

**Camille SADOWSKI**

*Mémoire de fin d'études, 2<sup>ème</sup> année de Master*

*Sous la direction de Madame Gloria DOSSOU*

**Université de Lille**

**Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)**

**Master Ingénierie de la Santé, parcours Healthcare Business**

**Année universitaire 2022-2023**

---

**Les jeunes adultes face au système de santé :  
étude sur les facteurs et manifestations du  
renoncement aux soins chez les 18-30 ans.**

---

Date de la soutenance : Mardi 4 juillet 2023

Composition du jury :

Présidente de Jury : Madame Hélène GORGE

Directrice de Mémoire : Madame Gloria DOSSOU

Troisième membre de Jury : Monsieur Sylvain Pouillard

# Remerciements

Ce travail signe l'aboutissement de cette dernière année de master et je tiens à remercier toutes les personnes qui y ont directement ou indirectement contribué.

Je tiens tout d'abord à adresser mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Madame Gloria Dossou, qui a accepté de me suivre et d'apporter ses recommandations et son expertise qui ont grandement contribué à la réussite de ce travail.

Je remercie sincèrement Madame Hélène Gorge, responsable de mon master et présidente de jury, pour ses enseignements et conseils au cours de cette année d'études.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers Monsieur Sylvain Pouillard, un de mes formateurs lors de mes études d'infirmière, qui a accepté de participer et d'évaluer ce travail en étant mon troisième membre de jury.

J'adresse également mes remerciements à l'équipe pédagogique ainsi qu'aux enseignants et intervenants de l'ILIS pour la qualité des enseignements et la transmission de leurs connaissances.

Je ne remercierai jamais assez ma famille et mes amis pour leurs encouragements, leur compréhension et leur soutien moral dans l'ensemble de mon parcours. Une mention spéciale à ma maman, que je remercie pour son aide et son soutien inconditionnel.

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>1</b>
<b>Table des figures</b> .....	<b>4</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>Partie 1 : Revue de la littérature</b> .....	<b>7</b>
I. Accès aux soins en France : concept clés et états des lieux .....	7
1. Concepts clés.....	7
a. Accès aux soins .....	7
b. Renoncement aux soins .....	10
c. Les différentes formes du renoncement aux soins.....	12
2. Evolution de l'accès aux soins en France .....	13
3. Situation actuelle de l'accès aux soins en France .....	14
II. Les facteurs influençant le renoncement aux soins .....	16
1. Facteurs financiers et économiques.....	16
a. Inégalités liées au revenu et niveau de vie .....	16
b. Coût des soins et impact sur le renoncement .....	18
c. Rôle de l'Assurance Maladie.....	19
2. Facteurs géographiques et d'accessibilité.....	23
a. Distance géographique .....	23
b. Accessibilité : transports et moyens de déplacement .....	26
3. Facteurs psycho-sociaux.....	27
a. Représentations et sentiment d'invincibilité des jeunes adultes.....	27
b. Stigmatisation et perception sociale de la santé .....	29
4. Facteurs liés à l'information et à la communication .....	30
a. L'habilitation en santé .....	30
b. L'information santé.....	31

c. L'influence de l'Internet .....	31
<b>Partie 2 : Méthodologie, analyse et résultats .....</b>	<b>34</b>
I. Choix de la méthodologie .....	34
II. Population étudiée .....	35
III. Analyse des résultats .....	39
1. Prévalence du renoncement aux soins chez les jeunes adultes .....	39
2. Manifestations du renoncement aux soins chez les jeunes adultes .....	40
3. Variables influant sur le renoncement aux soins .....	41
4. Profils de la population étudiée .....	44
5. Causes du renoncement aux soins .....	47
IV. Discussion et limites .....	51
<b>Partie 3 : Solutions envisageables au renoncement aux soins chez les jeunes adultes .....</b>	<b>53</b>
I. Recommandations aux établissements universitaires et scolaires .....	53
II. Recommandations aux entreprises et lieux de travail.....	55
III. Dispositifs d'aides financières.....	56
IV. Promotion et éducation à la santé .....	58
V. Amélioration de l'information en santé et de la communication .....	59
VI. Adaptation des services de santé aux contraintes des jeunes adultes .....	60
<b>Conclusion.....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>64</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe 1</b> : Rôle de l'information et de la connaissance en santé .....	II
<b>Annexe 2</b> : Questionnaire.....	III
<b>Annexe 3</b> : Programme newsletter et mailing SSU .....	VIII
<b>Annexe 4</b> : Exemple d'infographies d'information sur le système de santé.....	XI
<b>Annexe 5</b> : Création d'un « jeu de société » dans le cadre de l'éducation sur le système de santé .....	XII

# Table des figures

Figure 1 : Graphique de répartition des participants par sexe .....	36
Figure 2 : Graphique représentant l'âge des participants .....	37
Figure 3 : Graphique représentant la situation professionnelle.....	37
Figure 4 : Graphique représentant le lieu d'habitation des participants .....	38
Figure 5 : Graphique représentant le revenu mensuel des participants .....	38
Figure 6 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins au sein de la population d'étude .....	39
Figure 7 : Graphique représentant les soins renoncés .....	40
Figure 8 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins en fonction de la situation professionnelle .....	42
Figure 9 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins selon le lieu d'habitation .....	43
Figure 10 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins selon le revenu mensuel .....	44
Figure 11 : Graphique représentant les effectifs d'actifs et d'étudiants en fonction du revenu mensuel.....	45
Figure 12 : Graphique représentant les effectifs d'actifs et d'étudiants en fonction du lieu d'habitation.....	45
Figure 13 : Graphiques représentant les effectifs de la population d'études en fonction des 3 variables discriminantes .....	46
Figure 14 : Graphique représentant les causes du renoncement aux soins .....	48

# Glossaire

- ACS** : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
- ALD** : Affection de Longue Durée
- AME** : Aide Médicale d'Etat
- APL** : Accessibilité Potentielle Localisée
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- BRS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
- CMU** : Couverture Maladie Universelle
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CREDOC** : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie
- CSU** : Couverture Santé Universelle
- CSV** : Coma Separated Value
- CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- ENRJ** : Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes
- ERFS** : Enquête sur les Revenus Fiscaux et Sociaux
- ESPS** : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- FPU** : Forfait Patient Urgences
- HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
- IoMT** : Internet of Medical Things = Internet des Objets Médicaux
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- ODENORE** : Observatoire des Enjeux de la Démocratie et des Négociations Interculturelles dans l'Organisation de la REcherche
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PUMA** : Protection Universelle Maladie
- SRCV** : Statistique de la Recherche et de la Cartographie de la Vie
- SSE** : Services de Santé Etudiants
- SSU** : Services de Santé Universitaires
- SUMPPS** : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
- TVS** : Taxe sur les Véhicules de Société
- ZIP** : Zones d'Intervention Prioritaires
- ZAC** : Zone d'Aménagement Concerté

# Introduction

L'accès équitable aux soins de santé est un principe fondamental de l'Assurance Maladie en France depuis sa création en 1945. Cette mission primordiale vise à renforcer l'accès aux droits et aux soins pour l'ensemble des assurés, tout en luttant contre le renoncement et le non-recours aux soins [1]. La reconnaissance internationale du système de santé français, qualifié en 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme le meilleur au monde en termes d'équité et d'efficacité, renforce la perception que l'accès aux soins est garanti pour tous. Cependant, la réalité est bien différente.

Les jeunes adultes, constituant une part importante de la population, font face à des défis spécifiques en matière d'accès aux soins. Dans cette période charnière de leur vie, ils doivent faire face à de multiples transitions, tant sur le plan personnel que professionnel, ce qui peut influencer leur prise de décision en matière de santé. Ainsi, le renoncement aux soins chez les jeunes adultes émerge comme un enjeu de santé publique préoccupant.

Ce mémoire se propose d'explorer ce phénomène à travers la problématique suivante : **Quels sont les facteurs et manifestations du renoncement aux soins chez les jeunes adultes ?**

Dans une première partie, une revue de la littérature mettra en évidence la complexité et l'interconnexion des différents facteurs qui influencent la décision des jeunes adultes de renoncer à des soins nécessaires. Dans une seconde partie, une enquête de terrain sera réalisée pour approfondir notre compréhension du renoncement aux soins au sein de cette population. Ce qui nous permettra d'enchaîner sur la troisième partie qui analysera de façon concrète comment se manifeste le renoncement aux soins chez les jeunes adultes tout en essayant d'apporter des recommandations afin d'essayer d'y remédier.

# Partie 1 : Revue de la littérature

Dans cette première partie, nous définirons les concepts clés associés à l'accès aux soins de façon générale. Nous dresserons ensuite un état des lieux de l'accès aux soins en France en nous focalisant sur une population de jeunes plus précisément la tranche d'âge des 18-30 ans. Nous continuerons en listant les différentes formes du renoncement aux soins pour conclure cette partie sur l'évolution et l'état des lieux de l'accès aux soins.

Il faut savoir qu'il existe bon nombre d'études sur les comportements en santé concernant la population générale et très peu sur la population jeunes adultes (18-30 ans), d'où l'intérêt de ce travail. Non encore établis à part entière dans la société, soit étudiants soit jeunes actifs, soit au domicile familial soit débutant leur vie indépendante, leur statut n'est pas encore réellement défini. Ainsi, dans cette revue de littérature, quand cela est possible, les données concernant les jeunes adultes seront présentées et cela sera précisé sinon il s'agit de la population générale.

## I. Accès aux soins en France : concept clés et états des lieux

### 1. Concepts clés

#### a. Accès aux soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **santé** est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [2]. Nous partons de l'hypothèse que cet état de santé se maintient d'autant plus facilement que l'accès aux soins est aisé [3].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'**accès aux soins** comme la capacité d'une personne à recevoir les soins de santé nécessaires à sa condition médicale, au moment opportun et dans les limites de sa capacité financière [4].

Selon la Haute Autorité de Santé française, l'accès aux soins, aussi appelé **accessibilité aux soins**, est un droit fondamental, consacré par les lois et les règlements, mais aussi par les déclarations internationales, qui reconnaît à chacun le droit à la santé et à une prise en charge adaptée à ses besoins. En effet, l'accès aux

soins constitue une préoccupation majeure des politiques de santé et correspond à un droit fondamental dans la constitution depuis 1948 .[5]

L'accès aux soins implique également l'existence de services de santé adéquats et accessibles, tels que des centres de soins, des hôpitaux, des professionnels de santé et des médicaments, ainsi que la capacité des individus à comprendre, à choisir et à utiliser ces services.

Comme l'affirme Sophie Cès, Laurent Chambaud et Pascal Bonnet, l'accès aux soins dépend de facteurs contextuels liés à l'**offre de soins** mais également à des facteurs liés à la demande [6]–[8]. Ceux-là peuvent être regroupés en plusieurs dimensions (3 ou 4 selon les auteurs).

La première dimension définie est **accessibilité physique ou disponibilité**, cela correspond à une offre de soins disponible au besoin des individus, à une distance raisonnable. La seconde est l'**accessibilité financière** qui doit prendre en compte le coût du soin mais également la capacité de financement de celui qui le reçoit. La dernière dimension commune aux auteurs est celle de l'**accessibilité**, elle regroupe selon les auteurs les facteurs participants à l'accès aux soins autre que l'aspect géographique et financier. L'explication de ce concept d'accessibilité diffère selon les sources, selon S. Cès il correspond au seuil minimum de qualité perçue pour que les patients acceptent de recourir aux soins de santé, F. Chambaud le catégorise plutôt comme l'ensemble des déterminants liés au statut social ou culturel. A ces 3 dimensions peut être ajoutée la **sensibilité aux besoins en santé**, ce dernier concept est relatif à l'offre plutôt qu'à la demande puisqu'il équivaut à la représentation du besoin de santé par l'individu [6], [7].

Il semble primordial de tenir compte de ses aspects pour le reste de ce travail puisque comme le soulignent L. Rochaix et S. Tubeuf, même lorsque l'accès égal aux soins est assuré tant d'un point de vue physique que financier, des différences de recours persistent entre catégories socioprofessionnelles [9]. Cela ramène à la notion d'**équité en santé** qui selon P. Braveman implique la reconnaissance et l'importance de la diversité culturelle et de l'inclusion sociale dans l'accès et la **promotion de la santé** [10].

Par ailleurs, l'accès aux soins est associé aux **soins curatifs**, il serait pertinent d'élargir sa définition pour également examiner l'accès aux soins (vaccination,

dépistages, examens, éducation thérapeutique et bilans...) qui sont très souvent un enjeu de santé pour certaines populations [8].

En effet selon la recherche bibliographique effectuée, il n'y a pas de définition précise ni de typologie exhaustive des soins inclus dans le concept d'accès aux soins. Toutefois, selon les sources, l'ensemble des types de soins est évoqué, tels que les soins de premier recours, les soins spécialisés, les soins palliatifs, les soins à domicile, les soins psychiatriques, les soins de réadaptation, les soins de longue durée, les soins de prévention et les soins de santé mentale et les soins non programmés.

Le dernier point convergent de l'ensemble des études sur l'accès aux soins, consiste à ajouter à ce concept l'idée de **permanence et de continuité des soins** qu'ils définissent comme principe fondamental du droit d'accès aux soins en France car elles permettent une coordination efficace des différents acteurs de la prise en charge et contribue à prévenir les hospitalisations évitables, améliorant ainsi la qualité et la sécurité des soins pour tous les patients [11], [12].

Les concepts d'accès aux soins et d'équité en santé sont des fondements clés de la Couverture Santé Universelle (CSU) établie par l'OMS. Cette CSU vise à garantir à chaque individu un accès à tout l'éventail des services de santé de qualité dont il a besoin, au moment à l'endroit où il en a besoin sans que cela génère pour lui des difficultés financières [13]. Tout ceci doit se faire sans discrimination liée à ses caractéristiques socio-économiques, géographiques, culturelles ou autres, conformément aux réglementations et normes internationales [8], [14], [15].

L'accès aux soins comme l'équité doit se baser sur une analyse empirique mais également éthique pour obtenir une vision globale des facteurs d'inégalités menant au non-recours aux soins encore qualifié de renoncement aux soins.

En résumé, la notion d'accès aux soins ne peut être abordée sans mobiliser les notions d'offre et de demande de soins, d'accessibilité (physique, financière), de sensibilité aux besoins en santé, d'équité en santé, de promotion de la santé et de permanence et de continuité des soins.

## b. Renoncement aux soins

Avant 2003, la question du **non-recours** se posait principalement pour les prestations sociales légales financières. Des travaux existaient également sur **le renoncement aux soins**, notamment ceux de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), mais peu de liens étaient faits entre non-recours aux prestations et difficultés d'accès aux soins [16]. Face au constat d'un manque de connaissances sur le non-recours aux droits, et de la difficulté d'y remédier, une équipe de chercheurs issus de Sciences-Po Grenoble (Pacte/CNRS) décide de créer un observatoire dédié à ces questions : l'observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) [16].

En 2011, deux autres définitions du renoncement sont proposées. La première, par une équipe de l'IRDES (C. Desprès, R. Fantin, F. Jusot) dans une étude socio-anthropologique : « Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. » [17].

Dans une enquête de l'ODENORE, Philippe Warin propose une définition similaire mettant en avant la perception de l'individu dans son besoin en santé : « Le renoncement suppose que les personnes aient pris conscience d'un besoin de soin, auquel elles auraient renoncé, et que le système de santé soit susceptible d'y répondre. » [18].

Chaupain-Guillon et al. mettent également en avant l'identification du besoin dans leur définition du renoncement aux soins : Il y a renoncement lorsqu'une personne ne recourt pas aux services de soins alors que son état de santé le nécessiterait. Le renoncement aux soins suppose, en effet, l'existence d'un besoin en la matière. Ce besoin pouvant être diagnostiqué par un professionnel de santé ou avoir été identifié par la personne elle-même [19].

La notion de renoncement aux soins est intimement liée à celle de **besoins non satisfaits**. Ces besoins peuvent être classés en cinq catégories : les besoins non ressentis, les besoins non satisfaits par choix, les besoins non satisfaits par contrainte, les besoins qui demeurent non satisfaits du fait de l'insuffisance des soins reçus et les besoins liés à des attentes non comblées en matière de traitement. [20]

Cette classification des besoins se rapprochent aux 2 typologies du renoncement aux soins qu'on retrouve dans la littérature.

Caroline Desprès et al., dans leur analyse montrent que le renoncement aux soins prend 2 formes principales. La première est le **renoncement barrière** qui questionne l'efficacité du système de protection sociale et l'offre de soins, il se rapporte aux dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins [17]. Dans ce type de renoncement le sujet fait face à des contraintes, qui sont principalement analysées comme étant budgétaires. Dans ce contexte, le sujet peut développer des alternatives et des stratégies de contournement pour accéder à un résultat qu'il estime équivalent du soin désiré. Le renoncement barrière prend alors en considération les difficultés d'accéder aux soins, les obstacles rencontrés, les contraintes budgétaires mais aussi la position du sujet à l'égard de cette situation et ses capacités à y réagir ainsi que les ressources lui permettant d'affronter la situation.

Le second type de renoncement identifié est le **renoncement refus** qui résulte de l'expression d'un choix uniquement personnel exprimant un refus de soins ou une préférence. Ce choix se rapporte à un acte d'autonomie à l'égard de la médecine conventionnelle ou à la décision de ne pas se traiter du tout. [17]

Hélène Revil précise que ces 2 typologies ne sont pas totalement opposées dans le parcours de soins d'un patient puisqu'un renoncement barrière non solutionné par le système de santé devient très régulièrement un renoncement refus. [21]

Cette typologie donne également un sens à la définition qui consiste à catégoriser le renoncement comme un choix qui arbore 2 modalités : faire autrement ou choisir un autre recours jugé plus efficace ou légitime (en fonction des normes), ce qui se rapproche directement à la définition du dictionnaire « abandon d'un bien au profit d'une valeur jugée plus haute », et une seconde modalité plus fataliste qui consiste à ne rien faire.

On peut également catégoriser le renoncement aux soins en fonction de ses causes : **acceptabilité, disponibilité et accessibilité** [22], [23]

Allin et al. rejoignent l'équipe de la DREES (P. Chauvin, E. Renahy, I. Parizot, J. Vallée) pour une catégorisation en fonction de ces causes. La notion d'acceptabilité correspond à un renoncement choisi, qu'ils précisent être un choix de type personnel

et culturel indépendant des systèmes de santé. Tandis que les deux types de renoncement subi sont dépendants du système de santé puisque le renoncement pour cause de disponibilité correspond au manque d'infrastructures ou au temps d'attentes pour y avoir accès, puis le renoncement pour cause d'accessibilité englobe les problèmes de transport et de coût. [20], [24]

Après avoir précisé les différents types de renoncement, il est primordial pour le reste de ce travail de comprendre les formes que peuvent prendre le renoncement aux soins.

### c. Les différentes formes du renoncement aux soins

Les chercheurs ayant travaillé sur le sujet s'accordent tous pour considérer que chacun de ces faits constitue un non-recours ou un renoncement aux soins [21], [25], [26]:

- L'absence de consultation : le fait de ne pas consulter un professionnel de santé alors qu'une personne a un besoin de soins, qu'ils soient préventifs ou curatifs.
- Le report d'une consultation : le fait de ne pas consulter immédiatement un professionnel de santé alors qu'une personne a un besoin de soins, en repoussant la consultation à une date ultérieure.
- L'arrêt d'un traitement ou d'une prescription : le fait de ne pas suivre un traitement ou de ne pas prendre les médicaments prescrits par un professionnel de santé, soit de manière temporaire soit de manière définitive.
- La non-possession de médicaments prescrits ou l'automédication : le fait de ne pas acheter les médicaments prescrits par un professionnel de santé ou de se soigner soi-même sans consulter un professionnel de santé.
- L'absence de recours à un soin ou à un acte de prévention : le fait de ne pas avoir recours à un soin ou à un acte de prévention malgré un besoin identifié, comme une vaccination recommandée ou un dépistage systématique.
- L'absence de recours à une consultation, une hospitalisation, un traitement médicamenteux ou non, ou tout autre type de soin ou de prise en charge : le fait de ne pas avoir recours à des soins pour une pathologie identifiée.

Il convient de noter que ces différentes formes de renoncement peuvent être liées les unes aux autres et que plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu pour expliquer ces phénomènes, l'ensemble de ces facteurs sera répertorié dans la seconde partie de cette revue de la littérature.

## 2. Evolution de l'accès aux soins en France

C'est après la seconde guerre mondiale que le système de santé commence véritablement à se développer en France. La création de la sécurité sociale en France en 1945 a joué un rôle majeur dans l'amélioration de l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Avec le développement de l'Assurance Maladie, qui favorise une prise en charge partielle ou totale des frais de santé, la sécurité sociale a permis aux personnes les plus démunies de pouvoir bénéficier de soins médicaux sans avoir à supporter des coûts trop élevés. Cela a contribué à réduire les inégalités d'accès aux soins en France, tout en garantissant une certaine qualité de prise en charge. Depuis, plusieurs autres mesures ou dispositions ont été mises en place pour poursuivre ces objectifs. Il s'agit par exemple de [27] :

- La réforme de 1971 : introduction du concept de "médecin traitant" pour encourager la continuité des soins et améliorer la coordination entre les professionnels de santé.
- La réforme de 1996 : introduction des "réseaux de santé", qui sont des structures permettant une meilleure coordination des soins et une prise en charge globale des patients.
- La Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999 : son objectif, permettre l'accès aux soins à tous, notamment pour les personnes les plus précaires qui n'avaient pas accès à une assurance maladie.
- La loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST, 2000). Cette loi a notamment permis la création des maisons de santé pluriprofessionnelles, qui sont des structures regroupant plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) pour offrir une prise en charge globale des patients.
- L'Aide Médicale de L'Etat (AME) également mise en place en 2000, permettant aux personnes en situation irrégulière en France de bénéficier d'une prise en charge des frais de santé de base.
- L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS, 2005) : elle permet de bénéficier d'une réduction sur la cotisation à une assurance complémentaire santé en se basant sur des conditions de ressources.
- La Protection Universelle Maladie (PUMA) en 2016 : elle remplace la CMU et élargit les bénéficiaires à toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière.

- La « loi de modernisation de notre système de santé » (2013), l'objectif étant de renforcer l'accès aux soins pour tous les citoyens français. Notamment en généralisant le tiers payant, et donc la non-avance de frais lors de consultations médicales ou d'examens de laboratoire.
- La loi "Ma santé 2022" (2019), l'objectif étant de transformer le système de santé pour mieux répondre aux besoins des patients. Cette loi a notamment permis la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui sont des structures regroupant les professionnels de santé d'un territoire pour une meilleure coordination des soins.
- Création de la « Complémentaire Santé Solidaire » (CSS) depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, résultat de la fusion de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS), deux dispositifs d'aide à la prise en charge des frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale.

Ces différentes lois et adaptations ont permis de faire évoluer le système de soins dans notre pays, et nous permettent dans la prochaine partie de faire un état des lieux de la situation actuelle.

### 3. Situation actuelle de l'accès aux soins en France

Les indicateurs sur l'accès aux soins en France montrent une situation contrastée. D'un côté, si on se base sur les indicateurs de l'état de santé des Français tel que l'espérance de vie ou encore aux critères qui permettent d'évaluer l'accès aux soins comme la couverture des services ou le reste à charge des ménages, la France dispose d'un système de santé performant avec une couverture maladie universelle et un large éventail de professionnels de santé disponibles. Selon l'OCDE, en 2019, la France a consacré 11,3 % de son PIB aux dépenses de santé, soit l'un des pourcentages les plus élevés parmi les pays de l'OCDE. [28]

En outre, le nombre de professionnels de santé en France est élevé, avec 3,4 médecins pour 1 000 habitants en 2019, selon l'OMS.

Cependant, malgré ces indicateurs positifs, l'accès aux soins en France reste inégal et certains indicateurs sont préoccupants. Selon une étude de la DREES publiée en 2021, plus de 7 % de la population française déclare renoncer à des soins pour des raisons financières. De plus, certaines zones géographiques sont sous-dotées en

professionnels de santé, ce qui peut limiter l'accès aux soins pour les populations concernées. Enfin, le vieillissement de la population française et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques peuvent également poser des barrières pour l'accès aux soins à long terme.

Aussi, en 2014, la CPAM du Gard et l'ODENORE ont mis au point un outil pour observer et décrypter le renoncement aux soins. Concrètement, le **Baromètre du renoncement aux soins (BRS)** consiste en une démarche d'enquête mêlant méthodes quantitative et qualitative [21]. Les premiers résultats de ce baromètre étaient plutôt alarmants puisque 25% des personnes déclarent avoir renoncé au moins à un soin dans les 12 derniers mois. L'Assurance Maladie et l'ODENORE avaient alors mis en place un dispositif de lutte dans l'ensemble des CPAM entre 2014 et 2018 qui avaient profité à 100 000 assurés. A la suite de ce dispositif, un colloque a été initié en juin 2019 par l'Assurance Maladie, il a mis en évidence la nécessité de développer une approche globale et concertée pour lutter contre le renoncement aux soins en particulier pour les populations vulnérables.[29], [30]

Les jeunes, notamment ceux de 18-30 ans, sont une des populations vulnérables définies lors de ce colloque. Cette tranche d'âge correspond, pour beaucoup, à l'âge de transition entre la couverture santé des parents et celle des régimes étudiants, mais également à l'âge de l'indépendance financière qui oblige le jeune adulte à gérer par lui-même ses frais de santé. Il est intéressant de rappeler la notion d'identification du besoin en santé qui peut être perturbé dans cette période de transition puisque le jeune adulte est amené à développer une indépendance de jugement et une maturité décisionnelle indépendamment de l'influence familiale comme l'évoque Agnès Dumas [31].

Après avoir défini les concepts clés associés à l'accès aux soins et présenté l'état des lieux de l'accès aux soins en France, nous nous concentrerons dans la suite de cette revue de la littérature sur une population spécifique : celles des jeunes de 18-30 ans. Cette population est particulièrement concernée par le renoncement aux soins, pour des raisons financières géographiques, psychologiques ou sociales spécifiques. Il est donc important de mieux comprendre les facteurs qui influencent le renoncement aux soins chez les jeunes adultes, ainsi que les manifestations de ce phénomène. Nous allons ainsi examiner de plus près les données disponibles sur l'accès aux soins pour cette population et les barrières qu'ils peuvent rencontrer.

## II. Les facteurs influençant le renoncement aux soins

Le renoncement aux soins chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans est un phénomène complexe multifactoriels. C'est pourquoi nous présenterons dans cette partie les facteurs les plus évoqués dans la littérature et nous les classerons en commençant par les aspects financiers, puis géographique, suivi des facteurs psycho-sociaux pour finir avec ceux liés à l'information et la communication.

### 1. Facteurs financiers et économiques

#### a. Inégalités liées au revenu et niveau de vie

En 2010, la proportion de renoncement aux soins pour raisons financières s'élevait donc à 15,7 % [24].

Selon une étude de l'IRDES, les jeunes adultes sont surreprésentés parmi les personnes ayant renoncé à des soins pour raisons financières. Parmi ces raisons financières, on retrouve les inégalités liées au revenu. En effet, il existe une corrélation directe entre le niveau de revenu et la capacité à accéder aux soins de santé [32]–[34].

Pour introduire et juger des facteurs financiers et économiques il semble judicieux d'introduire quelques indicateurs qui permettent d'évaluer la capacité financière qui peut être un obstacle important à l'accès aux soins et services et constituer un facteur majeur d'inégalités de recours.

En 2019, en France métropolitaine, le niveau de vie médian de la population générale s'élève à 22 040 euros annuels, soit un revenu disponible de 1 837 euros par mois pour une personne seule. Concernant les 18-29 ans il s'élève à 20 920 euros par an soit 1 743 euros par mois [35].

Le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes vivant en dessous d'un certain seuil de revenu considéré comme insuffisant pour subvenir à leurs besoins de base. Ce taux est généralement exprimé en pourcentage de la population totale d'un pays ou d'une région. Le seuil de pauvreté, quant à lui, est défini comme le niveau de revenu en dessous duquel une personne est considérée comme pauvre. Ce seuil est calculé à partir d'une mesure de la pauvreté relative qui correspond à 60% du revenu médian de la population [36].

En 2009 le taux de pauvreté des 18-29 ans mesuré par l'Insee était déjà 45% plus élevé que celui de l'ensemble de la population française. La dernière mise à jour de ces résultats (par l'Insee) affirme qu'en 2019 le taux de pauvreté chez les jeunes adultes est supérieur de 50% à la population générale [37], [38].

Quelle que soit la source utilisée, l'estimation du niveau de vie des jeunes adultes reste fragile. Il convient de noter que les sources mentionnées précédemment ne couvrent pas les personnes vivant dans des communautés, telles que les internats, les résidences universitaires et les foyers de jeunes travailleurs. De plus, les informations sur les aides financières reçues par les jeunes adultes de la part de leurs parents ne sont pas toujours disponibles ou ne sont que partiellement connues dans l'Enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS). Ainsi, certaines populations, comme les ménages dont la personne de référence est étudiante, sont exclues des estimations du niveau de vie en raison d'une mauvaise qualité des informations sur leurs ressources. Par ailleurs, l'utilisation des déclarations fiscales pour appréhender les ressources des étudiants pose également des limites, car une partie de leurs revenus est non imposable [39].

L'Insee et la DREES ont réalisé en 2014 l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ). Elle vise à compléter la connaissance apportée par l'ERFS et l'enquête statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV), en identifiant certaines ressources qui leur échappent.

Dans cette nouvelle étude le revenu disponible d'un jeune disposant d'un logement autonome est estimé à 14 404 euros soit 1 200 euros par mois, ce qui représente une différence de 30% avec le montant présenté par l'Insee.

Ces chiffres mettent alors en évidence une certaine précarité financière chez cette tranche d'âge et la DRESS affirme dans son rapport de 2023 que c'est la population la plus touchée par la pauvreté monétaire.

Selon une étude menée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2019, les inégalités de revenu ont un impact direct sur l'accès aux soins de santé, car les personnes à faible revenu ont tendance à avoir une couverture médicale insuffisante ou à éviter les soins pour des raisons financières. Le Ministère de la santé et de la Prévention dans le rapport des dépenses de santé de 2017, relève qu'en moyenne, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison

de leur coût atteint 4 % pour les personnes à plus bas revenus, tandis qu'il est quasiment nul pour celles qui disposent des revenus les plus élevés [40].

En outre, une autre étude menée par le Center for American Progress a révélé que les personnes à faible revenu étaient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé non résolus, en partie en raison de coûts prohibitifs des soins de santé.

#### b. Coût des soins et impact sur le renoncement

Bien que le système de santé français soit considéré comme l'un des meilleurs, des inégalités persistent et le renoncement aux soins pour raisons financières reste un problème majeur pour l'ensemble de la population [24].

Une enquête réalisée par le Centre d'observation de la société (Credoc) en 2018 montre que près d'un jeune sur deux (47%) estime que les soins médicaux sont trop chers pour eux [41]. En 2019, dans un sondage réalisé par l'Institut Opinionway pour le journal Les Échos et Harmonie Mutuelle, 59% des personnes interrogées affirmaient avoir renoncé à des soins médicaux au cours des douze mois précédant l'enquête, dont 29% pour des raisons financières. Parmi les répondants, les jeunes actifs de 25 à 34 ans étaient les plus nombreux (37%) à invoquer ce motif [42].

Lorsque nous évoquons les coûts des soins il s'agit de prendre conscience de l'ensemble des différentes charges financières qui peuvent dissuader les patients de consulter ou de se faire soigner [43] :

- Les **soins hors nomenclature** (non remboursés par la sécurité sociale) : ils correspondent aux actes qui ne figurent pas dans une nomenclature dédiée uniquement aux actes médicaux pris en charge par la Sécurité Sociale, comme les médecines douces ou complémentaires. Ils ne sont donc pas remboursés par le régime obligatoire.
- Les **tickets modérateurs** : ce sont les frais restant à la charge du patient après remboursement de la sécurité sociale [44].
- Les **dépassements d'honoraires** : il s'agit des frais supplémentaires facturés par les médecins au-delà des tarifs de la sécurité sociale.

- La **franchise médicale** : elle représente la somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- Les **forfaits hospitaliers** : frais à la charge du patient lors d'une hospitalisation.

La plupart de ces charges financières peuvent être pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire. Cependant l'accès à une complémentaire santé est fortement lié aux ressources financières. Dans une étude de la DREES et le l'IRDES en 2014, 5% de la population ne bénéficient pas de couverture complémentaire, avec une surreprésentation de la tranche d'âge 20-29 ans. Concernant les étudiants, ils déclarent dans l'étude i-Share menée en 2019 [45], seulement à 73% posséder une complémentaire santé, les chercheurs expliquent ce résultat quant aux faits qu'ils vivent encore au domicile familial et qu'ils sont susceptibles d'ignorer être couverts par le contrat de leurs parents, qui s'occupent des démarches administratives.

Cette réalité de coût élevé de soins est soutenue par des études telles que celle menée par l'IRDES en 2016, qui a souligné que les plus pauvres sont les plus touchés par les coûts directs et indirects des soins de santé.

Face à ces inégalités et ces obstacles financiers à l'accès aux soins, l'Assurance Maladie joue un rôle clé pour assurer une prise en charge équitable pour tous les assurés sociaux. Dans cette perspective, il est intéressant de se pencher sur les dispositifs d'aide mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter le renoncement aux soins.

### c. Rôle de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie occupe une place prépondérante dans le paysage de la santé en France, en assumant la responsabilité de l'accessibilité aux soins de santé pour tous les citoyens. En effet, son rôle consiste à rembourser une partie des frais de santé engagés par les bénéficiaires, leur permettant ainsi de profiter d'une prise en charge médicale de qualité et à moindre coût, quel que soit leur niveau de revenu ou leur situation sociale.

Afin de remplir cette mission, l'Assurance Maladie met en œuvre diverses stratégies visant à faciliter l'accès aux soins pour les personnes confrontées à une précarité financière ou des difficultés sociales.

Le dispositif le plus représenté dans la littérature dans la lutte du renoncement aux soins est évidemment la couverture maladie universelle (CMU), créée par la loi du 27 Juillet 1999 : elle permet à chaque personne de bénéficier de la protection d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie. Le titre II de cette loi a également instauré une protection supplémentaire (CMU-C), dans le but de garantir une couverture adéquate aux personnes les plus défavorisées pour leur permettre d'accéder aux soins de santé. Cette mesure avait pour objectif de couvrir les dépenses de santé qui, malgré la généralisation et l'universalisation des régimes obligatoires, étaient à la charge des assurés, constituant un obstacle majeur pour les ménages en difficulté en matière d'accès aux soins. En effet, la Sécurité sociale ne prend en charge en moyenne que 75,8% des dépenses de soins.

La protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) prévoit la prise en charge intégrale du ticket modérateur, du forfait hospitalier sans limitation de durée, de la participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte ou consultation médicale ainsi que pour chaque acte de biologie médicale, entre autres prestations. En outre, elle autorise la dispense d'avance de frais (tiers payant) pour faciliter l'accès aux soins pour les bénéficiaires de cette mesure [46].

Dès 2003, les travaux de Raynaud et de Grignon et Perronnin (2003) sur l'évaluation de l'application de la CMU-Complémentaire ont permis de constater que cette mesure avait largement contribué à la diminution des inégalités sociales en matière de consommation de soins, notamment pour les 7,5 % de la population des plus démunis qui en bénéficiaient [47].

Le tiers payant est aussi un dispositif fréquemment cité dans les études liés aux renoncements aux soins pour raisons financières. Sa généralisation a été adoptée à l'Assemblée Nationale en avril 2015 dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé. Le tiers payant partiel devient alors un droit pour l'ensemble de Français qui ne payent alors que la part des frais non pris en charge par l'Assurance Maladie, qui représente alors une charge financière non négligeable pour les plus précaires tels que les jeunes adultes.

Le tiers payant total, qui permet de n'avoir aucun frais à régler, s'applique uniquement dans les situations suivantes : bénéficiaire de la CSS, de l'AME, dans le cadre d'actes de prévention proposés par l'Assurance Maladie (dépistage organisé du cancer du sein, dépistage du cancer colorectal, examen M'T Dents...), pour les femmes enceintes, pour les victimes d'un accident de travail, d'une maladie professionnelle ou d'une affection de longue durée (ALD), pour les personnes de moins de 26 ans pour une consultation liée à une contraception [48], [49].

T. Barnay (2015) soutient que la généralisation de ce tiers payant n'exclue pas les facteurs de nonaccès aux soins pour raisons financières [50]. En effet, certains professionnels de santé peuvent refuser d'appliquer le tiers payant, en particulier dans les zones rurales ou les quartiers défavorisés où les réseaux de soins sont moins développés. De plus, même lorsque le tiers payant est possible, les patients peuvent encore être confrontés à des dépassements d'honoraires, qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale et peuvent représenter un coût important [51].

Depuis 2019 la complémentaire santé solidaire (CSS) remplace cette CMU-C ainsi que l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Les bénéficiaires n'ont pas à avancer leurs frais de santé puisqu'ils ont accès au tiers-payant intégral, ils bénéficient également de tarifs sans dépassement chez les médecins et à de nombreux soins sans reste à charge [52].

La Complémentaire santé solidaire concerne :

- Les demandeurs d'emploi et bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)
- Les personnes vulnérables, titulaires ou non de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Les retraités, par exemple ceux percevant l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) ou le minimum vieillesse
- Les jeunes de moins de 25 ans autonomes, ou en rupture familiale
- Les étudiants qui bénéficient des aides annuelles d'urgence versées par les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (Crous)

L'un des principaux enjeux de la mise en place de la CSS est d'améliorer le recours aux dispositifs d'aide en simplifiant les démarches. En effet, en 2018, le taux de recours à la CMU-C était compris entre 56 % et 68 %, celui à l'ACS entre 43 % et 62 % seulement selon le modèle Ines [53]. Concernant les bénéficiaires de la CSS, ils étaient au nombre de 9 millions en 2020 mais il n'existe pas encore de données actualisées sur les bénéficiaires de la CSS par tranches d'âge.

En effet, la CSS étant applicable depuis l'année 2020 il existe peu de littérature à son sujet notamment qui explique son effet sur le renoncement aux soins des 18-30 ans, c'est pour cela que nous nous appuyeront sur ces prédécesseurs la CMU-C et l'ACS.

En 2015, l'approche statistique du renoncement aux soins pour raisons financières, au travers de l'enquête biennale sur la santé et la protection sociale (ESPS) indique que les personnes situées au-dessus des seuils de la CMU-C ou de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) sont celles qui renoncent le plus aux soins et pour des soins les plus essentiels [18]. Selon les statistiques de l'INSEE datant de 2021, environ 9,3 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté en France, soit 14,2% de la population. Parmi elles, certaines n'ont pas accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou à l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui sont destinées aux personnes ayant de faibles ressources. Or en 2019, environ 5,5 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C ou de l'ACS, selon la DREES. Cela signifie qu'un nombre important de personnes sous le seuil de pauvreté n'ont pas accès à ces dispositifs de couverture complémentaire de santé.

En 2022, le ministère de la Santé et de la Prévention a mené une enquête pour comprendre **les raisons du recours et du non-recours à la CSS** et évaluer la perception de ce dispositif par les bénéficiaires. Les facteurs majeurs de non-recours sont la **non-connaissance**, la **méconnaissance** et l'**instabilité des revenus**. La méconnaissance des droits d'accès au dispositif constitue un motif majeur de non-recours, et certains travailleurs précaires considèrent que la CSS ne s'adresse qu'aux personnes sans emploi. Des **périodes de non-demande** ont aussi été identifiées chez des personnes se sachant éligibles, mais ne disposant pas de suffisamment de temps et d'énergie pour engager les démarches ou manquant de moyens et de stabilité des revenus nécessaires pour acquitter la participation financière demandée [54].

D'autres causes de non-recours ont aussi été identifiées dans la littérature : le non-recours par non-connaissance, ou par non-réception [56], [57, p. 201]. La non-réception concernent les personnes qui entament une démarche de demande, mais ne vont pas au bout de celle-ci [21], c'est le cas pour l'ACS dont l'accès est régulièrement décrit comme « un parcours du combattant » par les personnes potentiellement éligibles [58].

Le taux de non-recours à la CSS sans participation financière reste autour de 31 % entre 2019 et 2021 [55]. On peut alors émettre l'hypothèse que les 18-30 ans seraient plus à même de ne pas y recourir en raison de leur situation instable tant dans la vie professionnelle que dans leur vie privée avec la transition à l'indépendance parentale.

Le non-recours aux prestations sociales initialement établies pour faciliter l'accès aux soins, notamment des plus précaires, se justifie alors de deux façons, la première étant le manque d'information et de connaissance de ces aides [56], la seconde souligne la difficulté administrative liée au système de santé.

En plus de ces facteurs, viennent se greffer des « obstacles » plus concrets découlant de la mobilité des patients : la situation géographique et l'accessibilité.

## 2. Facteurs géographiques et d'accessibilité

### a. Distance géographique

Dans le rapport du BRS de 2017, le deuxième type de facteurs engendrant un renoncement aux soins concerne les causes géographiques.

Depuis des décennies, l'accessibilité aux soins est déjà le sujet de beaucoup de travaux. Il y a 50 ans, le médecin britannique Julian Tudor Hart définissait l'« inverse car law » ou loi inverse aux soins (1971). Cette loi stipule que l'offre de soins est inversement proportionnelle aux besoins de la population [57]. Autrement dit, les personnes les plus vulnérables, ayant les besoins les plus importants en matière de soins de santé, sont souvent les moins bien desservies par l'offre de soins. L'inverse care law peut être expliquée par le fait que les professionnels de santé préfèrent travailler dans des zones qui offrent un niveau de vie plus élevé, où les patients sont plus susceptibles de souscrire à des assurances maladie privées. De plus, les zones urbaines sont généralement mieux desservies que les zones rurales, ce qui accentue l'écart entre l'offre et la demande de soins. Les médecins et autres professionnels de

santé sont également plus susceptibles de travailler dans des domaines où ils peuvent bénéficier de l'interaction avec d'autres professionnels de santé, des centres de recherche et des universités.

En France, le terme « désert médical » est beaucoup présent dans le débat public et le langage médiatique pour définir le problème d'inaccessibilité géographique aux soins, cependant il ne se réfère à aucun contenu concret. Il convient donc de se poser la question des différentes dimensions à prendre en compte lorsqu'on aborde le concept de "désert médical". En réalité ce terme laisse place à certaines questions : est-ce que ce concept englobe uniquement la difficulté d'accès à un professionnel de santé en particulier, comme un médecin généraliste par exemple ? Ou est-ce qu'il inclut également l'accès à des spécialistes, à d'autres professionnels de santé, voire à l'hôpital ? Par ailleurs, il semble peu pertinent de définir un "désert médical" en se basant sur une unique profession de santé. Au contraire, l'expression invite à considérer l'accumulation de difficultés rencontrées dans l'accès à différents services de santé qui pourraient se substituer les uns aux autres.

Les « déserts médicaux » sont alors définis comme des zones géographiques où les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins [58]–[60]. Ces espaces renvoient alors à la faiblesse de l'offre de soins couplée à l'enclavement des territoires, qui fait face à la réalité et à l'importance des besoins et de la demande des soins [61]. Ce déséquilibre entre l'offre et la demande amène au concept de zones sous denses ou de territoires sous-dotés.

Un paradoxe est soulevé à plusieurs reprises dans la littérature les zones sous-dotées s'accroissent tandis que le nombre de médecins diplômés augmente. C'est pour cela qu'il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble de différents facteurs dans l'évaluation de ce facteur d'accessibilité géographique.

Le découpage en « Territoire de Vie-Santé » utilisé dans les études de la DREES est similaire au découpage en « bassins de vie » de l'Insee. Ce découpage permet de regrouper plusieurs communes autour d'un pôle d'équipements et de services, afin de délimiter un territoire le plus resserré possible où les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Chaque commune est incluse dans un territoire de vie-santé unique. Ce découpage ne tient pas compte des délimitations administratives et il est possible que des communes appartenant à des régions ou à des départements différents soient incluses dans un même territoire de vie-santé.

L'unité de référence de la sous-densité se mesure à l'échelle de cet indicateur géographique qu'est le territoire de vie santé (TVS) [62].

Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées elles sont réparties en zones d'intervention prioritaires (ZIP) et en zones d'actions complémentaire (ZAC) [63].

Pour choisir les TVS qui seront définis de ZIP ou ZAC, les Agences Régionale de Santé (ARS) utilisent un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins. Pour quantifier l'offre, il prend en compte le niveau d'activités des professionnels de santé comprenant leur proximité et leur disponibilité, pour la demande il se base sur les consommations des soins moyennes en se référant à l'âge de la population qui impactent directement les besoins de soins [61], [64], [65]. Sous sa forme actuelle (2021), l'APL est disponible pour les médecins généralistes, les infirmières, les sage-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, ne sont concernés que les professionnels de santé exerçant hors hôpital.

L'organisation territoriale de l'offre de soins se réfère à la manière dont les soins de santé sont organisés, cela comprend alors l'ensemble des dispositifs mis en place pour organiser la répartition des professionnels et des équipements de santé sur un territoire donné [66], [67].

L'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins. Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés [68]. La conjonction des problèmes d'offre (restructurations hospitalières, démographie problématique des professions de santé) et des facteurs déjà présentés vient renforcer les difficultés d'accès et contribue aux renoncements aux soins. Le zonage géographique en ZIP et en ZAC est un mode d'organisation territoriale de l'offre utilisé pour identifier les zones sous-dotées, les classer et mettre en place des mesures de lutte contre le renoncement aux soins [69] exemple les médecins peuvent bénéficier d'aides à l'installation à condition d'exercer dans ces zones [70].

Comme le zonage est indépendant de l'ARS de chaque région il est difficile d'avoir des chiffres récents et précis sur le nombre d'habitants vivants en ZIP.

Les chiffres de 2018 montrent qu'une part faible de la population vit en zone sous dense mais elle reste croissante et représente 5,7% des Français.

La raréfaction de l'offre a des effets différenciés selon les classes sociales.

La restriction de l'offre est particulièrement sensible pour les bénéficiaires de la CMU et des jeunes adultes qui incarnent malheureusement la population la plus précaire [71]. Pour cause, cette population ne s'adapte pas aussi facilement que les autres aux difficultés géographiques de l'accès aux soins.

#### b. Accessibilité : transports et moyens de déplacement

Pour faire face à la problématique d'accessibilité géographique aux soins, un phénomène de flux de migrations médicales est observé [72], cela se définit par un nombre important d'individus qui changent de régions pour avoir recours à des soins non disponibles à proximité de leur habitation ou avoir accès à des soins jugés de meilleure qualité, plus rapides ou moins chers. Cette adaptation des individus au problème d'accessibilité ne concerne évidemment pas l'ensemble de la population puisque les déplacements pour accéder à des soins sont souvent coûteux en termes de temps et d'argent. Selon une étude menée en France en 2017, 12% des jeunes adultes ont déclaré avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois en raison de difficultés d'accès géographique (TNS Sofres, 2017).

L'Assurance Maladie peut prendre en charge les frais de transport pour les patients qui se déplacent pour recevoir des soins. Cependant, cette prise en charge ne s'applique pas à toutes les situations, notamment pour les personnes habitant en zone sous-denses qui ne sont pas atteintes d'une affection de longue durée (ALD) ou en maladie professionnelle [73].

Le transport et les moyens de déplacement ont un impact important sur l'accessibilité géographique aux soins. Les différentes formes d'accessibilité, telles que le temps de trajet, la distance et les coûts de transport, ont été identifiées comme des facteurs clés dans la décision de renoncer ou non aux soins. Selon une étude menée en France en 2016, les jeunes adultes résidant en zone rurale ou en zone urbaine défavorisée ont davantage de difficultés à se déplacer pour accéder aux soins, notamment en raison du manque de moyens de transport publics (Bardos et al., 2017).

L'accessibilité géographique aux soins est donc un véritable enjeu dans le renoncement aux soins pour la population des jeunes adultes, notamment pour ceux vivant en zone rurale ou en zone urbaine défavorisée. Les moyens de transport et les coûts associés ont un impact significatif sur la décision de renoncer ou non aux soins.

### 3. Facteurs psycho-sociaux

Les facteurs psycho-sociaux font référence à l'ensemble des influences psychologiques et sociales qui façonnent les attitudes, les comportements et les perceptions individuelles en matière de santé, notamment les représentations, les normes sociales, la stigmatisation et les influences culturelles. Au-delà des considérations économiques et géographiques, les facteurs psycho-sociaux et comportements peuvent d'ajouter à cela notamment pour les publics vulnérables que sont les jeunes adultes [74].

Les jeunes adultes sont souvent confrontés à des défis uniques liés à leur transition vers l'âge adulte, tels que l'autonomie croissante, la recherche d'identité et l'établissement de priorités dans leur vie [75], [76]. Ces facteurs peuvent influencer leur perception des soins de santé et les amener à négliger ou à retarder la recherche de soins appropriés.

#### a. Représentations et sentiment d'invincibilité des jeunes adultes

Si l'on peut affirmer que le niveau de santé et de bien-être mais aussi les habitudes de vie dans l'enfance conditionnent l'état de santé à l'âge adulte [77], [78], lors de cette transition à l'âge adulte les choix et comportements en santé de l'individu lui deviennent propres. Or les comportements relèvent directement des représentations et des perceptions individuelles que l'individu se fait de la santé [79], [80].

Outre le statut de transition que les jeunes adultes ont entre l'adolescence et l'âge adulte et la fragilité économique que cela leur confère, le recours aux soins est conditionné par un ensemble de représentations. Les jeunes adultes développent leur propre représentation de la santé à travers diverses influences, telles que l'éducation, l'expérience personnelle, les interactions sociales et les médias. Leur représentation en santé est souvent influencée par des facteurs tels que la culture, les normes sociales, les valeurs personnelles et les expériences individuelles. Ces facteurs peuvent façonner leur perception de la santé, leurs croyances sur les causes des problèmes de santé, les traitements disponibles et leur confiance dans le système de santé [31], [81].

La représentation en santé des jeunes adultes peut varier considérablement d'une personne à l'autre. Certains peuvent avoir une vision proactive de leur santé, accordant une grande importance à la prévention, à l'adoption de comportements sains et à la recherche d'informations sur la santé [82]. D'autres peuvent avoir une représentation plus réactive, se concentrant davantage sur le traitement des problèmes de santé lorsqu'ils se présentent plutôt que sur la prévention [45], [83].

Cependant, il est important de noter que la représentation en santé des jeunes adultes ne se limite pas à des approches uniquement proactives ou réactives. En réalité, certains jeunes adultes peuvent également développer un sentiment d'invincibilité vis-à-vis de leur santé, qui peut influencer leurs attitudes et comportements en matière de soins de santé. Les études sur les comportements en santé des jeunes adultes s'intéressent davantage aux comportements à risque de ceux-ci plutôt qu'aux renoncements ou non-recours aux soins.

Une étude de 2014 traitant de la préoccupation des jeunes (18-25 ans) sur leur santé, met en avant l'attitude insouciant et la légèreté avec laquelle les jeunes abordent leur santé. Un quart de la population étudiée jugeait d'une maladie ou d'un problème de santé « pas assez grave » pour aller consulter et 10 % d'entre eux n'allaient pas consulter ou préféraient se débrouiller eux-mêmes par « flemme » [83].

Paradoxalement la DRESS en 2003 indiquaient qu'après les seniors (75 ans et plus) et les jeunes enfants, la population qui se rendait le plus aux urgences étaient les 18-29 ans [84]. Constat affirmé en 2014 puisque les jeunes adultes représentaient 14% des visiteurs des services d'urgences [85].

Ce paradoxe met-il d'avantage les comportements à risque de cette population ou la négligence envers leur santé ? Par négligence on entend ici, la faible sensibilité aux besoins de soins [86]. Les perceptions et valorisations de la santé peuvent être impactés par un certain nombre de biais.

Un certain nombre d'études évoquent les biais cognitifs dans la perception et représentation de la santé et de la maladie, il en ressort 2 biais cognitifs majeurs étudiés en psychologie de la santé [79], [80], [87]. Le premier étant le biais de l'optimisme comparatif qu'on peut définir simplement par l'idée que « ça n'arrive qu'aux autres », ce biais est directement lié au sentiment d'invincibilité et de l'invulnérabilité que peuvent retranscrire les adolescents et jeunes adultes. Le deuxième biais cognitif

associé à la sensibilité des besoins en santé est l'illusion de l'unique invulnérabilité, connu sous le nom de « bias blind spot » identifié par les chercheurs Emily Pronin et Lee Ross en 2004 [[88]. Il se caractérise par une croyance erronée en une immunité ou une invincibilité personnelle face aux risques pour la santé. Les jeunes adultes peuvent avoir tendance à surestimer leur capacité à éviter les conséquences négatives pour leur santé, même en adoptant des comportements à risque. Chez les jeunes adultes, cette illusion d'invulnérabilité peut découler de plusieurs facteurs, tels que le manque d'expérience et de maturité, la recherche de sensations fortes, l'influence des pairs ou encore le sentiment de jeunesse et de vitalité. Les jeunes adultes peuvent se persuader qu'ils sont moins susceptibles d'être touchés par des problèmes de santé graves ou de subir les conséquences néfastes de comportements à risque, tels que la consommation excessive d'alcool, le tabagisme, la conduite imprudente ou les relations sexuelles non protégées.

Le sentiment d'invincibilité chez les jeunes adultes peut alors véritablement engendrer un renoncement aux soins médicaux. Ce renoncement peut être dû à divers facteurs, tels que le manque de conscience des risques pour leur santé, l'optimisme excessif et la confiance en soi accrue à cette période de la vie.

#### b. Stigmatisation et perception sociale de la santé

La stigmatisation sociale et les normes sociales influencent considérablement le renoncement aux soins des jeunes adultes. L'impact de ces facteurs peut avoir un effet important sur leur décision de rechercher ou de recevoir des soins médicaux [79].

La stigmatisation sociale associée à certains problèmes de santé peut dissuader les jeunes adultes de rechercher les soins appropriés. Notamment les problèmes de santé les plus rencontrés par les jeunes, telle que la santé mentale, les maladies sexuellement transmissibles et d'autres problèmes considérés comme tabous ou honteux [87], [89]. La peur d'être jugé, rejeté ou de faire l'objet de discrimination à cause de ces problèmes peut inciter les jeunes adultes à ne pas chercher à obtenir une aide professionnelle, ce qui entraîne une réduction des soins [90].

En outre, les normes sociales, les jugements et les préjugés associés à certains problèmes de santé peuvent également influencer la décision des jeunes adultes de rechercher des soins médicaux. Si une condition médicale est perçue comme peu

sérieuse ou non urgente dans la société, les jeunes adultes peuvent minimiser l'importance de recevoir un traitement. Par exemple, les troubles de santé mentale peuvent souvent être perçus comme un signe de faiblesse ou de fragilité, ce qui peut conduire à une minimisation de la nécessité de consulter un professionnel de la santé [90].

La peur du jugement social ou de la discrimination peut également jouer un rôle majeur dans l'accès aux soins [91], [92]. La société impose souvent des normes et des attentes concernant l'apparence physique, la sexualité, la consommation de substances et d'autres comportements liés à la santé. La crainte d'être jugé ou rejeté en raison de ces comportements peut amener les jeunes adultes à éviter les soins médicaux par peur d'être étiquetés ou stigmatisés.

La compréhension des facteurs psychosociaux qui influencent le renoncement aux soins chez les jeunes adultes nous permet de saisir l'importance des représentations individuelles, de la stigmatisation sociale et des normes sociétales dans leur décision de rechercher ou de recevoir des soins médicaux. Les jeunes adultes sont également confrontés à des défis spécifiques liés à l'information et à la communication, qui peuvent avoir un impact sur leur prise de décision en matière de soins de santé.

#### 4. Facteurs liés à l'information et à la communication

##### a. L'habilitation en santé

L'habilitation en santé, également connue sous le terme de health-related empowerment, est un concept clé dans le domaine de la santé qui met l'accent sur le renforcement des individus pour prendre le contrôle de leur propre santé et de leurs décisions en matière de soins. Il s'agit d'un processus par lequel les individus acquièrent les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour prendre des décisions éclairées et participer activement à leur propre bien-être.

L'habilitation en santé implique plusieurs aspects essentiels ; il englobe l'accès à une information pertinente et fiable sur la santé, permettant aux individus de comprendre les enjeux, les options de traitement et les mesures préventives. Les chercheurs décrivent la finalité de ce concept comme une pleine compréhension de soi, ce qui permet de prendre des décisions éclairées et de participer activement à son propre parcours de soins [93], [94]. Ce concept est alors pleinement lié aux facteurs psycho-

sociaux mais également aux facteurs environnementaux et informationnels de l'accès aux soins.

#### b. L'information santé

De nombreux chercheurs affirment également que l'accès universel à l'information en santé est un élément fondamental d'un système de santé efficace qui souhaite parvenir à une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) [95], [96]. Ils ajoutent que la santé de tout individu dépend fondamentalement de la disponibilité et de l'utilisation d'informations fiables en santé, cette information est alors une partie-prenante du parcours de soins et a un impact direct sur la santé (cf. Annexe 1) [96].

On distingue deux grands types d'informations relative à la santé : l'information santé et l'information médicale [82], [97], [98]. L'information santé, souvent destinée au grand public, est l'ensemble des renseignements en matière de santé (informations sur les symptômes, les diagnostics, les traitements, les modes de vie sains, les services de santé, les droits des patients, les ressources communautaires et bien d'autres sujets liés à la santé). Émanant de professionnels, l'information médicale est davantage spécialisée puisqu'elle répond plus précisément à l'information publique scientifique [82].

L'information santé peut être diffusée à travers divers canaux, tels que les médias, les sites web spécialisés, les brochures, les affiches, les vidéos, les applications mobiles et les consultations médicales. Dans ce travail et parce qu'on analyse les comportements des 18-30 ans (représentés dans beaucoup d'études comme digital natives) nous nous concentrerons ici sur l'information santé sur l'Internet y compris sur les médias sociaux.

#### c. L'influence de l'Internet

En plus de participer à la diffusion du savoir médical, Internet offre un accès rapide à une pluralité de points de vue, y compris ceux exprimés par les patients qui deviennent producteurs d'informations et d'opinions sur la santé. Internet est même présenté par différents experts comme l'un des vecteurs de responsabilisation des individus envers leur santé [82], [98]–[101].

Déjà en 2008, des études démontrent que plus de la moitié des individus utilisait internet pour s'informer sur la santé, avec la précision d'une utilisation encore plus développée chez les plus scolarisés et chez les jeunes de moins de 30 ans [82], [102], [103].

Un des aspects les plus positifs dans l'utilisation de L'internet pour l'accès aux soins est le concept de communication numérique engageante.

La communication engageante est un type de communication persuasive qui vise à former, modifier ou renforcer des actions personnelles et sociales et des cognitions ou représentations sociales. Autrement dit, c'est une approche de communication qui vise à captiver l'attention et à développer l'intérêt de l'utilisateur via des médias numériques. L'objectif est d'encourager les changements de comportements ou modes de consommation en utilisant des messages personnalisés et interactifs en ligne [104], [105]. De façon plus concrète cette approche, en santé, se définit par des applications mobiles interactives, des serious game ou « jeux sérieux » qui s'intègrent parfaitement dans les programmes de prévention et d'éducation de la santé, des chatbots de santé, des campagnes de sensibilisation sur les réseaux sociaux, etc.

Outre la communication et la source d'information qu'offre l'Internet en santé, cela permet également de simplifier l'accès aux soins. Un des outils les plus cités dans la littérature est la prise de rendez-vous en ligne [106], son apparition se fait en 2007 avec Zocdoc la première plateforme qui permet cette fonctionnalité et se démocratise en 2013 avec la création de la plateforme dominante en prise de rendez-vous en ligne : Doctolib. D'ailleurs en 2020, Doctolib indiquait que 42 millions de personnes avaient pris rendez-vous en ligne, avec proportion de 36% de 18-34 ans [107].

La téléconsultation également appelée consultation médicale en ligne et plus ou moins associée à la télémédecine, facilite l'accès aux soins pour des raisons évidentes associées aux facteurs géographiques et d'accessibilité lié au renoncement aux soins [108], [109]. A l'évidence, la crise sanitaire a renforcé cette tendance puisqu'en 2020 selon les rapports de la DREES 13,5 millions de téléconsultations ont été réalisées en France. Un chiffre plus étonnant est cité dans ce rapport puisque 7 téléconsultations sur 10 en médecine générale seraient réalisées avec des patients venant de grands pôles urbains [110].

Internet et ses outils permettent également d'autres avantages non négligeables en santé qui seront amenés à se développer ces prochaines années : les dossiers médicaux électroniques, les ressources en rapport avec l'autogestion de la santé, les dispositifs connectés et toutes les technologies liées à l'Internet des objets médicaux (IoMT).

De nombreux chercheurs se sont interrogés sur les causes de l'utilisation majoritaire d'Internet chez les jeunes en recherche d'information santé, le point convergent après la facilité et la rapidité d'accès aux informations était le besoin de se réassurer et de s'identifier à une communauté [82], [111], [112]. Ces recherches se font alors sur des sources jugées de non-scientifiques : essentiellement les réseaux sociaux, les forums en santé ou encore des sites internet non vérifiés. On arrive alors à la limite principale de l'Internet en santé : la fiabilité de l'information et de la source. Internet regorge d'informations contradictoires, non vérifiées ou erronées en matière de santé. Les jeunes peuvent être exposés à des sources d'information non fiables, ce qui peut entraîner des problèmes de compréhension et de prise de décision en matière de santé [82], [102], [103], [111]–[113].

Une autre limite identifiée quant à l'utilisation d'Internet est le déséquilibre des populations à l'accès à cette précieuse ressource [102].

En conclusion, le renoncement aux soins chez les jeunes adultes résulte d'une multitude de facteurs interconnectés et complexes. Les aspects financiers et économiques, englobant les inégalités liées au revenu et au niveau de vie, ainsi que le coût élevé des soins, exercent une influence considérable sur la décision des individus de renoncer à des soins nécessaires. Par ailleurs, les facteurs géographiques et d'accessibilité, incluant la distance géographique et les moyens de transport, peuvent entraver l'accès physique aux services de santé. Les facteurs psychosociaux, tels que les représentations et le sentiment d'invincibilité propres aux jeunes adultes, ainsi que la stigmatisation et la perception sociale de la santé, peuvent également influencer sur la décision de renoncer aux soins. Enfin, les facteurs liés à l'information et à la communication, notamment l'habilitation en santé et l'information-santé disponible, y compris l'influence d'Internet, ont un impact significatif sur les choix et les comportements liés à la santé.

## Partie 2 : Méthodologie, analyse et résultats

Le but de cette partie est de faire un parallèle entre la théorie et une étude de terrain afin de répondre à ma problématique qui est : **Quels sont facteurs et manifestations du renoncement aux soins chez les jeunes adultes ?**

Afin d'arriver à une conclusion nous avons déterminé plusieurs questions de recherches qui nous aideront par la suite à émettre des axes d'amélioration et recommandations :

1. Quelle est la prévalence du renoncement aux soins chez les jeunes adultes ?
2. Comment se manifeste le renoncement aux soins chez les jeunes adultes ?
3. Quelles sont les variables influant sur le renoncement ?
4. Au sein de cette population, existe-t-il des profils prédominants renonçant aux soins ?
5. Quelles sont les causes majoritaires du renoncement ? Comment varient-elles en fonction des profils ?

### I. Choix de la méthodologie

Le choix de la méthode quantitative pour étudier le renoncement aux soins chez les jeunes adultes repose sur des fondements solides issus de la recherche académique et scientifique dans le domaine de la santé. Les approches quantitatives offrent une série d'avantages précieux pour identifier les comportements liés au renoncement aux soins et les facteurs qui y sont associés.

En recueillant des données auprès d'un échantillon représentatif de jeunes adultes, il est possible d'obtenir des résultats généralisables à une population plus large. Cela contribue à renforcer la validité externe de l'étude et à fournir des conclusions plus solides sur le phénomène de renoncement aux soins dans cette population spécifique.

En outre, les méthodes quantitatives offrent une approche systématique et rigoureuse pour analyser les données. Grâce à des techniques statistiques avancées, il est possible de déterminer les associations significatives entre les variables, d'évaluer l'impact des facteurs individuels et contextuels sur le renoncement aux soins, et même de prédire les comportements futurs. Cela permet d'approfondir notre compréhension

du phénomène et de contribuer à la prise de décisions éclairées en matière de politique de santé.

C'est donc au travers d'un questionnaire que la collecte de données s'est réalisée afin de permettre d'analyser les questions de recherche citées précédemment, d'établir des conclusions statistiques puis trouver des axes ou leviers d'améliorations.

Ce questionnaire a été réalisé sur Google Forms (cf. Annexe 2), il vise à recueillir des informations sur le profil, l'accès aux soins et les comportements de renoncement aux soins médicaux chez les jeunes adultes en France, ainsi que leur confiance envers le système de santé et l'utilisation d'Internet pour rechercher des solutions alternatives. Il a été diffusé pendant 2 mois sur mes réseaux sociaux et professionnels. Un total de **306 réponses** a été recueillies. Les réponses ont été extraites vers un fichier CSV (Coma-Separated Values) et ont été analysés à l'aide du langage R qui permet une manipulation et un traitement plus facile des données.

## II. Population étudiée

Avant une analyse plus précise qui permettra la réponse aux questions de recherches définies précédemment, il paraît judicieux de présenter la population étudiée (notamment afin de juger si l'échantillon est assez représentatif de la population et permet d'émettre des conclusions).

Le choix de se concentrer sur les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans pour notre étude sur le renoncement aux soins est justifié par plusieurs raisons importantes. Tout d'abord, cette tranche d'âge représente une période de transition critique dans la vie des individus, marquée par de nombreux changements et défis. Les jeunes adultes sont souvent confrontés à des transitions éducatives, professionnelles et familiales, ce qui peut avoir un impact significatif sur leur santé et leurs comportements liés aux soins de santé. En effet, les jeunes adultes sont généralement considérés comme étant dans une période clé pour l'établissement de comportements de santé à long terme. Les choix et les habitudes de santé adoptés pendant cette période peuvent entraîner des répercussions durables sur la santé future. Par conséquent, comprendre les raisons du renoncement aux soins chez les jeunes adultes nous permettra de cibler des

interventions précoces pour favoriser des comportements de santé positifs et prévenir les problèmes de santé à long terme.

Le premier critère dans le recueil de données était évidemment l'âge, les réponses par « plus de 30 ans » ou « moins de 18 ans » à la première question mettaient donc fin au questionnaire. En décomptant alors ces réponses l'échantillon étudié représente alors **281** personnes, parmi ces 281 participants 174 étaient des femmes, 102 des hommes et 5 n'ont pas souhaité le préciser.

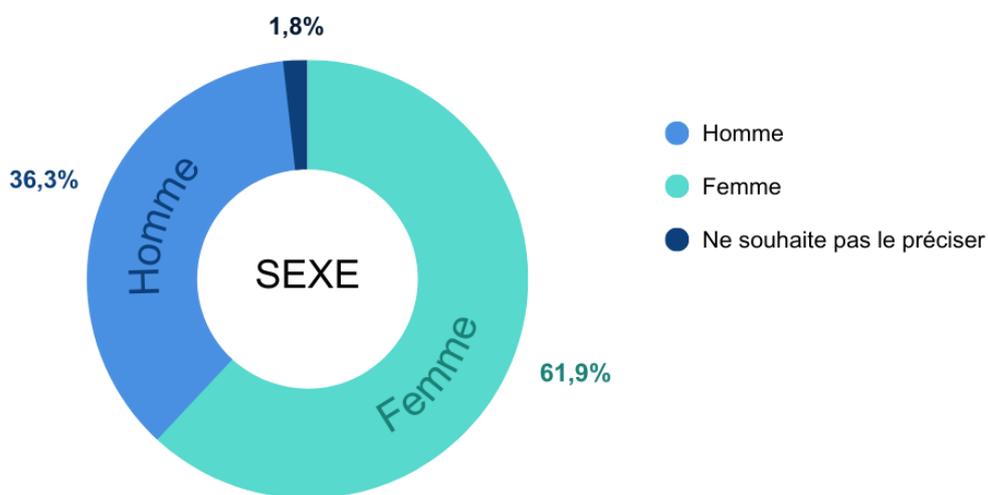


Figure 1 : Graphique de répartition des participants par sexe

Pour revenir sur le critère premier qui était l'âge, les 18-30 ans ont été segmentés en plusieurs catégories : 18-20 ans, 21-24 ans et 25-30 ans. L'échantillon est plutôt équilibré avec néanmoins une représentation plus faible des 18-20 ans puisqu'on retrouve respectivement : 61 participants de 18-20 ans soit 21,7%, 121 participants de 21-24 ans soit 43,1% et 99 participants de 25-30 ans ce qui correspond à 35,2%.

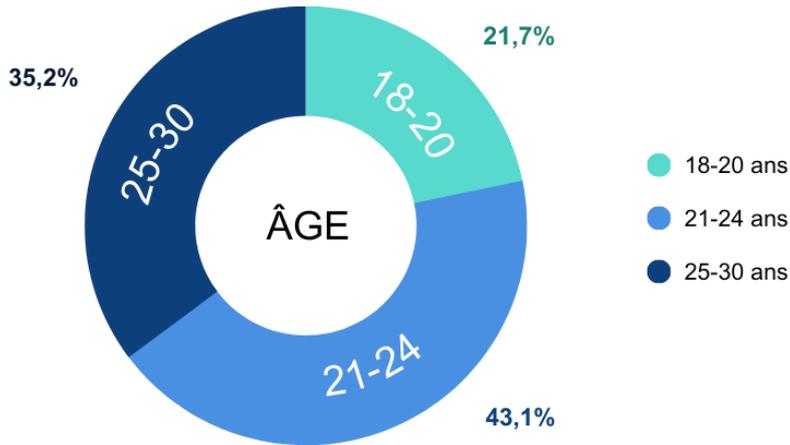


Figure 2 : Graphique représentant l'âge des participants

Nous avons demandé la situation professionnelle de chaque individu pour comprendre d'avantage si leurs comportements en santé dépendaient de cette situation. Dans notre échantillon, nous avons alors en majorité 54,4% des 18-30 ans qui sont actifs, 39,3% étudiants et en grande minorité 6,5% sans emploi.

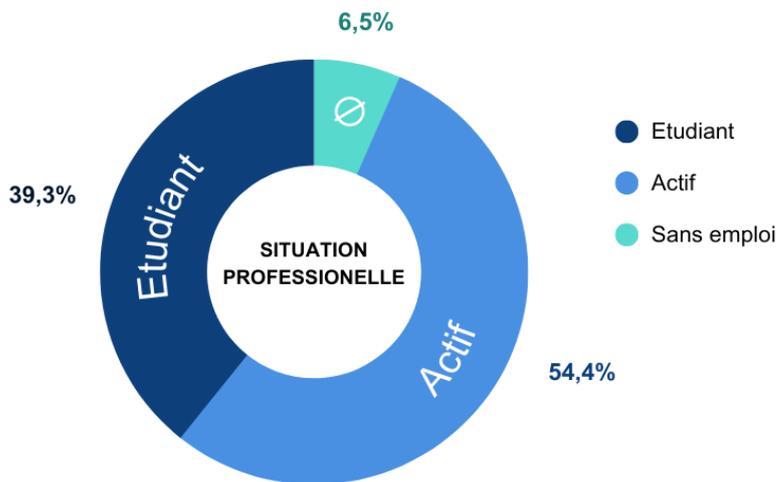


Figure 3 : Graphique représentant la situation professionnelle des participants

Comme cité précédemment, une autre variable importante dans cette tranche d'âge est le lieu d'habitation qui nous permet de juger de l'indépendance, tout comme la situation professionnelle. Puisque nous émettons l'hypothèse que ces 2 variables (habitation et situation professionnelle) influent sur la prise de décisions et les comportements en santé, ce que nous vérifierons dans la partie suivante.

Pour recueillir cette donnée la question était « Vous habitez : » avec 3 réponses possibles : Au domicile parental, en logement étudiant ou indépendant.

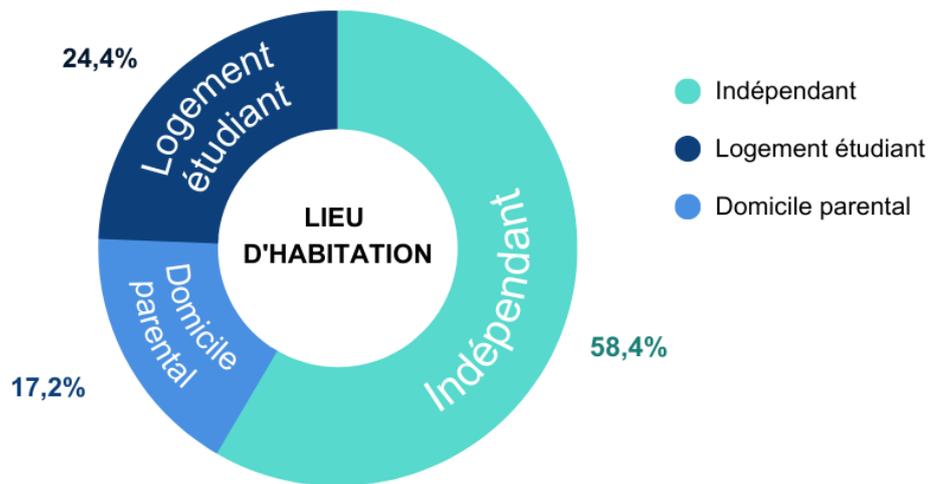


Figure 4 : Graphique représentant le lieu d'habitation des participants

Comme constaté dans la littérature, le revenu serait une variable discriminante dans le comportement en Santé des jeunes adultes. Le revenu des participants a été évalué par la question « Quel est votre niveau de revenu mensuel net ? » avec pour réponses possibles : Sans revenu fixe, moins de 1000 euros, entre 1000 et 2000 euros, entre 2000 et 3000 euros, plus de 3000 euros.

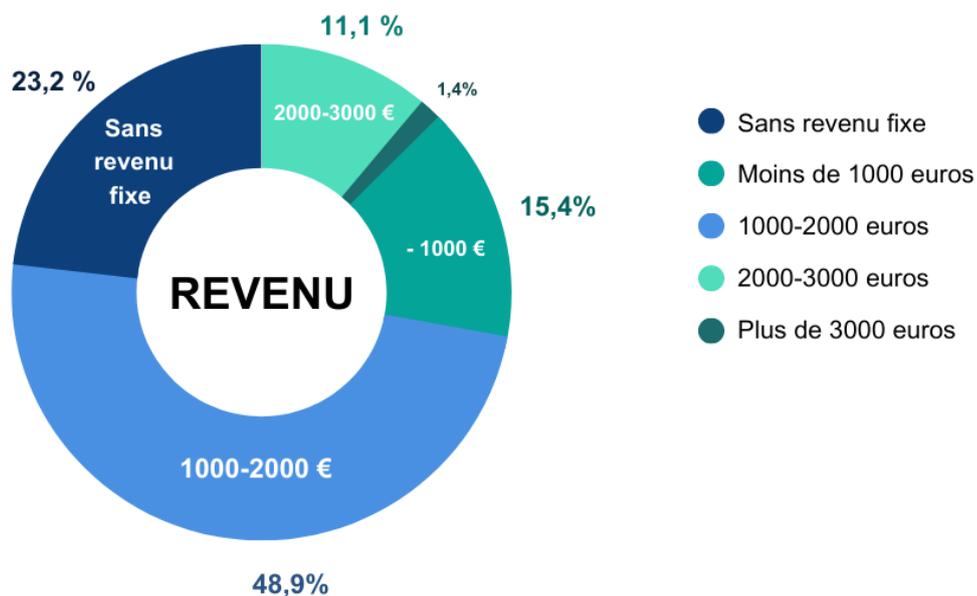


Figure 5 : Graphique représentant le revenu mensuel des participants

### III. Analyse des résultats

#### 1. Prévalence du renoncement aux soins chez les jeunes adultes

Pour l'ensemble des analyses nous considérerons qu'il y a renoncement aux soins si le participant a répondu « Oui » à l'une de ses 2 questions :

- Avez-vous déjà renoncé à des soins ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes de santé mais avez décidé de ne pas consulter de professionnel de santé ?

Il semblait judicieux de reformuler la première question et d'établir une « question barrière » pour s'assurer que le plus grand nombre de participants possible interprète correctement la question. D'ailleurs pour la question « Avez-vous déjà renoncé à des soins » le nombre de réponses positives est de 50,2% tandis que pour la deuxième question 77% ont répondu « Oui » à « Avez-vous déjà eu des problèmes de santé mais avez décidé de ne pas consulter de professionnel de santé ? ».

Le nombre de participants ayant admis avoir déjà renoncé à des soins est donc de 241 sur 281 soit 86%.

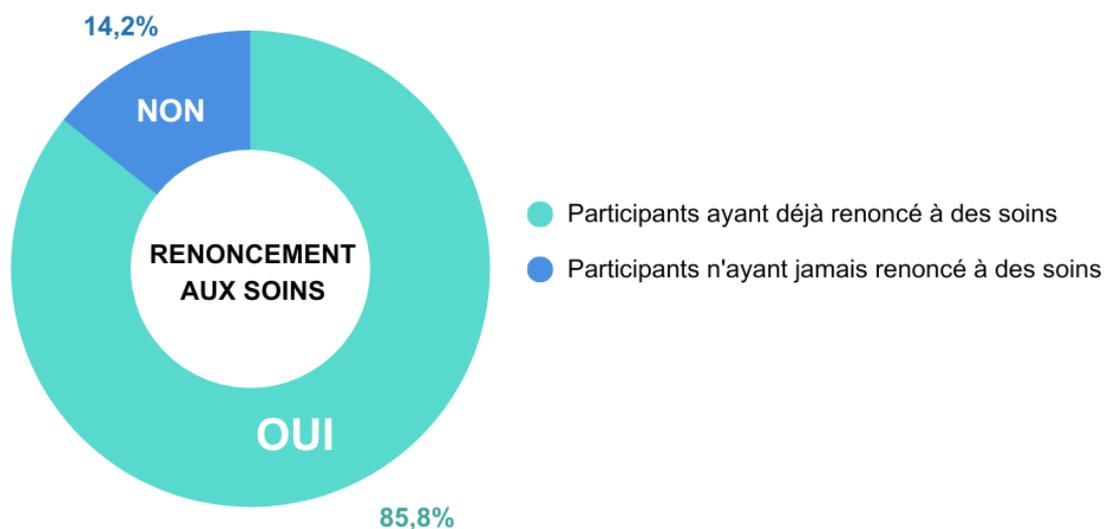


Figure 6 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins au sein de la population d'étude

Cette analyse nous permet donc de répondre à la première question de recherche qui est « Quelle est la prévalence du renoncement aux soins chez les jeunes adultes ? ». La **prévalence du renoncement** aux soins de **86 %** au sein de la population étudiée. En 2014 le BRS avait établi que 25 % des individus en population générale avaient renoncé à au moins un soin dans les douze derniers mois. Une étude la DREES en 2017 indique que 3,1% des personnes de 16 ans ou plus ont déjà renoncé à des soins médicaux. N'ayant pas de données plus récentes et/ou centrées sur les jeunes adultes, nous pouvons juste conclure qu'il est évident qu'il n'y a pas qu'un seul profil parmi la population étudiée qui renonce aux soins mais la majorité des individus. Nous cherchons alors quelles sont les variables qui influent sur le renoncement aux soins.

## 2. Manifestations du renoncement aux soins chez les jeunes adultes

Dans le recueil de données les manifestations du renoncement sont représentées par le type de soins auxquels les jeunes adultes ont renoncé et leur prévalence, obtenu par la question « Quels types de soins avez-vous renoncé à recevoir ? ».

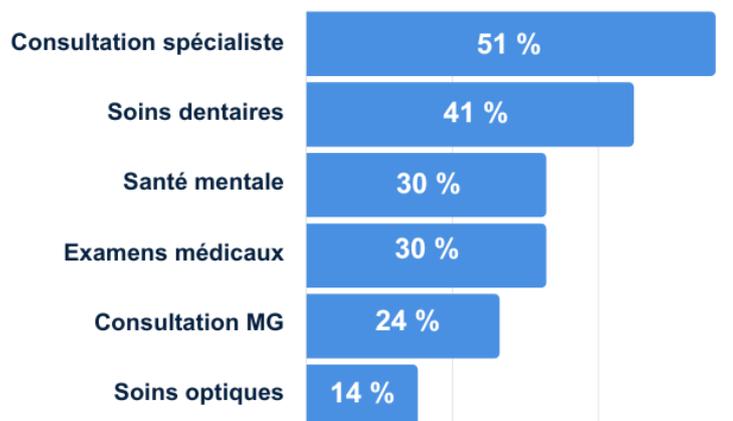


Figure 7 : Graphique représentant les soins renoncés

Comme évoqué dans la revue de littérature, les soins les moins accessibles pour les jeunes quel qu'en soit la cause sont souvent les **soins dentaires** et les **consultations chez un spécialiste** jugés plus coûteux car moins prise en charge par l'Assurance Maladie. Les soins de **santé mentale** représentent 30 % des soins renoncés, tout comme les **examens médicaux**. Quant aux **consultations chez un médecin généraliste** 24 % y ont renoncé alors qu'il s'agit d'une étape cruciale que ce soit dans la prévention ou dans le suivi de la santé, un médecin généraliste est par définition le premier interlocuteur qui garantit l'orientation vers des soins adaptés.

### 3. Variables influant sur le renoncement aux soins

Pour connaître les variables influant le renoncement aux soins, nous avons réalisé en langage R et sur JupyterLab des tests statistiques à partir d'un dataset qui comprenait l'ensemble des résultats au questionnaire Google Forms.

Lorsque l'on souhaite étudier la relation entre deux variables nominales ou ordinales, le test du Chi-carré peut être utilisé pour évaluer si la distribution des fréquences observées dans chaque catégorie diffère de ce qui serait attendu si les deux variables étaient indépendantes. En d'autres termes, il teste l'hypothèse nulle selon laquelle les deux variables ne sont pas liées.

D'abord pour savoir si l'**âge** influait sur ce comportement, un test de Chi-carré a été réalisé, celui s'est avéré être non exploitable puisque les âges sont répartis en 3 tranches d'âge dans ma population d'étude et les effectifs sont alors trop faibles pour être concluants.

Pour le **niveau d'études** le test de Chi-carré n'a pas déterminé de lien statistique entre cette variable et le renoncement aux soins.

La **situation professionnelle** évaluée dans le questionnaire par la question « Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? » (cf. Figure 3) a également été testée avec un test Chi-carré. Avec un  $X^2$  de 7,528 et une p-value de 0,02319 qui est inférieure au seuil de significativité de 0,05. On peut alors affirmer qu'il y a une association statistique entre la situation professionnelle et le renoncement aux soins.

Concernant les effectifs des personnes renonçant aux soins en fonction de leur situation professionnelle, les actifs sont la catégorie qui renonce le plus 84 % d'entre eux ont déjà renoncé à un soin contre 73 % des étudiants et 61 % des sans-emploi. Rappelons que la population des sans-emploi était relativement faible dans notre échantillon (18 personnes/281).

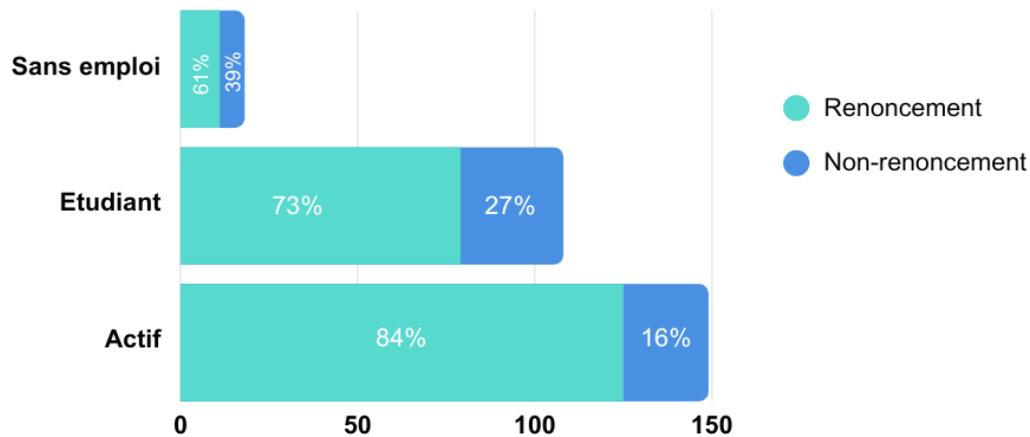


Figure 8 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins en fonction de la situation professionnelle

La prochaine variable analysée est celle du **lieu d'habitation** (cf. Figure 4). Une nouvelle fois un test de Chi-carré a été réalisé entre cette variable est celle définie comme correspondant au renoncement aux soins précédemment. Ce test indique que ces variables sont statistiquement liées puisque la p-value est nettement inférieure à 0,05.

Ce graphique nous permet d'affirmer que les indépendants comme les individus habitant en logement étudiants ont presque un taux de renoncement similaire, respectivement 84 et 81 %. Précisions que la population qui renonce le moins est logée au domicile parental.

Les individus vivant en logement étudiants ayant un comportement similaire aux indépendants face au renoncement aux soins, pour le reste de l'analyse nous admettons que le terme « indépendants » désigne les participants en logement étudiant + les indépendants.

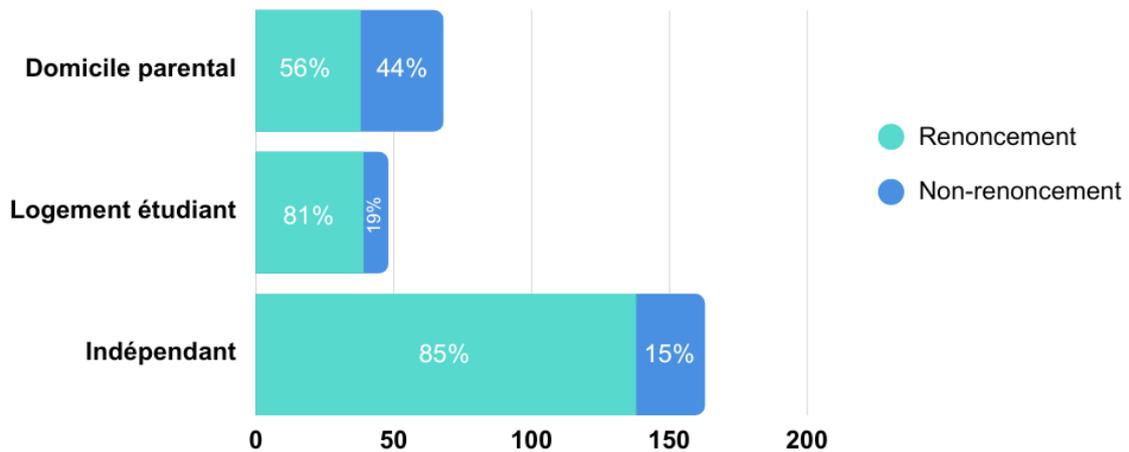


Figure 9 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins selon le lieu d'habitation

Un des constats émis dans la revue de la littérature était que les aspects financiers notamment liés au revenu des jeunes adultes faisaient partis des facteurs amenant un renoncement aux soins. Pour prouver ce lien dans mon étude de terrain, j'ai effectué un test de chi-carrée entre le **revenu** (cf. Figure 5 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) et le renoncement aux soins. Le résultat du test indique une valeur de p de  $8.698 \times 10^{-5}$  qui est donc bien inférieure à 0,05 et suggère un lien statistiquement significatif entre le renoncement aux soins et le revenu.

Ici nous ne pouvons conclure que les personnes avec des revenus plus modestes renoncent de façon plus évidente aux soins puisque les catégories qui renoncent le plus sont celles ayant un revenu entre 1000 et 2000 € euros ou entre 2000 et 3000 €. Cela suggère qu'il y a d'autres facteurs influant le renoncement et que les causes de renoncement liées au revenu ne sont pas majoritaires dans la population d'étude, supposition que nous vérifierons en répondant à la question de recherche n°5.

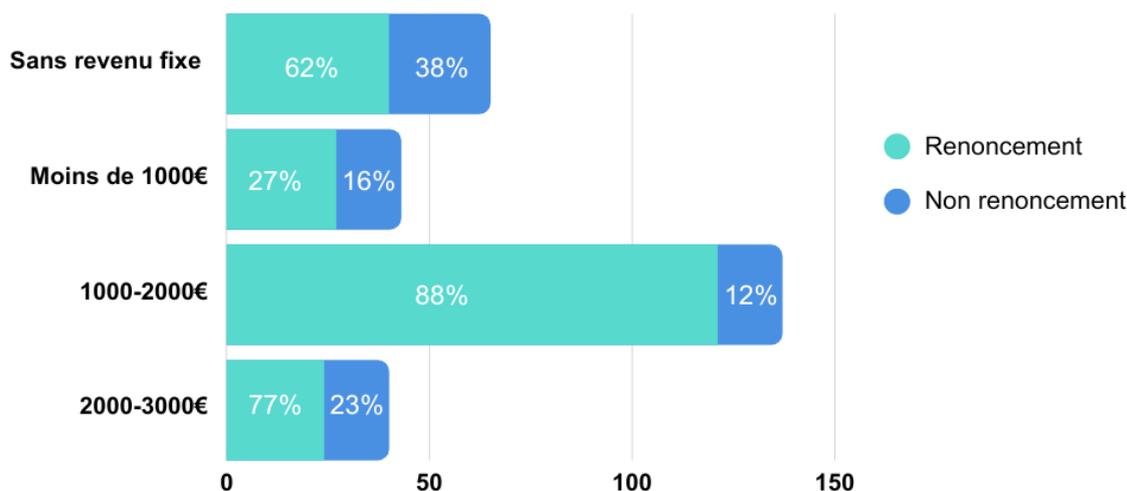


Figure 10 : Graphique représentant le taux de renoncement aux soins selon le revenu mensuel

On peut alors répondre à la question de recherche n°3 « Quelles sont les variables influant sur le renoncement ? ». Les variables (présentes dans mon questionnaire) qui caractérisent le renoncement aux soins chez les jeunes adultes sont : la **situation professionnelle**, le **revenu mensuel** et le **lieu d'habitation**.

#### 4. Profils de la population étudiée

La tranche d'âge de 18 à 30 ans est plutôt conséquente, pour cela et pour effectuer des recommandations pertinentes dans la partie suivante de ce travail, il serait pertinent d'établir différents profils au sein de cette population. Pour cette tâche, je me suis basée sur les variables ayant un lien statistique avec le renoncement aux soins : la situation professionnelle (actif ou étudiant), le lieu d'habitation (domicile parental ou indépendant) et le revenu mensuel (sans revenu fixe, moins de 1000€, entre 1000 et 2000€, entre 2000 et 3000€).

D'abord il était nécessaire de prendre en compte la répartition de ces variables pour mettre en évidence les profils les plus récurrents au sein des participants à mon étude.

D'abord on peut remarquer à travers le graphique de la figure 9 que dans les tranches de revenu les plus faibles (sans revenu fixe et moins de 1000€ par mois) la représentation des actifs est inexistante ou très faible. Quant aux étudiants, ils ne sont pas du tout représentés dans la tranche de revenu entre 2000 et 3000€ mensuel.

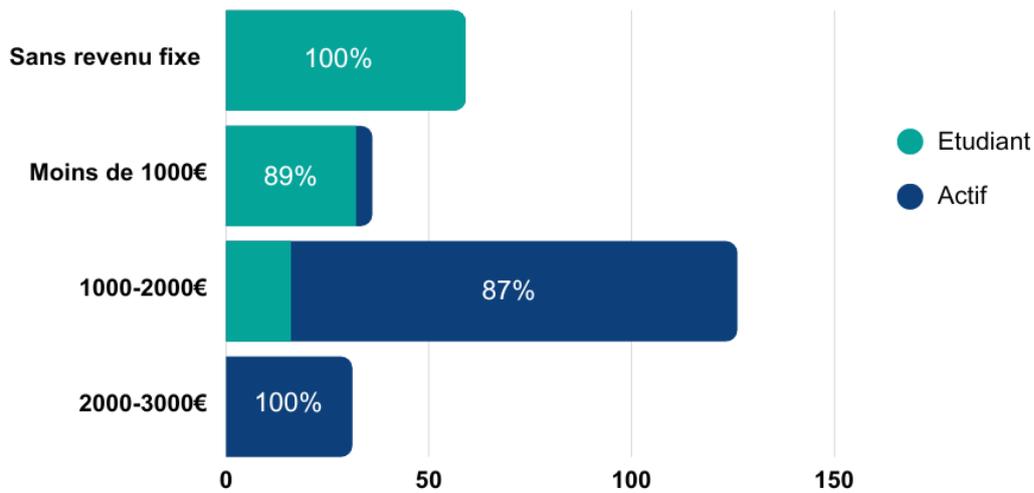


Figure 11 : Graphique représentant les effectifs d'actifs et d'étudiants en fonction du revenu mensuel

Dans le graphique associant situation professionnelle et lieu d'habitation, on peut constater que les actifs au domicile parental sont peu représentés. Quant aux indépendants ils sont majoritairement actifs cependant il y a quand même 1/3 d'entre eux qui sont étudiants.

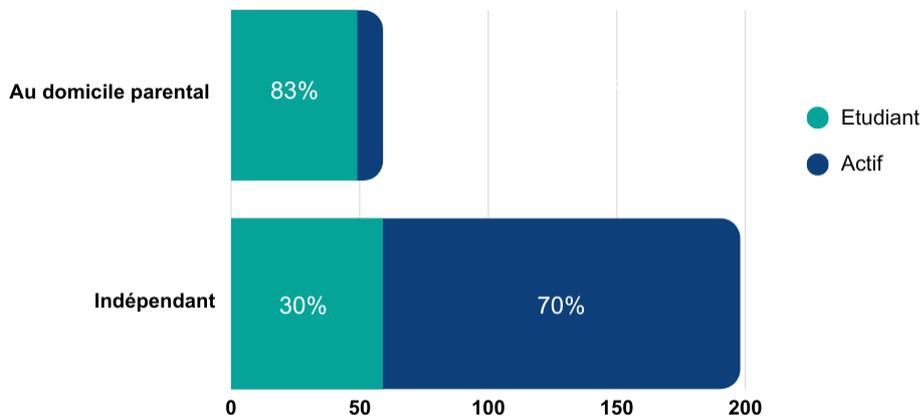


Figure 12 : Graphique représentant les effectifs d'actifs et d'étudiants en fonction du lieu d'habitation

La figure 13 représente les effectifs de la population selon ces 3 variables.

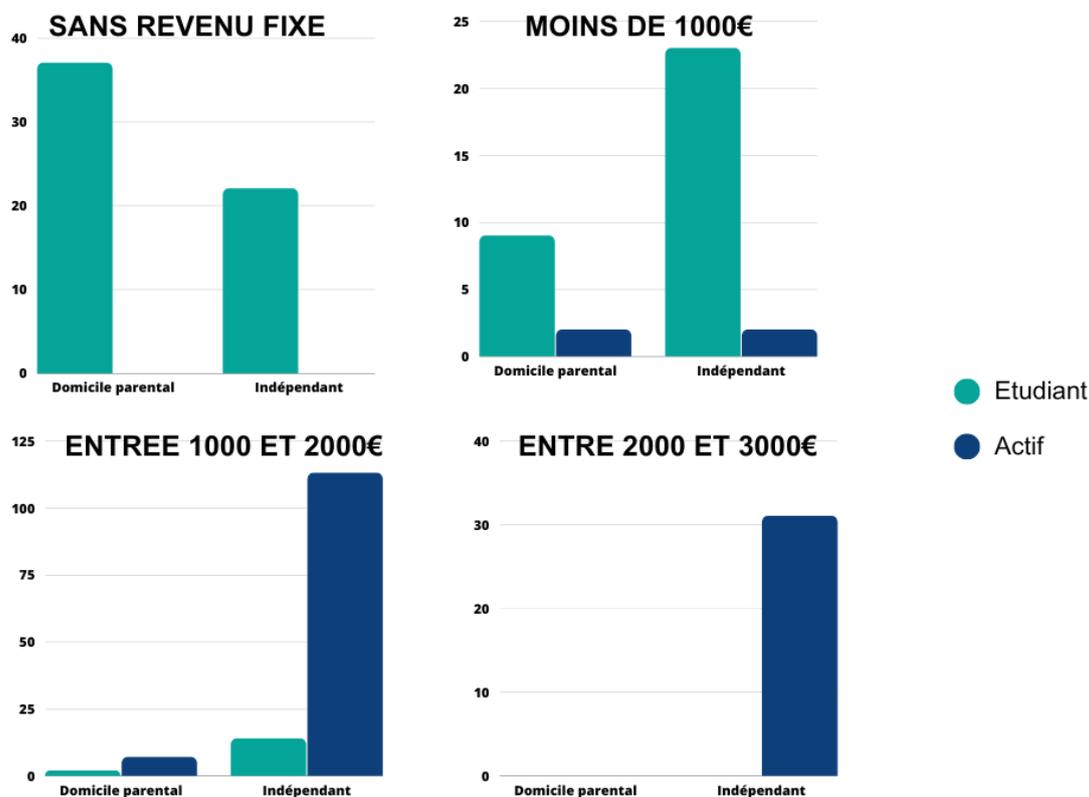


Figure 13 : Graphiques représentant les effectifs de la population d'études en fonction des 3 variables discriminantes

Ces 3 figures nous permettent d'établir 7 profils au sein de la population :

- Etudiants au domicile parental sans revenu fixe
- Etudiants au domicile parental avec un revenu mensuel de moins de 1000€
- Etudiants indépendants sans revenu fixe
- Etudiants indépendants avec un revenu mensuel de moins de 1000€
- Etudiants indépendants avec un revenu mensuel entre 1000 et 2000 €
- Actifs indépendants avec un revenu mensuel entre 1000 et 2000 €
- Actifs indépendants avec un revenu mensuel entre 2000 et 3000 €

Lors de la rédaction du questionnaire il n'a pas été précisé si les aides financières telles que les bourses, aides au logement, pensions alimentaires etc étaient comprises dans le revenu mensuel. On peut considérer que ces aides feraient la différence entre un étudiant sans revenu fixe et avec un revenu de moins de 1000 euros.

Pour cette raison, les catégories « sans revenu fixe » et avec un revenu de « moins de 1000€ » seront regroupées et nommées « inférieur à 1000€ ».

Voici alors les 5 profils au sein de la population 18-30 ans de cette étude et leur taux de renoncement aux soins respectifs :

- (Profil 1) **Etudiants au domicile parental** : 46 individus avec un taux de renoncement de 65 %
- (Profil 2) **Etudiants indépendants avec un revenu inférieur à 1000 euros** : 45 individus avec un taux de renoncement de 82 %
- (Profil 3) **Etudiants indépendants avec un revenu entre 1000 et 2000 euros** : 14 individus avec un taux de renoncement de 100 %
- (Profil 4) **Actifs indépendants avec un revenu entre 1000 et 2000 euros** : 103 individus avec un taux de renoncement de 87 %
- (Profil 5) **Actifs indépendants avec un revenu entre 2000 et 3000 euros** : 31 individus avec un taux de renoncement de 84 %

## 5. Causes du renoncement aux soins

Nous répondrons dans cette partie à la question de recherche n° 5 : Quelles sont les causes du renoncement aux soins ? Varient-elles en fonction des profils ?

Au sein du questionnaire les causes du renoncement sont recueillies par la question « Pour quelle(s) raison(s) ? » après les 2 questions concernant le renoncement aux soins, les réponses possibles étaient : raisons financières, raisons géographiques, temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (disponibilité du praticien), manque de temps, « j'estimais ne pas en avoir besoin », « je n'avais pas confiance ou peur » et « j'ai trouvé une autre alternative (internet, médecine douce, conseils d'un proche...), les participants pouvaient cocher plusieurs réponses.

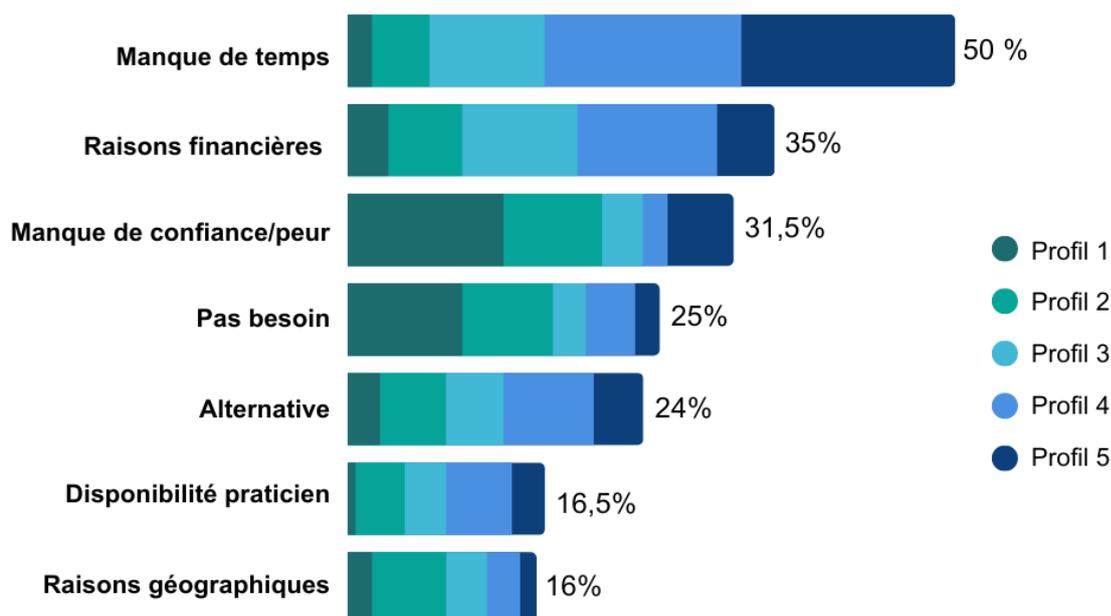


Figure 14 : Graphique représentant les causes du renoncement aux soins

Pour rappel dans la revue de la littérature les facteurs de renoncement aux soins identifiés en population générale étaient : les facteurs financiers et économiques, les facteurs géographiques notamment d'accessibilité, les facteurs psycho-sociaux et les facteurs liés à la communication et à l'information-santé.

Le premier constat est qu'à la différence de la revue littéraire, les raisons financières se situent en deuxième position des causes du renoncement, la première cause identifiée dans cette population est le **manque de temps**. La répartition de ce facteur entre les différents profils semble plutôt logique puisqu'on peut imaginer que le Profil 5 (actifs indépendants avec un revenu de 2000-3000 €) en fonction de son revenu est celui qui travaille le plus et donc à moins de temps disponible tandis que le Profil 1 (étudiant au domicile parental) dispose de plus de temps libre, ne serait-ce que pour prendre rendez-vous ou se rendre à une consultation médicale.

De manière prévisible les **raisons financières** sont une cause de renoncement plus représentée dans les profils avec les revenus les plus modestes sauf pour les étudiants au domicile parental pour qui on peut supposer que les dépenses en santé sont prises partiellement en charge par les parents.

Le **manque de confiance et la peur** sont des causes très fréquentes chez les étudiants au domicile parental, sans avoir apporté la précision on peut imaginer que ce critère peut faire référence à la stigmatisation sociale étudiée dans la littérature.

Les jeunes peuvent craindre de se sentir jugés (par leur parent ou professionnels de santé) sur des problèmes de santé. D'ailleurs on remarque que la santé mentale (cf. Figure 7) fait partie des soins auxquels les jeunes adultes renoncent le plus à recevoir comme le présentaient certaines études [87], [90].

Le questionnaire n'apporte pas de précision quant à la nature des **alternatives** trouvées aux soins, on peut imaginer qu'internet a une place assez importante dans celles-ci puisqu'à la question « Avez-vous déjà utilisé internet pour éviter des soins ou trouver des alternatives au parcours de soins classique ? » 89 % ont répondu « Oui ». Néanmoins seulement 4,3 % d'entre eux affirment avoir totalement confiance aux informations trouvées sur Internet concernant leur santé.

Quant à la **disponibilité du praticien** et au temps d'attente pour obtenir rendez-vous (16,5 %) on pourrait justifier la répartition des profils du fait que cette cause soit associée au phénomène de manque de temps mais aussi à la sensibilité aux soins. Assurément on renonce plus facilement à un soin qu'on estime être trop long à recevoir d'autant plus si on juge ne pas en avoir besoin.

Une grande partie de la population d'étude affirme avoir renoncé à des soins car ils estimaient **ne pas en avoir besoin**, une nouvelle fois nous pouvons faire le parallèle avec un concept vue en revue de la littérature : le sentiment d'invincibilité. En effet, on pourrait émettre l'hypothèse que les jeunes estiment ne pas avoir besoin de soins car leur représentation et perception de leurs besoins en santé sont biaisées par leur sentiment d'invulnérabilité et par un certain nombre de biais présenté dans la partie sur les Représentations et sentiment d'invincibilité des jeunes adultes. Ce comportement est fortement lié à la cause suivante qui est le fait de trouver une alternative aux soins. En effet comme le souligne F. Vernède dans son article sur la santé et la préoccupation des jeunes, certains d'entre eux ont tendance à minimiser leurs problèmes de santé et à se débrouiller par eux-mêmes pour trouver une solution [83]. Dans la partie 1, ce sentiment qui pousse les jeunes à renoncer aux soins a été associé à leurs comportements à risque qui les amenaient à consulter les urgences plus ou moins fréquemment, ici 20 % de la population étudiée a consulté un service d'urgences au cours de la dernière année ce qui confirme ce constat.

La dernière cause de renoncement aux soins dans cette étude qui est les **raisons géographiques** est un critère difficile à analyser de manière fiable en raison d'un biais

évident. Ayant diffusé le questionnaire à travers mes réseaux presque 60 % de la population étudiée est originaire des Hauts de France, la majorité de cette région n'est pas catégorisée comme étant une zone d'intervention prioritaire en termes d'accès aux soins. Cependant, nous pouvons analyser la répartition de cette cause au sein des différents profils et il est évident que les profils dominants sont les étudiants indépendants premièrement car nous pouvons imaginer que les étudiants en logement étudiant sont géographiquement plus éloignés de leur médecin traitant par exemple (24 % de la population d'étude a renoncé à aller consulter un médecin généraliste et 34 % à consulter un médecin généraliste autre que son médecin traitant au cours de la dernière année). Ensuite nous savons que les étudiants se trouvent en majorité dans la tranche d'âge 18-20 ans et le taux de jeunes de 18 à 20 ans titulaires du permis de conduire est passé de près de 75 % à moins de 40 % ces dernières années, ce qui pourrait expliquer qu'ils soient plus sensibles à la situation géographique [114].

En conclusion, notre enquête de terrain a permis de mettre en évidence plusieurs aspects importants concernant le renoncement aux soins chez les jeunes adultes. Nous avons constaté que la prévalence du renoncement aux soins dans cette population est élevée, atteignant 86 %.

Nos résultats ont identifié plusieurs variables qui influencent le renoncement aux soins chez les jeunes adultes. La situation professionnelle, le revenu mensuel et le lieu d'habitation se sont révélés être des facteurs déterminants. Les étudiants au domicile parental, les étudiants indépendants avec un revenu inférieur à 1000 euros, les étudiants indépendants avec un revenu entre 1000 et 2000 euros, les actifs indépendants avec un revenu entre 1000 et 2000 euros et les actifs indépendants avec un revenu entre 2000 et 3000 euros présentent des taux de renoncement variables, reflétant la diversité des situations socio-économiques et des contraintes auxquelles ils sont confrontés.

Nos résultats ont également souligné les différentes causes du renoncement aux soins chez les jeunes adultes. Le manque de temps s'est avéré être la principale cause, suivie des raisons financières. Les aspects psychosociaux, tels que la stigmatisation et la peur de jugement, ont également été identifiés comme des facteurs influençant

le renoncement. De plus, le recours à Internet pour trouver des alternatives aux soins est courant, mais la confiance dans les informations en ligne reste faible.

En ce qui concerne les profils de renoncement, notre étude a révélé des différences significatives. Les étudiants au domicile parental semblent bénéficier d'une plus grande disponibilité de temps, tandis que les étudiants indépendants aux revenus modestes sont plus susceptibles de renoncer en raison de contraintes financières. Les actifs indépendants avec des revenus plus élevés sont également touchés par le renoncement aux soins, mais dans une moindre mesure.

En conclusion, notre enquête de terrain confirme la complexité du renoncement aux soins chez les jeunes adultes. Les facteurs financiers, géographiques, psychosociaux et liés à l'information jouent tous un rôle significatif. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte ces divers facteurs lors de l'élaboration de politiques et de programmes visant à réduire le renoncement aux soins et à améliorer l'accès aux services de santé pour cette population.

#### IV. Discussion et limites

Les conclusions émises dans ce travail sont à interpréter avec prudence car un certain nombre de biais ou de faiblesses a été identifié.

La complication première est liée à la collecte de données sur le renoncement aux soins chez la population étudiée. Les jeunes adultes sont sous-représentés dans les études d'inégalités aux recours de soins puisque souvent ils ne font pas partie des 3 grands régimes d'assurés sociaux (CNAMTS, RSI, MSA). Des recherches supplémentaires ou des données plus approfondies auraient permis des précisions supplémentaires sur les comportements en santé des jeunes adultes.

Le second point discutable est la taille de l'échantillon pour l'enquête de terrain, bien que celui-ci soit composé de 281 participants. Ce problème incombant à l'hétérogénéité des profils au sein de cette tranche d'âge qui constitue une population très diverse en termes de sexe, de niveau d'éducation et surtout de statut socio-économique, etc. Il se peut que certains groupes ou caractéristiques aient été sous représentés. Nous en venons alors au biais de sélection qui est causé par la diffusion

du questionnaire dans l'entourage plus ou moins proche ce qui explique la sur-représentation de la région Hauts de France. En outre, il est important de préciser que dans l'ensemble des participants 46 % ont déclaré avoir une personne de leur entourage qui travaille dans le domaine de la santé, cette question avait été posée car on peut supposer que les personnes ayant plus de connaissance en santé étaient moins susceptibles de renoncer ou pouvait être influencées.

La méconnaissance et le manque d'information de cette population peuvent également être des facteurs influant sur les réponses concernant le renoncement, cette méconnaissance à travers le questionnaire s'exprime par une réponse « Je ne sais pas » aux questions « Avez-vous un médecin traitant ? » et « Avez-vous une assurance santé complémentaire (mutuelle) ? », à ces questions 13 et 14 % ont répondu ne pas savoir. Ce phénomène peut s'expliquer par la période de transition à l'indépendance et/ou à l'attachement administratif aux parents que les jeunes adultes peuvent avoir.

Concernant l'outil de recueil de données qu'est le questionnaire via Google Forms, les options de réponses limitées ont pu influencer le choix de réponse de certains participants tout comme la formulation de certaines questions. Les questions avec des réponses à choix multiples ou au contraire avec des tranches d'âges ou de revenus ont compliqué l'analyse statistique qui aurait pu être plus élaborée et plus précise.

En travaillant sur ces points, on pourrait potentiellement généraliser cette étude à l'ensemble des jeunes adultes français et en tirer des conclusions utiles pour l'élaboration de plan de prévention ou de politiques de santé.

## Partie 3 : Solutions envisageables au renoncement aux soins chez les jeunes adultes

Cette dernière partie est destinée à proposer des solutions envisageables pour pallier le renoncement aux soins des jeunes adultes.

Dans l'étude de terrain, une question concernait les solutions qui diminueraient le renoncement aux soins. Nous constatons que la majorité des réponses concerne la facilité d'accès aux soins grâce aux nouvelles technologies (plus de 52 %), vient ensuite la communication et l'information via les réseaux sociaux (41,6 %). La non-avance de frais systématique arrive en troisième position (35,1 %) suivie de près par la simplification des démarches (34,4 %) et la dernière des solutions concerne la sensibilisation et l'éducation au système de santé (29 %).

### I. Recommandations aux établissements universitaires et scolaires

Nous avons pu constater que les étudiants représentaient 43 % de la population des jeunes adultes, passant ainsi une grande partie de leur temps dans le milieu scolaire qui peut jouer un rôle important dans leur comportement en santé. Dans l'étude de terrain nous avons constaté que seulement 4 % de la population étudiée avait consulté un service de santé universitaire au cours de la dernière année. Les établissements scolaires ont alors un véritable effort à faire sur la communication ou le développement de ces **services de santé étudiante (SSE)**, tels que les SUMPPS (Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé). Ces services offrent plusieurs avantages importants pour la prévention du renoncement aux soins chez les jeunes adultes [115]. Voici quelques-uns de ces avantages :

- **Accessibilité** : Les SSE sont généralement situés au sein même des campus, ce qui les rend facilement accessibles aux étudiants. Cette proximité géographique réduit les barrières liées à la distance et facilite l'accès aux soins.

- **Avantage financier** : Les SSE proposent des consultations de premier niveau gratuites et les prestations de soins et prise en charge se font sans avance de frais.
- **Prise en charge globale** : Les SSE proposent une prise en charge globale de la santé des étudiants, allant de la promotion de la santé à la prévention, au dépistage et au traitement des problèmes de santé. Ils offrent ainsi une large gamme de services médicaux, psychologiques et sociaux, couvrant divers besoins de santé des jeunes adultes.
- **Confidentialité et confiance** : Les SSE garantissent la confidentialité des informations médicales et offrent un environnement de confiance aux étudiants. Cela encourage les jeunes adultes à consulter et à exprimer leurs préoccupations en matière de santé, y compris celles qui pourraient les conduire à renoncer aux soins.

En somme, ces services pourraient être un réel atout dans la lutte du renoncement aux soins chez les étudiants, c'est pourquoi pour en faire leur promotion il faut également s'adapter à ce profil. Nous pouvons recommander aux établissements scolaires d'utiliser une campagne de mailing (cf. Annexe 3). Dans le cas où les étudiants ne consulteraient pas ce type de courriels, il serait judicieux d'afficher des infographies présentant ces services sur les écrans présents dans les établissements (exemple : écran affichant les salles de classe ou emplois du temps).

Toujours dans l'intérêt de l'accès et de la continuité des soins, il est important que les étudiants et jeunes adultes aient des connaissances de bases sur le système de santé et parcours de soins. En effet, dans le recueil de données, on a constaté que presque 15 % de la population d'étude ne savaient pas s'ils avaient un médecin traitant ou une assurance de santé complémentaire. Or le médecin traitant est le point d'entrée dans le parcours de soin patient, il permet une coordination des soins et il est le professionnel de santé le plus polyvalent avec une connaissance des antécédents et du profil santé de son patient ce qui fait de lui un référent dans la gestion de la santé. Il permet également de maîtriser les coûts car le respect du parcours patient et la consultation préalable du médecin traitant sont des éléments importants pour bénéficier du remboursement optimal des frais médicaux par l'Assurance Maladie.

En annexe 4 vous retrouverez un exemple d'infographie pouvant présenter aux jeunes adultes certains points clés leur permettant de comprendre le système de santé.

## II. Recommandations aux entreprises et lieux de travail

Les actifs représentent 57 % de la populations étudiée avec en première cause de renoncement le manque de temps, nous exposerons alors dans cette partie les leviers/ axes qui pourraient remédier à ce facteur de renoncement.

Les Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST), ou médecine du travail, a pour rôle de veiller à la santé des salariés (CDD, CDI, intérim, apprentis). Lors de l'embauche, une visite d'information et de prévention, aussi appelée visite médicale d'embauche est obligatoire pour évaluer l'état de santé du salarié. Suite à ça, la visite médicale n'est obligatoire que tous les 5 ans [116], [117]. Seuls les établissements industriels de plus de 200 salariés sont tenus de disposer d'un ou d'une infirmière. Pour les entreprises de plus petite taille qui ne pourraient se permettre d'intégrer des services de santé au sein de leurs locaux, nous pouvons leur recommander de faciliter l'accès aux soins de leurs salariés en accordant des **autorisations d'absence pour consultations ou traitements médicaux**, accordées actuellement par le Code du travail uniquement pour les personnes en ALD.

**Les mutuelles d'entreprise**, obligatoires pour les salariés du privé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, ont également une fonction à remplir dans la lutte du renoncement aux soins pour plusieurs raisons :

- **Accessibilité financière** : la mutuelle d'entreprise obligatoire permet aux salariés de bénéficier d'une couverture santé complémentaire à un coût réduit. En contribuant aux frais de santé, elle réduit la charge financière pesant sur les salariés, ce qui peut encourager davantage de personnes à consulter un professionnel de santé et à ne pas renoncer aux soins en raison de contraintes budgétaires.
- **Remboursement complémentaire** : en complément de l'Assurance Maladie, la mutuelle d'entreprise offre des garanties supplémentaires de remboursement des frais médicaux. Elle peut prendre en charge une partie ou la totalité des dépenses non couvertes par l'Assurance Maladie, comme les frais dentaires,

les lunettes, les consultations de spécialistes, etc. Cela incite les salariés à bénéficier de soins qu'ils pourraient autrement différer ou renoncer à cause de leur coût élevé.

- **Sensibilisation à la prévention** : Les mutuelles d'entreprise jouent un rôle croissant dans la promotion de la prévention et de la santé auprès des salariés. Elles peuvent proposer des programmes de prévention et d'éducation à la santé, des actions de dépistage, des campagnes de sensibilisation. Ces initiatives visent à informer les salariés sur les bonnes pratiques en matière de santé, à prévenir les maladies et à favoriser un suivi régulier de leur état de santé.
- **Accès à un réseau de soins** : Certaines mutuelles d'entreprise proposent des réseaux de soins partenaires comprenant des professionnels de santé conventionnés. Ces réseaux offrent des tarifs négociés et des avantages spécifiques aux assurés, ce qui facilite l'accès aux soins à des conditions financièrement avantageuses. Cela encourage les salariés à consulter des professionnels de santé sans avoir à renoncer en raison de contraintes financières.

### III. Dispositifs d'aides financières

Le renoncement pour raisons financières était le premier facteur évoqué dans la littérature et le second dans cette étude de terrain.

Il existe des dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie et certaines institutions pour pallier les facteurs financiers du renoncement chez les jeunes adultes :

- **CSS** : permet d'avoir accès à une complémentaire santé avec ou sans contribution financière, selon la situation et les ressources du bénéficiaire. Elle est gérée par la CPAM et permet aux bénéficiaires de bénéficier d'une couverture santé gratuite complémentaire gratuite, prenant en charge les frais non couverts par l'Assurance Maladie obligatoire.
- **Mutuelles étudiantes** : elles proposent des complémentaires santé adaptées aux besoins des étudiants. Elles offrent des tarifs préférentiels et des remboursements complémentaires pour les soins médicaux, les médicaments et autres dépenses de santé.

- **Les aides spécifiques des organismes sociaux** : Certaines caisses d'allocations familiales, collectivités territoriales, mutuelles ou associations proposent des aides financières ponctuelles ou des dispositifs d'aide sociale d'urgence pour les jeunes adultes en difficulté (chèque santé, versement santé).

Mais malgré ces dispositifs existants, il est important de noter qu'il reste des marges d'amélioration. Voici quelques recommandations pour développer davantage les dispositifs d'aides financières afin de résoudre le renoncement aux soins chez les jeunes adultes :

- **Sensibilisation et information** : renforcer la communication et la sensibilisation sur les dispositifs d'aides financières existants, en ciblant spécifiquement les jeunes adultes. Il est essentiel que les informations sur ces aides soient largement diffusées et accessibles à cette population car, comme constaté en partie 1, le taux de non-recours à la CSS sans participation financière reste autour de 31 % entre 2019 et 2021 [55] par manque d'information et de connaissance de ces aides [56].
- **Simplification des démarches** : plusieurs études montrent une disparité entre les droits théoriques et les droits effectifs, directement liée à la complexité des procédures d'accès à ces dispositifs mais également aux nombreuses conditions dans les critères d'éligibilité [8], [118]. Dans l'étude de terrain, 34,4 % de la population étudiée ont affirmé que la simplification des démarches pourrait remédier au renoncement aux soins.
- **Adaptation des critères d'éligibilité** : évaluer les critères d'éligibilité actuels pour s'assurer qu'ils prennent en compte les spécificités des jeunes adultes. Par exemple, tenir compte des revenus précaires liés aux études, à la recherche d'emploi ou à la période de transition entre l'école et le marché du travail.
- **Renforcement des partenariats** : Développer des partenariats entre les institutions de santé, les organismes sociaux, les mutuelles étudiantes et les établissements d'enseignement supérieur pour faciliter l'accès aux soins et renforcer l'information sur les dispositifs d'aides financières.

#### IV. Promotion et éducation à la santé

La promotion et l'éducation à la santé contribuent à construire une culture de santé positive et préventive. En insistant sur l'importance d'une bonne santé et en favorisant des comportements sains dès le plus jeune âge, on encourage les jeunes adultes à adopter une approche proactive de leur santé et à prendre des décisions éclairées. De plus, la période de la jeunesse est un moment propice à l'acquisition de connaissances ainsi qu'à l'intégration des bonnes habitudes et comportements en santé. Pour ces raisons, il serait sensé de **renforcer les actions de promotion et d'éducation à la santé** auprès des jeunes adultes, en mettant en place des programmes de sensibilisation et d'information dans les établissements scolaires, les universités et les lieux de travail. Il est évident de noter que les loisirs des jeunes ne sont pas directement liés à l'éducation à la santé. Cependant, pour rendre cette démarche plus interactive et intéressante, une idée prometteuse consisterait à intégrer des « serious games » sur le système de santé, le parcours de soins et la prévention dans les programmes scolaires d'éducation civique au collège ou au lycée (cf. Annexe 5).

Les **nouvelles technologies**, telles que les smartphones, les applications mobiles et les réseaux sociaux, sont devenus des outils incontournables dans la vie quotidienne des jeunes adultes. Ils passent beaucoup de temps en ligne et utilisent les réseaux sociaux pour se connecter, partager des informations et interagir avec leur réseau. Ces technologies influent sur leurs habitudes et leurs modes de consommation, il serait donc logique de profiter de ce phénomène pour diffuser des messages de prévention et d'information en matière de santé. Les jeunes adultes sont plus susceptibles de s'engager dans des contenus qui sont présentés de manière attrayante et interactive comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature. Par conséquent, la **communication numérique engageante** pourrait être un outil de choix.

La collaboration avec les associations étudiantes, les organismes de prévention et les professionnels de santé pour organiser des événements et des ateliers sur des thématiques de santé spécifiques pourrait, en plus de participer à l'éducation de la santé, renforcer la confiance des jeunes adultes envers les professionnels de santé, ce qui était une des causes prédominantes dans le renoncement aux soins de cette population.

## V. Amélioration de l'information en santé et de la communication

La communication et l'information sur les réseaux sociaux sont l'une des pistes mentionnées dans l'enquête de terrain et approuvée par 41,6 % des jeunes adultes.

Cela pourrait se traduire par quelques-unes de ces propositions :

- **Campagnes de sensibilisation ciblées** : mettre en place des campagnes de sensibilisation spécifiquement destinées aux jeunes adultes, en utilisant des canaux de communication adaptés à leur mode de vie et à leurs habitudes d'information. Les réseaux sociaux, les applications mobiles et les sites internet interactifs peuvent être des outils efficaces pour transmettre des messages clairs et percutants sur l'importance de la santé et de l'accès aux soins.
- **Développement d'outils d'information interactifs** : Créer des outils d'information interactifs et accessibles en ligne, tels que des sites web ou des applications mobiles, qui permettent aux jeunes adultes de trouver facilement des réponses à leurs questions sur la santé, les prestations médicales, les droits des patients, les centres de soins, etc. Ces outils devraient être conviviaux, intuitifs et disponibles sur différentes plateformes pour maximiser leur utilisation.
- **Renforcement de la communication entre professionnels de santé et jeunes adultes** : encourager une communication ouverte et transparente entre les professionnels de santé et les jeunes adultes. Il est important de créer un environnement propice à la confiance et à l'échange d'informations, où les jeunes adultes se sentent à l'aise de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et de discuter de leurs besoins en matière de santé. Les professionnels de santé peuvent également jouer un rôle actif en informant leurs patients sur les différentes options de soins et les dispositifs d'aides financières disponibles.
- **Partenariats avec les acteurs de la communication** : établir des partenariats avec les acteurs de la communication, tels que les médias, les influenceurs et les organisations de jeunesse, pour diffuser des messages de santé et d'accès aux soins auprès des jeunes adultes. Ces partenariats peuvent prendre la forme de collaborations pour la création de contenus, d'interventions dans les médias, de campagnes conjointes, etc.

Il est essentiel de prendre en compte le temps considérable que les jeunes adultes passent sur des plateformes de réseaux sociaux comme TikTok et Instagram. Cependant, il est regrettable de constater que l'Assurance Maladie ou encore le ministère de la Santé ne sont pas présents sur ces canaux de communication. Il serait bénéfique que ces institutions développent des contenus spécifiquement conçus pour ces plateformes, en participant aux campagnes de prévention, de sensibilisation ou d'information.

La participation de professionnels de santé et d'influenceurs joue un rôle crucial dans cette approche. Leur implication permettrait de renforcer la confiance accordée au système de santé et d'offrir des perspectives variées et authentiques sur les enjeux de santé. En collaborant avec ces acteurs, l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé pourraient créer du contenu attractif et engageant qui correspondrait aux attentes et aux codes des jeunes adultes sur les réseaux sociaux.

## VI. Adaptation des services de santé aux contraintes des jeunes adultes

Plus de la moitié des participants a élu « la facilité d'accès aux soins grâce aux nouvelles technologies » comme étant une solution envisageable au renoncement.

Nous avons pu évoquer que les **nouvelles technologies** comme la télémédecine et la prise de rendez-vous en ligne pourrait compenser les problèmes d'accessibilité mais cela peut également atténuer la contrainte horaire. Il est important d'encourager les professionnels de santé à développer et à s'adapter aux nouvelles technologies pour faciliter l'accès aux soins.

J'ai conscience qu'il est difficilement envisageable de demander à des professionnels de santé de proposer leurs services sur des plages horaires hors heures de travail traditionnelles. On pourrait peut-être imaginer **dédier les plages horaires** de fin de journée ou de pause méridionale aux actifs pourrait constituer une solution efficace pour lutter contre le renoncement aux soins. En effet, de nombreux actifs font face à des contraintes temporelles importantes en raison de leurs obligations professionnelles et de leurs engagements personnels. En réservant des créneaux spécifiques en fin de journée ou pendant la pause méridienne, les services de santé

pourraient s'adapter aux emplois du temps chargés des actifs et leur offrir des opportunités de consultation et de suivi médical. Cette flexibilité horaire permettrait aux personnes occupées de concilier plus facilement leurs engagements professionnels et leurs besoins en matière de santé, réduisant ainsi les situations de renoncement aux soins.

# Conclusion

Cette étude approfondie sur le renoncement aux soins chez les jeunes adultes met en évidence l'importance cruciale de prendre en compte les multiples facteurs interconnectés qui influencent leur accès aux services de santé. Notre enquête a permis de dresser un tableau complet des réalités du renoncement aux soins chez les 18-30 ans, en se basant sur une revue de la littérature approfondie, une analyse empirique des données et des recommandations concrètes pour améliorer la situation.

Dans notre revue de la littérature, nous avons constaté que le renoncement aux soins chez les jeunes adultes est une problématique complexe et multidimensionnelle. Les aspects financiers et économiques, tels que les inégalités de revenu et le coût élevé des soins, ont un impact significatif sur leur décision de renoncer à des soins nécessaires. Les facteurs géographiques et d'accessibilité, comme la distance et les moyens de transport, peuvent également entraver l'accès physique aux services de santé. De plus, les facteurs psychosociaux, tels que les représentations propres aux jeunes adultes et la stigmatisation sociale de la santé, jouent un rôle important dans la prise de décision de renoncer aux soins. Enfin, les facteurs liés à l'information et à la communication, y compris l'influence d'Internet, ont une incidence significative sur les choix et les comportements liés à la santé des jeunes adultes.

L'analyse approfondie des données recueillies lors de notre enquête sur le terrain a confirmé ces constatations. Nous avons observé une prévalence élevée du renoncement aux soins chez les jeunes adultes, atteignant 86%. De plus, nous avons identifié plusieurs variables qui influencent le renoncement, telles que la situation professionnelle, le revenu mensuel et le lieu de résidence. Les différents profils de renoncement parmi les jeunes adultes, tels que les étudiants au domicile parental, les étudiants indépendants avec des revenus modestes et les actifs indépendants avec des revenus plus élevés, reflètent la diversité des situations socio-économiques auxquelles ils sont confrontés.

Les causes majeures du renoncement aux soins chez les jeunes adultes ont également été identifiées. Le manque de temps et les contraintes financières ont été identifiés comme des facteurs prédominants. Les aspects psychosociaux, tels que la

stigmatisation et la peur de jugement, ainsi que la confiance limitée dans les informations en ligne, ont également contribué à la décision de renoncer aux soins.

Sur la base de ces résultats, nous formulons des recommandations spécifiques pour différentes parties prenantes. Aux établissements universitaires et scolaires, nous recommandons de mettre en place des programmes de sensibilisation à la santé et d'intégrer l'éducation à la santé et de communiquer davantage sur les services de santé adaptés aux étudiants. Aux entreprises, nous rappelons l'importance des avantages sociaux : la mutuelle d'entreprise et la promotion d'une culture de santé au sein des lieux de travail. Nous recommandons la communication sur les dispositifs existants pouvant résoudre les obstacles financiers mais avant tout la simplification des démarches et l'adaptation des critères d'éligibilité. En ce qui concerne l'amélioration de l'information en santé et de la communication, nous encourageons le développement de ressources en ligne fiables et accessibles, fournissant des informations précises sur les soins de santé, les droits des patients et les services disponibles. De plus, les organismes de santé doivent promouvoir activement ces ressources et sensibiliser les jeunes adultes à leur existence en s'adaptant aux nouveaux moyens de communication : les réseaux sociaux.

En adoptant ces recommandations, les décideurs politiques, les professionnels de la santé et les parties prenantes peuvent travailler de concert pour réduire le renoncement aux soins chez les jeunes adultes. Cela contribuera à améliorer leur accès aux services de santé, à prévenir les complications de santé évitables et à promouvoir leur bien-être à long terme. En fin de compte, investir dans la santé des jeunes adultes est un investissement dans un avenir plus sain pour la société dans son ensemble.

# Bibliographie

- [1] Assurance Maladie, « Accès aux droits et aux soins », [En ligne]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins> (consulté le 5 avril 2023).
- [2] World Health Organization: WHO, « Constitution », [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (consulté le 16 avril 2023).
- [3] F. Decoupigny, S. Pérez, et D. Yordanova, « Modélisation de l'accessibilité aux soins », *Territ. En Mouvement. Rev. Géographie Aménagement. Territ. Mov. J. Geogr. Plan.*, n° 4, Art. n° 4, oct. 2007, doi: 10.4000/tem.886.
- [4] Haute Autorité de Santé, « Axe : Projet de santé et accès aux soins », [En ligne]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins) (consulté le 16 avril 2023).
- [5] Nations Unies, « La Déclaration universelle des droits de l'homme », 1 juin 2020, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/> (consulté le 1 mai 2023).
- [6] P. Bonnet, « Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins », Dossier de DEA GEO, Université Paul Valérie Montpellier 3, 2003. Disponible sur: [http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite\\_soins.pdf](http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf)
- [7] S. Cès, « L'accès aux soins de santé, définition et enjeux », *Démocratie*, vol. 2, févr. 2022.
- [8] L. Chambaud, « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, vol. 53, n° 1, p. 19-28, 2018, doi: 10.3917/regar.053.0019.
- [9] L. Rochaix et S. Tubeuf, « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Rev. Économique*, vol. 60, n° 2, p. 325-344, 2009, doi: 10.3917/reco.602.0325.
- [10] P. Braveman, « What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear », *Public Health Rep.*, vol. 129, n° Suppl 2, p. 5-8, 2014.
- [11] Legifrance, « Article L6321-1 - Code de la santé publique » [En ligne]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006691334/2002-03-05](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006691334/2002-03-05) (consulté le 6 mai 2023).

- [12] X. Bioy, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », in *L'accès aux soins : Principes et réalités*, I. Poirot-Mazères, Éd., in Actes de colloques de l'IFR. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018, p. 37-71. doi: 10.4000/books.putc.322.
- [13] World Health Organization : WHO, « Couverture sanitaire universelle » , [www.who.int](https://www.who.int), déc. 2022, [En ligne]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (consulté le 16 mai 2023).
- [14] J. Martin, « Un vrai document de santé publique », *Bull. Médecins Suisses*, janv. 2019, doi: 10.4414/bms.2019.17374.
- [15] A. Soucat et B. Vallet, « Un système de santé plus inclusif avec la couverture sanitaire universelle », *Trib. Santé*, vol. 63, n° 1, p. 65-76, 2020, doi: 10.3917/seve1.063.0065.
- [16] Assurance Maladie, P. Carriau, C. Reynaud, et C. Robert-Tissot, « LUTTE CONTRE LE RENONCEMENT AUX SOINS : UN DISPOSITIF GENERALISE A L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE METROPOLITAIN », juillet 2018. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-07-06-dp-lutte-renoncement-soins.pdf>
- [17] Caroline Després, Paul Dourgnon, Romain Fantin, et Florence Jusot, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Quest. Déconomie Santé*, n° n°169, oct. 2011, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>
- [18] Philippe Warin, « Ce que renoncer à des soins veut dire, rapport CERESO ». 2013. [En ligne]. Disponible sur: [https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents\\_pdf/rapport\\_cereso\\_reu\\_ode\\_nore\\_4\\_nov\\_2013.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/rapport_cereso_reu_ode_nore_4_nov_2013.pdf)
- [19] S. Chaupain-Guillot, O. Guillot, et É. Jankeliowitch-Laval, « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV », *Econ. Stat.*, vol. 469, n° 1, p. 169-197, 2014, doi: 10.3406/estat.2014.10426.
- [20] S. Allin, M. Grignon, et J. Le Grand, « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? », *Soc. Sci. Med.*, vol. 70, n° 3, p. 465-472, févr. 2010, doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.027.
- [21] H. Revil, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. N° 60, n° 1, p. 165-176, sept. 2022, doi: 10.3917/regar.060.0165.

- [22] L. M. Sibley et R. H. Glazier, « Reasons for Self-Reported Unmet Healthcare Needs in Canada: A Population-Based Provincial Comparison », *Healthc. Policy*, vol. 5, n° 1, p. 87-101, août 2009.
- [23] J. Chen et F. Hou, « Unmet needs for health care », *Health Rep.*, vol. 13, n° 2, 2002.
- [24] P. Chauvin, E. Renahy, I. Parizot, J. Vallée, et DREES, « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne », mars 2012. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee120.pdf>
- [25] DREES, A. Lapinte, et B. Lengendre, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », *Etudes et résultats*, vol. 1200, juill. 2021, [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
- [26] Vie publique, « Qu'est-ce que le renoncement aux soins ? », 7 décembre 2021, [En ligne]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/fiches/37862-quest-ce-que-le-renoncement-aux-soins> (consulté le 3 mai 2023).
- [27] Assurance Maladie, « Notre histoire », [En ligne]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire> (consulté le 3 mai 2023).
- [28] OECD, « PANORAMA DE LA SANTÉ 2019 : LES INDICATEURS DE L'OCDE : Comment la France se compare ? », nov. 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2019-Comment-la-France-se-compare.pdf>
- [29] Assurance Maladie, Laboratoire Pacte, ODENORE, et Université de Grenoble, « COLLOQUE « RENONCEMENT ET ACCES AUX SOINS. DE LA RECHERCHE A L'ACTION » », juin 2019. [En ligne]. Disponible sur : [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/annexe-resumes-travaux-odenore-assurance\\_maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/annexe-resumes-travaux-odenore-assurance_maladie.pdf)
- [30] Assurance Maladie, « Colloque « Renoncement et accès aux soins » juin 2019 : actes synthétiques », déc.2021, [En ligne]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie/rapports-thematiques/colloque-renoncement-acces-soins-actes-synthetiques> (consulté le 6 mai 2023).

- [31] A. Dumas, « Entre transition médicale et passage à l'âge adulte, un possible conflit de temporalité pour les jeunes atteints d'une maladie chronique », *médecine/sciences*, vol. 38, n° 1, p. 70-74, janv. 2022, doi: 10.1051/medsci/2021245.
- [32] M. Fleurbaey, « Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 55, n° 1, p. 39-46, 2007, doi: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.007>.
- [33] Z. Or, F. Jusot, et E. Yilmaz, « Inégalités de recours aux soins en Europe » , *Revue économique*, vol. Vol. 60, no 2, p. 521-543, mars 2009, doi : 10.3917/reco.602.0521. [34] « Inégalité de revenu et état de santé : une relation ambiguë », <http://www.revue-interrogations.org>, 11 décembre 2012. <https://www.revue-interrogations.org/Inegalite-de-revenu-et-etat-de> (consulté le 7 mai 2023).
- [34] Poder Thomas G., « Inégalité de revenu et état de santé : une relation ambiguë », *Interrogations*, n°12, juin 2011, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.revue-interrogations.org/Inegalite-de-revenu-et-etat-de>
- [35] INSEE, « Revenus – Niveaux de vie – Pouvoir d'achat - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE », [En ligne]. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/30\\_RPC/31\\_RNP](https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/30_RPC/31_RNP) (consulté le 6 mai 2023).
- [36] INSEE, « Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee », [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653> (consulté le 7 mai 2023).
- [37] INSEE, « Pauvreté selon l'âge et le seuil | Insee », [En ligne]. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/3565548#tableau-figure2\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/3565548#tableau-figure2_radio1) (consulté le 16 mai 2023).
- [38] Observatoire des inégalités, « Les revenus des jeunes », [En ligne]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/Les-revenus-des-jeunes> (consulté le 7 mai 2023).
- [39] E. (DREES/DIRECTION) Castaing, « Mesurer le niveau de vie et la pauvreté des jeunes adultes de 18 à 24 ans », 2023.
- [40] R. (DREES/SEEE/BCPE) Tremoulu, « Les dépenses de santé en 2017 > édition 2018 > DREES », 2017.

- [41] L. Brice-Mansencal, R. Datsenko, N. Guisse, et S. Lautié, « Document réalisé en collaboration avec l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), à la demande de la direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA) ».
- [42] Les Echos, « Pourquoi 59 % des Français ont-ils déjà dû renoncer à des soins ? » 19 novembre 2019, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978> (consulté le 16 mai 2023).
- [43] P. Dourgnon, F. Jusot, et R. Fantin, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie Publique Public Econ.*, n° 28-29, Art. n° 28-29, nov. 2012, doi: 10.4000/economiepublique.8851.
- [44] Assurance Maladie, « Ticket modérateur », [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur> (consulté le 16 mai 2023).
- [45] M. Castry, J. Wittwer, I. Montagni, et C. Tzourio, « Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share: », *Rev. Déconomie Polit.*, vol. Vol. 129, n° 4, p. 467-488, sept. 2019, doi: 10.3917/redp.294.0467.
- [46] J.-F. Chadelat, « La couverture maladie universelle », *Rev. Hist. Prot. Soc.*, vol. 5, n° 1, p. 101-113, 2012, doi: 10.3917/rhps.005.0101.
- [47] DREES, « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins » , *Etudes et Résultats*, vol. 229, mars 2003, [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er229.pdf>. [48] « Tiers payant ». <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/tiers-payant> (consulté le 16 mai 2023).
- [48] Assurance Maladie, « Tiers payant », [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/tiers-payant> (consulté le 16 mai 2023).
- [49] Sante-pratique-Paris, « Le tiers payant, c'est quoi ? », 24 novembre 2016, [En ligne]. Disponible sur : <https://sante-pratique-paris.fr/services-aux-assures-a-savoir/le-tiers-payant/> (consulté le 16 mai 2023).

- [50] T. Barnay, « La généralisation du tiers-payant : enjeux économiques et conséquences pour les acteurs du système de santé », *Cah. Fr. Doc. Fr.*, p. 80-84, août 2015.
- [51] Sante-pratique-Paris, « Les recours en cas de refus de soins ou de tiers payant », 30 mars 2016, [En ligne]. Disponible sur : <https://sante-pratique-paris.fr/services-aux-assures-a-savoir/les-recours-en-cas-de-refus-de-soins-ou-de-tiers-payant/> (consulté le 11 mai 2023).
- [52] DREES, « La complémentaire santé solidaire (CSS) », 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2035%20-%20La%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20%28CSS%29.pdf>
- [53] DREES, « Le modèle de microsimulation INES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-modele-de-microsimulation-ines> (consulté le 16 mai 2023).
- [54] « Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire », *Les dossiers de la DREES*, vol. 107, mars 2023, [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD107.pdf>
- [55] DREES, « Complémentaire santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/complementaire-sante-solidaire-avec-participation-financiere> (consulté le 16 mai 2023).
- [56] P. Warin et ODENORE, « Le non-recours : Définition et typologie », *Working Paper*, vol. 6, no 2, déc. 2016, [En ligne]. Disponible sur : [https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents\\_pdf/documents\\_travail/wp1.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/documents_travail/wp1.pdf)
- [57] J. Tudor Hart, « THE INVERSE CARE LAW », *The Lancet*, vol. 297, n° 7696, p. 405-412, févr. 1971, doi: 10.1016/S0140-6736(71)92410-X.
- [58] N. Vergier, H. Chaput, et I. Lefebvre-Hoang, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la DREES*, vol. 17, mai 2017.

- [59] G. Chevillard, V. Lucas-Gabrielli, et J. Mousques, « “Déserts médicaux” en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L’Espace Géographique*, vol. 47, n° 4, p. 362-380, 2018, doi: 10.3917/eg.474.0362.
- [60] G. Chevillard, V. Lucas-Gabrielli, J. Mousques, et L. L. Dill, « “Medical deserts” in France: Current state of research and future trends », *LEspace Geogr.*, vol. 47, n° 4, p. 362-380, 2018.
- [61] V. Lucas-Gabrielli et G. Chevillard, « « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? », *médecine/sciences*, vol. 34, n° 6-7, Art. n° 6-7, juin 2018, doi: 10.1051/medsci/20183406022.
- [62] B. Legendre, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population », *Etudes & Résultats*, vol. 1144, févr. 2020, [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
- [63] Dgos, « Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? - Ministère de la Santé et de la Prévention », [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin> (consulté le 16 mai 2023).
- [64] DREES, « L’indicateur d’accessibilité potentielle localisée (APL) | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques ». Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl> (consulté le 16 mai 2023).
- [65] M. Barlet, « N° 795 - L’accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l’accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Sources, outils et Enquêtes*, 20 août 2020.
- [66] HOPITAL.fr, « L’organisation de l’offre de soins sur le territoire - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France », avril 2015, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins-sur-le-territoire> (consulté le 16 mai 2023).
- [67] P. PRIBILE et N. NABET, « Repenser l’organisation territoriale des soins : Consultations Stratégie de transformation du système de santé », 2019. [En ligne]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_organisation\\_territoriale.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf)

- [68] M. Coldefy, L. Com-Ruelle, et V. Lucas-Gabrielli, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », 2011.
- [69] CREDES, « Territoires et accès aux soins », 2003. [En ligne]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire\\_et\\_acces\\_aux\\_soins.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf)
- [70] Soigner en Île-de-France, « LES ZONES DÉFICITAIRES SELON L'ARS (données 2022) », 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.soignereniledefrance.org/sinstaller/zones-deficitaires-ars-2017-aides-a-linstallation-maintien/zones-deficitaires-selon-lars/> (consulté le 16 mai 2023).
- [71] B. Boisguerin, « Le renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris », 2012.
- [72] J.-F. Nys, « Les nouveaux flux de migrations médicales », *Rev. Int. Strat.*, vol. 77, n° 1, p. 24-35, 2010, doi: 10.3917/ris.077.0024.
- [73] Service-Public.fr, « Remboursement des frais de transports par l'assurance maladie », 1 janvier 2023, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2951>
- [74] L. Ancelot, L. Bonnal, et M.-H. Depret, « Inégalités sociales : une explication partielle du renoncement aux soins », 2013.
- [75] A. Toulany, J. W. Gorter, et M. E. Harrison, « Appel à l'action : des recommandations pour améliorer la transition des jeunes ayant des besoins de santé complexes vers les soins aux adultes », *Paediatr. Child Health*, vol. 27, n° 5, p. 297-309, sept. 2022, doi: 10.1093/pch/pxac046.
- [76] E. Ramos, « Le processus d'autonomisation des jeunes », in *Cahiers de l'action*, 2011, p. 11. doi: 10.3917/cact.031.0011.
- [77] M. WICKY THISSE, « CAUSES DE RENONCEMENTS ET DE NON-RECOURS AUX SOINS PRIMAIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ », thèse de doctorat, Université de Franche-Comté, 2017..
- [78] Insee, « Les jeunes conjuguent bonne santé et comportements à risque – France, portrait social », 2013, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288286?sommaire=1288298#:~:text=Au%20cours%20du%20passage%20%C3%A0,inform%C3%A9s%20en%20mati%C3%A8re%20de%20pr%C3%A9vention> (consulté le 18 mai 2023).
- [79] C. Galand et É. Salès-Wuillemin, « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », *Sociétés*, vol. 105, n° 3, p. 35-44, 2009, doi: 10.3917/soc.105.0035.

- [80] Flick Uwe, Moscovici Serge, Créau Anne, et Vézina Stéphane, « La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théories subjectives et représentations sociales », *Santé, sociétés et cultures*. Paris: l'Harmattan, 1992.
- [81] C. Y. Amani, A. Nanga-Adjaffi, et J. K. Kouakou, « Genre et promotion de la sante chez des jeunes et jeunes adultes en Côte d'Ivoire », *J. Rech. Sci. L'Université Lomé*, vol. 21, n° 1, Art. n° 1, nov. 2019, doi: 10.4314/jrsul.v21i1.
- [82] M. Drolet, « Usages et appropriation de l'Internet par les jeunes adultes qui recherchent des informations sur la santé », août 2011. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Usages-et-appropriation-de-l'Internet-par-les-qui-Drolet/4ffcdd712846707be0b4e1260a89927bdbf410e7> (Consulté le: 18 mai 2023)
- [83] F. Vernède, « La santé, une préoccupation secondaire pour les jeunes des quartiers de Rhône-Alpes », *Cah. Dév. Soc. Urbain*, vol. 59, n° 1, p. 16-17, 2014, doi: 10.3917/cdsu.059.0016.
- [84] B. Carrasco, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », 2003.
- [85] D. Naouri *et al.*, « The French Emergency National Survey: A description of emergency departments and patients in France », *PLOS ONE*, vol. 13, n° 6, p. e0198474, juin 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0198474.
- [86] Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse, « Rapport d'évaluation : Projet de REcherche sur la SAnté des JEunes (PRESAJE) », 2010. [En ligne]. Disponible sur : [https://www.experimentation-fej.injep.fr/IMG/pdf/RE\\_AP2\\_076\\_EVA\\_RF\\_201404-2.pdf](https://www.experimentation-fej.injep.fr/IMG/pdf/RE_AP2_076_EVA_RF_201404-2.pdf)
- [87] T. Apostolidis et L. Dany, « Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales », *Psychol. Fr.*, vol. 57, n° 2, p. 67-81, juin 2012, doi: 10.1016/j.psfr.2012.03.003.
- [88] E. Pronin, D. Y. Lin, et L. Ross, « The Bias Blind Spot: Perceptions of Bias in Self Versus Others », *Pers. Soc. Psychol. Bull.*, vol. 28, n° 3, p. 369-381, mars 2002, doi: 10.1177/0146167202286008.
- [89] K. Senior, J. Helmer, R. Chenhall, et V. Burbank, « "Young clean and safe?" Young people's perceptions of risk from sexually transmitted infections in regional, rural and remote Australia », *Cult. Health Sex.*, vol. 16, n° 3/4, p. 453-466, 2014.

- [90] C. Tranchant *et al.*, « Expériences de la stigmatisation en lien avec la santé mentale chez des jeunes de trois communautés au Nouveau-Brunswick », *Reflets Rev. D'intervention Soc. Communaut.*, vol. 25, n° 2, p. 36-64, 2019, doi: 10.7202/1067043ar.
- [91] M. Ichou, « Discriminations et renoncement aux soins dans le système de santé français. » 2021, *Dossier : Un système de santé universel ? Inégalités et discriminations dans le soin en France*, 25, pp.32-36. fihal-03187832f
- [92] E. Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, p. 99-109, 2007, doi: 10.3917/spub.072.0099.
- [93] M. S. Alghamdi, Dr. A. A. Alhussain, et Dr. O. G. Baker, « Empowerment in the Healthcare Context: Concept Analysis », *Saudi J. Nurs. Health Care*, vol. 5, n° 9, p. 176-181, sept. 2022, doi: 10.36348/sjnhc.2022.v05i09.001.
- [94] R. J. Herbert, A. J. Gagnon, J. E. Rennick, et J. L. O'Loughlin, « A Systematic Review of Questionnaires Measuring Health-Related Empowerment », *Res. Theory Nurs. Pract.*, vol. 23, n° 2, p. 107-132, mai 2009, doi: 10.1891/1541-6577.23.2.107.
- [95] International society for system science in health care, « Information in health care systems », *Collection de médecine légale et de toxicologie médicale*. Masson, 1988.
- [96] G. Royston, N. Pakenham-Walsh, et C. Zielinski, « Universal access to essential health information : accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets », *BMJ Glob. Health*, vol. 5, n° 5, p. e002475, mai 2020, doi: 10.1136/bmjgh-2020-002475.
- [97] É. Favereau, « Le journalisme, de l'information médicale à l'information santé », *Trib. Santé*, vol. 9, n° 4, p. 21-26, 2005, doi: 10.3917/seve.009.26.
- [98] H. Romeyer, « TIC et santé : entre information médicale et information de santé », *tic&société*, n° Vol. 2, n° 1, Art. n° Vol. 2, n° 1, mai 2008, doi: 10.4000/ticetsociete.365.
- [99] M. Hardey, « Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ? », *Sci. Soc. Santé*, vol. 22, n° 1, p. 21-43, 2004, doi: 10.3406/sosan.2004.1607.
- [100] M. Lemire, « Internet et responsabilisation : perspective de l'utilisateur au quotidien », *Santé Publique*, vol. 21, n° hs2, p. 13-25, 2009, doi: 10.3917/spub.098.0013.

- [101] C. Thoër, « Les espaces d'échange en ligne consacrés à la santé : de nouvelles médiations de l'information santé », 2012, p. 57-91.
- [102] É. Renahy, E. Cadot, C. Roustit, I. Parizot, et P. Chauvin, « Recherche d'information en santé sur l'internet : une analyse contextuelle des données SIRS, une cohorte parisienne: », *Santé Publique*, vol. Vol. 21, n° hs2, p. 27-40, févr. 2010, doi: 10.3917/spub.098.0027.
- [103] « Obtenir une seconde opinion – Information sur la santé et Internet », vol. 19, n° 1, 2008.
- [104] B. Cordelier et O. Galibert, *Communications numériques en santé*. ISTE Group, 2021.
- [105] D. Courbet, M.-P. Fourquet-Courbet, R. Joule, et F. Bernard, « Communication persuasive et communication engageante pour la santé : Favoriser des comportements sains avec les médias, Internet et les serious games. », 2013. Consulté le: 18 mai 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Communication-persuasive-et-communication-pour-la-%3A-Courbet-Fourquet-Courbet/e46205159e8fe3197f857ec3835d8c864851122d>
- [106] C. Bonnette, J. Fauché. « La prise de rendez-vous sur Internet, modifie-t-elle la corrélation entre l'accès aux soins et la vulnérabilité sociale ? », *Médecine humaine et pathologie*. 2018.
- [107] R. Djabri, « Prise de rendez-vous en ligne, le bilan 2020 », *Doctolib Blog - France*, 22 décembre 2020. <https://info.doctolib.fr/blog/42-millions-de-patients-rendez-vous-en-ligne/> (consulté le 18 mai 2023).
- [108] A. Buttard, « L'apport complémentaire des maisons, réseaux de santé et dispositifs de télémédecine pour préserver l'accès aux soins en Bourgogne », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 67, p. S63, févr. 2019, doi: 10.1016/j.respe.2018.12.054.
- [109] T. Moulin et N. Salles, « Stratégie nationale de santé, désert médicaux et accès aux soins : une réponse opérationnelle La Télémédecine », *Eur. Res. Telemed. Rech. Eur. En Télémédecine*, vol. 6, n° 3, p. 103-106, nov. 2017, doi: 10.1016/j.eurtel.2017.10.004.
- [110] DREES, « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021.pdf ». [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1249.pdf>

- [111] C. Routier et A. d'Arripe, *Communication et santé :: enjeux contemporains*. Presses Univ. Septentrion, 2010.
- [112] C. Blanc-Bisson, A.-L. Benazeth, V. Montané, C. Adam, P. Dzeraviashka, et Y.-M. Vincent, « Motivations of the participants who post a message in an online health forum: a qualitative and quantitative descriptive study in French health forum Doctissimo », *BMC Prim. Care*, vol. 23, p. 304, nov. 2022, doi: 10.1186/s12875-022-01906-5.
- [113] H. Nabarette, « L'internet medical et la consommation d'information par les patients », *Réseaux*, vol. 114, n° 4, p. 249-286, 2002.
- [114] « Pourquoi de plus en plus de jeunes n'ont pas le permis de conduire », *TF1 INFO*, 18 juillet 2017. <https://www.tf1info.fr/societe/pourquoi-de-plus-en-plus-de-jeunes-n-ont-pas-le-permis-de-conduire-2058352.html> (consulté le 2 juin 2023).
- [115] « La santé sur les campus », *Étudiant.gouv*. <https://www.etudiant.gouv.fr/fr/la-sante-sur-les-campus-910> (consulté le 4 juin 2023).
- [116] E. CSE, « Visite médicale du travail : fréquence, obligation et loi », *Site dédié aux élus du Comité Social et économique (CSE)*, 19 août 2018. <https://www.cse-guide.fr/visite-medecale-du-travail/> (consulté le 4 juin 2023).
- [117] « Tout savoir sur la médecine du travail ». <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/medecine-du-travail> (consulté le 4 juin 2023).
- [118] Le défenseur des Droits, « LES REFUS DE SOINS OPPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C, DE L'ACS ET DE L'AME » , 2013. [En ligne]. Disponible sur : [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd\\_r\\_20140301\\_refus\\_soins.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf)

# Annexes

1 : Rôle de l'information et de la connaissance en santé

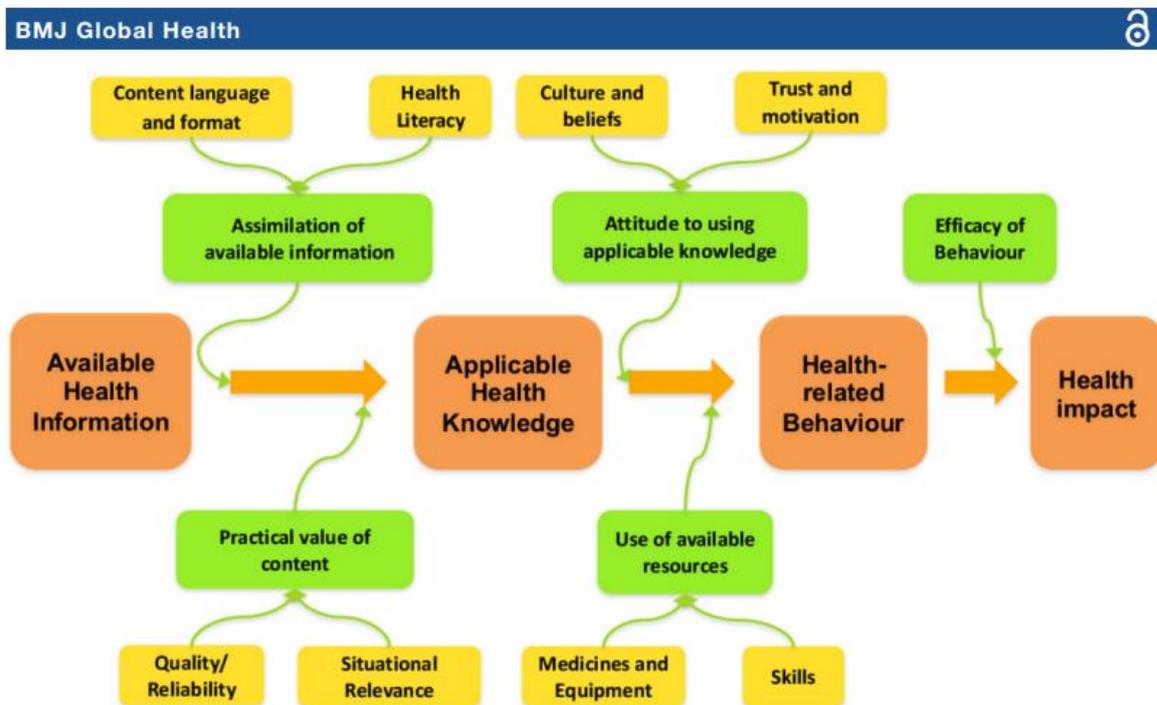
2 : Questionnaire

3 : Programme Newsletter et Mailing SSU

4 : Exemples d'infographies d'information sur le système de santé

5 : Création d'un « jeu de société » dans le cadre de l'éducation sur le système de santé

## Annexe 1 : Rôle de l'information et de la connaissance en santé



**Figure 1** The fundamental role of information and knowledge in a person's health pathway.

Source: Royston, N. Pakenham-Walsh, et C. Zielinski, « Universal access to essential health information: accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets », *BMJ Glob. Health*, vol. 5, no 5, p. e002475, mai 2020, doi: 10.1136/bmjgh-2020-002475.

## **Annexe 2 : Questionnaire**

Section : profil

### **Quel est votre âge ?**

- Moins de 18 ans (fin du questionnaire)
- 18-20 ans
- 21-25 ans
- 25-30 ans
- Plus de 30 ans (fin du questionnaire)

### **Quel est votre sexe ?**

- Homme
- Femme
- Ne souhaite pas le préciser

**Dans quelle région habitez-vous actuellement ?** Liste déroulante : régions

### **Vous habitez :**

- Au domicile parental
- En logement étudiant
- Vous êtes indépendant

### **Quel est votre niveau d'étude ?** (Liste déroulante)

- Sans diplôme
- Diplôme du brevet / certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou Brevet d'études professionnelles (BEP)
- Baccalauréat
- Bac+2 : Brevet de technicien supérieur (BTS), Diplôme universitaire de technologie (DUT)...
- Bac+3 : Licence ou équivalent, Diplôme d'études supérieures spécialisées (DEES), Diplôme d'études approfondies (DEA)
- Bac+5 : Master ou équivalent
- Bac+8 : Doctorat ou équivalent

### **Quel est votre niveau de revenu mensuel net ?**

- Sans revenu fixe
- Moins de 1000 euros
- Entre 1000 et 2000 euros
- Entre 2000 et 3000 euros
- Plus de 3000 euros
- Je ne souhaite pas le préciser

**Quel est votre domaine d'étude ou d'activité ?**

- Arts et lettres (arts plastiques, design, musique, cinéma, littérature, journalisme, etc.)
- Droit et sciences politiques
- Sciences économiques et de gestion (économie, marketing, commerce, etc.)
- Sciences de l'ingénieur (informatique, génie civil, électrique, etc.)
- Sciences de la santé (médecine, pharmacie, etc.)
- Sciences de la nature et de l'environnement (biologie, écologie, géologie, etc.)
- Autre

**Est-ce qu'une personne de votre entourage travaille dans le domaine de la santé ? Oui / Non**

**Quelle est votre situation professionnelle ?**

- Etudiant(e) (renvoi section « Vous êtes étudiant(e).. »)
- Salarié(e)
- Sans emploi (renvoie section Etat de santé)

Section : Vous êtes étudiant(e)...

**Quel est la profession de votre parent (1) ?**

**Quel est la profession de votre parent (2) ?**

**Avez-vous un emploi en parallèle de vos études (job étudiant, alternance, etc.) ? Oui / Non**

Section : Etat de santé

**En général diriez-vous que votre santé est :**

Echelle de 0 (mauvaise) à 5 (excellente)

**Avez-vous des antécédents de problèmes de santé ? Oui / Non**

**Etes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Oui / Non**

**Avez-vous un médecin traitant ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Au cours de la dernière année, vous avez consulté : (Plusieurs choix possibles)**

- Votre médecin traitant
- Un médecin généraliste

- Un spécialiste
- Un service d'urgence
- Un service de santé universitaire ou étudiant
- Un professionnel de santé alternative / complémentaire (psychologue, sophrologue, hypnothérapeute, etc.)
- Aucun de ces choix
- Autre : à préciser

**Question 16 : Avez-vous une assurance santé complémentaire (mutuelle) ?**

- Oui (renvoi à la section Renoncement soins médicaux)
- Non (renvoi à la section vous n'avez pas de complémentaire santé)
- Je ne sais pas (renvoi à la section Renoncement soins médicaux)

Section : Vous n'avez pas de complémentaire santé

**Si non, pourquoi ?**

- Raison financière
- Régime particulier : CMU-C, PUMA, ACS
- Je ne sais pas
- J'estime ne pas en avoir besoin

Section : Renoncement aux soins médicaux

**Avez-vous déjà renoncé à des soins médicaux ?**

*Soins médicaux = examens, consultation spécialiste, traitement médicamenteux...*

- Oui
- Non

Section : Vous avez déjà renoncé à des soins médicaux...

**Quels types de soins avez-vous renoncé à recevoir ?**

- Consultation chez un spécialiste (ex : gynécologue, dermatologue, ophtalmologue...)
- Médicaments prescrits par un médecin
- Examens médicaux (ex : radiologie, échographie, prise de sang, scanner...)
- Soins dentaires
- Soins optiques
- Santé mentale
- Autre : à préciser

**Pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs choix possibles)**

- Raisons financières
- Raisons géographiques
- Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous
- Manque de temps
- J'estimais ne pas en avoir besoin
- Je n'avais pas confiance / j'avais peur
- J'ai trouvé une autre alternative
- Autre : à préciser

**Avez-vous déjà eu des problèmes de santé mais avez décidé de ne pas consulter de professionnel de santé ?**

- Oui (renvoi section Vous avez déjà eu des problèmes de santé mais avez décidé de ne pas consulter...)
- Non (renvoi section Confiance/satisfaction)

Section : Vous avez déjà eu des problèmes de santé mais avez décidé de ne pas consulter...

**Pour quelle(s) raison(s) ?**

- Raisons financières
- Raisons géographiques
- Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous
- Manque de temps
- J'estimais ne pas en avoir besoin
- Je n'avais pas confiance / j'avais peur
- J'ai trouvé une autre alternative
- Autre : à préciser

Section : confiance/satisfaction

**En général, à quel point êtes-vous confiant concernant le système de santé en France ?**

Echelle de 0 à 5

**En général, à quel point êtes-vous satisfait du système de santé en France?**

Echelle de 0 à 5

## Section Internet

**Avez-vous déjà utilisé Internet pour éviter les soins ou trouver des alternatives au parcours de soins classique ?**

- Oui
- Non

**Avez-vous confiance aux informations trouvées sur internet concernant votre santé ?**

Echelle de 0 (pas du tout confiance) à 5 (extrêmement confiance)

## Section : Solutions envisageables

**Selon vous, qu'est ce qui faciliterait l'accès aux soins chez les 18-30 ans en France ? (*Plusieurs choix possibles*)**

- Communication & information via les réseaux sociaux
- Utilisation des nouvelles technologies
- Sensibilisation et éducation au système de santé
- Simplification des démarches administratives
- Non avance de frais systématique
- Autre : à préciser

## **Annexe 3 : Programme newsletter et mailing SSU**

### **Newsletter 1 : Rentrée universitaire et présentation des services**

- Envoyée à la rentrée universitaire
- Présentation générale des Services de Santé Universitaires-
- Informations sur les différents services disponibles et leur importance pour la santé des étudiants
- Invitation à prendre rendez-vous ou à se renseigner davantage sur les services

### **Newsletter 2 : Journée mondiale de la santé mentale**

- Envoyée en octobre pour la Journée mondiale de la santé mentale (10 octobre)
- Mise en avant des services de soutien psychologique offerts par les Services de Santé Universitaires
- Conseils pour prendre soin de son bien-être mental pendant les études
- Ressources et activités proposées par les Services de Santé Universitaires pour cette journée spéciale

### **Newsletter 3 : Mois sans tabac**

- Envoyée en novembre pour le Mois sans tabac
- Sensibilisation à l'importance de la prévention du tabagisme et des ressources disponibles pour arrêter de fumer
- Informations sur les consultations et les programmes d'accompagnement pour arrêter de fumer offerts par les Services de Santé Universitaires
- Témoignages d'étudiants ayant réussi à arrêter de fumer avec l'aide des Services de Santé Universitaires

### **Newsletter 4 : Journée mondiale de la prévention du sida**

- Envoyée le 1er décembre pour la Journée mondiale de la prévention du sida
- Sensibilisation à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Informations sur les dépistages gratuits et confidentiels proposés par les Services de Santé Universitaires
- Ressources et conseils pour une sexualité responsable et sans risques

### **Newsletter 5 : Nouvelle année et résolutions santé**

- Envoyée en janvier pour la nouvelle année
- Encouragement à adopter des résolutions santé et à prendre soin de soi
- Présentation des services de prévention et de promotion de la santé offerts par les Services de Santé Universitaires
- Rappel des actions à venir et des ressources en ligne pour soutenir les étudiants dans leurs résolutions santé

### **Newsletter 6 : Journée mondiale de l'alimentation**

- Envoyée en mars pour la Journée mondiale de l'alimentation (16 octobre)
- Mise en avant de l'importance d'une alimentation équilibrée et de conseils nutritionnels pour les étudiants
- Informations sur les ateliers et les ressources disponibles pour promouvoir une alimentation saine
- Recettes et astuces pour une alimentation équilibrée malgré les contraintes du quotidien étudiant

### **Newsletter 7 : Journée mondiale de la santé**

- Envoyée le 7 avril pour la Journée mondiale de la santé
- Mise en avant des services de prévention, de dépistage et de promotion de la santé proposés par les Services de Santé Universitaires
- Rappel des avantages pour les étudiants (gratuité, accès facile, professionnels qualifiés, etc.)
- Invitation à profiter des services offerts pour prendre soin de sa santé

## Exemple de mail de présentation des services :

Objet : Découvre les Services de Santé Universitaires pour prendre soin de ta santé !

Cher étudiant,

La santé est un élément essentiel de ta vie étudiante et nous tenons à t'informer des services spécialement conçus pour veiller sur ton bien-être. Les Services de Santé Universitaires (SSU) sont là pour t'accompagner dans tous tes besoins de santé et de prévention, afin que tu puisses te consacrer pleinement à tes études.

Voici ce que les SSU peuvent t'offrir :

- Consultations médicales gratuites : Tu bénéficies d'un accès à des consultations médicales gratuites dispensées par des professionnels de santé qualifiés. Que ce soit pour une visite de routine, des conseils médicaux ou des problèmes de santé spécifiques, nos médecins sont là pour t'écouter et te prodiguer les soins dont tu as besoin.
- Suivi psychologique et soutien : Nous comprenons que la vie étudiante peut être parfois stressante. C'est pourquoi nous mettons à ta disposition des psychologues et des conseillers spécialisés pour t'aider à gérer les challenges personnels, académiques ou émotionnels. Ton bien-être mental est une priorité pour nous.
- Actions de prévention et de promotion de la santé : Les SSU organisent régulièrement des actions de sensibilisation et des campagnes de prévention pour t'informer sur des sujets tels que la contraception, les infections sexuellement transmissibles, l'alimentation équilibrée, la gestion du stress, et bien d'autres thématiques importantes pour ta santé.
- Vaccinations et dépistages : Nous t'offrons la possibilité de mettre à jour tes vaccinations et de réaliser des dépistages réguliers pour prévenir d'éventuelles maladies. Ton état de santé est notre priorité, et nous voulons nous assurer que tu as toutes les informations nécessaires pour rester en bonne santé.
- Informations et ressources : Les SSU mettent également à ta disposition une mine d'informations sur leur site web, avec des ressources en ligne, des brochures et des guides sur différents sujets de santé. Tu y trouveras des conseils pratiques, des réponses à tes questions et des contacts utiles.

Ne laisse pas les problèmes de santé te freiner dans ton parcours universitaire. Les Services de Santé Universitaires sont là pour t'aider à rester en forme et à réussir tes études. N'hésite pas à prendre rendez-vous ou à te renseigner sur nos services en te rendant sur notre site web ou en contactant notre équipe.

Prends soin de toi, car ta santé compte !

L'équipe des Services de Santé Universitaires

## Annexe 4 : Exemple d'infographies d'information sur le système de santé



## **Annexe 5 : Création d'un « jeu de société » dans le cadre de l'éducation sur le système de santé**

### **Règles du jeu :**

*Ce jeu ayant un objectif pédagogique, il est nécessaire qu'un professeur ou référent soit présent pour assurer le déroulement de la partie, lire les questions et expliquer les réponses.*

**Objectif du jeu : Le but du jeu est d'atteindre l'état de "Vie en santé" en répondant correctement aux questions et en gérant judicieusement ses crédits santé.**

L'état de vie en santé correspond à l'obtention de 10 crédits santé, mais ce chiffre peut être adapté selon l'âge, les connaissances des joueurs mais également selon le temps de partie souhaité.

### **Déroulement du jeu :**

- Chaque joueur choisit un pion et le place sur la case départ
- 5 crédits santé sont distribués à chaque joueur
- Les cartes sont classées par thème, mélangées et placées sur le plateau
- Le premier joueur lance le dé et avance son pion du nombre indiqué
- Le joueur atterrit sur une case et le référent tire une carte question du thème correspondant
- Le référent lit la question à voix haute et le joueur doit répondre, si le joueur a la bonne réponse il gagne un crédit santé, s'il n'y arrive pas dans le temps imparti il perd un crédit santé
- Le joueur suivant lance le dé et le jeu se poursuit dans le sens des aiguilles d'une montre
- Si un joueur n'a plus de crédit santé, il est envoyé en "Hospitalisation" et passe un tour avant de récupérer un crédit santé
- Le premier joueur à atteindre l'état de Vie en Santé remporte la partie

### **Niveaux de difficulté/ adaptation :**

En fonction de l'âge et de la connaissances des joueurs, certaines caractéristiques peuvent être adaptées :

- Temps imparti : Vous pouvez ajuster le temps imparti pour répondre aux questions en fonction du niveau de connaissances des joueurs. Pour les joueurs plus jeunes ou moins expérimentés, vous pouvez accorder un temps plus long pour répondre aux questions, tandis que pour les joueurs plus avancés, vous pouvez réduire le temps imparti pour augmenter le défi.
- Crédits santé : Vous pouvez également ajuster le nombre de crédits santé initiaux pour chaque joueur. Pour les joueurs débutants, vous pouvez leur accorder un nombre plus élevé de crédits santé pour leur donner plus de chances de continuer dans le jeu. Pour les joueurs plus avancés, vous pouvez réduire le nombre de crédits santé pour augmenter le défi et la gestion stratégique des ressources.
- Propositions de réponses : Vous avez la possibilité de choisir si les propositions de réponses sont citées lors de la lecture des questions ou non. Si vous souhaitez rendre le jeu plus accessible, vous pouvez inclure les propositions de réponses pour

aider les joueurs à trouver la bonne réponse. Si vous voulez augmenter la difficulté, vous pouvez omettre les propositions de réponses, obligeant ainsi les joueurs à trouver la réponse par eux-mêmes.

Logo :



Exemple d'une carte :



**Les jeunes adultes face au système de sante : étude sur les facteurs et manifestations du renoncement aux soins chez les 18-30 ans.**

En France, **l'accès aux soins** est un des enjeux majeurs des politiques de Santé cependant des disparités persistent amenant même à des renoncements pour certaines populations notamment celle des **jeunes adultes**. Ce mémoire présente alors les **facteurs** et manifestations de ce **renoncement aux soins** au sein des 18-30 ans. L'enquête de terrain révèle une prévalence élevée de ce comportement avec des **causes** telles que le manque de temps, les contraintes financières, la stigmatisation et d'autres. Le lieu d'habitation, la situation professionnelle et le revenu influent également sur le renoncement aux soins. C'est pourquoi institutions et services de Santé tout comme les entreprises et établissements scolaires ont tous un potentiel d'action sur la **Santé** des jeunes adultes et l'amélioration du **système de santé**.

Mots clés : accès aux soins, renoncement aux soins, jeunes adultes, facteurs influençant, causes, système de santé...

**Young adults and the healthcare system: a study of the factors and manifestations of giving up healthcare among 18–30-year-olds.**

In France, **access to healthcare** is one of the major challenges facing healthcare policy. However, disparities persist, leading some populations, particularly young adults, to forego care. This report presents the factors and manifestations of **this lack of access to healthcare** among 18–30-year-olds. The field survey reveals a high prevalence of this behavior, with causes such as lack of time, financial constraints, stigmatization and others. Where people live, their employment status and their income also have an influence on their decision not to seek healthcare. This is why health institutions and services, as well as companies and schools, all have the potential to influence the **health** of young adults and improve the **healthcare system**.

Key words: access to healthcare, giving up healthcare, young adults, influencing factors, causes, healthcare system...