture et aux biens culturels qui en est corrélatif — plus fortement enclins ou contraints à reconnaître la légitimité du spécialiste et de lui seul. »⁹⁹. Les jeunes de la formation professionnelle ont conscience que les médecins spécialistes sont diplômés et qu'ils sont donc légitimes pour nous soigner. La relation de confiance devient alors un facteur sous-jacent.

⁹⁹ BOLTANSKI Luc, " Les usages sociaux du corps", Annales. Economies, Sociétés, Civilisations, 28e année, N°1, 1971.

3. Rapport au soin

L'anthropologie de la santé, la sociologie et la phénoménologie offrent un grand nombre de réflexions qui permettent de saisir la santé comme un objet socialement défini. Notre approche étant la même, c'est-à-dire d'étudier la santé au regard principalement de ceux qui l'expérimentent, cela nous demande de nous doter d'outils d'analyse capables d'en rendre compte.

Une des premières pistes de l'anthropologie de la santé a été d'essayer de comprendre les manières dont les individus ont de définir leur propre santé. En mettant de côté les définitions du corps et de la maladie du corps médical, les anthropologues veulent plonger dans le discours "autochtone". C'est pour cette raison que certains d'entre eux analysent les "réseaux sémantiques" mobilisés par les acteurs. Aline Sarradon-Eck en fait un très bon usage dans cette approche par un travail d'enquête sur des personnes suivant des traitements hypotenseurs¹⁰⁰. Elle s'intéresse aux façons dont les patients ont de définir leur fonctionnement biologique interne et l'effet des médicaments sur celui-ci. Le travail revient à classer les termes utilisés dans des champs sémantiques qui rendent chacun compte d'un monde de représentations spécifiques. Elle se rend compte que la métaphore du "corps-machine" est très prégnante dans le cas de ce public. Cette représentation particulière du corps entraîne un traitement spécifique des problèmes de santé. Lors de l'analyse de nos propres entretiens, nous souhaitons donc rendre compte des champs sémantiques utilisés par les jeunes stagiaires de la formation professionnelle en particulier quand nous traitons avec eux du rapport qu'ils entretiennent avec leur corps.

Un autre aspect que l'anthropologie de la santé permet de traiter est celui de la santé comme trajectoire de santé. Cette approche diachronique permet d'envisager les changements qui ont pu se produire en relations aux expériences que les individus ont traversées. Prendre en compte les parcours, c'est également considérer la santé comme un élément individuel, qui, certes, dépend de l'environnement social de la personne, mais qui est avant tout lié à son expérience singulière. Cette approche n'est envisageable que si l'on prend en compte le processus de subjectivation qui rend chacun capable, et l'oblige, de se forger une identité qui lui est propre, tout en se plaçant dans un contexte social et culturel donné¹⁰¹.

A. PRATIQUES PREVENTIVES OU CURATIVES

La prévention désigne l'ensemble des actes et des mesures qui sont mis en place afin de réduire l'apparition des risques liés aux maladies ou à certains comportements qui s'avèrent néfastes sur la santé. On parle de prévention dans le domaine de la santé avec toutes les mesures prises pour éviter la survenue ou la propagation d'une maladie. La prévention à une visée de protection et d'alerte devant un comportement dangereux (fumer, manger trop gras, la sédentarité...)¹⁰². Tandis qu'une pratique curative se définit par l'apparition d'un symptôme ou d'une maladie qui sera suivi et

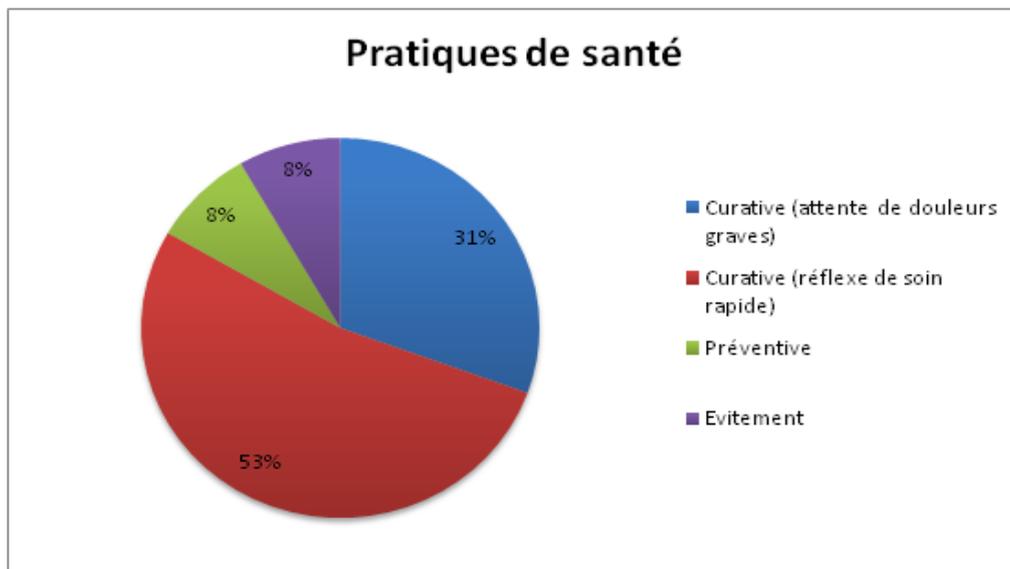
¹⁰⁰ SARRADON-ECK Aline, "Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues", *Sciences sociales et santé*, vol 25, n°2, 2007, p. 6-34.

¹⁰¹ GAGNON Eric, SAILLANT Francine, « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, 1999, p. 5-14.

¹⁰² <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

guéri par l'individu, avec parfois une attente entre l'apparition des premiers symptômes et la démarche de guérison¹⁰³.

Il est donc intéressant de nous pencher sur ces pratiques de soin dans notre étude, afin de comprendre comment les jeunes stagiaires de la formation professionnelle prennent soin de leur corps. Si la plupart d'entre eux sont dans une pratique curative, c'est-à-dire, qu'ils se soignent lorsqu'un mal apparaît, sept d'entre eux sont tout de même dans une logique de médecine préventive.



Les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle

Pratique préventive :

Voici un extrait d'entretien qui illustre le comportement préventif :

« Enquêteur : D'accord. Et est-ce que tu fais des choses dans la vie quotidienne pour essayer d'entretenir ton corps ?

Louise : Oui, du sport et puis je fais attention à mon alimentation aussi, c'est important, pour perdre du poids aussi parce qu'on peut avoir des problèmes de santé à cause de l'obésité donc vu que je vois mon père avec tous ces problèmes qu'il a à cause de l'obésité. Du coup, maintenant c'est bon, je fais attention. J'essaie de varier, manger des légumes, aussi de la viande, aussi des féculents et puis des, une fois le dimanche je me fais plaisir mais sinon je respecte. »

Louise, formation niveau IV, Conseiller en Relation Client à Distance

Louise a conscience que l'alimentation et le sport ont une influence sur son corps et sa démarche est dans une logique préventive. De plus, elle va régulièrement voir sa gynécologue, environ tous les 6 mois, son dentiste et son ophtalmologue également, avec lesquels elle prend rendez-vous régulièrement. Elle porte une attention toute particulière à son corps et à rester en

103 <http://www.cnrtl.fr/definition/curatif>

bonne santé. D'une part, avec une hygiène de vie qu'elle estime bonne pour son corps et d'autre part, par un suivi médical régulier afin d'éviter tout problème de santé.

Pratique curative avec le réflexe de se soigner dès qu'un mal apparaît :

Voici un extrait qui illustre rapidement, les "premiers réflexes" d'un jeune homme en cas de problème de santé :

« *Enquêteur : Tes premiers réflexes si tu ressens une douleur, ce seraient quoi ?*

Brendon : Ben déjà prendre un rendez-vous chez le médecin, appeler ma grand-mère ou ma copine ou si vraiment ça va pas, aller à l'hôpital. »

Brendon, formation niveau V, couvreur

Ici le jeune n'attend pas que ses douleurs s'aggravent, il va chercher à soigner son mal rapidement. Il n'hésite pas à demander l'avis de sa grand-mère qui l'a élevé ou de sa copine. Son travail de couvreur est physique, il a donc conscience qu'il ne peut pas prendre le risque de développer d'autres douleurs plus graves qui pourraient alors l'empêcher de travailler correctement.

Pratique curative avec une attente de douleur grave :

Cet extrait nous montre que certains jeunes ont conscience de l'importance de se soigner mais estiment qu'il ne faut pas tout de suite "courir" chez le médecin au moindre symptôme :

« *Enquêteur : Est-ce qu'il y a une personne de ton entourage qui influence les décisions de santé ?*

Caroline : Non, pourtant ma mère est fort à cheval là-dessus, il faut prendre ses cachets, se soigner mais ça me passe au-dessus. Par moment, je vais être malade, je vais tousser pendant 15 jours, je vais attendre le dernier moment pour aller voir le médecin.

Enquêteur : Lorsque tu renonces à te soigner, est-ce que parfois tu ressens des conséquences physiques, émotionnelles ou psychologiques ?

Caroline : Oui parfois parce qu'au début c'est bénin, et puis ensuite les douleurs sont plus fortes et je me dis que si j'avais su je serais aller voir le médecin plus tôt. Mais à chaque fois je fais la même erreur.

Enquêteur : Donc tes renoncements sont dû à ton propre jugement ?

Caroline : Oui j'estime qu'on n'a pas besoin de médicaments, que la douleur est arrivée d'elle-même et qu'elle partira d'elle-même. »

Caroline, formation Insertion

Le repos est souvent le remède utilisé par les stagiaires qui attendent de voir comment évolue leur douleur physique avant de faire une démarche de soin avec un professionnel de santé. Cette jeune femme est consciente que parfois, si elle avait consulté un médecin plus tôt, elle serait peut être déjà en voie de guérison, mais elle préfère laisser le temps nécessaire à son corps afin qu'il combatte le mal par lui même avant d'entrer dans une démarche de soin médicamenteuse.

Ces différentes notions de pratiques curatives ou préventives sont étroitement liées avec le milieu social des jeunes, leur métier et leur éducation. Certains ont pris conscience de l'importance de leur corps, comme Brendon qui a passé deux ans dans une école militaire et qui a été renvoyé à cause d'un genou défaillant. D'autres, comme Caroline, ont eu une éducation qui leur a appris

l'importance du corps et du soin, pour autant elle ne prête pas attention à ces maux et attend systématiquement le dernier moment pour soigner une maladie ou une douleur.

D'autres jeunes, pour diverses raisons (financières ou par conviction personnelle), décident de prendre en charge leur corps afin d'éviter tout problème de santé. On est alors dans une double pratique que l'on pourrait nommer par l'évitement et la prévention puisqu'ils ne vont pas faire les visites régulières préconisées par les normes de santé mais vont mettre en place des stratégies qui vont leur permettre de rester en bonne santé.

Evitement :

Voici l'extrait d'un entretien dans lequel Matthieu explique sa manière de concevoir sa santé et son rapport au corps sans intervention médical :

« Enquêteur : D'accord et au niveau des médecins, est-ce que tu les consultes ?

Matthieu : Du tout. En fait j'aime pas le médecin. J'y vais quand il y a un certificat médical à fournir [rire]. C'est pas une peur. Je pars du principe que les médecins donnent des médicaments pour cacher un problème. On ne va pas au fond du problème. J'essaie de me soigner « naturellement », en mangeant bien par exemple. Dès le plus jeune âge je trouvais que c'était n'importe quoi. Pour moi, on devient malade parce qu'on fait de mauvaises choses. Des fois, je fais des cures de jus et des jeûnes. J'ai des amis végétariens et ils m'ont un peu fait découvrir leur « médecine » et ça influence beaucoup sur le fait d'être malade ou pas. »

Matthieu, formation niveau III, maintenance

Matthieu est donc dans cette catégorie de personnes qui cherche à éviter de tomber malade à tout prix grâce à une alimentation saine et équilibrée voir stricte, une pratique sportive régulière ou encore des "astuces de grand-mère". Pour Matthieu c'est un choix personnel, pour d'autres c'est un manque d'argent qui les pousse à entreprendre ces stratégies qui vont leur permettre d'être dans le soin et la prévention tout en étant dans l'évitement de la médecine.

Le rapport au corps et aux soins est donc une démarche personnelle qui découle de parcours de vie différents des stagiaires de la formation professionnelle. Notre enquête montre que les jeunes ont conscience de l'importance de la santé avec certes des degrés différents et des démarches parfois opposées mais presque tous veulent conserver leur capital santé. Néanmoins, une partie d'entre eux est en dehors des "normes de santé" et est dans une logique curative uniquement en dernier recours, c'est-à-dire lorsque la souffrance physique devient insupportable.

B. LE RAPPORT AUX MEDICAMENTS

Nous avons vu précédemment comment les jeunes s'occupaient de leur corps, il serait intéressant à présent d'analyser leur rapport à la médecine c'est-à-dire à leur pratique de soin : est-ce que les jeunes stagiaires prennent des médicaments systématiquement dès qu'un mal apparaît ? Est-ce qu'ils attendent l'avis d'un médecin ou font-ils de l'automédication ? Ou alors sont-ils dans l'observance ?

L'observance correspond à l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé. Elle varie selon la pathologie, les contraintes du traitement, les facteurs psychosociaux, mais aussi selon la pertinence de la mise en place du suivi.

Trois composantes peuvent être distinguées¹⁰⁴ :

- l'adhésion au suivi médical : rigueur à assurer les rendez-vous, le contrôle du suivi.
- l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques.
- l'adhésion au traitement médicamenteux, étudiée plus souvent.

Il existe de nombreux systèmes pour mesurer l'observance. Ceux-ci se focalisent principalement sur l'adhésion au suivi médical par des méthodes directes ou indirectes (questionnaires, prises de sang...).¹⁰⁵

Dans une autre démarche, on peut définir l'automédication comme l'utilisation de médicaments hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. Les différents éléments de l'automédication : en l'absence de statut de l'automédication, l'élément déterminant est constitué par la connaissance que le malade peut avoir des symptômes ressentis ou des " troubles ", et par leur perception qui varie avec son niveau socio-culturel, sa faculté d'observation, ses connaissances, ses antécédents... Tous ces éléments déterminent le recours à une automédication délibérée.¹⁰⁶

Les pratiques des jeunes stagiaires de la formation professionnelle sont très diverses même si l'on remarque qu'une majorité d'entre eux fait de l'automédication. En effet, pour des douleurs qu'ils considèrent comme bénignes (mal de tête, mal de ventre, etc.) ils se soignent par eux-mêmes et ne se rendent chez le médecin que pour des maladies (bactériennes ou virales) ou lorsque la douleur physique devient trop forte. Philippe Warin souligne également ce type de comportement dans son enquête réalisée dans le Gard en 2014.¹⁰⁷

« Enquêteur : Est ce qu'il t'arrive de prendre des médicaments ?

Sarah : Des médicaments, non j'aime pas. Les médicaments en fait j'aime pas, moi j'aime bien les vitamines, ma médecin elle me donne en fait pour l'os mais je ne sais plus vitamine D je pense. À part ça je prends rien du tout. Si, quelquefois je prends des paracétamols pour quand j'ai mal à la tête.

Enquêteur : D'accord et si ta mère elle sait que c'est une petite douleur, elle va te donner quelque chose ?

Sarah : Oui du paracétamol et elle me donne des calmants. Après, s'il y a vraiment de vraies douleurs, on va partir chez le médecin. Et si on n'a pas de médecin, on va partir à l'hôpital d'urgence. »

Sarah, formation Insertion

Les jeunes rencontrés ont un comportement similaire à la majorité des adultes. Tout d'abord, parce que la majorité d'entre eux habitent encore chez ses parents et est donc influencée par les pratiques de santé de ces derniers. Ensuite parce que les médicaments se sont démocratisés et sont en libre accès dans les pharmacies, ce qui facilite cette automédication. Cependant, les limites de

¹⁰⁴ LAHIRE Bernard, L'homme pluriel. Les ressorts de l'action, Paris, Nathan, coll. Essais & recherches, 1998, 271 p.

¹⁰⁵ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>

¹⁰⁶ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>

¹⁰⁷ WARIN Philippe, "La baromètre du renoncement au soins dans le GARD. Rapport d'étude", Septembre 2014

cette prise de médicaments sans avis médical sont bien connues de ces jeunes, qui n'hésitent pas à se rendre chez leur médecin traitant ou en cas d'urgence à l'hôpital si leur traitement ne fonctionnait pas comme ils le souhaitaient.

Pour certains jeunes, les médicaments sont à éviter sauf en cas de nécessité extrême, ils évitent d'en prendre mais si le besoin s'en faisait ressentir ils avouent se soigner par la médecine.

« Enquêteur : Et si tu as des douleurs ou des besoins est ce que ça t'arrive de prendre des médicaments ?

Amélie : Seulement pour les maux de tête. Vraiment quand y a un maux de tête qui passe pas, je prends quelque chose, sinon j'aime pas prendre des médicaments donc tant que je peux j'évite. Si vraiment j'ai un mal de crâne qui passe pas, je vais prendre quelque chose mais sinon non j'évite. Je suis rarement malade, je prends presque pas de médicaments, donc tout va bien. »

Amélie, formation niveau V, usinage

Amélie va préférer l'automédication et va être dans l'évitement de prise de médicaments. Elle nous dit être rarement malade ce qui lui permet de rester dans cette stratégie d'évitement. D'autres vont encore plus loin, Kévin est vraiment contre la médication et ne prend pas les médicaments prescrits par son médecin.

« Enquêteur : Qu'est-ce que tu fais alors quand tu es malade ?

Kévin : Bah, je reste chez moi ou j'essaye d'aller travailler, ça dépend comment je suis.

Enquêteur : D'accord alors tu restes chez toi et tu fais quoi alors pour aller mieux ?

Kévin : Rien du tout. Sincèrement rien du tout. Je dors toute la journée. Je ne prends pas de médicaments. C'est des drogues ça aussi.

Enquêteur : Et si le médecin, il t'en donne des médicaments tu les prends ?

Kévin : Même qu'il me les prescrit. [rire]. Non je ne les prendrais pas.

Enquêteur : Et pourquoi ?

Kévin : Je trouve que les personnes qui prennent des médicaments ils sont plus malades que les personnes qui en prennent le moins. En plus, on peut devenir accros avec certains médicaments. »

Kévin, formation niveau V, maçonnerie

Cette méfiance des médicaments provient de l'idée que la prise de ces derniers à outrance peut avoir des conséquences importantes sur le corps. Comme le dit Kévin, le risque serait que le corps s'habitue à cette prise systématique de médicaments et que le patient devienne « accros » à une dose journalière. Ce jeune stagiaire préfère donc ne prendre aucun risque avec les médicaments que lui prescrit son médecin ou encore ceux proposés en pharmacie.

Tous ces jeunes stagiaires de la formation professionnelle montrent que la santé n'est pas uniquement liée à une maladie, des médicaments ou des soins. La santé c'est avant tout le rapport qu'ils ont avec leur corps, la manière dont ils l'écoutent et ce qu'ils décident de faire pour rester en bonne santé. La santé c'est aussi un bien-être qui est lié au corps et à l'esprit.

Nous voyons que les pratiques de soin des jeunes en formation professionnelle leur permettent d'être attentif à leur santé. Même s'ils n'ont pas tous conscience de leur capital santé sur le long terme, ils sont au courant des normes de santé et essayent, à leur manière, de préserver leur physique et leur mental.

Enfin, ce qu'il faut retenir sur les pratiques de soin des jeunes en formation professionnelle est qu'ils sont tous, sans exception, au courant des normes de santé françaises tels que "Manger - Bouger ", "Manger 5 fruits et légumes par jours" ou encore "Consommer 3 produits laitiers par jour." C'est ensuite à eux de décider de les appliquer ou non, de les adapter à leur quotidien, avec des différences liées à leur niveau social, culturel et à leur âge.¹⁰⁸ On pourrait lier ces comportements à la "*culture somatique*" de Luc Boltanski. Nous allons maintenant nous intéresser aux différentes pratiques de santé des stagiaires afin de voir comment ils conçoivent leur santé et leur corps. Nous aborderons également les rapports des jeunes aux risques professionnels.

¹⁰⁸ BOLTANSKI Luc, " Les usages sociaux du corps", Annales. Economies, Sociétés, Civilisations, 2^{se} année, N°1, 1971.

CHAPITRE IV : DES NORMES DE SANTE REAPPROPRIÉES PAR LES STAGIAIRES

Le rapport à la santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle ne se limite pas aux dimensions de soins et de prévention que nous avons étudiées dans le chapitre précédent. Cette préoccupation s'inscrit dans une démarche compréhensive. Nous cherchons à savoir ce que les jeunes stagiaires considèrent comme ayant un impact sur leur santé.

Mais au cours de l'enquête, nous nous sommes dirigés vers un ensemble de pratiques qui s'inscrivent dans nos propres représentations de la santé. Nous nous sommes rendu compte que nos regards étaient clairement influencés par certaines normes de santé dominantes. Celles-ci sont principalement véhiculées par les campagnes publiques de prévention omniprésentes dans l'espace médiatique¹⁰⁹. Elles contribuent à former une « biopolitique » c'est-à-dire une manière de gouverner les corps à travers l'auto-contrainte des individus¹¹⁰. Les jeunes stagiaires vont adhérer à des normes de santé et les appliquer dans leurs pratiques quotidiennes. Quoique cela peut être considéré a posteriori comme un biais de notre enquête, nous allons pouvoir grâce à cela analyser le rapport que les stagiaires ont avec ces normes de santé dominantes.

La première partie de ce chapitre s'intéresse aux pratiques qui peuvent être considérées comme des pratiques de santé. C'est le cas des habitudes de sommeil, sportives et alimentaires. La seconde partie du chapitre 4 prolonge la réflexion autour de ce qui peut-être considéré comme des pratiques à risque. Cela nous permet ainsi de faire le lien entre la santé des jeunes stagiaires et leur expérience de formation.

1. La santé au-delà des soins

Afin, de dépasser cette définition restreinte de la santé, nous allons à présent analyser le rapport qu'entretiennent les jeunes stagiaires avec leur corps. Pour rappel, nous avons défini le rapport à la santé comme étant des séries d'attentes placées par les individus sur leur corps, de l'apparence extérieure au fonctionnement intérieur, questionnables à travers leurs sens, eux-mêmes influencés par leurs représentations construites socialement. Nous nous intéresserons donc aux représentations que les jeunes stagiaires ont de leurs corps. Nous nous pencherons ensuite sur leurs pratiques de santé : pratiques de sommeil, sportives et alimentaires. Cette comparaison entre représentations et pratiques de santé des stagiaires nous permettra d'analyser les manières qu'ils ont de s'adapter à leur nouvel environnement de formation.

¹⁰⁹ Pour une histoire française des campagnes de prévention de santé voir, BERLIVET Luc, « Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°60-4/4 bis, 2010, p. 97-121.

¹¹⁰ BERLIVET Luc, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », *Le gouvernement des corps (dir. Fassin, Memmi)*, ed. HESS, coll. *Cas de figure*, 2004, pp. 37-76.

A. LES REPRESENTATIONS DE LA SANTE

Les représentations de santé des jeunes stagiaires sont marquées par des normes dominantes de santé, construites au sein d'une biopolitique. Mais cette biopolitique se confronte également à un rapport au corps qui est spécifique aux classes populaires¹¹¹. Comment des représentations différentes peuvent-elles cohabiter dans les discours des stagiaires ?

Des discours marqués par les normes dominantes de santé

Autour de campagnes de prévention, les acteurs de la santé transmettent des messages sanitaires à travers la définition de problèmes publics. Les campagnes contre la « sédentarisation » et contre la « malbouffe » en sont des exemples actuels marquants. La première a pour objectif d'amener les individus à pratiquer des activités sportives tandis que la seconde vise à modifier leurs pratiques alimentaires. Ces campagnes cherchent à transformer les personnes en individus « responsables » de leur propre santé, mais selon des normes établies par les institutions publiques sanitaires¹¹². En discutant avec les enquêtés nous sommes rendu compte de leur capacité à s'approprier ces messages publics de santé afin de nous renvoyer un discours qui leur semble respecter les normes dominantes de santé.

Le discours assimilé à la lutte contre la sédentarisation se retrouve principalement chez les stagiaires qui associent réalisation d'une activité physique et bonne santé. Ce lien de causalité démontre l'importance du sport dans une représentation du corps comme ayant besoin d'être entretenu.

« Bryan : Ouais. Je me sens bien. Je fais du sport souvent. Enfin, j'en faisais. Donc, ça va, j'étais bien.

Enquêteur : Pour toi, prendre soin de ta santé, c'est faire quoi ?

Bryan : Faire du sport. »

Bryan, formation niveau V, carreleur

La manière dont nous avons questionné les stagiaires nous a régulièrement amené à leur demander s'ils pratiquaient des activités physiques et si cela était pour eux une pratique de santé. Il est donc possible que nous ayons contribué à ce qu'ils associent les deux. Mais certains stagiaires nous ont évoqué spontanément l'importance de pratiquer une activité physique pour maintenir leur santé.

L'absence de pratiques sportives est considérée par la plupart des jeunes comme un tort. Sophie, une stagiaire en formation niveau V, CAP petite enfance, n'est pas souvent malade. Pourtant, elle considère qu'avoir une activité sportive améliorerait sa santé.

¹¹¹ Notre regard sur les normes de santé des classes populaires prend principalement appui sur les travaux d'Olivier Schwartz sur les classes populaires, ainsi que sur l'article de Luc Boltanski sur « les usages sociaux du corps ». Bien que ces enquêtes datent quelque peu, elles ont fait date et rendent bien compte du rapport que les personnes issues des classes populaires entretiennent avec leur corps. Voir SCHWARTZ Olivier, *Le monde privé des ouvriers*, 2^e édition Quadrige, 2009, 531 p ; BOLTANSKI Luc, « les usages sociaux du corps », *Annales Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^e année, n°1, 1971, pp. 205-233

¹¹² C'est ce que Luc Berlivet nomme « le processus de subjectivation » des normes de santé. Il emprunte cette notion à Michel Foucault afin de l'appliquer aux campagnes de santé. Voir BERLIVET Luc, 2013, p. 117.

« **Enquêteur** : Et du coup, tu disais que tu n'étais pas souvent malade, est-ce que tu trouves que tu es en bonne santé ?

Sophie : On va dire que je manque d'activités physiques et ouais au niveau santé, au niveau poids, je devrais faire attention, avoir une meilleure alimentation et faire plus de sport. »

Stéphanie, formation niveau V, petite enfance

On ressent dans son discours que les attentes qu'elle place sur son corps ne sont pas satisfaites. Elle s'approprie des normes de santé concernant l'aspect normé du corps. Être en « surpoids » est considéré comme un stigmaté. Goffman définit « la monstruosité du corps »¹¹³ comme une dimension du stigmaté. Le corps est monstrueux parce qu'il devient porteur du stigmaté. En effet, pour Goffman, une personne stigmatisée possède certains attributs identitaires pouvant constituer des stigmates de sorte que l'individu va cesser d'être considéré comme une personne ordinaire et deviendra un « individu altéré ». Il possède alors une différence qui va venir perturber l'interaction. Aussi, les individus qui se trouvent en possession d'un corps stigmatisé peuvent user de certaines stratégies pour y faire face. Le sport peut être un moyen de se débarrasser du stigmaté, en modifiant son aspect physique.

« **Sophie** : Il faut faire du sport c'est important surtout que je suis ronde donc il faut que je perde et comme j'ai pas envie de faire un sport comme le foot bah voilà. »

Enquêteur : Et toi tu as envie de perdre du poids ?

Sophie : Oui parce que je ne suis pas forcément à l'aise et je me dis que ça me ferait du bien. Parce que là ça va, je suis en pleine santé, mais je sais qu'il y a des maladies qui arrivent derrière. D'où l'activité sportive. »

Sophie, formation niveau V, petite enfance

Mais le discours des stagiaires ne nous a que rarement renvoyés vers une attitude négative de leur entourage à l'égard de leur poids. Ils veulent perdre du poids pour se sentir plus « à l'aise » dans leur corps. Il s'agit donc d'une subjectivation du rapport à la santé, car c'est la stagiaire elle-même qui considère ne pas être en accord avec le corps qu'elle souhaite avoir. L'objectif de prise en charge de sa santé par le sport n'est que rarement dissocié de son objectif esthétique par les stagiaires. La plupart d'entre eux associent la gestion interne du corps et son aspect physique.

Mais ce n'est pas toujours le cas. Certains stagiaires pratiquent du sport seulement pour l'activité physique. C'est le cas d'Arnaud, stagiaire en logistique, qui est stigmatisé par ses pairs en raison de son orientation sexuelle.

« **Arnaud** : Les garçons blaguent, mais après il peut y avoir des propos à ne pas tenir comme « sale pédé », « tu vas avoir le sida »... Mais c'est pas des choses à rigoler sachant que il n'y a pas seulement des pédés qui ont le sida. »

Arnaud, formation niveau III, logistique

Cette stigmatisation est renforcée par le fait qu'il appartient à une formation majoritairement masculine où l'exhibition du corps viril est valorisée. En pratiquant du sport, il parvient à exposer une image différente des stéréotypes portés par ses collègues sur le corps homosexuel.

¹¹³ GOFFMAN Erving, *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963], 1975.

« **Arnaud** : Mais c'est vrai que je pense à faire du sport pour mes objectifs physiques pour me nettoyer le corps, d'avoir une endurance au niveau du cœur. Mais ça, je le sais, mais je vois plus l'objectif physique. »

Arnaud, formation niveau III, logistique

La transformation de son apparence extérieure est donc un moyen d'aller à l'encontre de l'image que l'on projette sur son corps. Il souhaite pouvoir le définir par lui-même et revendique dans ce cas précis, la possibilité pour un corps d'être fort et musclé.

Parfois, le sport est davantage vu comme un moyen de se dépenser, d'être actif en dehors de sa formation. Le sport est en effet pris en compte par certains des jeunes stagiaires comme une activité ludique, extérieure à la formation. Dans leurs discours, les multiples rapports au sport s'entremêlent. Nous reviendrons plus en détails sur les différentes manières d'envisager le sport quand nous parlerons des pratiques.

Les discours sur l'alimentation véhiculés par les campagnes de santé autour du « bien manger » sont également très présents chez les stagiaires. Nous nous demandons à nouveau si notre présence a pu jouer un rôle. Mais il est intéressant d'observer avec quelle aisance les stagiaires, issus de classes populaires pour la plupart, maîtrisent le discours de la santé publique.

« **John** : Je suis pas trop bio non plus, mais je mange pas trop de gras, pas trop de sucré. Après, j'aime bien le Coca mais je sais que c'est pas bon donc j'en abuse pas trop non plus. Sinon après quand je fais à manger, j'essaye d'être assez correct. »

John, formation niveau V, couvreur

Le fait de ne manger « pas trop gras, pas trop sucré », de manger « équilibré », revient régulièrement dans le discours de plusieurs des stagiaires.

La norme des trois repas est également énoncée par certains d'entre eux.

« **Enquêteur** : Et comment tu as eu toutes ces infos le fait qu'il faut manger le matin tout ça ?

Sophie : Parce que c'est logique en même temps, c'est à l'école qu'on apprend ça, on le sait qu'il faut manger comme qu'il faut bien manger le matin et moins le soir, mais on le fait pas forcément même si on le sait. »

Sophie, formation niveau V, petite enfance

Sophie nous explique comment l'institut scolaire a un rôle primordial dans la publicisation des messages de santé. L'école, vue comme un lieu de savoirs, permet à des normes d'être intégrées plus facilement par les individus. La cantine scolaire est également un lieu d'apprentissage des normes alimentaires¹¹⁴.

Ce rapport à la bonne alimentation peut être équilibré à travers des discours qui considèrent le fait de manger comme un « plaisir ». Le tout est d'éviter les excès et en évitant de manger « n'importe quoi ». Ce message est porté par Élodie, en formation pour devenir conseillère d'insertion professionnelle.

¹¹⁴ CLEMENT Jean-Paul, JACOLIN-NACKAERTS Myriam, « La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation », Lien social et Politiques, n°59, 2008, p.47-60

« **Elodie** : Même au niveau de l'alimentation j'aime pas me goinfrer. J'aime bien me faire plaisir mais il y a des limites. C'est pas parce que ça ne se voit pas physiquement, qu'il ne faut pas faire attention à sa santé. Moi j'ai envie de l'entretenir, j'ai pas envie de faire n'importe quoi. »

Élodie, formation niveau III, conseiller d'insertion professionnelle

Placer des limites à son alimentation est en opposition aux pratiques alimentaires traditionnelles des classes populaires. Nous retrouvons dans ce discours la représentation du corps comme quelque chose à entretenir. Les stagiaires se considèrent finalement comme étant responsable de leur propre alimentation. Nombreux sont alors les stagiaires qui nous énumèrent les types d'aliments à consommer afin de manger de manière équilibrée.

« **Héloïse** : J'essaie de varier, manger des légumes, aussi de la viande, aussi des féculents et puis des, une fois le dimanche, je me fais plaisir, mais sinon je respecte. »

Héloïse, formation niveau V, téléconseiller

« **Adrien** : Je mange de la viande, des légumes, des fruits, je mange de tout ce qu'il faut quoi. »

Adrien, formation niveau V, couvreur

Les stagiaires reprennent dans leurs discours la métaphore de la pyramide alimentaire qui divise les aliments dans des catégories spécifiques – liquides, céréales et féculents, légumes et fruits, produits laitiers, protéines, matières grasses – et les classent en fonction de l'importance qu'ils doivent prendre dans leur alimentation.

Malgré tout, pour la plupart des stagiaires que nous avons interviewés, il s'agissait d'un discours de façade qui cache des pratiques alimentaires très différentes de celles qu'ils nous énoncent en premier lieu. Néanmoins, ce n'est pas le cas de tous les stagiaires, et nous verrons par la suite pourquoi les pratiques alimentaires entre stagiaires peuvent être si différentes.

Les discours nous ont parus plus proches de leur expérience personnelle quand il s'agissait de stagiaires qui n'étaient pas à l'aise avec leurs corps. Comme démontré précédemment, cela est le cas quand ils se considèrent comme étant en surpoids.

« **Enquêteur** : Est-ce que tu dirais que tu te sens à l'aise dans ton corps ?

Sarah : Parfois non parce que quand je maigris d'un seul coup parfois je prends du poids. Dans ce cas-là je me sens ... Pour l'instant, je sens que je suis trop obèse. Et j'ai pas un équilibre.

Enquêteur : Parce que ça dépend de ce que tu manges ?

Sarah : Oui, ça dépend je mange tout je fais pas un régime où je fais pas attention quand je mange et voilà quand je me sens que je suis grosse j'essaie de faire attention. »

Sarah, formation d'insertion

Sarah se considère en dehors de la norme esthétique. L'insistance qu'elle porte sur le fait d'être « trop obèse » démontre bien qu'il s'agit pour elle d'une situation d'excès. C'est donc cet écart entre corps réel et corps considéré comme socialement acceptable qui amène la stagiaire à « faire attention ». Cela signale que le surpoids est considéré comme un danger contre lequel il faut lutter à travers sa pratique.

La dimension individuelle de la prise en charge de la santé provient des messages de santé publique qui demandent à l'individu d'être plus conscient de son corps et de respecter des normes

de santé spécifiques tout en devant se définir en tant que personne singulière, responsable de ses actes¹¹⁵. Ce paradoxe renvoie à l'idée de biopolitique énoncée précédemment.

Des représentations populaires du corps

Malgré cette pénétration des normes dominantes de santé dans le discours des stagiaires, on retrouve également une influence des représentations populaires du corps. Pour rappel, les jeunes stagiaires de la formation professionnelle que nous avons rencontrés sont issus pour la plupart des classes populaires. Comme le démontre Luc Boltanski, le rapport au corps des individus est lié à des « systèmes de relations qui unissent les comportements corporels (d'un même groupe) et les conditions objectives d'existence propres à ce groupe »¹¹⁶. Ce rapport au corps, qu'il nomme « culture somatique » est donc construit à travers le rapport entre un groupe social et son environnement. Le type de formations et les parcours de vie, ont-ils, pour notre public, un impact sur son rapport au corps ?

Notons tout d'abord un rapport à la douleur très spécifique aux classes populaires qui se retrouve chez des stagiaires que nous avons rencontrés. Celui-ci se définit comme un élément indissociable de l'expérience de vie populaire où la rudesse de l'existence et des métiers pratiqués demande au corps une capacité de résistance¹¹⁷.

Les loisirs sportifs ont longtemps été perçus par les membres des classes populaires comme une activité superflue. Une vie de dur labeur ne permettait pas un rapport positif à l'effort physique. Néanmoins, avec la démocratisation du sport et la diversification des rapports au corps, la pratique d'un sport devient de plus en plus accessible pour les classes populaires¹¹⁸.

La culture somatique des classes populaires s'applique également aux pratiques alimentaires des individus. Comme nous l'avons démontré précédemment, les normes alimentaires dominantes sont omniprésentes dans le discours des jeunes stagiaires, l'objectif étant de faire « attention » à ce que l'on mange. Néanmoins, certains stagiaires attribuent à l'alimentation une capacité à leur « donner de la vigueur et de la force »¹¹⁹. Lors de sa formation précédente en maçonnerie aux compagnons du devoir¹²⁰, Bryan devait consommer de grandes quantités d'aliments pour entretenir sa force physique.

« Enquêteur : *Tu as besoin d'être en bonne santé pour ta formation ?*

Bryan : *C'est assez physique. Si tu manges pas bien, t'es foutu. C'est quand j'étais dans le Sud, je prenais une gamelle de 2 kilos. Le midi, je mangeais 2 kilos quoi.*

Enquêteur : *Parce que ça creuse ?*

¹¹⁵ BERLIVET Luc, « Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°60-4/4 bis, 2010, p. 114.

¹¹⁶ BOLTANSKI Luc Boltanski, « les usages sociaux du corps », *Annales Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^e année, n°1, 1971, pp. 205-233.

¹¹⁷ SCHWARTZ Olivier, *Le monde privé des ouvriers*, 2^e édition Quadrige, 2009, 531 p.

¹¹⁸ VIEILLE MARCHISET Gilles, GASPARINI William, « Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratiques et rapports au corps », *Staps*, n° 87, 2010, p. 103.

¹¹⁹ BOLTANSKI Luc, « les usages sociaux du corps », *Annales Économies, Sociétés, Civilisations*, 26^e année, n°1, 1971, p. 223.

¹²⁰ C'est une formation très reconnue dans le monde professionnel qui permet aux stagiaires de travailler par la suite dans des « tours de France » où ils s'en vont dans différentes villes aux quatre coins du pays afin de réparer des habitations.

Bryan : *Ah ouais, c'est vraiment physique. Donc, il faut manger. »*

Bryan, formation niveau V, carreleur

L'emphase mise sur la masse d'aliments ingérée – « 2 kilos » – comme moyen de maintenir sa force physique n'est pas seulement la description d'une corrélation biologique ; elle est également l'expression d'une norme alimentaire.

Les normes de santé dominantes et les normes issues des classes populaires se croisent et s'opposent parfois en transmettant aux stagiaires des injonctions contradictoires. L'opposition sera d'autant plus visible quand nous aborderons plus tard, dans la deuxième partie de ce chapitre, la notion de prise de risques. Néanmoins, on constate que les normes dominantes de santé prennent une place importante dans le discours des stagiaires. Peut-on dire qu'elles se sont répandues chez eux au point d'affecter leur rapport au corps ? Le contexte de formation nous révèle une autre histoire, tant la dissociation entre le discours des enquêtés et leurs pratiques peut être importante.

B. LES PRATIQUES DE SANTE

Si les discours des stagiaires permettent d'en savoir plus sur leurs représentations de la santé au quotidien, ce sont les pratiques qui définissent plus concrètement leur rapport au corps. En effet, il existe, chez certains jeunes, un décalage entre l'image de la santé qu'ils nous renvoient et l'impact que cela a sur leurs pratiques. Qu'est-ce qui définit alors les pratiques de santé des stagiaires ? Nous nous intéresserons aux pratiques alimentaires et sportives de stagiaires que nous avons déjà analysées sous l'angle des représentations. Nous nous pencherons également sur leurs pratiques de sommeil, un thème qui a émergé au cours des entretiens.

Rythme de vie et pratiques de sommeil

Le rapport au sommeil est un élément essentiel des pratiques de santé des enquêtés. Elles nous renseignent en effet sur leurs rythmes de vie. Des stagiaires que nous avons rencontré nous ont dit qu'ils prêtaient une grande attention à la gestion de leur sommeil. C'est le cas de Gaëtan, stagiaire en logistique, qui surveille le nombre d'heure qu'il va dormir chaque nuit.

« **Gaëtan** : *Bah après, j'ai pas du mal à me réveiller, j'ai pas du mal à m'endormir. [...] Comme ce mardi, je vais commencer à 10h, je sais que je vais me coucher vers 1h30, 2h du matin. Comme ce matin on commence à 8h, je vais me coucher vers 22h30 23h »*

Gaëtan, formation niveau IV, logistique

L'entrée en formation, qui nécessite d'arriver à l'heure sous peine de sanction négative, a affecté l'heure à laquelle ils se couchent : « *Avant j'étais quand même assez couche-tard, là maintenant y'a quand même un BTS donc forcément...* »¹²¹. Les stagiaires démontrent ainsi leur capacité à s'adapter à leur nouvel environnement. Néanmoins, ce n'est pas le cas de tous les stagiaires, certains, bien que minoritaires parmi ceux que nous avons rencontrés, dorment peu et ne s'adaptent pas à leurs nouveaux horaires. Pourquoi cela est-il le cas ?

¹²¹ Rachid, formation niveau III, technicien de maintenance

Certains stagiaires ont des cycles de sommeil courts car ils sont tellement investis dans leur formation qu'ils consacrent une part importante de leur temps libre à réviser pour leurs cours.

« **Enquêteur** : Tu dis que tu t'endors sur ta table. Tu révises le soir ?

Marie : Ouais. Je réviser beaucoup le soir. Je rentre à peine, c'est dans ma chambre, je réviser. Ou sur la table du salon. Puis, tout compte fait, je m'endors. Et le lendemain, je me réveille avec le cahier qui est collé [rire] ! Mais, sinon ça va. Ça va. »

Marie, niveau IV, cuisine

C'est uniquement le cas de ceux qui suivent des formations qui leur demandent de réaliser des devoirs et où il est possible de réviser pour les examens en dehors des horaires de formations. Cela ne concerne donc pas les formations dont l'enseignement est uniquement pratique.

Parfois, les pratiques de sommeil précédant l'entrée en formation peuvent affecter celles que les stagiaires ont actuellement. Par exemple, Marie fait des insomnies, et bien qu'elle en fasse moins actuellement, ces dernières structurent ses pratiques de sommeil.

« **Enquêteur** : Avant la formation, tu te couchais aussi à ces heures-là ?

Marie : Plus tard...Jusqu'à faire des nuits blanches ! Ouais. Je me couchais vraiment tard.

Enquêteur : C'est un truc dont tu as pris l'habitude ?

Marie : Ouais.

Enquêteur : C'est parce que tu veux faire des choses ou ..?

Marie : Non. C'est parce que au début, j'avais un problème d'insomnie. Et après ouais, à force on en fait...voilà.

Enquêteur : Tu l'as toujours ?

Marie : Ça m'arrive ouais. Par exemple, je vais bosser une grosse journée ici, 22h30, et bien ça m'arrive de pas dormir jusqu'à, aller, 4-5h. Pas trouver le sommeil et tout compte fait, venir le lendemain, quand même. Mais...ça m'arrive ouais. »

Marie, niveau IV, cuisine

Ces cas de figure sont à prendre au sérieux, car ils peuvent être un véritable frein à la réussite des jeunes stagiaires dans leur formation. Néanmoins, il est difficile pour un acteur extérieur d'intervenir dans ce domaine, car il relève de la vie privée des stagiaires et les temps de sommeil nécessaires varient grandement entre individus.

Les impacts de la formation sur les pratiques de sommeil des stagiaires peuvent être très différents d'un cas à l'autre. Les stagiaires structurent leurs rythmes de vie grâce à leurs horaires de formation. Toutefois, les stagiaires qui sont en formation depuis moins d'un mois rencontrent encore des difficultés à adapter leurs pratiques de sommeil à leurs nouveaux horaires. Bien que les formations soient relativement courtes, elles permettent aux stagiaires de se préparer à suivre des horaires de travail.

Pratiques sportives

Pour la grande majorité des stagiaires que nous avons rencontrés, il est important d'exercer une activité sportive. Quand est-il réellement de leurs pratiques ? Nous avons constaté que les stagiaires ont non seulement des niveaux de pratiques sportives différents mais également que les usages qu'ils en font peuvent varier.

Certains des stagiaires que nous avons rencontrés pratiquent régulièrement du sport ; à tel point qu'il structure leur existence.

« **Gaëtan** : On va dire par semaine lundi et jeudi j'ai la boxe et régulièrement quand il fait beau, quand il pleut pas, je vais souvent courir derrière chez moi, il y a une piste le long du canal donc on va dire que je cours 2/3 km par jour. Après il y a des moments où je suis fatigué et où je ne vais pas courir, mais on va dire que je cours 2 à 3 fois par semaine. »

Gaëtan, formation niveau IV, logistique

Les stagiaires qui pratiquent du sport à un rythme quotidien sont pour la plupart liés à des clubs sportifs et participent à des compétitions. Il s'agit dans notre cas, exclusivement d'hommes pratiquant des sports de combat ou des sports collectifs. Ils pratiquent également d'autres activités physiques comme la musculation ou le jogging qui sont au service de leur pratique sportive principale : « *Je fais de la boxe, je fais du judo...Donc, forcément, il faut entretenir sa forme.* »¹²² En reprenant la typologie de Gilles Vieille Marchiset et William Gasparini, cette approche qu'ils ont du sport se rapproche de celle « du corps forcé », marque d'expression de la virilité populaire masculine¹²³. Néanmoins, les stagiaires que nous avons rencontrés mettent peu l'accent sur la masse musculaire acquise lors de leur activité sportive. Ceux qui exercent un sport de combat mettent cependant l'accent sur leur capacité à résister aux coups.

« **Bryan** : On est entraîné pour recevoir des coups. Parce que les gens, ils pensent que c'est plus dangereux que les sports normaux. Et je trouve pas. Je trouve que le foot, c'est plus dangereux que les sports de combat. Si ton corps, il est pas adapté à prendre des coups, quand tu prends un coup bah, ça casse. Alors que les sports de combat, tu es entraîné pour. »

Bryan, formation niveau V, carreleur

Ce rapport à la douleur se rapproche de ce que nous avons défini précédemment comme étant un rapport au corps typique des classes populaires. Les sports de combat permettent l'apprentissage de normes corporelles qui visent à renforcer l'image d'un corps qui endure. Mais ils permettent également aux sportifs de développer une meilleure compréhension de leurs corps¹²⁴. Ce rapport au corps est différent dans le cas de la pratique d'un sport collectif comme le football. Nous avons rencontré un stagiaire qui en a pratiqué au plus haut niveau amateur. Dans son cas, le rapport au corps est beaucoup moins présent dans son discours. Cependant, parmi les sportifs disant pratiquer très régulièrement du sport, seul deux sont toujours réellement actifs ; les autres stagiaires ayant subi des ruptures dans leur parcours sportif.

Certains changements dans le parcours des jeunes stagiaires peuvent en effet avoir des conséquences sur le suivi d'une pratique sportive en club. C'est le cas de changements dans les parcours résidentiels occasionnés par l'entrée en formation. Certains stagiaires vont se déplacer pour vivre près de leur centre de formation, que cela soit en foyer ou dans leur propre logement. Des stagiaires qui sont affiliés à des clubs, depuis plusieurs années, peuvent alors perdre ce lien une fois entrés en formation, et ne souhaitent pas continuer dans un club à proximité. Cela peut s'expliquer

¹²² Entretien Gaëtan, formation niveau IV, logistique

¹²³ VIEILLE MARCHISET Gilles, GASPARINI William, « Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratiques et rapports au corps », *Staps*, n° 87, 2010, p. 101

¹²⁴ WACQUANT Loïc, « Corps et âme : Notes ethnographiques d'un apprenti-boxeur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1989, vol. 80, no 1, p. 33-67.

par le fait qu'ils ne sont pas en formation pour une longue période et ne voient pas leur vie s'inscrire durablement dans cette localité. C'est le cas de Bryan qui a arrêté les sports de combat qu'il pratiquait lorsqu'il est parti de chez ses parents.

« Bryan : Sinon, je faisais beaucoup de sport, mais maintenant je fais plus trop de sport. [...] Je fais du MMA et de la boxe anglaise. Je faisais un peu de musculation. Mais j'ai arrêté.

Enquêteur : Tu as arrêté ?

Bryan : C'est avant que je parte faire le tour de France [son premier travail suite à sa formation en maçonnerie]. Quand je suis revenu, j'ai pas eu le temps de m'inscrire en cours d'année vu que ça sert à rien. [...]

Enquêteur : Tu es le premier qui quitte Maubeuge alors ?

Bryan : De Maubeuge...C'est-à-dire ?

Enquêteur : Qui part de Maubeuge.

Bryan : Ouais mais...J'appelle pas trop [cela] vivre...Et puis, les week-ends, je rentre chez moi donc euh...Là c'est juste parce qu'il y a la formation. C'est pas trop un boulot. C'est juste une formation. »

Bryan, formation niveau V, carreleur

Bryan venait d'emménager dans le foyer de son centre de formation quand nous l'avons rencontré. Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude qu'il ne se réengagera pas dans un club. Néanmoins, le fait d'associer sa résidence en foyer uniquement avec sa formation peut nous laisser penser que cela ne sera pas le cas. Gaëtan, qui n'a pas arrêté sa pratique intensive de sport, n'a pas connu de changement de résidence suite à l'entrée en formation, car il vit toujours chez ses parents. Cependant, Thomas qui vient de Guadeloupe, a repris le basket-ball à haut niveau en arrivant en métropole. Mais, contrairement à Bryan, il considère sa nouvelle résidence comme un véritable lieu d'attache où il souhaite construire sa vie.

La plupart des stagiaires que nous avons rencontrés sont des sportifs occasionnels, c'est-à-dire qu'ils pratiquent des activités sportives mais pas de manière assidue. Le sport est un élément secondaire de leur vie, mais ils lui accordent quand même une place dans leur quotidien. Néanmoins, la rupture des pratiques sportives survient bien plus rapidement quand celles-ci sont au départ moins régulières. D'autres priorités prennent généralement le pas sur la pratique d'un sport.

« Florian : Je n'en fais plus trop aujourd'hui. C'est le problème. Je ne fais plus de vélo parce que j'ai le permis. J'aimerais bien me remettre au vélo, mais le problème c'est que je ne trouve pas forcément le temps. Je pourrais trouver le temps pour mais le problème c'est que quand j'ai ce temps-là je ne pense pas à faire ça. Je pense plutôt à faire autre chose donc je pense que pour l'instant c'est en stand-by et on verra plus tard. Et avec l'âge j'ai d'autres préoccupations. Comme là on essaye de trouver du travail ou d'être formé. Donc, c'est plus les mêmes préoccupations qu'on a en tête. C'est le début de l'âge adulte et je pense un peu moins à m'amuser et j'utilise le temps moins pour m'amuser et j'utilise plus ma voiture pour aller chez quelqu'un. »

Florian, formation niveau V, menuiserie

Dans le cas de Florian, sa pratique du vélo était considérée avant tout comme un moyen de locomotion ; cela suit une logique purement fonctionnelle. Il a donc arrêté à partir du moment où il a obtenu un transport de substitution. Il justifie également l'arrêt d'activités sportives par le fait qu'il a d'autres préoccupations liées à la formation.

L'expérience de formation peut en elle-même être un frein pour la pratique d'une activité sportive. Comme vu précédemment dans le cadre des pratiques de sommeil, la formation peut demander tellement d'investissement qu'elle limite la capacité des stagiaires à entreprendre d'autres activités.

« Enquêteur : *Tu fais moins d'activités, c'est-à-dire ?*

Sophie : *Avant, je faisais de la gym, le cardio dans une salle de sport ouais dans une salle de sport et après, j'ai déjà fait du volley et je faisais de la danse et tout ça j'ai arrêté en fait. Je compte reprendre mais là de toute façon comme la formation elle est finie j'aurais le temps de prendre soin de moi on va dire, de faire attention. Faut que je me motive c'est surtout ça.*

Enquêteur : *Pourquoi la formation ça prend beaucoup de temps ?*

Sophie : *Bah, quand même. La semaine, on est là de 8h à 17h, le soir on a des révisions et puis on est fatigué quand même de la journée parce que même si c'est des cours c'est fatigant de rester à écouter les cours, être assis toute la journée. A la fin de la semaine on est fatigué, le week-end on veut profiter un peu donc on va un peu travailler mais en même temps on a envie de profiter à côté donc c'est quand même fatigant surtout quand on est en stage. Là c'est 2 fois plus fatigant parce qu'on a les enfants en plus. Alors là on a une tête comme ça à la fin de la journée. »*

Sophie, formation niveau V, petite enfance

Son discours s'apparente à la vision du « corps épuisé », présente, entre autres, chez les travailleurs précaires¹²⁵. Certains stagiaires s'investissent énormément dans leur formation, au point qu'ils peuvent accumuler une fatigue mentale et physique, les forçant à mettre tous les autres éléments de leur quotidien au second plan. Le contexte social de crise, marqué par un taux de chômage élevé chez les jeunes, encourage les stagiaires à mettre au premier plan leur insertion professionnelle. Mais dans le cas de Sophie c'est également la formation elle-même qui est prenante.

Un autre stagiaire qui n'a pas de pratiques sportives, le justifie par une absence de ressources financières.

« Enquêteur : *Tu fais du sport ?*

Marc-Antoine : *Je peux pas.*

Enquêteur : *Question de thunes ?*

Marc-Antoine : *Ouais voilà. C'est pour ça. C'est l'argent. Je peux pas. J'aurais bien voulu mais... »*

Marc-Antoine, formation niveau V, peintre façadier

Ce regard que Marc-Antoine porte sur le sport comme pratique pesante financièrement, marque avant tout un rapport de distanciation qu'il a avec la pratique sportive. Bien que certaines activités sportives lui soient accessibles, il a la possibilité d'aller dans une salle de musculation gratuite grâce à sa formation – il n'a jamais été initié à une pratique sportive du fait d'un parcours marqué par de nombreuses ruptures¹²⁶. Il se situe également dans l'approche du « corps épuisé ». Bien qu'il ne mette pas spécialement en avant le lien entre épuisement et absence de pratique sportive, il est souvent malade, ce qui l'oblige parfois à arrêter sa journée de formation et à rentrer chez lui.

¹²⁵ VIEILLE MARCHISET Gilles, GASPARINI William, « Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratiques et rapports au corps », *Staps*, n° 87, 2010, p. 101.

¹²⁶ Voir l'analyse longitudinale dans le chapitre 2

Les pratiques sportives des jeunes stagiaires varient également dans l'usage qu'ils en font. Pour quelques stagiaires, ce sont des pratiques de santé à part entière, c'est-à-dire une manière d'entretenir leur corps. Certains en font même une pratique préventive. C'est le cas de Thomas, stagiaire en logistique, qui ne possède pas d'assurance maladie. Il pratique donc régulièrement du sport afin d'éviter de tomber malade. Il fait des exercices supplémentaires à la fin de ses entraînements de basket-ball : « À l'entraînement j'ai fait une heure et demi de plus pour éliminer le maximum d'anticorps. Et là aujourd'hui en effet je me sens un peu mieux. »¹²⁷. Bien que ses connaissances en médecine soient limitées, il établit un lien direct entre son activité sportive et son état de santé actuel.

Les pratiques sportives peuvent également être réalisées afin de prendre en charge une condition de santé déterminée. Gaëtan, comme nous l'avons vu préalablement, exerce régulièrement des sports de combat. Il a commencé à en pratiquer afin de gérer son hyperactivité.

« **Gaëtan** : Depuis tout jeune. J'ai pas su marcher, j'étais déjà prêt. Comme à l'armée. Donc, j'ai couru avant de marcher. Puis, j'ai jamais arrêté. J'ai toujours fait du sport à fond. Je m'en vais faire des footings, je m'en vais à la boxe, je m'en vais faire du judo. Pour me défouler quoi. Comme le soir, j'arrive chez moi, je suis ko » [...]

« **Gaëtan** : C'est pour ça que j'aime me dépenser quoi. Au moins, si je suis énervé ou j'ai un petit coup de boost, je vais le dépenser à la boxe ou au judo comme ça au moins je rentre le soir, je suis calme, dans mon fauteuil, je fume ma cigarette. C'est surtout pour ça que j'ai voulu faire du sport, pour arriver à me canaliser quoi. Comme moi, j'avais mon entraînement de judo. [...] Tu veux te défouler, tu prends la personne, tu te défoules. Sans faire de mal forcément, ce qui fait que ça m'a bien aidé à canaliser mon énergie. »

Gaëtan, formation niveau IV, logistique

Son parcours de santé structure sa pratique sportive actuelle. Les sports de combat lui ont également permis d'acquérir une certaine discipline du corps, afin de « canaliser » son énergie. Un autre stagiaire attribue lui, la fin de ses crises d'asthme au fait d'avoir pratiqué une activité sportive étant plus jeune.

« **Enquêteur** : Tu sais pourquoi tu as arrêté de faire des crises d'asthme ?

Ryhad : Ça s'est arrêté comme ça. Pour ma part, mon médecin m'a dit de pas faire de sport. Mais moi, j'en faisais. Je sais pas si ça joue. [...] Il m'a dit de pas faire de sport. Aucun sport. »

Ryhad, formation niveau V, carreleur

Bien qu'il ne puisse pas déterminer avec exactitude le rôle qu'a joué l'intensification de ses pratiques sportives dans la disparition de ses crises d'asthme, le fait que les deux se soient produites en même temps lui permet d'arriver à de telles conclusions. Ces deux exemples démontrent comment le sport peut remplir une fonction de prise en charge des maladies chroniques.

Des stagiaires vont utiliser le sport pour s'exprimer corporellement : « Le sport ça me permet d'évacuer. D'évacuer la haine qu'on a en nous. Le sport c'est bien le sport. Ça permet de canaliser son énergie. »¹²⁸. Le sport permet, en effet, de mettre son corps en action d'une façon qui ne serait pas tolérée dans d'autres situations. Par exemple, l'échange de coups est toléré dans les sports de

¹²⁷ Entretien Thomas, formation niveau IV, logistique.

¹²⁸ Entretien John, formation niveau V, carreleur

combat si l'on suit un certain nombre de règles quant à leur exécution alors qu'il ne pourrait l'être dans une autre situation.

Le sport permet à certains de tout simplement « faire quelque chose », de ne pas rester inactif. Quand Ryhad était au chômage, il allait en salle de musculation plusieurs fois par jour :

« **Ryhad** : *Comme je suis une personne qui aime bouger...Là, je suis resté six mois sans rien faire. Je devenais fou. Et...Ouais, j'étais obligé de faire du sport. »*

Ryhad, formation niveau V, carreleur

La pratique du sport peut également avoir pour objectif de modifier l'image que les stagiaires ont de leur corps. Gregory a connu une période de surpoids, avant de faire des activités physiques. Il relate le changement qui lui a été fondamental pour se sentir à l'aise dans son corps.

« **Enquêteur** : *Est-ce que tu dirais que tu te sens à l'aise dans ton corps ?*

Grégory : *Maintenant oui, parce que avant j'étais gros.*

Enquêteur : *Parce que tu as repris la musculation ?*

Grégory : *Oui c'est ça, d'avoir fait du sport, ça m'a fait bien maigrir. »*

Grégory, formation insertion

Grégory a mis en place une stratégie afin de retrouver une condition physique qui lui convient. Dans son cas, le sport est un moyen d'entretenir son corps. Ils sont d'ailleurs nombreux parmi les stagiaires à s'engager dans des types de pratiques sportives de remise en forme. Contrairement aux sportifs réguliers, cela concerne autant les filles que les garçons. Cette approche du sport traduit une extension du rapport au corps réflexif, c'est-à-dire une attente portée aux signaux du corps¹²⁹.

D'autres stagiaires se trouvent dans un entre-deux, entre ruptures avec une pratique sportive antérieure et le fait d'envisager d'en reprendre une.

« **Céline** : *C'est plus du sport que je fais. Là je fais le TBC : Top Body Challenge chez moi. Avec un coach sportif que l'on fait chez soi. Avant je faisais de la natation, mais j'ai dû arrêter je n'avais plus de moyen de transport pour y aller. J'ai fait un an de salle de sport. »*

Céline, formation insertion

Ces stagiaires ont donc des pratiques sportives fluctuantes. Contrairement aux stagiaires qui faisaient régulièrement du sport et dont l'arrêt des activités tient à un éloignement de la structure sportive à laquelle ils étaient affiliés, ces sportifs « intermittents » ont des pratiques qui ne rattachent pas à des institutions particulières.

Certaines pratiques sportives sont rendues possibles grâce à l'accès à des installations sportives mises à disposition des stagiaires.

« **Ryhad** : *Et là...Peut-être que je vais y retourner, vu que c'est gratuit. [...] Juste à côté du foyer, il y a une salle de musculation. C'est gratuit pour les résidents. Donc, c'est bien. »*

¹²⁹ TREMBLAY Martyne, « Représentations de la santé et rapports au corps d'étudiants préprofessionnels en danse contemporaine », Université du Québec à Montréal, Thèse, 2011, p. 161

Ryhad, formation niveau V, carreleur

Bien que ces dispositifs attirent davantage les stagiaires qui avaient une pratique sportive intensive antérieure, ils sont pertinents dans le sens où ils garantissent un accès démocratique au sport.

Le sport peut donc prendre sens comme pratique de santé de manières différentes. Certains exercent régulièrement du sport, d'autres plus occasionnellement, et certains pas du tout. La pratique d'un sport avant l'entrée en formation ne présuppose pas sa continuation pendant celle-ci. Le sport dépend, en effet, de l'environnement dans lequel se trouvent les stagiaires et de leur parcours de santé. S'intéresser au parcours de vie et de santé des stagiaires est donc nécessaire si l'on souhaite favoriser la pratique sportive en leur sein.

Pratiques alimentaires

Les pratiques alimentaires varient également entre les stagiaires. L'attention que les stagiaires portent à la préparation culinaire n'est pas la même. Sert-elle avant tout à leur donner accès à des aliments nourrissant ou est-elle contrôlée afin de consommer les « bonnes » quantités de nutriments ?

Comment les stagiaires mangent-ils quand ils sont en centre de formation ? Bien que la plupart des centres de formation dans lesquels nous sommes allés disposent d'une cantine, la plupart des stagiaires déjeunent à l'extérieur.

« **Sébastien** : Ah non moi je mange pas à la cantine.

Enquêteur : Ah d'accord ça te plaît pas la cantine ?

Sébastien : Non ça m'a traumatisé quand j'étais petit.

Enquêteur : Pourquoi c'était pas bon ?

Sébastien : Non, c'était pas bon.

Enquêteur : Et tu manges où du coup ?

Sébastien : Bah des fois bah y a une friagerie là juste devant. Je suis abonné ici (rires) non je rigole. Mais je mange souvent ici. »

Sébastien, formation niveau V, couvreur

A travers cet extrait d'entretien, Sébastien nous explique qu'il associe la cantine à une représentation négative de l'institution scolaire. La plupart des stagiaires préfère se débrouiller en allant acheter des sandwiches dans les centres villes situés à proximité. Pourquoi ce rejet aussi frontal et unanime de la cantine ? Avoir rencontré un stagiaire qui en a une vision différente nous permet de répondre à cette interrogation.

« **Corentin** : Ici on a quand même un très très bon accès à la restauration. Ils ont remplacé leur chef ici [...] Il fait des trucs extraordinaires, pour 4,5€. Il y a encore des crétins ici qui ne veulent pas aller au restaurant [du centre de formation] et c'est franchement dommage pour eux, ils ne savent pas ce qu'ils ratent, mais non ici on a quand même au moins cette chance. Ça permet de très bien manger et ça permet surtout de ne pas avoir les effets d'hypoglycémie, de coup de barre, de manger n'importe quoi, de prendre du poids. »

Corentin, formation niveau V, usinage

Il est à noter que ce stagiaire est très engagé dans le déroulement de sa formation, en effet il prend sur son temps personnel afin de réparer les machines de son atelier de formation. Or, contrairement aux autres stagiaires que nous avons rencontrés, il n'est pas issu des classes populaires et possède un diplôme d'ingénieur. Il s'est inscrit en formation car il est au chômage et souhaite élargir ses compétences afin d'obtenir un nouvel emploi. Il possède donc des pratiques alimentaires qui sont issues de son éducation, sûrement différentes de celles des autres stagiaires.

Parfois, des épreuves traversées par les individus lors de leur parcours de santé peuvent entraîner des modifications de leurs pratiques alimentaires. C'est le cas d'un stagiaire, qui suite à des problèmes digestifs, a adapté son alimentation afin de réduire le mal dont il faisait l'expérience.

*« **Matthieu** : Je peux mais ça fait un mal de fou donc je ne bois pas de gazeux, je bois beaucoup d'eau et après niveau alimentation comme je suis fragile de l'estomac... On va dire, quand j'étais plus jeune, je mangeais beaucoup de gras de kebab tout ça et ça m'a occasionné deux crises de foie et après j'ai stoppé tout ça. Donc, on va dire que maintenant, je mange régulièrement sain mais après je m'interdis pas quelques fois des chocolats et tout ça. Mais sinon, je fais quand même attention. »*

Matthieu, formation niveau III, maintenance des systèmes

Des expériences passées négatives l'ont conduit à avoir une attitude plus vigilante vis-à-vis des signaux qui lui sont transmis par son corps. Ce n'est pas le cas de Fanny, qui est sujette à la maladie de Crohn, une maladie intestinale auto-immune, mais qui ne fait pas attention outre mesure à ce qu'elle mange. L'écoute du corps varie donc entre les stagiaires.

Dans certains cas, l'alimentation se transforme en véritable pratique de santé. C'est le cas de Thomas, qui, pour rappel, ne bénéficie pas d'assurance maladie. En plus de sa pratique sportive, il fait également attention à son alimentation.

*« **Thomas** : Faire attention à son alimentation, jamais oublier les vitamines C, c'est-à-dire les jus de fruits, les jus d'oranges, les agrumes et tout ça. »*

Thomas, formation niveau IV, logistique

Comme sa pratique sportive, son alimentation lui permet de prévenir l'arrivée de maladies qui le mettrait dans une situation difficile.

Mais en dehors de ce cas particulier, l'alimentation n'est pas considérée par les stagiaires comme une méthode de prévention face à la maladie. Par contre, l'attention portée au fait de manger « équilibré » et d'éviter les excès dépasse pour certains stagiaires l'état du discours. C'est le cas de Gaëtan, stagiaire en logistique, qui nous décrit avec minutie les types d'aliments qu'il mange, en insistant sur leur diversité. Ces pratiques alimentaires peuvent s'expliquer par deux raisons. La première est qu'étant un sportif régulier, l'attention qu'il porte à son corps s'étend à son attitude envers la nourriture. La seconde est qu'il a reçu une éducation alimentaire qui va dans ce sens. Il a ainsi été amené à cuisiner avec ses parents dès son plus jeune âge.

*« **Gaëtan** : Mon père, ma mère, même moi je cuisine. Il y a des moments, quand je sais qu'ils vont rentrer tard du boulot bah je vais faire des pâtes...une salade, préparer des légumes verts.*

***Enquêteur** : Tu cuisines plus ou moins les mêmes choses qu'eux ?*

***Gaëtan** : Ouais, j'ai toujours fait à peu près comme eux. Comme je sais que lundi c'est poisson, je vais préparer le poisson. Après, c'est un petit train train quotidien à prendre.*

Enquêteur : *Vous faites des plannings ?*

Gaëtan : *Non même pas. On y va au feeling quoi. Comme je sais que moi je...vous préférez, vu qu'ont est cinq, mon père s'occupe de lundi, ma mère de mardi, moi le mercredi, mon frère le jeudi et ma sœur le vendredi. »*

Gaëtan, formation niveau IV, logistique

Les stagiaires qui ont pris l'habitude de cuisiner en étant jeune, sont soucieux du type d'aliments qu'ils préparent. Bien qu'ils ne respectent pas nécessairement les normes alimentaires dominantes, ces stagiaires consacrent du temps à l'achat d'aliments et à leur préparation.

A l'opposé, des stagiaires qui n'ont pas pris l'habitude de cuisiner durant leur enfance peuvent se retrouver démunis une fois qu'ils partent du domicile familial. Bryan, quand il était chez sa mère, n'avait pas à s'engager dans des activités culinaires.

« Enquêteur : *Même quand tu étais chez tes parents, tu cuisinait pas mal pour toi ?*

Bryan : *Non non parce que j'ai ma mère qui est là. Ça m'arrive de faire le ménage pour aider ma mère mais sinon, le mangé, non. »*

Bryan, formation niveau V, carreleur

Suite à son entrée récente au foyer du centre de formation, il a du mal à envisager ce qu'il pourrait cuisiner durant la semaine quoiqu'il soit content de disposer d'une cuisine. Il tente néanmoins de continuer des pratiques alimentaires qu'il avait lorsqu'il était chez ses parents.

Le cas de la prescription religieuse est intéressant, car elle ne provient pas des campagnes de santé, mais fait tout de même office d'orientation des pratiques alimentaires. La famille peut donc avoir un rôle bien plus important que l'école ou que les campagnes de santé pour transmettre des pratiques alimentaires aux individus.

« Brandon : *Même pour se faire à manger...J'ai été hier à Auchan...Puisque que je suis musulman, je mange de la viande hallal. Mais pour trouver de la viande Hallal bah j'ai galéré. J'en ai même pas trouvé. Donc, c'était un peu la galère. Donc, j'attends de rentrer chez moi pour en racheter là bas et revenir avec. »*

Brandon, formation niveau V, maçonnerie

Le non-respect des normes est par contre souvent exprimé par certains stagiaires sur le mode de la culpabilité. Certains stagiaires ne respectent ainsi pas la norme des trois repas.

« Stéphanie : *Je dis pas que je mange énormément mais je vais avoir tendance à grignoter de temps en temps entre les repas par exemple, ça c'est pas bien. Et après moins qu'avant quand même et après si je vais quand même manger équilibré mais pas comme il faut des fois je vais pas. C'est surtout le matin. Je déjeune pas déjà, je sais que c'est important, mais je déjeune pas. Après des fois je vais pas manger le midi ou après je vais manger le soir mais pas forcément des légumes alors le soir faut manger léger quoi mais faut que je mange plus de légumes. »*

Stéphanie, formation niveau V, petite enfance

Cette stagiaire montre bien tout le paradoxe qu'il y a entre la connaissance d'une norme de santé et de sa non-application dans sa pratique quotidienne. Elle considère qu'il faut manger « équilibré », car c'est « important » mais à au contraire tendance « à grignoter ». Cet extrait

démontre bien que ces normes fonctionnent comme des injonctions dont les stagiaires ne connaissent pas les tenants et les aboutissants. Peu expliquent pourquoi il faut manger trois fois par jour et de manière équilibrée. Pour se justifier, cette même stagiaire explique qu'elle manque de volonté.

« Enquêteur : *Pourquoi tu le fais pas toi ?*

Stéphanie : *Parce que je suis trop gourmande (rires). J'aimerais bien mais c'est juste c'est comme pour la cigarette, comme je vous disais tout à l'heure. Un jour, j'aurais la volonté de faire attention et là je le ferai à fond. Mais là, pour l'instant, je ressens pas l'envie enfin si j'ai l'envie mais c'est dur quand même de faire bien attention. »*

Stéphanie, formation niveau V, petite enfance

Cet argument cache en fait la culpabilité d'avoir des normes alimentaires différentes des normes dominantes. Elle se retrouve alors dans une posture de justification, renforcée dans ce cas précis par notre dispositif d'enquête. Elle estime alors que la « faute » incombe à son propre comportement individuel. Si elle ne mange pas « correctement » c'est qu'elle considère qu'elle ne fait pas assez d'efforts. Mais elle revendique, bien que discrètement, le droit de se faire plaisir dans son alimentation.

L'idée de se faire plaisir revient dans le discours de plusieurs stagiaires qui justifient alors leurs petits écarts à la norme dominante. Cette attitude se rapproche de ce que l'on peut voir concernant l'observance des ordonnances médicales, telle qu'étudiée par Aline Sarradon-Eeck chez les personnes souffrant d'hypertension¹³⁰. Dans le cas de certains stagiaires, les normes alimentaires dominantes sont respectées mais se permettent quelques « écarts » afin de garantir un rapport positif à l'alimentation.

Nous avons également rencontré un stagiaire qui renonçait à certains repas pour des raisons purement financières.

« Marc-Antoine : *Vu que ma mère me donne que 15 euros pour manger, derrière c'est un peu dur. Alors, je suis obligé de calculer combien je dois dépenser par jour et tout. [...] Manger le midi, je dépense 3 euros, le sandwich sur 15 euros. Et, il va me rester 12 euros pour moi la semaine. Et derrière, le soir, je les dépense pas l'argent. Je mange chez ma copine. C'est pour ça. On essaye de s'entraider. [...]*

Enquêteur : *Tu disais que tu avais des problèmes de santé. A part ton mal de tête, il y a autre chose?*

Marc-Antoine: *Non. Rien. Des fois j'ai des crampes à l'estomac parce que je mange. J'ai des carences, en fait. Je mange un jour, un jour je mange pas. C'est pour ça. »*

Marc-Antoine, formation niveau V, peintre façadier

Il essaye de développer des stratégies pour s'alimenter suffisamment. Étant en conflit avec ses parents, il s'appuie principalement sur sa belle-famille qui l'invite régulièrement le soir pour dîner. Il ne veut pas manger à la cantine du centre de formation car il ne veut pas dépenser 4,50 euros pour un repas. Il se trouve donc dans une situation très précaire.

¹³⁰ SARRADON-ECK Aline, « Les représentations populaires de la maladie et de ses causes », *La Revue du Praticien. Médecine générale*, n°566, 2002, pp. 358-63.

En s'intéressant aux manières qu'ont les jeunes stagiaires de se représenter et de pratiquer des activités du quotidien, comme le sport et l'alimentation, nous nous sommes rendu compte des nombreuses influences qu'ils subissaient.

Contrairement aux représentations de santé, les stagiaires ont des pratiques qui varient grandement en fonction de leur parcours de vie. En s'intéressant à leurs activités quotidiennes, nous nous sommes rendu compte qu'elles dépendent principalement de leur capacité à mobiliser des ressources familiales ou institutionnelles. Certaines pratiques sont d'ailleurs un moyen pour des stagiaires n'ayant pas de protection sociale de prendre en charge leur santé. Néanmoins, d'autres stagiaires ont peu de ressources mobilisables en raison de leur parcours de vie qui sont marqués par des ruptures plus importantes. Ils se trouvent isolés et ont peu de pratiques leur permettant de prendre soin de leur corps. Mais ces stagiaires isolés sont une minorité parmi ceux que nous avons rencontrés ; probablement, car les jeunes peu insérés socialement ne se retrouvent pas en formation professionnelle. Finalement, l'absence de pratiques, comme le sport, peut-être également lié à un investissement conséquent du stagiaire dans sa formation, qui donne la priorité à son insertion professionnelle.

2. Des pratiques à risques

A. LES « PRATIQUES A RISQUES » CHEZ LES STAGIAIRES

Dans la partie précédente, nous avons montré dans quelle mesure les pratiques des stagiaires (alimentaire, sportive) entraînent dans les préoccupations de leur santé. Nous souhaitons ici revenir sur les risques qui accompagnent les stagiaires dans et en dehors de leur formation. Le risque est une probabilité d'apparition d'un dommage possible. L'adolescence et la jeunesse, définies par les acteurs de santé publique, sont considérées comme des périodes de vie marquées par une recrudescence des pratiques à risques. Les risques chez les jeunes sont le plus souvent évoqués pour parler de la consommation d'alcool en trop grande quantité et de l'usage de drogues. Ces pratiques sont également caractérisées par des signes de souffrances psychiques chez les garçons accompagnés d'un taux important de violence physique et par un taux important de suicides chez les filles¹³¹. Finalement, les accidents (dans les sports, les loisirs, la circulation automobile) les conduites suicidaires et addictives (consommation de tabac, d'alcool et de cannabis) sont évoqués pour caractériser les pratiques dites à risques des jeunes. Nous reviendrons sur ce qui va être déterminé par les stagiaires comme des risques et ce que les centres définissent eux-mêmes comme des risques pour leur santé. Nous reviendrons aussi sur les risques professionnels en montrant à chaque fois ce qui est fait ou non pour les stagiaires dans les centres de formation.

La consommation d'alcool, de cannabis et de tabac dans les centres de formation

Lorsqu'on pose dans les entretiens la question des habitudes à risques pour les stagiaires, certains évoquent spontanément leur consommation de cannabis et de tabac comme étant une pratique à risques. Ils expriment le fait qu'ils ont arrêté, qu'ils ont l'intention d'arrêter ou qu'ils ont

¹³¹ Les comportements de santé des jeunes, Analyses du Baromètre santé 2010. Réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

comme objectif de diminuer leur consommation de tabac. Ils mettent parfois des stratégies en place dans ce sens car ils considèrent que cette consommation est néfaste pour leur santé.

« **Enquêteur** : Et est-ce que t'as l'impression que des fois t'as des pratiques ou des habitudes dans ta vie qui pourraient être pour toi un risque pour la santé?

Sébastien : Non. Après le cannabis je compte pas fumer non plus des années. Là c'est parce que je suis jeune, je profite, après je compte arrêter dès que je fonderai une famille et tout, voilà là j'arrêterai. »

Sébastien, formation niveau V, Couvreur

Les jeunes stagiaires qui consomment régulièrement du cannabis sont vigilants au vu des risques de dépendance que la consommation peut provoquer.

« **Frédéric** : Ha ça ils fument les jeunes, ils fument de plus en plus tôt, moi je vois il y en a. Quand la drogue devient ta nourriture, là c'est un problème. »

Frédéric, formation niveau V, Couvreur

La consommation de tabac n'est, quant à elle, pas toujours exprimée sous l'angle du risque. Elle est considérée par les stagiaires comme étant une consommation qui accompagne des moments de sociabilité. Elle est en effet une occasion de discuter avec les autres stagiaires. Une enquête explique par exemple qu'elle accompagne toujours les autres stagiaires au « coin fumeur » pour discuter avec le groupe durant les temps de pause¹³². Parfois, la consommation de cigarettes est un moyen de tisser du lien avec les formateurs. Lors de notre présence dans un centre, le formateur sort ainsi fumer avec les stagiaires¹³³.

En revanche, les stagiaires expriment rarement vouloir diminuer leur consommation d'alcool. Cette dernière est plus facilement acceptée socialement car elle moins considérée comme une « drogue ». Ce phénomène peut aussi être induit par le fait que les enquêtés ne veulent pas être vus par l'enquêteur comme de potentiels « alcooliques » ou « drogués ».

Parfois des interrogations quant aux effets de cette consommation apparaissent durant les entretiens.

« **Kevin** : Je sais c'est quoi, je sais ce que je peux avoir comme maladie. Enfin je pense que la beuh ça donne des maladies aussi. [...] Ils font passer la drogue pour des trucs mal mais ils ne disent pas que ça peut soigner aussi. »

Kevin, formation niveau V, maçon

On voit que cet enquêté qui consomme du cannabis va exprimer dans un premier temps le discours médical et on observe ensuite une mise à distance critique de ces discours. L'alcool est plutôt mis en avant par les stagiaires comme une pratique festive plutôt que comme « une pratique à risques ».

« **John** : Ou sinon l'alcool oui, quand on sort en boîte on prend une bouteille, il n'y a pas de souci, quatre, cinq verres, il n'y a pas de souci, on s'amuse tout ça, on danse. Après si ça peut aller plus loin avec une fille, il n'y a pas de souci. Ça me permet d'évacuer. C'est ça qui me permet d'évacuer. »

John, formation niveau V, couvreur

¹³² Observation du 08/04/16.

¹³³ Observation du 05/05/16.

Là encore, les discours autour des pratiques à risques sont prises à contre-pied du discours des politiques publiques. L'alcool est plus un marqueur de fête qu'une pratique à risques pour les stagiaires.

Parfois l'alcool est d'ailleurs présent en formation pour marquer les moments forts. En effet, lors d'une observation dans un centre de formation, les stagiaires avaient ramené des bouteilles de vin pétillant pour fêter la fin de leurs examens¹³⁴.

Il nous semble intéressant de rappeler que la consommation d'alcool est parfois appréhendée uniquement sous l'angle du « risque alcool ». On voit que pour les enquêtés, la consommation d'alcool est aussi vue comme un plaisir. L. Gaussois rappelle que « l'alcool est de la fête et la fête rythme les temps sociaux ». L'alcool est présent lors des grands et petits événements de la vie d'un individu (naissances, mariages, anniversaires et fêtes « bien arrosées »)¹³⁵.

Du côté des stagiaires, on observe que la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis n'est pas systématiquement considérée comme un risque, contrairement aux coordinateurs de formation qui déploient leur énergie pour prévenir ces risques. Ils mettent en avant l'importance de prévenir les pratiques à risques chez les jeunes et notamment par rapport à leur consommation de drogue et de cannabis.

La prévention des risques dans la consommation d'alcool et de substances psychoactives dans les centres de formation

Les personnels que nous avons rencontrés insistent particulièrement sur la consommation de produits psychoactifs comme étant un fléau pour le bon déroulement de la formation. Par exemple les coordinateurs constatent que les stagiaires sortent durant leurs temps de pause pour acheter de l'alcool dans le supermarché situé en face du centre et reviennent alcoolisés en cours¹³⁶.

« J'ai beaucoup de jeunes sous addiction du cannabis. Ils ont été pris dans l'engrenage. Pourtant ils veulent arrêter mais n'y arrivent pas. »

Référent pédagogique en charge de l'accompagnement

La consommation d'alcool et de drogue est considérée comme un fléau. Selon les coordinateurs dans les centres, elle entre en contradiction avec le déroulement de la formation et demande aux coordinateurs des mesures de contrôle. Le discours des personnes qui travaillent en contact avec les stagiaires dans les centres de formation se rapproche beaucoup du discours des politiques de santé. Celui-ci est proche de ce qu'on peut qualifier comme une « panique morale »¹³⁷ qui est caractéristique du discours public sur la consommation de drogue des jeunes. La panique morale consiste à amplifier un phénomène et à le faire entrer dans un processus de malheurs.

¹³⁴ Observation du 15/06/16.

¹³⁵ GAUSSOT L., *Modération et sobriété. Études sur les usages sociaux de l'alcool*, L'Harmattan, Logiques sociales (2004)

¹³⁶ Observation du 05/04/16.

¹³⁷ PERETTI-WATEL Patrick, « Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risques juvéniles », *Agora débats/jeunesses* 3/2010 (N° 56), p. 73-85

Dans ce contexte, la consommation de drogue est une pratique contre laquelle il faut lutter. Les coordinateurs sont parfois amenés à orienter les stagiaires vers les centres de prévention lors de problèmes d'addiction.

« Aujourd'hui, j'en ai qu'un [un stagiaire]. Alors c'est pareil il faut travailler avec lui pour qu'il s'en rende compte et après l'orienter pour se faire aider ».

Référent pédagogique en charge de l'accompagnement

On retrouve ici un discours qui renvoie les stagiaires au fait que la pratique à risques reflète une infériorité morale¹³⁸. Le jeune est vu comme incapable de garder un contrôle sur sa vie en raison de sa consommation de drogue.

Pour effectuer des actions de prévention autour des pratiques à risques, les centres se basent beaucoup sur les partenariats avec des associations spécialisées qui viennent de manière ponctuelle dans les centres. Mais les personnels de l'établissement (coordinateurs, personnel du secteur social et formateurs) sont également amenés dans leurs actions quotidiennes à accompagner des jeunes sujets à des pratiques à risques. Par exemple, les formateurs refusent les stagiaires qui viennent alcoolisés en formation. Il y a un effet de territoire qui peut jouer dans la prévention et dans les solutions disponibles pour les centres. En effet, les centres de formation qui sont situés dans des régions rurales sont éloignés des associations de prévention vers lesquelles les jeunes pourraient être orientés en cas de « difficultés périphériques ». Ces dernières sont définies dans le document pour la mise en œuvre du PRF que les centres prennent en compte pour répondre à l'appel d'offre de la région. Dans ce document il est stipulé que le centre est en charge de mettre à disposition des stagiaires un accompagnant dans le centre chargé d'aider les stagiaires en cas de difficultés périphériques qui peuvent gêner le jeune dans le bon déroulement de sa formation.

Dans l'extrait d'entretien suivant, une référente pédagogique d'un centre situé dans une zone rurale explique les difficultés qu'elle rencontre afin d'orienter les stagiaires vers des structures de prévention.

« Après je travaille avec une association lilloise. Ils sont venus faire des ateliers dans le centre. Toutes les formations sont passées sur les ateliers pendant une journée. Après c'est vrai que ça a un coût et on doit prendre sur le budget de l'animation. Après c'est vrai qu'ils disaient que les stagiaires qui veulent les rencontrer, ils pouvaient y aller, mais le problème c'est que c'est à Lille. »

Référent pédagogique en charge de l'accompagnement

De plus, certains centres sont moins bien pourvus en référents pédagogiques chargés de l'accompagnement et traitant les « difficultés périphériques ». Nous avons pu constater, lors de nos visites, que certains centres, situés notamment dans des territoires ruraux, n'avaient pas de référent pédagogique en charge de l'accompagnement des stagiaires. Lorsque le centre est pourvu de référent formé à l'accompagnement social, l'orientation du stagiaire vers une structure adéquate est facilitée. Quand le centre n'est pas doté d'un accompagnant formé aux « difficultés périphériques », ce sont les coordinateurs de formation dans les centres qui doivent gérer ces questions. Des situations conflictuelles émergent alors entre les stagiaires et certains coordinateurs qui choisissent de lutter par leurs propres moyens contre certaines « pratiques à risques » des stagiaires. Cette action peut conduire à des pratiques de stigmatisation du stagiaire. Par exemple, lorsque nous

¹³⁸ Op cit.

ressortons de l'entretien d'un stagiaire, le chef des travaux s'exclame que nous avons visé juste parce que nous avons choisi un « fumeur de joint ! »¹³⁹.

On retrouve ici le discours public qui tend à stigmatiser les stagiaires par rapport à leur consommation de drogue. Le jeune n'est plus alors vu qu'à partir de cet élément de sa vie. Patrick Perretti-Watel montre que dans les discours publics, les jeunes qui consomment des substances psychoactives sont parfois stigmatisés. Selon Goffman, lorsque l'identité sociale d'un individu s'écarte du réel il est "discrédité" en raison d'informations ou de rumeurs à son sujet.

Cette pratique devient alors une « tare » qu'il faut pour les coordinateurs de formation prévenir et « guérir ».

Florian : « Là je suis fumeur de tabac et de cannabis, non mais le problème c'est que certaines personnes comme la chef des travaux pensent que oui et ça m'embête parce qu'ils ont un certain regard sur moi et en plus des choses qui sont fausses. »

Florian, formation niveau V, maçon.

Ici pour ce stagiaire son style vestimentaire va impliquer pour le coordinateur de formation qu'il consomme de la drogue. On voit dans quelle mesure le stigmaté est issu des stéréotypes autour des jeunes et de leur consommation de drogue.

Les centres mettent donc l'accent sur la consommation d'alcool et de substances psychoactives. Nous avons remarqué d'autres pratiques qui étaient considérées comme à risques pour leur santé par les stagiaires mais qui ne vont pas être traitées par les centres de formation comme telles.

Les pratiques à risques qui ne sont pas prévenues par les centres de formation

Paradoxalement, si les pratiques à risques sont avancées par les personnels des centres de formation, ceux-ci ne vont pas évoquer les risques autour des pratiques alimentaires et ils ne vont pas encourager les stagiaires à faire du sport. Les cours de sport étaient selon une conseillère de la formation professionnelle fournis aux stagiaires avant. Mais ils ont été supprimés depuis que les centres répondent à des appels d'offre de la région. Les centres mettent à la disposition des stagiaires des espaces collectifs dans lesquels ils peuvent se reposer et se restaurer. Mais la présence d'une cantine n'est pas systématique dans les centres ou parfois les stagiaires n'étaient pas toujours au fait qu'ils pouvaient l'utiliser. De même l'importance donnée aux consommations psychoactives ne vient-elle pas masquer d'autres pratiques à risques chez les jeunes ? Dans nos entretiens, nous avons eu accès à des personnes qui ont des troubles alimentaires.

C'est le cas d'Arnaud par exemple qui vit toujours chez ses parents et qui a connu un épisode anorexique durant sa première formation en BTS.

« *Arnaud* : Dans le passé, je suis tombé malade. J'avais été à Lille et j'avais été repéré par une agence de mannequin mais je devais maigrir. Ils m'ont dit que malgré mes 50 kilos je devais maigrir, en fait donc je suis parti dans l'anorexie. »

Arnaud, formation niveau III, logistique

¹³⁹ Observation du 05/05/16.

C'est également le cas de Cécile qui a vécu un épisode traumatisant lors de son enfance puisqu'elle s'est faite violer. Aujourd'hui elle développe des troubles alimentaires accentués lorsqu'elle est en conflit avec sa famille:

« **Cécile** : Je suis restée une semaine comme ça sans manger du tout et après mes parents, ils m'ont vue tomber alors ils se sont inquiétés. »

Cécile, formation niveau insertion

Les représentations du corps dans la société tendent à mettre en avant un corps mince, filiforme. Le contrôle du corps est un élément de réappropriation de celui-ci de la part du jeune. On voit ici que les discours portés par les magazines sont intégrés par ce jeune qui recherche à ressembler à une image. Ce qui va d'ailleurs encourager la pratique intensive d'un sport pour garder un contrôle sur son corps.

« **Enquêteur** : Est-ce que des fois tu as des pratiques qu'on peut qualifier à risques, c'est à dire est-ce que des fois ça t'arrive de faire des choses qui ne sont pas bonnes pour ton corps ?

Arnaud : C'est vrai que le sport des fois je prends le risque d'en faire à outrance à ne pas savoir me lever. »

Arnaud, formation niveau III, logistique

Les raisons sociologiques et psychologiques aux comportements à risques des jeunes

Les lectures sociologiques autour des pratiques à risques ont parfois tendance à entretenir une vision unilatérale de la jeunesse comme étant une tranche d'âge possédant des caractéristiques similaires. Les jeunes seraient tous enclins à avoir des pratiques dites à risques. Cependant la situation sociale particulière des jeunes de la formation professionnelle peut être évoquée pour caractériser leur rapport au risque. Nous avons montré dans la première partie que dans une certaine mesure, les jeunes étaient vulnérables à cause de leur situation « d'entre-deux âges » (adulte et adolescent), « d'entre-deux statuts » (élève et professionnel) et parce qu'ils évoluent dans un contexte de crise qui marque leur parcours. Les raisons qui expliquent que certains jeunes sont sensibles aux pratiques à risques sont, selon David Le Breton, sociologiques et psychologiques¹⁴⁰. Pour l'auteur, ces pratiques à risques des jeunes traduiraient une souffrance liée au fait qu'ils soient suspendus entre deux (du fait qu'ils possèdent à la fois un statut d'adulte et d'adolescent) dans une quête de sens et de valeur. « Éprouver les limites physiques, les mettre en jeu pour les sentir et les approvisionner contribueraient alors à construire un sentiment d'identité »¹⁴¹.

David Le Breton montre que lorsque l'entourage familial fait défaut aux jeunes, ceux-ci se voient contraints d'expérimenter les limites de la vie par eux-mêmes. Cette expérimentation se traduit notamment par des pratiques à risques. La présence familiale peut donc avoir un impact dans les habitudes alimentaires. Lorsque les stagiaires ont connu des fractures affectives comme c'est le cas de Cécile, la pratique à risques est alors l'une des expressions multiples de l'épisode traumatique. L'entourage peut notamment jouer le rôle d'alerte en cas de difficulté psychologique. C'est le cas d'un jeune dont l'anorexie a été repérée par sa famille qui la combat activement.

¹⁴⁰ LE BRETON David, « Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes », *Revue du MAUSS* 1/2011 (n° 37), p. 365-384.

¹⁴¹ Op cit.

« **Arnaud** : Mais au bout d'un moment, ils ont vu que mon corps commençait à changer et que j'avais perdu énormément de poids ; bah là au lieu d'en perdre 5 j'en ai perdu 10. Donc quand on fait 1 mettre 73 pour 40 kilos ça se voit énormément. Mais c'est vrai que j'en parlais pas jusqu'au moment où ils [ses parents] l'ont vu et ils m'ont aidé et ils m'ont soutenu et ils m'ont dit de remanger. »

Arnaud, formation niveau III, logistique

Pour certains jeunes, lorsque le centre est pourvu d'accompagnants pédagogiques formés à l'accompagnement social, celui-ci peut parfois jouer le rôle de substitut à la famille, en orientant le jeune qui a une pratique à risques vers la structure adéquate. Une référente pédagogique a par exemple orienté un jeune qui, selon elle, avait un problème avec sa consommation d'alcool.

« Par rapport à ceux que j'ai accompagnés, j'en avais un qui avait un souci avec l'alcool et qui n'allait pas à ses rendez-vous pour se soigner. »

Référent pédagogique en charge de l'accompagnement

Parfois les membres des structures ont à gérer des situations d'urgence. Une infirmière scolaire d'un centre raconte qu'elle est parfois allée chercher en voiture un stagiaire en pleine « crise suicidaire » dans la ville.

Les centres ont donc une influence sur les prises en charge des pratiques à risques parce qu'ils sont amenés à mettre en place des sensibilisations et également parce qu'ils sont appelés à gérer les risques lors du déroulement de la formation. Dans certains cas, le risque exprimé par quelques stagiaires est celui de l'incertitude face à l'avenir et notamment face à leur insertion professionnelle dans un contexte de chômage des jeunes.

« **Florian** : Avec ce qu'on peut voir dans les actualités, les réformes et tout ça, même en entreprise, ils nous disent que notre retraite on ne l'aura pas avant 70 ans, ça va être long. Enfin ils sont un peu durs. »

Florian, formation niveau V, bois

Florian doute par exemple de sa capacité à faire face à des situations de travail dans l'avenir.

« **Florian** : Déjà plus de confiance en moi parce que je me dis que je veux être ébéniste. J'ai un peu peur de pas avoir toutes les capacités. »

Florian, formation niveau V, bois

Dans une approche de la vulnérabilité de Valérie Becquet, celle des jeunes est due au fait que nous vivons dans une société où les individus évoluent dans des contextes d'incertitude. Dans cette approche, la vulnérabilité est en lien avec le “nonaccès et la “non-possession” des attributs, qu'ils soient matériels ou relationnels.

Pour conclure, les risques relèvent, pour les personnes que nous avons interrogées, de leur comportement dans la vie quotidienne et également de l'incertitude par rapport à leur avenir. Les études sociales montrent que paradoxalement, dans nos sociétés où le risque a considérablement diminué depuis quelques décennies, tout est vu comme un risque (l'alimentation, l'avenir, les effets secondaires des médicaments, le risque nucléaire...) ¹⁴². Il est intéressant de constater que ce qui est exprimé par les stagiaires comme un risque est plus large que les consommations de stupéfiants et d'alcool qui sont vues comme les risques principaux par les centres de formation. Face aux risques,

¹⁴² LE BRETON David, « Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes », Ibid.

les personnes ne sont pas égales en fonction de leur milieu social. Nous avons pu mettre en avant le fait qu'en fonction du territoire, les centres avaient plus ou moins de ressources pour mettre en place des actions de prévention. De plus, l'encadrement de leur famille a un impact pour prévenir les risques psychologiques.

Mais les risques sont également socialement distribués parce que certaines professions sont plus à risques que d'autres.

B. RISQUES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Ce thème a émergé lors du travail de terrain. Nous nous sommes interrogés sur le rapport que les stagiaires ont avec leur futur métier et avec les risques professionnels qui peuvent y être liés. En théorie, ces derniers sont encadrés par le code du travail. Celui-ci préconise une formation face aux risques professionnels et un contrôle via le médecin du travail. Lorsqu'ils répondent à l'appel d'offre de la région, les centres sont en charge de faire respecter ces dispositions. Dans les politiques publiques, les jeunes travailleurs manuels précaires sont considérés comme un public particulièrement vulnérable face aux risques professionnels. Ces jeunes effectuant un travail manuel ont plus de probabilités d'être exposés à des produits cancérigènes au vu des professions qu'ils exercent et de connaître des accidents de travail parce qu'ils sont inexpérimentés. La région a de ce fait mis en place un programme pour prévenir les risques chez le public des apprentis, nommé « programme santé des apprentis » qui regroupe des actions d'informations auprès des Centres de Formation des Apprentis (CFA) et via le site internet.

Dans cette partie, nous souhaitons montrer quels sont les risques « visibles » dans le sens où ils sont vécus comme tels par les stagiaires et par les centres. D'un autre côté, d'autres sont « invisibles » alors qu'ils sont pourtant réels.

Les risques « visibles » lors de la pratique professionnelle

Nous avons décidé de caractériser les risques professionnels « visibles » parce qu'ils vont être exprimés par les stagiaires que nous avons rencontrés et qu'ils vont faire l'objet de mesures de prévention de la part des centres de formation.

Beaucoup de stagiaires expriment d'ailleurs que les risques d'accidents viennent de l'extérieur parce que notamment leur métier est exercé dans des conditions climatiques variables qui peuvent déclencher des risques.

« Enquêteur : Pourquoi il est difficile ton futur métier ?

***Frédéric :** Parce qu'on est dehors tout le temps, on a les intempéries, le vent, la pluie, le soleil aussi. On dit que le soleil c'est bien mais quand on est sur un toit en zinc la chaleur elle remonte. Sur de l'ardoise c'est pareil la chaleur elle remonte. Donc on a des coups de soleil. Ouais le métier il est difficile. Il y a des choses qui sont lourdes à porter. »*

Frédéric, formation niveau V, couvreur

Le risque vient donc de l'extérieur et peut provoquer des accidents. Certains stagiaires observent dans quelle mesure leur activité professionnelle marque leur corps. Parfois il s'agit de petites blessures ponctuelles.

« **Jérôme** : Ah, des cloques à force de tenir la pelle, la brouette. Tu as toujours tes mains sur la brouette. Mais bon. Du moment que je fais le métier qui me plaît. »

Jérôme, formation niveau V, carreleur

Parfois ce sont les risques d'accidents graves qui effrayent les stagiaires. Par exemple, ici un stagiaire rend compte pendant l'entretien d'un accident dont il a entendu parler dans les journaux et qui l'a marqué.

« **John** : Trente trois ans, il a laissé deux enfants. Le mec il était sur le chantier et c'est son collègue qui n'a pas fait attention, il a reculé et il l'a écrasé. Quand vous voyez des choses comme ça régulièrement, vous y réfléchissez à deux fois. Moi je fais plus attention qu'un autre parce que ça va très vite un accident. »

John, formation niveau V, couvreur

Lorsque le risque est vécu par le stagiaire il est alors visible et exprimé comme tel. Un stagiaire déclare par exemple mal réagir aux produits chimiques qu'ils utilisent en formation et en stage.

« **Marc-Antoine** : Et des fois, c'est l'odeur de la peinture. Il y a certaines peintures qui vont me faire mal à la tête, comme la peinture à l'huile ou de la peinture à l'essence. Là, ça va me faire mal. »

Marc-Antoine, formation niveau V, peintre-façadier

Pour prévenir des accidents professionnels, les centres de formation sont chargés de fournir les EPI (Équipements de Protection Individuels) aux stagiaires (chaussures de sécurité, pantalons de chantier, masques, etc.). Beaucoup de stagiaires ont également eu des formations sur les gestes de premiers secours. Selon le témoignage de stagiaires lors de discussions informelles, les jeunes ont déclaré avoir apprécié ces formations. Enfin, les formateurs ont pour consigne de prévenir les risques en n'acceptant pas les stagiaires alcoolisés ou ayant consommé des substances psychoactives.

« **John** : Le formateur il a fait ce qu'il y avait à faire au niveau des stupéfiants, c'est tolérance zéro. »

John, formation niveau V, couvreur

Dans l'ensemble, les stagiaires semblent montrer que les accidents professionnels sont liés à leur profession et les décrivent de manière assez réaliste durant les entretiens.

« **Pierre** : C'est bien connu, si tu restes sur le chantier, tu peux te prendre des châtaignes, tu peux te brûler. Il peut tout arriver. »

Pierre, formation niveau V, installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

Dans les centres de formation, les consignes de sécurité se transmettent notamment lors des échanges entre les stagiaires. Elles passent aussi lors des interactions entre le formateur et les stagiaires, et par les stagiaires plus âgés qui vont diffuser ces pratiques à ceux plus inexpérimentés.

« **Pierre** : Ici je ne pense pas qu'ils ont mal expliqué, les mecs ils ont tous quarante bergeres, ils ont déjà travaillé, ils savent ce qu'il faut faire. »

Pierre, formation niveau V, installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

Yvon Miossec et Yves Clot¹⁴³ montrent que la transmission de bonnes pratiques dans le monde ouvrier passe aussi par la construction de « ressources génériques » : Les règles, les obligations et les manières de procéder qu'élaborent les ouvriers(ières) entre-eux(-elles). Par exemple, nous avons assisté à une scène de transmission qui illustre que la consommation d'alcool et de cannabis est considérée par les stagiaires et les centres de formation comme une pratique à risques lorsqu'elle est consommée dans le cadre du travail. Selon le narrateur, l'un de ses collègues de travail ne pouvait pas souder sans être soûl. S'ensuivent ensuite des blagues sur ce collègue qui vont porter sur le caractère régressif de son alcoolisme. L'évocation de cette histoire et la scène de stigmatisation du collègue rappellent les dangers dans ces professions d'une consommation d'alcool sur le lieu de travail. La transmission des ressources génériques passe ici par l'humour.

Certains stagiaires émettent une certaine défiance face aux risques et n'acceptent pas les équipements de sécurité obligatoires. Frédéric a eu un conflit avec le formateur parce qu'il ne voulait pas utiliser les équipements de sécurité (le casque notamment)¹⁴⁴. Le formateur a d'abord exclu temporairement Frédéric de la formation jusqu'à ce qu'une réunion ait lieu entre ce premier et le coordinateur pédagogique. Frédéric a également rencontré un référent en charge de l'accompagnement qui avait une formation de psychologue. Selon un de ses collègues, ce rendez-vous l'a encouragé à rester dans la formation en se pliant aux règles de sécurité.

On pourrait expliquer ces exceptions de refus de porter les équipements de sécurité par la défiance que Frédéric a face à la sécurité.

« Frédéric : Non j'ai pas peur, je m'en, en fait, je m'en fous en fait des risques. Genre si je vais être en stage j'écoute pas forcément ce que le patron il me dit. »

Frédéric, formation niveau V, couvreur

Ce type de rapport au risque apparaît comme une exception car la plupart des stagiaires va dans l'ensemble respecter les consignes et utiliser les équipements de sécurité recommandés par le formateur durant le temps de la formation. En revanche, nous avons remarqué que certains risques étaient peu mis en avant par les stagiaires et les centres de formation ou n'étaient pas respectés pas les entreprises en stage. Nous avons décidé de qualifier ces risques d'« invisibles ».

Les risques « invisibles »

Beaucoup de ces risques invisibles sont ceux qui déclenchent des maladies professionnelles sur le long terme. Par exemple, nous avons constaté que peu de stagiaires ont eu des formations de prévention des TMS (troubles musculo-squelettiques). Les stagiaires qui ont reçu ce type de formation l'ont reçue lors d'une formation initiale.

« Enquêteur : Et du coup, est-ce que tu as eu une formation ici pour porter les choses ?

Pierre : En bac pro déjà. Enfin c'est le même corps, c'est le même secteur. Donc déjà ils nous apprennent des bases. À B. j'ai eu des formations, je suis rentré en stage, tu avais une petite formation. Une petite réunion d'une matinée où on t'explique comment faire ça. »

Pierre, formation niveau V, installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

¹⁴³ CLOT Yves, MIOSSEC Yvon, « Le collectif de travail : entre fragilité et ressource », *les risques du travail*, La découverte, Paris, 2015

¹⁴⁴ Observation du 05/06/16.

Les TMS sont devenus l'une des questions les plus préoccupantes dans le domaine de la santé au travail, ce sont des affections douloureuses des membres situées autour des articulations liées à une hyper sollicitation de ces dernières¹⁴⁵. Mais nous avons constaté qu'en général la plupart des stagiaires sont peu réceptifs à la sensibilisation des risques face aux troubles musculo-squelettiques et qu'ils les mettent à l'écart de leurs préoccupations. C'est le contexte professionnel qui est le plus souvent évoqué pour expliquer l'impossibilité de mettre en place les recommandations. Par exemple, lors des stages, les stagiaires ont été amenés à porter des charges lourdes sans mettre en pratique les informations qui leur avaient été délivrées.

« **Abdel** : C'est des manières ça. Le chantier tu ne vas pas penser à te poster comme ça pour porter quand même. Je ne sais pas, tu vas porter un truc tu vas dire : « Ah ça doit se porter comme ça ». Tu portes et tu fermes ta gueule. »

Abdel, formation niveau V, installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

« **Pierre** : La chaudière tu la chopes, tu la prends. Tu ne penses pas non plus à tout ça sur le moment, mais après si tu as une hernie tu ne peux t'en vouloir qu'à toi même. [Rire] ».

Entretien Pierre, formation niveau V, installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie

Il existe une certaine défiance des stagiaires face aux risques musculo-squelettiques de leur future profession. Parfois les premières douleurs articulaires liées par exemple aux charges lourdes ou à des accidents sont évoquées dans les entretiens mais ne vont pas déclencher des réactions d'inquiétude de la part des stagiaires.

« **Enquêteur** : Hum et du coup toi pour ton dos, est-ce que tu as eu l'occasion de voir un médecin ?

Florian : Non moi j'ai pas été voir. Parce que c'est pas des...c'est plus des douleurs chroniques, ça arrive de temps en temps donc je ne pense pas que c'est très grave. »

Florian, formation niveau V, bois

Parfois le stress est également évoqué par les stagiaires. Or, dans les centres, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer d'informations quant aux risques psychosociaux. Pourtant lors d'un stage en restauration, une stagiaire se trouve face à des formateurs qui la provoquent.

« **Marie** : Bah alors, T'as un petit coup de mou, ma petite ? » Donc, une fois qu'ils disent ça, tu as plutôt intérêt à flipper. [Rire]. Tu te dis, « Bon, je garde ma place ou pas ? ». Ça fait peur quand même. ».

Marie, formation niveau V, cuisine.

Nous avons remarqué que le niveau sonore de certains centres de formation était très élevé, néanmoins, aucun enquêté n'a évoqué cette nuisance comme étant un risque potentiel pour sa santé.

L'absence d'évocation des risques liés au déclenchement de maladies professionnelles de la part des stagiaires ne signifie pas leur inexistence, mais qu'elles ne font pas l'objet de préoccupations de la part de ces derniers. On remarque que si les stagiaires évoquent facilement les risques liés aux accidents ponctuels graves (accidents liés aux conditions météorologiques, avec des machines, etc.), en revanche ils évoquent assez peu les risques liés à l'usure de leur corps.

¹⁴⁵ BRENET René, PETIT Audrey et ROQUELAURE Yves, « Les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs ». *Les risques au travail pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. La découverte, 2015.

Ce rapport aux risques pourrait s'expliquer par un manque d'information apportée aux jeunes sur les maladies liées à leur future profession. Par exemple, peu de stagiaires ont reçu des formations sur les gestes et postures lors de leur formation professionnelle. Les entretiens retranscrivent ce manque d'information.

« Florian : Parce que le vitrage, il a un certain poids et il faut savoir le mettre et j'avais pas forcément les, la technique de ...de savoir comment lever, porter correctement et du coup comme je force un peu, je sens que mon dos il a un peu de mal. »

Florian, formation niveau V, bois

Le manque d'information se retrouve d'ailleurs chez certains stagiaires.

« Enquêteur : Et ici il n'y a aucune prévention ?

Corentin : Aucune. Il n'y a aucune sensibilisation aux allergies. »

Corentin, formation niveau V, usinage

« Florian : Fin c'est pour ça, ce que je pense et que je crois vrai, c'est pas forcément le cas parce que moi je me base sur mes acquis que j'ai eu en SVT sur le fonctionnement du corps et tout. »

Florian, formation niveau V, bois

Nous avons remarqué que peu de stagiaires avaient été sensibilisés aux TMS lors de leur formation à l'exception de deux stagiaires et de ceux qui ont suivi une formation initiale en apprentissage. Mais même les stagiaires qui ont eu ce type d'informations, mettent à l'écart ces questions. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, ce phénomène pourrait aussi s'expliquer par rapport aux causes culturelles et sociales liées aux représentations sociales du corps. Celles-ci poussent les stagiaires à se représenter leur corps comme un outil de travail et selon leur capacité à se projeter dans le futur¹⁴⁶. On voit par exemple ici que le stagiaire met en avant l'importance de gagner beaucoup d'argent à la retraite ; incompatible, selon lui, avec une fin de carrière dans une bonne condition physique. Son corps est alors un outil de travail qu'il use en contrepartie d'une rémunération.

« Florian : Et du coup peser le pour et le contre, c'est savoir si, entre guillemets, dès qu'on rentre dans le boulot, on veut vraiment bien se donner dans le boulot, se bousiller la santé et gagner un maximum pour s'assurer une bonne retraite et derrière on ne pourra pas en profiter pleinement. Ou si derrière au contraire on ne se dépense pas trop. On fait un minimum et derrière on est sûr d'avoir une retraite paisible quoi. »

Florian, formation niveau V, bois

La responsabilité des entreprises qui accueillent les stagiaires n'est pas à écarter. Selon Catherine Omnès et Laure Pitti, les pratiques de prévention peuvent également être mises en cause pour expliquer leur inefficacité car « isolées, coupées d'une partie des réalités du travail, les normes ne résistent pas au travail à faire. »¹⁴⁷. Selon la thèse des auteurs, la prévention des risques au travail est souvent tournée vers la responsabilisation croissante des salariés. Ces derniers se voient assigner beaucoup de pratiques à respecter. Alors que bien souvent ce sont les procédures de sécurité qui

¹⁴⁶ On retrouve ici les analyses de Luc Boltansky qui montrent que les personnes de milieu populaire « l'utilisent d'abord comme un outil et qui lui demandent avant toute chose de fonctionner » BOLTANSKY Luc, *Les usages sociaux du corps*. Ibid.

¹⁴⁷ OMNES Catherine et PITTI Laure, *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention*, PUR, 2009, 262 p.

s'adaptent mal aux conditions de travail. On a notamment observé qu'en stage, les stagiaires portaient bien plus que le poids maximum recommandé.

« Enquêteur : Et on vous faisait porter plus de vingt kilos ?

Gaëtan : Ouais, carrément. Des moments, on portait des cinquante kilos. »

Gaëtan, formation niveau IV, logistique

Les auteurs rappellent que du côté des salariés, « l'arbitrage individuel, entre produire ou respecter les procédures qui entameraient la qualité du travail rendu, la grande majorité des acteurs privilégient le service rendu. »¹⁴⁸. Pour les stagiaires, la prise de risques est parfois justifiée par la volonté de « bien faire son travail ».

« Florian : C'est un luxe qu'on ne peut pas forcément se payer quand on est en entreprise de se dire : « Je vais poser des jours d'arrêt parce que j'en peux plus », ou dire : « J'ai mal quelque part », sachant que derrière, ça risque de poser des problèmes au patron. »

Florian, formation niveau V, bois

Les stagiaires ont le sentiment d'avoir peu de marge de manœuvre face aux contraintes organisationnelles (manque de personnel et de temps) qui entraînent parfois le non-respect des normes de sécurité en stage. Les cadences élevées sont par exemple évoquées comme un frein à la mise en place des « bonnes pratiques » pour porter des objets lourds.

« Gaëtan : Des moments, on portait des cinquante kilos. Généralement, comme il faut se dépêcher, il faut les prendre à la main, puis on jette [il se baisse sur sa chaise et fait un geste de balancement de gauche à droite]. Après, on prend le chargeur pour les charges élevées. »

Gaëtan, formation niveau V, logistique

De plus, l'invisibilité des risques est parfois due au fait que certains stagiaires ne vont pas prendre de jours de congé en cas de maladie pour éviter d'avoir des jours de carence. Les stagiaires évitent en particulier de prendre des jours d'absence en début et en fin de semaine pour éviter de ne pas être payés durant le week-end.

« Frédéric : Si on rate un lundi ou un jeudi on se fait douiller tout le week-end, on est pas payé du week-end donc c'est pas intéressant. »

Frédéric, formation niveau V, couvreur

Enfin, l'invisibilité des risques passe aussi par l'absence de protection sociale lors de la formation. Dans les faits, les centres demandent bien souvent aux stagiaires d'entrer leur numéro de sécurité sociale lors de leur entrée en formation. Mais parfois le stagiaire ne possède pas pour autant une protection sociale. Lors de ces stages, personne n'a vérifié s'ils avaient une sécurité sociale à jour.

« Thomas : Ils ne m'ont même pas demandé de CMU »

Thomas, formation niveau IV, logistique

De même, lors de l'entrée en stage, les entreprises ne sont pas toujours dans l'observance de la règle pour vérifier les protections sociales des stagiaires. Par exemple un stagiaire n'avait pas de protection lors de son stage.

¹⁴⁸ Op cit.

« **Thomas** : Bon même si mon tuteur de stage m'a dit qu'on peut s'arranger qu'on peut faire passer le délai »

Thomas, formation niveau IV, logistique

La question du risque est donc principalement appréhendée dans les centres de formation sous l'angle des pratiques à risques des jeunes et des risques professionnels. Les centres déploient leur énergie et une partie du budget qui leur est alloué à prévenir et à gérer ces risques en fonction des ressources qui sont les leurs. Ces ressources étant inégalement réparties en fonction de leur position dans le territoire. Du côté des stagiaires, les risques sont plus larges puisqu'ils recouvrent également des pratiques face à un avenir incertain. Lors des stages, le facteur risque est une variable avec laquelle il faut composer pour pouvoir gagner sa vie. Et les bonnes pratiques apprises en formation ne sont pas prises en compte par les stagiaires qui doivent parfois les mettre à l'écart en raison des contraintes organisationnelles dans le monde professionnel.

C. LES TYPOLOGIES OBSERVEES

Nous pouvons faire apparaître plusieurs profils dans lesquels se rapprochent les différents stagiaires que nous avons rencontrés. Cette typologie se fonde sur les pratiques de santé vers lesquelles les stagiaires s'orientent le plus. Nous les divisons en pratiques curatives, celles qui ont pour objectif de résoudre un problème de santé spécifique, et les préventives, celles qui ont pour objectif de limiter l'arrivée de problèmes de santé futurs ou de limiter les effets néfastes d'un problème de santé chronique. Elles dépendent des types d'accompagnement que les jeunes stagiaires arrivent à mobiliser. Ces différents types de pratiques de santé sont relativement stables. Les stagiaires gardent généralement une approche de la santé similaire à celle de leur enfance. Néanmoins, certains stagiaires changent de pratiques à leur entrée en formation ou à la suite d'épreuves de santé.

Les observants

Ce sont en quelque sorte les « bons élèves » du système de santé. Ils disposent d'une protection sociale et vont régulièrement voir des médecins, afin de prévenir l'arrivée de problèmes de santé. Ils ont donc confiance en la médecine professionnelle pour prendre en charge leur santé. Ils respectent d'ailleurs les prescriptions qu'ils reçoivent des professionnels de la santé. Cependant ils ne leur délèguent pas pour autant toute la gestion de celle-ci. En effet, ils considèrent leurs pratiques quotidiennes, comme celle du sport ou de l'alimentation, comme des actes de prévention. Ces activités peuvent également servir à la gestion d'un problème de santé chronique. Afin de pouvoir réaliser toutes ces pratiques, ils ont accès à des ressources familiales et institutionnelles relativement importantes et bénéficient d'un accompagnement dès leur plus jeune âge. Ils combinent ainsi le curatif médical avec plusieurs formes de préventions.

L'exemple de Gaëtan, stagiaire en logistique

Pour gérer son hyperactivité, il fait du sport depuis qu'il est assez jeune. Il a depuis une activité sportive journalière qui lui permet de prendre soin de son corps.

« **Gaëtan** : J'ai toujours fait du sport à fond. Je m'en vais faire des footing, je m'en vais à la boxe, je m'en vais faire du judo. Pour me défouler quoi. Comme le soir j'arrive chez moi, je suis ko. »

« **Gaëtan** : Je vais faire du footing, du vélo, de la boxe, du judo. C'est souvent le soir comme le lundi, je privilégie le judo, le mercredi la boxe et bah...comme là, ce soir, je vais faire un footing. Je suis en

semi-pro depuis que j'ai 15 ans et demi. »

Il se sent donc en pleine forme physique.

« Enquêteur : *Tu es content de ta forme physique ?*

Gaëtan : *Bah ouais. Quand je vois des personnes ils disent...Moi, j'arrive le matin, j'ai mes yeux grands ouverts. J'ai le sourire. J'arrive pas "putain, je suis fatigué". Ouais, le matin, Nédrayn [un autre stagiaire], il dort. Non, je peux pas. Je suis réveillé le matin, j'ai le grand sourire, "bonjour." Je me lève, je me sens pas fatigué. Quand je me sens fatigué, c'est que je me dis que je vais être malade. »*

Il attribue le fait de ne pas être souvent malade à son hygiène de vie.

« Gaëtan : *Je fais beaucoup de sport et je mange correctement. j'ai toujours touché du bois. J'ai jamais rien eu. »*

Les curatifs médicaux

Ces jeunes stagiaires ont également un certain niveau de protection sociale. Mais contrairement aux observants curatifs, ils ne suivent des pratiques de santé qu'en cas de présence d'un problème de santé. Ils peuvent pratiquer des activités pour prendre soin de leur corps mais cela ne prend pas une place prépondérante dans leur quotidien. Ils sont ce que nous avons nommé des « sportifs intermittents » ayant des périodes d'activité et de non-activité sportives. Ils sollicitent les professionnels de santé quand ils ont des problèmes de santé et attendent donc d'eux une certaine efficacité dans la réalisation de leurs traitements. C'est pour cela qu'ils n'hésitent pas à changer de spécialiste si ce dernier ne les satisfait pas.

L'exemple de Marie, stagiaire en cuisine

Elle ne trouve pas le temps de faire d'activités sportives car elle privilégie sa formation.

« Enquêteur : *Tu arrives à trouver le temps pour faire toutes les choses que tu veux ou tu as un peu du mal ?*

Marie : *Ouais. Il y a des choses que j'ai du mal quand même. Par exemple, rentrer à 22h30 et puis dire " bon bah, on va faire un tour ? " C'est pas possible. C'est soit le lycée et faire ton cours de cuisine, soit te balader. Donc voilà. »*

Quand elle a eu un problème de santé, elle est allée voir un médecin afin de trouver une solution. Elle a pris part dans la réalisation du diagnostic.

« Marie : *Bah, un souci de santé, en fait. J'ai manqué de fer et de calcium, donc automatiquement, tout les microbes qui passaient, je les choppaient. [...] Sur ça, ça c'est passé après. [...] Ça m'était déjà arrivé d'être en carence de fer mais pas aussi tant. C'est-à-dire là, j'étais vraiment fatiguée... En gros, je dormais presque tout le temps, je venais en formation, j'étais comme ça [s'affale sur la table]. C'était l'enfer quoi. [...] Ce qui a alerté surtout, c'est que j'arrivais plus à me concentrer et tout. Et là, ça a commencé à m'alerter. Et tout compte fait, j'ai passé une prise de sang et c'est là où on a découvert le problème.*

Enquêteur : *C'est toi qui t'es dit que tu allais te faire prendre une prise de sang ?*

Marie : *Ouais. Je suis allée voir mon médecin ; j'ai dit " C'est pas normal. J'ai des trucs qui vont pas.*

" Donc il fait " Que veux tu qu'on fasse ? " J'ai dit " écoutez, on fait une prise de sang. Il y a pas... ". Je dis, " Je dois trouver le truc quoi. Pour au moins, que j'arrive à suivre ma formation. Parce que j'ai encore 6 mois à tirer. Donc, il faut que j'y arrive." Et tout compte fait, on a passé les prises de sang. »

Les curatifs basiques

Ils n'apprécient pas d'aller chez le médecin. Mais ils mettent en place des stratégies pour prendre en charge les maladies par leurs propres moyens. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ils ne s'orientent pas vers des médecines alternatives. Ils préfèrent utiliser d'autres formes de remèdes : se reposer, aller marcher, manger des aliments spécifiques. Ils vont occasionnellement consommer des médicaments génériques qui se trouvent en réserve chez eux. Pour autant, si ces premiers remèdes ne fonctionnent pas ou qu'ils estiment que leur situation de santé est trop critique, ils vont aller voir un professionnel de santé.

L'exemple de Bryan, stagiaire en carreleur

Quand il est malade, Bryan ne va pas souvent chez le médecin. Il préfère se soigner par lui-même en se reposant ou en se promenant.

*« **Enquêteur** : C'est pour quel raison que tu y es allé pour la dernière fois ?*

***Bryan** : Euh... Franchement...Ça fait vraiment longtemps. Il faut vraiment que j'ai un gros truc pour y aller moi. Parce qu'en fait, moi, un petit bol de thé...Ça sert à rien que je vois le médecin. J'ai une fièvre, je vais promener dehors et puis c'est tout.*

***Enquêteur** : C'est souvent ce que tu fais ?*

***Bryan** : Ouais. Bah souvent, quand je suis malade, quand il fait froid, je vais prendre l'air, un peu. Pour tuer les microbes. Je prends l'air.*

***Enquêteur** : Tu fais d'autres choses ?*

***Bryan** : Je prends du miel. De temps en temps. C'est tout. Après...Après, je laisse faire. »*

Les préventifs basiques

N'ayant pas ou peu de protection sociale, ces jeunes stagiaires doivent trouver d'autres moyens pour prendre en charge leur santé. Ils ne peuvent pas réellement accéder à des soins et doivent donc empêcher l'arrivée de maladies. Pour cela, ils surveillent scrupuleusement leur alimentation, leur sommeil et leurs activités physiques. Ils doivent donc chercher d'autres sources d'accompagnement

pour leur permettre de mener à bien ces pratiques préventives. Ils cherchent néanmoins à sortir de cette situation de non-recours qui doit rester pour eux uniquement provisoire.

L'exemple de Thomas, stagiaire en logistique

Il vient de Guadeloupe et est venu en France métropolitaine afin de suivre une formation. Mais depuis son arrivée, il n'a toujours pas de protection sociale. Il a rejoint un club de basket de haut niveau car la pratique du sport lui permet de prendre soin de son corps afin d'éviter de devoir aller chez le médecin.

« **Thomas** : Je joue du basket en Pro B c'est inter-régions c'est-à-dire qu'on joue avec toutes les régions du Nord. »

« **Thomas** : À l'entraînement j'ai fait une heure et demi de plus pour éliminer le maximum d'anti-corps. Et là aujourd'hui en effet je me sens un peu mieux. »

Pour éviter de tomber malade et de devoir dépenser de l'argent pour se soigner il dit s'assigner une hygiène de vie.

« **Thomas** : Après toujours garder une bonne hygiène de vie c'est-à-dire toujours se laver les mains quelque soit ce qu'on touche. Faire attention à son alimentation, ne jamais oublier les vitamines C c'est-à-dire les jus de fruits, les jus d'oranges, les agrumes et tout ça »

Cela ne l'empêche pas de se soigner par lui même, comme c'est le cas pour les curatifs basiques.

« **Thomas** : Comme là, j'ai une entorse et il y a certaines plantes en Guadeloupe une fois les plantes infusées la douleur elle est oubliée donc en fait c'est tout ces trucs là qui me poussent à plus croire à la médecine comme ça plutôt qu'en le médecin. En plus après c'est des produits chimiques que je vais ingérer et tout ça. Je préfère largement me promener dans la nature, repérer les plantes dont j'ai besoin et me faire un pansement à moi. »

Les désinvestis

Ces jeunes stagiaires mettent de côté toute considération pour la santé en privilégiant leur processus d'insertion professionnelle. Ils n'ont pas d'accompagnement aux soins durant leur parcours de vie. Ils associent les signaux de douleurs à un mal, mais ils essayent de « vivre avec ». On peut donc considérer qu'ils font preuve de non-recours, car ils ne traitent pas un problème tel qu'identifié par les professionnels de la santé, mais ne renoncent pas car n'en éprouvent pas eux-mêmes le besoin. Ils suivent généralement des formations manuelles.

L'exemple de Kevin, stagiaire de formation maçonnerie

Il est entré en formation maçonnerie en Belgique à l'âge de 16 ans. Lors de cette première expérience de formation, il a reçu le diagnostic d'une scoliose suite à des douleurs.

« **Kévin** : C'est mon docteur qui me l'a dit, il m'a fait passer des tests et c'est lui qui me l'a dit. »

Il arrête ensuite sa formation. A 21 ans, il reprend une formation professionnelle en tant que maçon après un rendez-vous avec une conseillère de la mission locale. Néanmoins, il est contraint

d'interrompre son stage à cause de douleurs au dos :

*« **Kévin** : Si [rire] justement j'ai pas pu finir la dernière semaine parce que j'ai pris un arrêt de trois jours. J'ai de plus en plus mal et ma colonne vertébrale, elle se plie de plus en plus à force de porter du lourd. »*

Malgré ses douleurs, Kévin ne compte pas arrêter son métier parce qu'il ne se voit rien faire d'autre.

*« **Enquêteur** : Ca te ferait quoi de devoir arrêter ce que tu fais ? »*

***Kévin** : Ca me ferait chier quand même. Parce que j'aime bien ce que je fais. Après je ne sais pas quoi faire si, si je ne peux plus faire ça je ne sais pas moi. Je ne sais pas quoi faire comme autre truc. »*

Cette typologie nous permet de constater de la multiplicité des approches des jeunes stagiaires de la formation professionnelle par rapport à la santé. Leurs parcours de vie peuvent être très différents quoiqu'ils appartiennent pour la plupart à milieu populaire. Les réponses pour garantir leur accompagnement à la santé ne sont donc pas les mêmes pour tous bien qu'il soit envisageable de développer des moyens supplémentaires dont tous pourraient bénéficier.

CONCLUSION

La commande qui nous a été adressée par la DRJSCS du Nord-Pas-de-Calais, nous a demandé d'explorer la santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle continue. La première difficulté a été de cibler spécifiquement ce public. En effet, les jeunes stagiaires de la formation professionnelle ne disposent pas d'un statut particulier au niveau de l'assurance maladie. Contrairement à d'autres publics, ils ne font pas non plus l'objet de politiques régionales spécifiques de santé.

L'étude de la santé par le biais de la notion de non-recours était également une exigence de la commande. C'est en effet une notion très utile pour déterminer l'efficacité d'une politique publique. Elle permet de savoir si le public visé bénéficie véritablement des prestations auquel il a droit. Dans le cadre de la santé, ce sont principalement l'accès à l'assurance maladie et l'accès à des prestations de santé qui sont pris en compte. Nos choix d'enquêtes nous ont cependant éloignés de cette notion. Nous avons décidé de nous intéresser aux discours des jeunes stagiaires à travers une approche compréhensive de la santé. Il est vrai que l'examen du non-recours aurait nécessité un travail d'enquête orienté principalement vers l'action des institutions de l'assurance maladie et des professionnels de la santé.

Néanmoins, nous avons saisi cette opportunité d'élargir l'analyse de la santé à tout un ensemble de pratiques qui participent à la manière dont les personnes définissent leur identité. Mais nous avons, par le manque de connaissances préalables au sujet des jeunes stagiaires, appliqué une représentation très normée de la santé, malgré nos tentatives d'ouvertures sur d'autres types de représentations. Les normes de santé véhiculées par les institutions publiques sont appropriées par les stagiaires qui s'en servent dans leurs discours. Mais leurs pratiques liées à la santé – soins, sport, sommeil, alimentation – sont très dépendantes des ressources qui sont à leur disposition et qui varient en fonction de leur parcours de vie. L'intégration sociale des stagiaires est donc essentielle pour qu'ils puissent prendre en charge leur santé de la manière dont ils le souhaitent.

Certains centres de formation dans lesquels nous sommes allés étaient particulièrement isolés géographiquement et institutionnellement. Ces derniers n'avaient pas établi de partenariats avec des structures telles que des CPAM, les directions régionales ou les centres d'examen de santé, contrairement aux missions locales ou aux centres de formation professionnelle initiale. Cela a pour conséquence de diminuer les possibilités des stagiaires d'être accompagnés dans leur parcours de santé. Ils dépendent alors des ressources qu'ils ont réussi à obtenir grâce à leur parcours antérieur, à leur entrée en formation ou de la capacité individuelle des accompagnants de mobiliser des ressources.

Les jeunes stagiaires de la formation professionnelle doivent-ils pour autant être des cibles privilégiées des politiques publiques de santé ? Il est vrai que le manque de connaissances à leur sujet peut être parfois un frein pour eux dans l'accès à certains types d'accompagnements. Il est également pertinent de s'intéresser à la santé d'individus qui doivent s'insérer professionnellement. En effet, un stagiaire en mauvaise santé a moins de probabilités de finir sa formation et de trouver un emploi. Néanmoins, il existe des catégories de jeunes qui sont bien moins intégrés socialement que les stagiaires de la formation professionnelle. Le fait de suivre un parcours de formation est un indicateur d'insertion sociale. Parmi les stagiaires que nous avons rencontrés, peu étaient des

« renversés », individus isolés socialement et n'ayant pas de lien avec les institutions publiques ou le marché traditionnel de l'emploi¹⁴⁹.

Malgré cela, nous considérons que les pratiques de santé des jeunes stagiaires de la formation professionnelle continue méritent d'être explorées. En connaître davantage sur ce public situé dans un entre-deux, entre la formation initiale et le marché de l'emploi, permet d'explorer différentes manières de s'adapter à un contexte parfois incertain. Nous espérons que les informations que nous avons pu récolter sur les jeunes stagiaires de la formation professionnelle puissent servir par la suite à enrichir d'autres recherches à leur sujet.

¹⁴⁹ MUNIGLIA Virginie, ROTHE Céline, « Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide ? », *Agora débats/jeunesses*, n° 62, 2012, p. 65-79.

PRECONISATION 1

ACTION n° 1

Faciliter l'accès aux infrastructures.

Pourquoi cette action ?

Lever les freins financiers à l'accès à une alimentation équilibrée et au sport.

Description de l'action

1. Proposer un partenariat avec les missions locales afin de savoir si celles-ci fournissent des chèques repas pour faciliter l'accès à la cantine scolaire.
2. Mettre à disposition des stagiaires une salle de sports avec quelques équipements sportifs ou proposer un partenariat entre les centres de formation et une ou plusieurs salles de sports à proximité.

Facteurs de réussite

1. Des tarifs de cantine adaptés aux stagiaires les plus précaires.
2. Intégration des cours de sport dans les programmes de formation.

Résultats attendus et évaluation

1. Augmentation de la fréquentation de la cantine par les stagiaires les plus précaires.
2. Pratique régulière d'une activité sportive durant les semaines de formation.

PRECONISATION 2

ACTION n° 2

Améliorer l'accessibilité des référents pédagogiques d'accompagnement dans les territoires isolés.

Pourquoi cette action ?

Les centres de formation éloignés n'ont pas toujours de référents pédagogiques en charge des difficultés périphériques.

Description de l'action

Mise en place de permanences de référents pédagogiques d'accompagnement dans chaque centre (infirmiers, psychologue, assistante sociale, etc.).

Facteurs de réussite

Développer la présence de référents pédagogiques d'accompagnement dans les centres de formation les plus isolés.

Résultats attendus et évaluation

Amélioration de la prise en charge des « difficultés périphériques » lors de la formation.

PRECONISATION 3

ACTION n° 3

**Sensibiliser les stagiaires et les entreprises
aux risques professionnels rencontrés en
stage.**

Pourquoi cette action ?

Les risques professionnels sont partiellement prévenus par les centres de formation

Améliorer la prévention des risques professionnels en laissant l'occasion aux stagiaires de se rendre compte par eux-

Description de l'action

Création d'un livret d'accueil des stagiaires dans lequel il est expliqué les différents risques professionnels qu'ils sont amenés à rencontrer en stage. Ce livret pourrait être envoyé par le centre de formation avant chaque début de stage aux entreprises accueillantes.

Facteurs de réussite

Mettre en avant les risques professionnels dans les centres de formation et les entreprises accueillant des stagiaires.

Résultats attendus et évaluation

Sensibilisation accrue des stagiaires, des centres de formations et des entreprises aux risques professionnels.

PRECONISATION 4

ACTION n° 4

Permettre un partenariat entre les centres de formation et les centres d'examens de santé.

Pourquoi cette action ?

Créer un réseau de santé autour des stagiaires de la formation professionnelle pour prévenir les maladies

Prévenir les problèmes de santé pouvant entraver le bon déroulement de la formation et fournir un accompagnement aux stagiaires pour leurs démarches de santé.

Description de l'action

Rendre obligatoire une visite dans un centre d'examen de santé. Intégrer cette exigence dans le repère pour la mise en œuvre des aides régionales (PRF).

Facteurs de réussite

1. Parvenir à tisser des liens de partenariat entre les centres d'examens de santé et les centres de formation.
2. Faciliter la mobilité des stagiaires résidents dans des territoires ruraux jusqu'au centre de santé.

Résultats attendus et évaluation

1. Améliorer l'accompagnement à la santé des stagiaires.
2. Augmenter la fréquentation des centres d'examens de santé.

PRECONISATION 5

ACTION n° 5

Accès à l'information aux droits de santé des jeunes.

Pourquoi cette action ?

Plusieurs situations de non-recours liées à un manque d'informations sur les formalités de mise à jour du statut.

Description de l'action

1. Permettre aux jeunes de recevoir des informations sur leurs droits en matière de couverture de santé (CMU, CMU-C, etc.), pendant les temps de formation par des intervenants issus du milieu associatif.
2. Renforcer le contrôle de la couverture de santé des stagiaires lors de leur entrée en formation.
3. Renforcer l'accompagnement en cas d'absence de couverture santé grâce aux accompagnants formés dans les centres de formation.

Facteurs de réussite

Des stagiaires qui sont au courant de leur droit et suivi dans leur différentes démarches.

Résultats attendus et évaluation

Diminution des situations de renoncements et de non-recours des stagiaires de la formation professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

ARS Nord-Pas-de-Calais, Atlas régional et territorial de santé du Nord-Pas-de-Calais, 2015.

BARTHE Jean-François, « Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques », Revue française de sociologie, vol. 31, n°2, pp. 283-296.

BEAL Arnaud et al., « Expériences de justice et représentations sociales : l'exemple du non-recours aux droits », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 2014/3 (Numéro 103), p. 549-573.

BECQUET Valérie, « Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. », Agora débats/jeunesses 3/2012 (N° 62) , p. 51-64.

BERLIVET Luc , « Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé », Revue d'histoire moderne et contemporaine, n°60-4/4 bis, 2013, p. 97-121.

BERLIVET Luc, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », Le gouvernement des corps (dir. Fassin, Memmi), ed. HESS, coll. Cas de figure, 2004, p. 37-76.

BERRAT Brigitte, « Ceux qui ne demandent rien : hors jeu, résignés ou résistants ? », Vie sociale, 2008/1 (N° 1), p. 5-8

BERTON Fabienne, « Chapitre 2. Le système français de formation professionnelle continue, le paradoxe de l'initiative individuelle », La formation professionnelle continue, Bruxelles, De Boeck Supérieur, «Économie, Société, Région», 2005, 304 p.

BOLTANSKI Luc, Les usages sociaux du corps. In: Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 26^e année, N. 1, 1971. pp. 205-233.

CLEMENT Jean-Paul, JACOLIN-NACKAERTS Myriam, « La lutte contre l'obésité à l'école : entre biopouvoir et individuation », Lien social et Politiques, n°59, 2008, p.47-60

CLOT Yves et MIOSSEC Yvon, "Le collectif de travail: entre fragilité et ressources" Les risques du travail, La découverte, Paris, 2015.

CONTER Bernard et VEINSTEIN Matthieu, « Formation professionnelle continue en Belgique : des pratiques variables selon les trajectoires professionnelles », Formation emploi, n° 104, 2008.

CPAM Hainaut, « Annexe 1, contexte de la Région Nord-Pas-de-Calais et du territoire du Hainaut », Projet d'entreprise, 2015.

DAVID Olivier, LE GRAND Éric, LONCLE Patricia, « Systèmes locaux et action publique : l'exemple des jeunes vulnérables. », Agora débats/jeunesses 3/2012 (N° 62), p. 81-95.

DEDIANNE Marie-Cecile, HAUZANNEAU Philippe, LABARERE José, MOREAU Alain, « Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus groups », La revue du praticien, médecine générale, Tome 17, n°611, 22 avril 2003

DEPP, Repères & références statistiques, enseignements , formation , recherche, 2014, 437 p.

DEPRES Caroline, "Négocier ses besoins dans un univers contraint. Les renoncements de soins en situation de précarité", *Anthropologie et Santé*, n°6, 2013.

DOUARD Olivier, LONCLE Patricia, « Introduction. Les jeunes vulnérables dans les politiques locales sociales et de santé », *Agora débats/jeunesses* 3/2012 (N° 62) , p. 45-49

DRESS, L'état de santé de la population en France, 2015.

Fond CMU, Rapport d'activité, 2013, 128 p.

FOND CMU, Rapport d'activité, 2013.

FOURNIER Pierre, Travailler dans le nucléaire. Enquête au coeur d'un site à risque, Paris, Armand Colin, 2012, 230 p.

GAGNON Eric, SAILLANT Francine, « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, 1999, p. 5-14.

GAGNON Eric, SAILLANT Francine, « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, n° 2, 1999, p. 5-14.

GALLAND Olivier, « Les âges de la jeunesse », *Les jeunes*, Paris, La Découverte , «Repères», 2009, 128 pages.

GAUSSOT Ludovic, Modération et sobriété. Études sur les usages sociaux de l'alcool, L'Harmattan, Logiques sociales (2004).

GOFFMAN Erving, Stigmate. Les usages sociaux du handicap, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963], 1975.

GREFFE Xavier, La formation professionnelle des jeunes: le principe d'alternance, Antropos Paris, 1995.

GUTHMULLER Sophie et al, « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 », *Questions d'économie de la santé*, n° 195, 2014, 8 p.

GUYOT Jean-Luc, « Avant-propos », *La formation professionnelle continue*, Bruxelles, De Boeck Supérieur , «Économie, Société, Région», 2005, 304 p.

HELARDOT Valentine, « Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations », *Cahiers internationaux de sociologie* 1/2006 (n° 120), pp. 59-83

INPES, Atlas des usages de substances psychoactives, 2010, 101 p.

INPES, baromètre de la santé, 2015.

INSEE, "Santé et recours aux soins en Nord-Pas-de-Calais", *Profils*, n°4, 2005, 6 p.

INSEE, « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux », *Profils*, n°105, 2012.

- INSEE, Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2015, 2016.
- INSEE, Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux au 1er janvier 2016 , 2016.
- INSEE, Revenus et pauvreté des ménages en 2012, 2015.
- INSEE, Taux de mortalité en 2009, 2010.
- INSEE, Taux de pauvreté en 2011, 2012.
- JAUNAIT Alexandre, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques* 2003/3 (no 11).
- JELLAB Aziz, *Sociologie du lycée professionnel, L'expérience des élèves et des enseignants dans une institution en mutation*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail, 2008, pp.32-33
- KERGOAT Prisca, « De l'indocilité au travail d'une fraction des jeunes populaires. Les apprentis et la culture ouvrière », *Sociologie du travail* 48, 2006, pp.545-560
- KLEINMAN Arthur, KLEINMAN Joan, "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience", *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol 15, n°3, p. 275-300.
- KLEINMAN Arthur, *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press, 1980.
- LABERGE Yves, "Sociologie du corps en bonne santé : sur quelques théories américaines émergentes en sociologie médicale", *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n°45, 2014.
- LAHIRE Bernard, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, coll. Essais & recherches, 1998, 271 p.
- LAMAURT Florence et al, « Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants en soins infirmiers. », *Recherche en soins infirmiers* 2/2011 (N° 105) , p. 44-59.
- LE BRETON David, « Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes », *Revue du MAUSS* 1/2011 (n° 37) , p. 365-384.
- MASSÉ Raymond, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie & Santé* , 2010.
- MATH Antoine, "Non-take-up, niet-gebruik ou non-recours ? [Comment traduire des termes de protection sociale]", *Recherches et Prévisions. Accès aux droits. Non-recours aux prestations. Complexité*, n°43, mars 1996, pp. 19-22.
- MONVILLE Marie, LEONARD Dimitri, « La formation professionnelle continue. », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 2/2008 (n° 1987-1988) , p. 7-67.
- MOREAU Gille, *Le monde des apprentis, La dispute*, 2003.

MUNIGLIA Virginie, ROTHE Céline « Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : l'importance des autrui significatifs dans le recours à l'aide sociale », Revue française des affaires sociales 2013/1 (n° 1-2), p. 76-95.

MUNIGLIA Virginie, ROTHE Céline, « Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide ? », Agora débats/jeunesses, n° 62, 2012, p. 65-79.

MUNIGLIA Virginie, ROTHE Céline, « Jeunes vulnérables : quels usages des dispositifs d'aide ? », Agora débats/jeunesses 2012/3 N° 62

ODENORE (Observatoire des non-recours aux droits et services), L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux, Paris, La Découverte, coll. « Cahiers libres », 2012, 180 p.

OMNES Catherine et PITYY Laure, Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. PUR, 2009.

ORS Nord-Pas-de-Calais, L'indicateur synthétique de développement et d'évolution de la santé, 2015, 14 p.

PARSONS Talcott , The Social System. Glencoe, Ill., Free Press, 1951, chapitre 8.

PERETTI-WATEL Patrick, « Morale, stigmatisme et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », Agora débats/jeunesses, n° 56, 2010.

PERETTI-WATEL Patrick, « Morale, stigmatisme et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles », Agora débats/jeunesses 3/2010 (N° 56) , p. 73-85.

REA Andrea, « Les politiques d'insertion professionnelle des jeunes. (1981-1990) », Courrier hebdomadaire du CRISP, n° 1306-1307, 1991, p. 1-65.

Région Nord-Pas-de-Calais, Programme Régional de Formation 2015, Cahier des Clauses Technique et Particulières, certification accompagnée, 2014,

Région Nord-Pas-de-Calais, Programme Régional de Formation 2015, Cahier des Clauses Technique et Particulières, certification accompagnée, 2014, 116 p.

REVIL Héléna, « Le « non-recours » à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution », La Revue de l'Ires, 2014/2 (n° 81), p. 3-32.

ROULLEAU-BERGER Laurence. L'expérience de la précarité juvénile dans les espaces intermédiaires. In: Formation Emploi. N.57, 1997. pp. 3-13.

SARRADON-ECK Aline, "Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues", Sciences sociales et santé, vol 25, n°2, 2007, p. 6-34.

SARRADON-ECK Aline, « Les représentations populaires de la maladie et de ses causes », La Revue du Praticien. Médecine générale, n°566, 2002, p. 358-63.

SCHWARTZ Olivier , Le monde privé des ouvriers, 2^e édition Quadrige, 2009, 531 p.

SCHWARTZ Olivier, 1990. Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord, Paris, PUF.

TAÏEB Olivier et al, "Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle", 2005.

TREMBLAY Martyne, « Représentations de la santé et rapports au corps d'étudiants préprofessionnels en danse contemporaine », Université du Québec à Montréal, Thèse, 2011, p. 161

VAN OORSCHOT Wim, "Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées", Recherches et Prévisions, n°43, 1996, pp. 33-49.

VAN OORSCHOT Wim, MATH Antoine, "La question du non-recours aux prestations sociales", Recherches et Prévisions. Accès aux droits. Non-recours aux prestations. Complexité, n°43, mars 1996, pp. 5-17.

VANHULLE Sabine et al., « La co-construction de soi et de ses savoirs professionnels comme effet de l'alternance : quels indicateurs ? », in France Merhan et al., Alternances en formation, De Boeck Supérieur « Raisons éducatives », 2007, p. 241-257.

VIEILLE-MARCHISET Gilles, GASPARINI William, « Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratiques et rapports au corps », Staps, n° 87, 2010.

WACQUANT Loïc , « Corps et âme : Notes ethnographiques d'un apprenti-boxeur », Actes de la recherche en sciences sociales, 1989, vol. 80, no 1, p. 33-67.

WARIN Philippe , "Le non-recours par désintérêt : la possibilité d'un « vivre hors droits »", Vie sociale, n°1, 2008, p. 9-19.

WARIN Philippe , « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », Informations sociales 2013/4 (n° 178), p. 52-62.

WARIN Philippe , Le non-recours: définition et typologies, Odenore, 2010.

WARIN Philippe, "Ce que renoncer à des soins veut dire. Contrat de définition", Institut de recherche en santé publique, 2011.

WARIN Philippe, « Non-recours : un axe central de lutte contre les exclusions pour les CCAS », Actes (ACtions & TErritoires du Social). Revue de l'UNCCAS, n° 454, 2015.

WARIN Philippe, Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD, Odenore, 2014, 104 p.

WARIN Philippe et al, Le non recours aux soins des actifs précaires, rapport scientifique final, ANR, Programme santé environnement - santé travail, 2008.

WARIN Philippe, " Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?", La vie des idées, Dossier "réformer les minima sociaux", 2010.

SITOGRAFIE

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>

<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

<http://www.cnrtl.fr/definition/curatif>

GLOSSAIRE

ACS : Aide au paiement d'un Complémentaire Santé

AFPA : Association Formation Professionnelle Adulte

ASS : Action Sanitaire et Sociale

CIF : Congé Individuel de Formation

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale

EPI : Équipement Personnel de Protection

GRETA : Groupement d'établissements.

Le/la coordinateur/trice pédagogique (ou chef des travaux): sont chargé de coordonner l'équipe pédagogique, de faire l'intermédiaire entre la région et les jeunes et de gérer d'éventuels conflits.

Les Formateurs/trices: équipe pédagogique ayant des qualifications et/ou expériences professionnelles.

Référent pédagogique en charge de l'accompagnement (psychologue, psychologue du travail, animateurs socio-éducatifs, infirmière scolaire, etc.): chargés de l'accompagnement cognitif, administratifs en cas de difficultés périphériques.

TMS: troubles musculo-squelettiques

Annexe 1 : Guide d'entretien des stagiaires

I / Description du parcours de formation

Est ce que vous pouvez me parler de....

- ... votre formation actuelle et de votre entrée dans cette formation ?
- En combien de temps se déroule-t-elle ?
- Quel niveau d'étude vous donne cette formation ?
- Quel type de métier vous amène-t-elle à faire par la suite ?
- La formation vous plaît-elle ? Le rythme vous convient-il ?
- Avez-vous un projet professionnel ?
- Quel est votre parcours de formation ? (décrochage scolaire, redoublement, niveau de diplôme)
- Avez-vous des contacts avec l'administration de l'établissement ?
- Comment cela se passe avec le Responsable de formation ? Le formateur ? Le maître d'oeuvre ?
- Avez-vous déjà travaillé auparavant ? Combien de temps ?
- Avez-vous eu une visite médicale lors de votre entrée en entreprise ?
- Avez vous discuter de la santé au travail dans le cadre de votre formation ? Sur la mise à jour de vos vaccins ?

II/ Environnement social

- Quel est votre lieu d'habitation ? (Ville / campagne)
- Comment vous rendez-vous sur votre lieu de formation et de travail ?
- Avec qui vivez vous ? (seul, en couple, chez les parents, enfant à charge...)
- Quel est le métiers de vos parents ?
- Vos parents ont-ils une couverture sociale ? Une complémentaire ?
- Quelle est votre couverture de soin actuelle ? Complémentaire ? Depuis quand ? Avant ?
- Avec qui parlez-vous de vos démarches administratives de santé ? Qui peut vous aider ?
- Si besoin pouvez-vous demander de l'aide à quelqu'un pour réaliser les démarches administratives ?
- Quelles sont vos priorités pour vivre avant de pouvoir vous occuper de votre santé ?/ Pensez vous qu'il y a des priorités avant la santé ?

- Quelle est votre situation financière (emprunt, dettes) ? Vous reste-t-il de l'argent à la fin de mois ?
- Bénéficiez-vous d'aides sociales ? Si oui, lesquels : RSA, AAH, ASS, API
- Si vous rencontrez des difficultés, d'ordre financier ou autre, pouvez-vous demander de l'aide à un proche ou à votre famille ?

III/ Relation avec le corps

Dans notre étude, on s'intéresse aussi à la relation que vous avez avec votre corps ...

- Comment vous sentez-vous le matin en vous levant ?
- Dans la vie quotidienne prenez-vous du temps pour entretenir votre corps ? (Alimentation, sport, méditation)
- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments ? Quel type de médicaments ? Qui vous conseil sur les médicaments adaptés ?
- Vous sentez-vous à l'aise dans votre corps ?
- Avez-vous des habitudes de vie que vous considérez comme un risque à votre santé ?
- Avez-vous des habitudes de consommations types, alcool, tabac, drogues ?
- Avec qui parlez vous de votre santé ou de votre bien être ? (ami, famille, professionnel de santé)
- Avez-vous eu un rendez-vous avec la médecine du travail ? Quand ?
- Est ce qu'on vous a parlé de risques liés à votre poste de travail ?
- Après une journée de travail en entreprise, comment vous sentez-vous ?
- Après une journée au centre de formation, comment vous sentez-vous ?
- Si problèmes ressentis : Quel est votre stratégie pour pallier à un problème de santé ?
- Depuis l'entrée en formation vos habitudes de vie se sont-elles modifiées ? hygiène de vie (sport, sommeil, alimentation, etc) et démarches de santé.

IV/ Relation avec personnel de santé

- A Quand remonte votre dernière consultation chez un médecin traitant ? Combien de fois par an allez vous chez le médecin ?
- Votre médecin traitant habite-t-il près de chez vous ?
- Avez-vous le même médecin traitant depuis votre enfance ? Quand est-ce que vous y alliez quand vous étiez plus jeune ?
- S'agit-il du même médecin traitant que vos parents ?
- Lorsque vous rencontrez des difficultés, est ce qu'il vous arrive de les confier à votre médecin traitant ? Si non, pourquoi ?

- Parlez-vous à votre médecin traitant de vos consommations de drogues ou d'alcool si il y en a ? Pourquoi ?
- Quels sont les spécialistes que vous avez déjà rencontrés ? (Dentiste, Ophtalmo, Gynéco, Psychologue...) Combien de fois ?
- A quand remonte votre dernière consultation chez un spécialiste ? Lequel ?
- Les spécialistes sont-ils disponibles rapidement pour des rendez-vous ?
- Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec les professionnels de santé ? Qu'est qu'un "bon" professionnel de santé pour vous ?
- Avez-vous eu de l'aide de la part des professionnels de santé pour remplir des documents administratifs ? Auriez-vous souhaité avoir de l'aide ? En avez-vous demandé ? A qui ?
- Vous arrive-t-il d'annuler certains rendez-vous ? Pour quelles raisons ?
- Vous arrive-t-il de renoncer, de refuser ou d'adapter des soins prescrits par des professionnels de santé ?
- Êtes-vous satisfait des propositions médicales de votre médecin traitant ? Des spécialistes que vous allez voir ?
- Y a-t-il une personne de votre entourage qui influence vos décisions de santé ?

V/ Description du renoncement

- Souffrez-vous de maladie chronique ou avez-vous besoin de soins ponctuels ?
 - Vous arrive-t-il de renoncer à des soins ? Quels soins ? Depuis quand ? Depuis l'entrée en formation ? Exceptionnel ?
 - Votre centre de formation vous a-t-il informé de vos droits de santé ? Si oui, quand et comment avez-vous été informé ?
 - Utilisez-vous des alternatives à des soins ? Si oui, pour quels soins et pourquoi ?
- (Exemple = *Chercher les comportements alternatifs : Ophtalmo trop cher = Lunette loupe à 10 € ou dentiste trop cher = arrachage de dent. Renoncement au comportement intégré*)
- Avez-vous fait des demandes de prestations de santé auprès des organismes sociaux ?
- Si oui, comment cela s'est passé ?

VI/ Explications du renoncement

- Quelles sont les raisons qui vous poussent à renoncer à certains soins ?
- Pourquoi certains soins sont priorités et pas d'autres ?
- Raisons financières ?
- Convictions philosophiques / religieuses ?
- Pression de la famille ? "Qu'en dira-t-on ?"

- Lenteur ou complication des démarches ?
- Barrière de la langue ?
 - Inutilité de la prestation proposée ? (force à la prescription et à l'examen)
 - Crainte ou peur de consulter ? (peur de la maladie, du résultat)
 - Distance physique offre de soin ?
 - Reste à charges ? Avance de frais ? (raisons)
- Vous arrive-t-il de vous priver de certains soins afin d'en faire bénéficier une personne de votre entourage ?

VII/ Conséquences du renoncement

- Avez vous constaté des conséquences physiques, émotionnels ou psychologiques après avoir renoncé à des soins ? Préciser quels soins / quel conséquences ?
- Avez-vous ressenti des difficultés d'intégration professionnelle ?
- Comment vous êtes vous senti suite au renoncement d'un soin ?
- Avez vous ressenti une injustice ? Pourquoi ? Quelles ont été les conséquences ?
- Pensiez vous remettre le soin à plus tard ?
- Avez-vous recherché des solutions pour pouvoir vous soigner ? (Emprunt auprès de services administratif, de la famille, des amis)
- Comment en êtes vous arrivé à prendre la décision d'entamer cette (nouvelle) démarche de soins ? (douleur, peur des conséquences)
- Avez vous discuté de votre situation à votre entourage ? (famille, amis)
- Quelle serait la solution pour vous aider à prendre soin de votre santé ?

Questions supplémentaires :

- Au cours des 12 derniers mois avez vous renoncé à des soins pour raisons financières ?
- Quel est votre âge ?

Annexe 2 : tableau récapitulatif des enquêtés

Tableau récapitulatif des entretiens réalisés avec les jeunes stagiaires en formation professionnelle

| TERRITOIRES | SECTEUR | DIPLÔME | PRÉNOM |
|--------------------|----------------|----------------|---------------|
| Artois | Insertion | Non | Sarah |
| Artois | Insertion | Non | Gregory |
| Artois | Insertion | Non | Fanny |
| Artois | Insertion | Non | Samir |
| Artois | Insertion | Non | Cécile |
| Artois | Insertion | Non | Caroline |
| Artois | Insertion | Non | Steven |
| Artois | Insertion | Non | Morgane |
| Artois | Usinage | BTS (III) | Amélie |
| Artois | Usinage | BTS (III) | Corentin |
| Artois | Téléconseiller | BTS (III) | Héloïse |
| Artois | Téléconseiller | BTS (III) | Louise |
| Artois | Couvreur | CAP (V) | Sébastien |
| Artois | Couvreur | CAP (V) | Adrien |
| Artois | Couvreur | CAP (V) | Brendon |
| Artois | Cuisine | Bac pro (IV) | Marie |
| Artois | Serveur | Bac pro (IV) | Estelle |
| Artois | Serveur | Bac pro (IV) | Damien |

| | | | |
|----------------|---|--------------|--------------|
| Hainaut | Logistique | Bac pro (IV) | Thomas |
| Hainaut | Logistique | Bac pro (IV) | Gaëtan |
| Hainaut | Logistique | Bac pro (IV) | Arnaud |
| Hainaut | Couvreur | CAP(V) | John |
| Hainaut | Couvreur | CAP(V) | Frédéric |
| Hainaut | Installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie. | CAP (V) | Pierre |
| Hainaut | Installation en chauffage, climatisation, sanitaire et énergie. | CAP (V) | Abdel |
| Hainaut | Maçonnerie | CAP (V) | Kevin |
| Hainaut | Formation en bois | CAP (V) | Florian |
| Hainaut | CIP (Conseillé d'Insertion Professionnelle) | Niveau III | Marie |
| Hainaut | CIP (Conseillé d'Insertion Professionnelle) | Niveau III | Julien |
| Hainaut | Façadier Peintre | Niveau V | Marc-Antoine |
| Hainaut | Carreleur 1 | Niveau V | Bryan |
| Hainaut | Carreleur 2 | | Riyad |
| Hainaut | Carreleur 3 | Niveau V | Jérôme |
| Hainaut | BTS technicien de maintenance | BTS (III) | Rachid |
| Hainaut | BTS technicien de maintenance | BTS (III) | Abdel |
| Hainaut | BTS technicien de maintenance | BTS (III) | Matthieu |
| Hainaut | CAP petite enfance | Niveau V | Stéphanie |
| Hainaut | CAP petite enfance | Niveau V | Sophie |

Annexe 3 : Guide d'entretien des animateurs socio-éducatifs

Dans le cadre de ce guide d'entretien, l'ordre de traitement des thèmes n'a pas d'importance. Il faut les considérer comme des portes d'entrées possibles : par l'institution (thème 1), par le travail de l'animateur (thème 2) ou par les défis rencontrés par les stagiaires (thème 3). Tout dépend du thème qui semble le plus facilement abordable avec l'interviewé.

1. Description du centre de formation

1.1 Taille du centre et type de formations

Pouvez-vous nous présenter votre centre de formation ?

Pouvez-vous nous parler des différentes formations que comprend votre structure ?

Vers quels types de métiers amènent-elles ?

Quels sont les niveaux de vos formations ? Leur durée ?

Avez-vous une spécificité particulière par rapport aux autres centres de formations de la région /centre de formation de votre groupe ?

1.2 Description des stagiaires

Comment des personnes arrivent-elles en formation dans votre structure ?

Parmi les moins de 26 ans, certains sont-ils arrivés par le biais de structures tiers (missions locales, écoles de la seconde chance) ?

Parmi les stagiaires y-en-a-t-il qui y sont envoyés par leur employeur ?

Quels sont les retours des stagiaires sur leur formation ? Que pensent-ils de leur formation ?

1.3 Déroulement des formations

Comment se répartit la présence des stagiaires entre le centre de formation et leur entreprise de stage ?

Comment se déroule une journée de formation en structure ?

1.4 Services offerts aux stagiaires

Quels types de services offrez vous à vos stagiaires (restauration, hébergement, laverie, etc) ?

Quel en est l'usage fait par les stagiaires ?

1.4 Liens avec entreprises employeuses

Quels sont vos contacts avec les entreprises de vos stagiaires ?

Discutez-vous avec les entreprises du travail des stagiaires ?

2. Description de la fonction d'animateur socio-éducatif

2.1 Description de la fonction

Pouvez-vous me présenter votre fonction ?

Quel est votre rôle au sein de la structure ?

2.2 Taches effectuées

Que faites-vous dans le cadre de votre fonction ?

Pouvez-vous me décrire une journée type ? Votre journée d'hier ?

Faites-vous face à des urgences ? A des situations exceptionnelles ?

2.3 Lien avec les stagiaires

Dans quel cadre rencontrez-vous les stagiaires ?

Comment vous sont présentés les nouveaux stagiaires ?

Avez-vous des contacts avec eux avant qu'ils ne s'inscrivent en formation ?

Comment vous entendez-vous avec les stagiaires ?

Comment pouvez-vous venir en aide aux stagiaires ?

2.4 Lien avec autres éventuels partenaires

Êtes-vous en lien avec d'autres structures ?

Travaillez-vous en lien avec la Caisse primaire d'assurances maladie ?

Êtes-vous en contact avec les centres d'examen de santé ?

Travaillez-vous en lien avec les missions locales /écoles de la seconde chance ?

Êtes-vous en contact avec la région ? Avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ?

Quels sont vos liens avec la médecine du travail ?

2.5 Parcours personnel

Comment êtes-vous arrivés dans cette fonction ? Depuis combien de temps ?

Quelle activité faisiez-vous préalablement ?

Quels parcours d'étude/ de formation avez-vous suivis ?

3. Description des défis extra-formation des stagiaires

Quand les stagiaires viennent vous parler, quels sont les sujets qui reviennent le plus régulièrement ?

Quelles sont les principales difficultés extra-formation rencontrés par les stagiaires, selon vous ?

3.1 Enjeux financiers

Quel est généralement la situation financière des stagiaires ? Vous en parlent-ils ?

A combien équivaut leurs revenus lors de leur formation ?

Rencontrent-ils des problèmes pour financer leur formation ?

Rencontrent-ils des problèmes économiques qui remettent en question le suivi de leur formation ?

Existe-il des solutions s'ils y ont des problèmes financiers ?

3.2 Enjeux sociaux

Avez-vous affaire à des stagiaires isolés socialement ?

D'où viennent les stagiaires ?

...

3.3 Enjeux de santé

Les stagiaires doivent-ils avoir une couverture santé afin de s'inscrire à une formation ?

Comment considérez-vous la santé générale des stagiaires ? Sont-ils en bonne santé ?

Considérez vous que les stagiaires aient le morale ? Soit en bonne santé mentale ?

Considérez vous qu'ils aient de bonnes pratiques de santé ?

Alternative : Pensez-vous qu'ils prennent soin de leur santé ?

Savez-vous si des stagiaires renoncent parfois à des soins ? Vous en parlent-ils ?

Les stagiaires rencontrent-ils des problèmes de santé ? Quels types de problèmes santé sont-ils les plus fréquents parmi les stagiaires ?

Parmi ces problèmes de santé certains ont-ils un impact sur leur parcours formation ?

Les stagiaires rencontrent-ils des problèmes de santé lors de leur stage ? Avez-vous des informations concernant les accidents de travail ?

Comment le sujet de la santé est-il traité au sein de la structure de formation ?

Pour vous, quelles sont les causes de ces problèmes de santé ?

Sport Non-recours Soins
Jeunes Formation professionnelle
Renoncement Pratiques de santé
alimentation Classes populaires Corps

L'étude en quelques mots

Cette recherche-action, commanditée par la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale, vise à mieux comprendre les situations de non-recours et les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle dans les territoires du Hainaut et de l'Artois.

A partir d'un corpus de 39 entretiens avec des jeunes de la formation professionnelle de 18 à 25 ans et la rencontre avec des professionnels de santé et des personnes travaillant dans les centres de formation, cette étude montre comment les représentations de la santé des stagiaires sont proches des normes de santé véhiculées par les institutions. Elle montre cependant que leurs pratiques – soins, sport, sommeil, alimentation – sont très dépendantes des ressources qu'ils ont à leur disposition et qui varient en fonction de leur trajectoire et de la façon dont ils sont accompagnés au quotidien.

Enfin, cette recherche-action met en exergue le rôle des centres de formation dans la prévention et dans l'accompagnement des stagiaires face aux risques professionnels.



➤ Adresse

20 Square Friant les Quatre Chênes
80039 AMIENS Cedex 1

➤ Contacts

Téléphone :
+ 33 3 22 33 89 00

Télécopie :
+ 33 3 22 33 89 33

