

**Le renoncement aux soins pour raisons financières :
étude chez les étudiants venant consulter au service
interuniversitaire de médecine préventive et de santé à
Bordeaux en 2011**

Brice Bouchon

► **To cite this version:**

Brice Bouchon. Le renoncement aux soins pour raisons financières : étude chez les étudiants venant consulter au service interuniversitaire de médecine préventive et de santé à Bordeaux en 2011. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017354

HAL Id: dumas-01017354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017354>

Submitted on 2 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse n°50

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 27 mai 2014

Par Brice BOUCHON

Né le 22/02/1982 à Le Mans (72)

**LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES : ETUDE CHEZ
LES ETUDIANTS VENANT CONSULTER AU SERVICE INTERUNIVERSITAIRE
DE MEDECINE PREVENTIVE ET DE SANTE (SIUMPS) A BORDEAUX EN 2011.**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur PLEDRAN

Jury :

Monsieur le Professeur BONNET
Monsieur le Professeur TZOURIO
Madame le Docteur MAURICE
Madame le Docteur DUHAMEL
Monsieur le Docteur PLEDRAN

Président
Rapporteur

REMERCIEMENTS

A ma femme, Dorothée, et à ma fille, Jeanne, pour leur amour. Merci pour ce bonheur partagé. Je vous aime plus que tout au monde.

A mes parents, pour leur soutien, leur calme, leur tolérance, leur vision des choses, leur simplicité. Merci de m'avoir supporté et éclairé.

A mon grand-père, aussi deuxième papa, Jeannot, pour sa générosité, son humeur, son intelligence, sa personnalité inégalable. Du fond du cœur.

A mes frères, Germain, pour son humour et Armand, pour son quota...Profites de la P2 !

A ma sœur, Maryline, pour me supporter depuis si longtemps.

A mes beaux-parents, Eric et Béatrice pour leur énergie et leur disponibilité.

A mes beaux-frères, Martin pour sa planète sans oublier Oriane en orbite, Edouard pour ses mystères.

Aux guedins (Pierrot le fou, Clém, Beuz, Remy, Gégé, Momo, Geoff, Vivien, Rom....) pour les 400 coups...vous me manquez.

Au CAAPS et à tous ses membres, dédicace au président pour sa prose.

A Baloo, mon compère, pour sa gentillesse.

A Cante, Marjory et leur nouveau venu. Cante, tu es drôle...

A Marie-cécile, Sebounet et Rose, vous êtes trop loin...

A Laure et sa famille, sans toi...

A Gérald et Raïssa, avec ma profonde amitié.

Aux périgourdins, Romero, Caro, Le Roux, J-C, Soaz, Jérôme, Marie...

Aux docteurs De Gabory, Sèze et Ortiz du cabinet médical de Cadillac, pour leur sympathie.

A mes anciens co-internes.

Aux médecins de la maison médicale de Chalonnnes sur Loire, pour leur accueil et leur complicité, aux secrétaires, pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Au personnel du SIUMPS de Bordeaux, notamment aux assistantes sociales pour leur aide.

A Monsieur le professeur BONNET

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier.

Service de médecine interne et de maladies infectieuses,

Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous en suis très reconnaissant et vous prie de croire en ma considération et mon respect les plus sincères.

A Monsieur le Professeur TZOURIO

Professeur d'épidémiologie,

Praticien Hospitalier.

Directeur du Centre de Recherche en Epidémiologie et Biostatistiques (INSERM U897)

à L'ISPED de Bordeaux.

Directeur du Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

(SUMPPS) de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur MAURICE

**Maître de conférences des universités,
Praticien hospitalier en biostatistiques et informatique médicale.**

Je vous remercie pour votre enseignement, votre disponibilité et votre écoute. J'ai beaucoup appris. Merci de m'avoir aidé et conseillé pour ce travail.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse et d'en être le rapporteur. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur DUHAMEL

**Maître de conférences associé de Médecine Générale.
Présidente du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine.**

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.
Je vous remercie et vous prie de trouver ici le témoignage de toute ma considération.

A Monsieur le Docteur PLEDRAN

Médecin Généraliste

Maître de Stage

Vous avez gentiment accepté la direction de ce travail. Vous avez su vous rendre disponible pour m'aider dans sa réalisation. Je vous remercie pour votre soutien.

Veillez accepter toute ma reconnaissance.

LEXIQUE

Abréviations utilisées :

ACS : aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire

ALD : affection longue durée

ALS : allocation de logement sociale

APL : aide personnalisée au logement

CES : centre des examens de santé

CETAF : centre technique d'appui et de formation des CES

CMU : couverture maladie universelle

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CNRS : centre national de la recherche scientifique

CROUS : centre régional des œuvres universitaires et scolaires

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux

CSG : contribution sociale généralisée

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EDF : électricité de France

EPICES : score individuel de précarité des centres d'examens de santé

LMDE : la mutuelle des étudiants

OFCE : observatoire français des conjonctures économiques

OMS : organisation mondiale de la santé

SIUMPS : service interuniversitaire de médecine préventive et de santé

SUMPPS : service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

UNEF : union nationale des étudiants français

URL : uniform resource locator (adresse universelle)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
I. LE RENONCEMENT AUX SOINS.....	13
1.1. Chiffres et concept.....	13
1.2. Impact de la CMU.....	14
1.2.1. Historique de la CMU.....	14
1.2.2. Le rôle protecteur de la CMU-C.....	14
1.3. Les facteurs aggravants.....	15
1.3.1. Le sexe.....	15
1.3.2. L'âge.....	15
1.3.3. L'état de santé.....	15
1.3.4. La situation sociale passée, présente et future.....	15
1.3.5. Les dépassements d'honoraires.....	16
1.4. Les facteurs sociaux-anthropologiques.....	16
1.5. Intérêt pour l'étude de l'accès aux services de santé.....	16
1.6. Les comportements d'achats des médicaments.....	17
II. LE RESTE A CHARGE.....	18
2.1. Définition et composition du reste à charge.....	18
2.2. Vers une augmentation du reste à charge via la désocialisation de l'Assurance Maladie.....	
2.3. Les complémentaires santé : évolution des tarifs et conséquences.....	21
2.4. L'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire santé.....	22
III. L'ACCES AUX SOINS DES ETUDIANTS.....	24
3.1. L'accès aux soins.....	24
3.2. Étudiant : un statut social précaire.....	24
3.2.1. La population étudiante.....	24
3.2.2. La précarité.....	25
3.2.2.1. Définitions.....	25
3.2.2.2. Le score EPICES.....	26
3.3. La santé des étudiants.....	27
IV. ETUDE.....	29
4.1. Population et méthodes.....	29
4.1.1. Schéma d'étude.....	29
4.1.2. Objectifs de l'étude.....	29

4.1.3.	Site d'étude.....	29
4.1.4.	Période d'inclusion.....	29
4.1.5.	Population ciblée et étudiée.....	29
4.1.6.	Modalités du recueil de données.....	30
4.1.7.	Méthodes statistiques employées et présentation des résultats.....	31
4.2.	Résultats.....	32
4.2.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	33
4.2.2.	Santé et couverture sociale.....	35
4.2.2.1.	Etat de santé habituel et parcours de soins.....	35
4.2.2.2.	Couverture sociale.....	37
4.2.2.3.	Le cas particulier des étudiantes : contraception et couverture sociale.....	38
4.2.3.	Le renoncement aux soins et stratégies adoptées face aux difficultés.....	40
4.2.3.1.	Résultats de l'enquête.....	40
4.2.3.2.	Recherche des déterminants du renoncement aux soins.....	43
4.2.4.	Le score EPICES et les questions constitutives du score : lien avec le renoncement aux soins.....	47
4.2.4.1.	Les questions constitutives du score EPICES.....	47
4.2.4.2.	Recherche d'un lien entre les questions constitutives du score EPICES et le renoncement aux soins.....	48
4.2.4.3.	Lien entre le renoncement aux soins et la précarité selon le score EPICES.....	52
4.3.	Discussion.....	54
4.3.1.	Difficultés rencontrées lors du recueil.....	54
4.3.1.1.	Manque de puissance.....	54
4.3.1.2.	Biais de sélection.....	54
4.3.1.3.	Biais d'information.....	54
4.3.1.4.	Force et faiblesse de l'étude.....	55
4.3.2.	Principaux résultats.....	55
V.	CONCLUSION.....	58
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	59
VII.	ANNEXES.....	63
	Annexe 1 : questionnaire.....	63
	Annexe 2 : score EPICES.....	67

INTRODUCTION

Le reste à charge, majoré depuis l'introduction des franchises médicales en 2005, est devenu un frein financier à l'accès aux soins dans les populations les plus précaires.

Quelle est la proportion du renoncement aux soins pour raisons financières dans la population étudiante disposant de faibles revenus ?

Les études récentes dans la population générale soulignent l'implication de facteurs sociaux et anthropologiques dans le renoncement aux soins mais également le rôle protecteur de la CMU.

Qu'en est-il avec la complémentaire santé étudiante ?

Les facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières chez les étudiants sont-ils un manque d'information, une indifférence, une couverture sociale insuffisante, une précarité ?

Quelles en sont les conséquences sur leur état de santé et leur suivi médical.

Le but de ce travail est de repérer quels sont les facteurs aggravants et protecteurs liés au renoncement aux soins afin d'améliorer l'accès aux services de santé.

I. LE RENONCEMENT AUX SOINS

1.1. Chiffres et concept

Le renoncement aux soins concerne des individus qui ne s'adressent pas aux services pour satisfaire leurs droits. Ainsi, ils ne perçoivent pas les prestations ou les aides et n'accèdent pas aux moyens auxquels ils peuvent prétendre.

Le concept est apparu dans le débat public avec les travaux préparatoires à la loi instituant la CMU-C. [1]

Le concept de renoncement aux soins vise à identifier des besoins de soins non satisfaits.

En 2000, l'OMS a jugé que le système de santé français était le meilleur au monde en termes d'équité et d'efficacité, pourtant l'accès aux soins n'est pas garanti à tous.

Il existe une inégalité selon les revenus mais aussi selon des barrières culturelles et informationnelles ; les populations les plus pauvres et les moins éduquées ont un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie. [2]

Le recours aux soins est également un choix économique contraint par le revenu disponible de l'individu et les prix auxquels il fait face.

La commission des déterminants sociaux de l'OMS rappelle en 2009 que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. [3]

Peu d'études sur ce concept ont été réalisées. Elles ont mis en évidence que le renoncement aux soins était plus fréquent dans les groupes les plus défavorisés en France [4] [5] ou en Europe. [6] [7]

En France 15,4 % des personnes vivant en ménage ordinaire déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en 2008. [8]

Les plus faibles revenus ne peuvent pas toujours se permettre d'investir dans la santé si cet investissement se fait au détriment de consommations plus immédiatement nécessaires, comme l'alimentation ou le logement. [9]

1.2. Impact de la CMU-C

1.2.1. historique de la CMU-C

La CMU-C est créée le 1^{er} janvier 2000, car la couverture de base de la sécurité sociale s'est réduite, rendant nécessaire une couverture complémentaire que 7 millions de résidents ne peuvent souscrire.

La CMU¹, dite de base, permet d'être remboursée à des soins à toute personne qui réside en France depuis au moins trois mois et de façon régulière, sans bénéficier d'une assurance maladie.

La CMU-C², quant à elle, est accordée sous conditions de ressources et permet la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé.

La CMU-C dispense de l'avance des frais, prend en charge le ticket modérateur, le forfait hospitalier sans limitation de durée et une liste de produits (prothèses dentaires, lunettes, audioprothèses, « panier de soins »), à des tarifs fixé par arrêté ministériel.

1.2.2. Le rôle protecteur de la CMU-C

Environ 7 % de la population en bénéficie. [10]

En l'absence de CMU-C le taux de renoncement aux soins de cette population passerait de 22% en 2008 à 40%. [11]

Le taux de renoncement à des soins pour raisons financières a considérablement chuté entre 2000 et 2002, notamment celui concernant le premier quintile de revenu reflétant la mise en place du dispositif de la CMU-C.

Depuis 2002 il apparaît en augmentation et est quasiment revenu à son niveau de 2000. Cette augmentation s'inscrit dans toutes les catégories de population.

¹ « CMU de base ». Caisse nationale d'assurance maladie. Site ameli.fr

² « CMU complémentaire ». Caisse nationale d'assurance maladie. Site ameli.fr

L'absence de complémentaire santé est un obstacle évident à l'accès aux services de santé. [12][10]

Les personnes qui expliquent ne pas avoir les moyens de souscrire à une complémentaire renoncent trois fois plus que celles qui déclarent ne pas en avoir besoin. [11]

L'absence de complémentaire est liée à un recours moins fréquent et à une dépense plus faible à état de santé donné : les personnes sans complémentaire semblent donc reporter la prise de médicaments et consommer seulement lorsque leur état de santé est plus dégradé. [13]

1.3. **Les facteurs aggravants** [11]

1.3.1. Le sexe

Le sexe est corrélé avec le renoncement aux soins. Les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins que les hommes.

1.3.2. L'âge

Le lien entre âge et taux de renoncement suit une courbe en cloche ; il augmente de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 ans, puis diminue.

1.3.3. L'état de santé

Le renoncement aux soins est corrélé avec l'état de santé, lorsqu'il se dégrade le renoncement augmente dans des proportions importantes.

1.3.4. La situation sociale passée, présente et future

Neuf dimensions de précarité influencent le renoncement :

- Les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe
- La situation présente ou récente : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances
- La perception du futur proche : crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l'année qui vient.

Chacune influence indépendamment mais plus encore conjuguées.

1.3.5. Les dépassements d'honoraires

En outre les dépassements d'honoraires sont à l'origine d'importants efforts financiers pour les patients. La répartition géographique des médecins du secteur 2, c'est-à-dire d'un secteur aux honoraires libres, ne laisse pas toujours « libre » le patient de choisir son secteur (d'autant plus que le médecin ne l'affiche pas toujours). Le coût de la consultation s'impose trop souvent au malade. [14]

1.4. Les facteurs sociaux-anthropologiques [15]

L'approche socio-anthropologique du renoncement aux soins montre que celui-ci prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

Le renoncement-barrière fait référence à l'existence de contraintes, en particulier et principalement financières, qui ne permettent pas à l'individu d'accéder au soin désiré.

Le renoncement-refus est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques (il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine conventionnelle) soit sur le fait même de se soigner (il traduit la perception d'une inutilité des soins).

Ces deux formes de renoncement sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin.

1.5. Intérêt pour l'étude de l'accès aux services de santé

L'étude du renoncement aux soins est un outil subjectif fiable pour traiter les problématiques d'équité d'accès aux soins. [16]

Les mesures objectives (mesures de la consommation de soins : dépense et volume de soins consommés) sous-estiment les états de santé inobservés alors que le renoncement aux soins identifie des consommations de soins que la personne aurait souhaité pouvoir s'offrir mais qu'elle n'a pas engagées en raison de sa contrainte budgétaire.

Contrairement aux indicateurs objectifs, le renoncement permet en lui-même d'identifier directement un problème d'équité d'accès aux soins.

1.6. Les comportements d'achats des médicaments

Selon les données de l'Enquête Santé Protection Sociale de 2008 [5], 12% des enquêtés déclarent avoir modifié leurs achats de médicaments suite à la mise en place des franchises. 64% ont décidé de n'acheter qu'une partie des médicaments prescrits, 33,5% ont repoussé dans le temps l'achat de certains médicaments prescrits, 13% ont indiqué des changements divers (contrôle du budget de la pharmacie, autorégulation de la consommation, automédication), 28% ont discuté avec le médecin pour réduire leurs prescriptions.

Ce comportement est influencé par le niveau de revenu et l'état de santé : la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 € par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1167 € par mois, soit un quasi doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparé aux autres. Une différence similaire est observée entre les individus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais comparés à ceux qui se déclarent en bonne santé.

La somme prélevée par boîte de médicament étant la même quels que soient la nature du médicament, le niveau de ressources et l'état de santé des individus, cette charge financière pèse plus fortement sur les individus malades ou à faibles revenus et peut les contraindre à renoncer à des soins utiles.

Les franchises font ainsi peser un effort financier plus important sur les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu est faible. Ces populations risquent donc de ne pas acheter l'ensemble des médicaments prescrits, faute de moyens financiers suffisants. [17]

II. LE RESTE A CHARGE

2.1. Définition et composition du reste à charge

Il est égal en d'autres termes à la participation financière des patients.

La mise à contribution des patients existe depuis la création de la sécurité sociale.

Il comprend principalement le ticket modérateur, c'est-à-dire la différence entre le remboursement de la sécurité sociale et le tarif de convention. Celui-ci représente 40% du coût des soins ambulatoires. [18]

L'instauration d'un ticket modérateur est intervenue dès 1945 et, dès 1947, un accord a été conclu entre les organismes de sécurité sociale et la mutualité, laissant place au développement des protections complémentaires facultatives.

Le reste à charge correspond le plus souvent à ce que paient les patients compte tenu du remboursement par l'assureur maladie obligatoire, sans tenir compte de la prise en charge par l'assureur complémentaire. [19]

Les primes d'assurance complémentaire ne sont en général pas comptées dans le reste à charge. Or leur augmentation s'ajoute au reste à charge pour grossir les dépenses de santé financées par les patients. Le reste à charge, pour rendre compte de la réalité, devrait intégrer le coût des primes payées par les patients pour leur assurance maladie complémentaire, que ce soit via l'employeur dans la cas d'un contrat collectif ou directement dans le cas d'un contrat individuel. [20]

En outre les dépassements d'honoraires sont à l'origine d'importants restes à charge pour les patients.

En 2012, 17,6 milliards d'euros ont été payés directement par les patients (soit 9,6% des dépenses en soins et en biens médicaux). [21]

2.2. Vers une augmentation du reste à charge via la désocialisation de l'assurance maladie obligatoire.

Afin de lutter contre le déséquilibre de l'assurance maladie et de résorber les déficits, de nombreux plans de redressement n'ont pas permis de rééquilibrer la nette croissance des dépenses de santé.

L'inefficacité apparente de ces plans à répétition a conduit les gouvernements à envisager des réformes affichant la volonté d'agir sur la régulation du système et les comportements des acteurs (Ordonnances Juppé de 1995 et réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004).

En 2005, il a été introduit une participation forfaitaire de 1 € se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale.

En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectaient ou non le parcours de soins. Cette mesure a alourdi le reste à charge des ménages : en effet les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. En outre, les déremboursements de médicaments ont alourdi le reste à charge.

En 2007, le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 € par jour, a été porté à 4 € et la pénalisation des assurées ne respectant pas le parcours de soins s'est accrue : le taux de remboursement est passé à 50% au lieu de 70% pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné, puis à 30% en 2009.

Afin de renforcer ces mesures, de nouvelles contributions forfaitaires, appelées franchises, sur les médicaments, les transports sanitaires et les soins paramédicaux sont appliquées depuis 2008. Le montant de la franchise sur les médicaments est de 0,50 € par boîte, sur les actes des auxiliaires médicaux de 0,50 € par acte et sur les transports sanitaires de 2 € par transport. Le montant total est plafonné à 50 € par patient et par an. Enfin en 2010, le forfait journalier hospitalier a été porté de 16 à 18 € (et de 12 à 13,5 € en psychiatrie), tandis que le taux de remboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant passait de 35% à 15%.³

Si les organismes complémentaires ont assumé le surcoût du forfait journalier, nombreux d'entre eux ne prennent plus en charge les médicaments remboursés à 15%, ce surcoût se reportant alors intégralement sur les ménages.

Les participations financières ont été présentées non plus comme un instrument de redressement comptable, mais comme un moyen de responsabiliser les assurés et d'inciter à un recours aux soins plus mesuré.

³ « Ce qui reste à votre charge » Caisse nationale d'assurance maladie. Site ameli.fr

L'augmentation de la participation financière des patients pour équilibrer l'assurance maladie pose toutefois des problèmes d'efficacité et d'équité. [22]

Si l'on restreint le panier de soins remboursés aux dépenses les plus onéreuses, on prend le risque d'aggraver les inégalités de santé en réduisant pour ceux qui en ont le plus besoin l'accès aux soins courants et à la prévention. La voie de la responsabilisation des patients par le déremboursement est risquée du point de vue des inégalités de santé, elle pourrait même déboucher sur une hausse des coûts de gestion mais aussi de soins si elle conduisait à un rationnement des dépenses des plus démunis défavorable à leur santé. [23]

Entre 2005 et 2008, la part totale de l'assurance maladie obligatoire s'est modérément réduite, avec un report partiel sur les ménages, notamment du fait des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, et de la mise en place du parcours de soins et des franchises.

Le reste à charge des ménages est évalué à 16,4 milliards d'euros pour l'année 2010, soit 9,4% de la CSBM (avec un pic à 9.7% en 2008) contre 9% en 2000 et 2005. [24][21]

Depuis 2009, on observe un retour à la tendance des années antérieures : la progression des dépenses des assurés en ALD fait légèrement augmenter la part de la Sécurité sociale.

Ce reste à charge pèse sur la demande de soins des ménages à faibles revenus, ce qui pose un problème d'équité et peut conduire à un renoncement à des dépenses justifiées, notamment si leur bénéfice n'intervient qu'à long terme : c'est d'ailleurs ce qui a motivé en France en 1999 l'instauration de la CMU complémentaire.

Le retrait de l'assureur public touche les personnes qui dépendent proportionnellement le plus de la Sécurité sociale pour financer leurs soins, c'est-à-dire les plus pauvres. [25]

Le coût des soins laissés à la charge des patients peut expliquer que les plus pauvres renoncent à des soins qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé.

Le financement de l'assurance maladie pose un problème récurrent, car la hausse de la dépense de soins augmente structurellement plus rapidement que le produit intérieur brut. Il

en résulte mécaniquement un déficit de l'assurance maladie, le « trou » de la Sécurité sociale, qui se creuse particulièrement vite quand la croissance économique ralentit. Cette évolution est régulièrement dramatisée par le monde politico-médiatique. Pour équilibrer les finances de l'assurance maladie, deux moyens peuvent être mis en œuvre à court terme : la hausse des cotisations (principalement la CSG) ou la baisse des remboursements. Les pouvoirs publics étant très réticents à l'augmentation des prélèvements obligatoires, ils ont souvent choisi la voie du déremboursement pour alléger les dépenses de l'assurance maladie. Ces déremboursements sont alors mis à la charge des systèmes d'assurances complémentaires. Cette évolution, contrariée par le développement des ALD, peut avoir des conséquences très dommageables sur la santé publique et l'égalité devant les soins. Il en résulte une croissance nette de la part du financement de la santé par les complémentaires, qui ne participent par ailleurs que de très loin à la régulation de l'offre de soins. Ce système n'est donc satisfaisant ni du point de vue de la protection sociale et de l'équité de la redistribution, ni du point de vue de l'efficacité économique et sociale. [23]

2.3. Les complémentaires santé : évolution et conséquences

Dans la population générale le recours aux soins dépend de la possession d'une assurance maladie complémentaire et de sa qualité. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins.

Bénéficier d'une complémentaire santé est un moyen en France de réduire le coût du recours aux soins, notamment ambulatoires. La question de l'accès financier aux soins devient alors celle de l'accessibilité financière à une assurance complémentaire. [2]

La couverture santé complémentaire, qui couvre plus de la moitié du reste à charge, constitue un élément important du financement des soins. Contrairement à l'assurance automobile, l'assurance complémentaire santé n'est pas obligatoire. Il n'est donc pas étonnant que l'accès à cette couverture reste assez inégalement réparti dans la population.

Parmi les personnes qui ne sont pas couvertes par aucune assurance complémentaire le renoncement aux soins atteint 32%.

93% de la population dispose d'une assurance maladie complémentaire.

53% des personnes non couvertes expliquent ce choix par des raisons financières, 17 % le justifient par le fait qu'elles se considèrent en bonne santé et 14% par le fait qu'elles bénéficient d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie dans le cadre d'une affection longue durée. [10]

Le montant des primes versées aux organismes complémentaires représente un effort financier qui va de 2.9% des revenus annuels pour les ménages les plus riches (cinquième quintile) à 10.3% pour les ménages les plus pauvres (premier quintile). [10]

La couverture complémentaire atténue les disparités d'accès aux soins selon le milieu social, puisqu'à niveau de couverture donnée, il subsiste assez peu de différences de consommation de soins peu remboursés par l'Assurance maladie. [26]

En France, ces dernières années, deux options principales de restructuration du système de santé ont été notamment évoquées pour garantir l'accès aux soins : une prise en charge par l'assureur maladie obligatoire des restes à charge au-delà d'un certain plafond et hors dépassements d'honoraires (alias bouclier sanitaire), ou une intervention plus importante des assureurs maladie complémentaires.

En 2013, les pouvoirs publics ont choisi de donner une place plus importante aux assurances maladie complémentaires en les généralisant via les entreprises.

Ce choix ouvre la porte à un transfert des prises en charge de l'assureur maladie obligatoire vers les assureurs maladie complémentaires. Ces mesures censées faciliter l'accès aux soins sont uniquement financières, sans lien avec une rationalisation du système de santé, susceptible d'optimiser, sinon de réduire, les dépenses de santé. [20]

2.4. L'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire santé

Elle a été instituée en 2005 pour faire face aux difficultés rencontrées par les ménages à bas revenus pour acquérir une complémentaire santé.

Il s'agit d'une participation financière, aussi nommée « chèque santé », à l'achat d'un contrat de couverture complémentaire proposée aux ménages dont les ressources ne dépassent pas 35% le seuil d'accès à la CMU-C.⁴

⁴ « Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » Caisse nationale d'assurance maladie. Site ameli.fr

Du fait d'un manque d'information, ce dispositif reste peu utilisé. Aussi après déduction le reste à charge reste élevé pour les revenus les plus faibles puisqu'elle ne couvre en moyenne que 50% du coût des contrats.⁵

Elle s'élève actuellement à 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € par personne âgée de 16 à 49 ans, 350 € pour la tranche de 50 à 59 ans et 500 € pour celles âgées de 60 ans et plus.

L'ACS est loin d'avoir atteint sa cible potentielle, avec un peu plus de 360 000 bénéficiaires en février 2008, pour une population cible estimée à environ 2 millions selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. [27]

⁵ Rapport d'activité du Fonds CMU.

III. L'ACCES AUX SOINS DES ETUDIANTS

3.1. L'accès aux soins

L'accès aux soins constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. [28]

La santé est la synthèse de multiples déterminants sociopolitiques. Lutter contre la maladie non traitée nécessite une approche multidisciplinaire et un traitement pluriel touchant aussi bien les minima sociaux, les conditions de logements, les conditions de travail, l'organisation sanitaire, l'éducation de la santé, l'enseignement de l'hygiène et des moyens de contraception dans le cycle obligatoire de l'éducation nationale, les campagnes d'affichage de prévention sanitaire. [14]

La vocation du système de soins est de protéger chaque assuré, y compris les plus fragiles. Cet accueil de tous est en voie de dégradation et les médecins généralistes en sont les premiers témoins. Les études issues d'organismes officiels confirment ce constat avec ses conséquences sur la cohésion sociale et la santé publique. Difficultés d'accès aux assurances complémentaires, forfaits et franchises, dépassements d'honoraires, tracasseries avec le tiers payant sont des obstacles majeurs à l'accès aux soins pour les plus démunis. Les solutions proposées par les pouvoirs publics suivent des logiques contradictoires donc peu lisibles et peu efficaces. L'enseignement universitaire de médecine générale devrait intégrer les données relatives aux inégalités sociales de santé et préparer les futurs généralistes à appréhender ce qui apparaît actuellement comme un grand défi du 21ème siècle. [29]

3.2. Étudiant : un statut social « précaire ».

3.2.1. La population étudiante

Le statut étudiant a été créé en 1946 par l'UNEF (Union Nationale des Étudiants Français) lors de la rédaction de la charte de Grenoble.

La France recense 2 316 000 étudiants en 2009, ce qui correspond à approximativement 50% des jeunes de 18 à 25 ans.⁶

La proportion des étudiants en situation de précarité est estimée entre 50 000 et 100 000 dont 45 000 seraient dans une situation d'extrême pauvreté. [30] [31]

Il existe une inégalité des conditions de vie des étudiants. Selon O.Galland, directeur de recherche au CNRS, « rares sont les étudiants qui échappent à la précarité du travail et du logement. Mais ils ne le vivent pas de la même façon. » [32]

Les étudiants français disposent en moyenne mensuellement de 582 euros dont 24 % sont issus de l'aide publique et 42 % de l'activité rémunérée. [33]

Seulement 29 % des étudiants sont boursiers et 27,6% ne perçoivent aucune aide familiale. 80% exercent une activité rémunérée dont 55% de façon régulière et 45% de façon occasionnelle.⁷

La moitié des étudiants gagne en moyenne moins de 300 euros par mois.

68% des boursiers estiment avoir rencontré des difficultés financières dues au versement tardif de la bourse par rapport à la rentrée universitaire. [34]

30% des étudiants se déclarent en difficulté financière en 2009. [35]

49,4% des étudiants sont logés par leur famille.

77% des étudiants vivraient une situation de mal-être due au manque de ressources financières, à un avenir incertain, à la solitude, à la pression des examens. [33]

3.2.2. La précarité

3.2.2.1. *Définitions*

La précarité peut être définie comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans

⁶ Site www.education.gouv.fr

⁷ Observatoire de la vie étudiante. site www.ove-national.education.fr

le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » [36]

Le Haut comité de la Santé Publique définit la précarité « comme un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » [37]

La précarité peut ainsi se manifester dans plusieurs domaines tels que le revenu, le logement, l'emploi, les diplômes, la protection sociale, les loisirs et la culture, la santé.

3.2.2.2. *Le score EPICES*

Il prend en compte les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité. [38]

Il a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES a montré la pertinence pour détecter et quantifier la précarité :

- il est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé,
- il est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30,17 est considéré comme le seuil de précarité.

Il montre un intérêt pour améliorer l'identification des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé et non reconnues par les critères de la définition socio-administrative. [39]

3.3. La santé des étudiants

Très peu de données ont été publiées dans la littérature sur le profil de santé des étudiants et la qualité de vie des étudiants. [40]

La santé a une influence sur la réussite des études. La qualité de vie de la période étudiante aura un impact sur la santé à long terme mais il existe une grande disparité dans cette population. [41]

Il existe une dégradation de l'état de santé d'une partie des étudiants : celle-ci concerne ceux en situation de précarité socio-économique.

Valérie Pécresse, Ex-Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, déclare, en juin 2007, que la santé des étudiants est une « étape primordiale et négligée de notre politique nationale de prévention », jugeant que la « situation est clairement préoccupante ».

Le rapport Wauquiez souligne que l'accès aux soins et à la prévention est compromis par l'absence de couverture sociale complémentaire et les faibles ressources financières de beaucoup d'entre eux, dont la santé paraît avoir été oubliée.

Nombreux sont les étudiants qui ne connaissent pas l'existence des services dédiés à leur santé. La vulnérabilité socio-économique des étudiants est le produit du renoncement aux soins, de difficultés financières, d'une absence de protection sociale complémentaire et d'un impact sanitaire d'une précarité multidimensionnelle (faibles moyens de subsistance, isolement familial et social, logement instable, travail). [42]

La proportion des étudiants en difficulté financière a augmenté au cours de la dernière décennie. Cette précarisation a des conséquences sur leur santé : ils consultent et se soignent très peu, faute de moyens, en particulier ceux qui sont contraints de travailler pour financer leurs études.

Selon les mutuelles étudiantes, on constate une baisse des consultations des professionnels de santé entre 2007 et 2009. Le pourcentage d'étudiants ayant consulté un professionnel de santé au cours des six derniers mois est passé de 83,6% en 2007 à 80,5% en 2009.

14% des étudiants qui n'ont pas consulté évoquent le motif du coût.

83,5% déclarent avoir une complémentaire santé, soit 10% de moins que dans la population générale, ce qui en fait la tranche d'âge la moins bien couverte en France.

Pour 50% des étudiants sans complémentaire santé, la raison évoquée est le coût.

Pour 66% des étudiants en difficulté financière, le coût est la première raison invoquée pour ne pas avoir de complémentaire.

25,1% des étudiants estiment être peu ou mal informés sur la complémentaire santé. Ils citent cette raison comme motif à leur non-adhésion. Ce taux a fortement évolué entre 2007 et 2009 passant respectivement de 15,3% à 25,1%.

18,9% des étudiants ont renoncé à des soins au cours des six derniers mois ; les femmes plus que les hommes (respectivement 23,6% contre 13%). Ce phénomène augmente avec l'âge et passe de 11,5% pour les moins de 21 ans à 29,2% des 23 ans et plus. [43]

Instruire, des points d'écoute et d'accueil dans toutes les universités, former la communauté éducative à la compréhension des problématiques de la jeunesse, coopérer avec les services de la médecine préventive, et les démultiplier, semblent une urgence. [44]

IV. ETUDE

4.1. Population et méthodes

4.1.1. Schéma d'étude

Etude mono centrique, prospective, observationnelle, sur la période d'avril à juin 2011.

4.1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de décrire le renoncement aux soins dans une population ciblée, celle des étudiants bordelais consultant au SIUMPS.

L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs liés au renoncement aux soins pour raisons financières chez les étudiants et de rechercher un lien avec la précarité étudiante.

4.1.3. Site d'étude

L'étude a été réalisée au sein du SIUMPS de Bordeaux, situé à Pessac, domaine universitaire.

4.1.4. Période d'inclusion

Du 18 avril (semaine 16) au 17 juin (semaine 24) 2011.

4.1.5. Population ciblée et étudiée

- *Critères d'inclusion*

Tous les étudiants se présentant, pendant la période de l'étude, à l'accueil du SIUMPS pour une consultation médicale devaient être sollicités.

- *Critères d'exclusion*

Les étudiants venant pour une visite de prévention ou pour rechercher des informations sans consulter.

- *Période d'inclusion*

Du 18 avril (semaine 16) au 17 juin (semaine 24) 2011.

4.1.6. Modalités du recueil de données

A chaque étudiant se présentant à l'accueil du SIUMPS de Bordeaux, il était remis, par le secrétaire, un questionnaire (cf. annexe 1) qui devait être complété en salle d'attente, en attendant d'être reçu par le professionnel correspondant à leur demande. Une fois complété, le questionnaire devait être déposé dans une urne prévue à cet effet.

Le questionnaire avait été établi avec l'aide des professionnels de santé du SIUMPS et notamment des assistantes sociales.

Au sein de ce questionnaire des questions issues de l'indicateur de précarité des centres d'exams de santé financés par l'assurance maladie, le score EPICES (cf. annexe 2) avaient été intégrées sans nécessairement être identifiées comme telle, ni regroupées.

Le questionnaire rassemblait les questions suivantes :

- L'âge, le sexe, le fait d'être célibataire ou en couple, la présence d'enfant(s) à charge, le niveau d'étude actuel et passé.
- Le statut social fiscal, les revenus mensuels, les sources habituelles des finances, les étudiants se déclarant en difficultés financières.
- Le type, le loyer et le financement du logement.
- La possibilité d'activité sportive, de vue d'un spectacle, de vacances au cours des 12 derniers mois, la possibilité de contact avec la famille, la possibilité d'aide matérielle et d'hébergement en cas de difficultés.

- L'état de santé déclaré, la présence d'une pathologie chronique ou une situation de handicap, le professionnel du SIUMPS consulté actuel et passé, la réalisation cette année de la visite médicale systématique au SIUMPS, la connaissance du financement des soins au SIUMPS, la déclaration de médecin traitant et son lieu, le suivi médical.
- Le statut des droits de sécurité sociale, la connaissance la différence entre sécurité sociale étudiante et complémentaire santé, les souscripteurs à une complémentaire santé, le type de complémentaire santé choisie, les raisons du refus à la souscription d'une complémentaire santé, le critère principal de souscription au type de complémentaire santé, la connaissance de l'ACS et les bénéficiaires.
- Le niveau de part restant à charge dans les soins, la connaissance des catégories de soins remboursés par la complémentaire santé, le retard de consultation pour raison financière, le renoncement pour raisons financières à l'achat de médicaments prescrits et lesquels, l'attitude adoptée en cas de remboursement partiel de médicaments prescrits, le partage avec un professionnel de santé de difficultés pour payer des médicaments, la connaissance de la franchise médicale par boîte de médicament.
- Le suivi gynécologique et la contraception : lieu du suivi, raisons du non suivi, type de contraception, raisons du refus de contraception, montant mensuel de la contraception, niveau de remboursement de la contraception, souscription d'un forfait contraception auprès de la complémentaire santé.

4.1.7. Méthodes statistiques employées et présentation des résultats

Nous avons saisi les données avec Epi Data puis avons utilisé Excel, ainsi que le logiciel Epi Info, afin de calculer les moyennes, les intervalles de confiance à 95% et les médianes.

Ensuite, nous avons réalisé des analyses uni variées, avec le logiciel Epi Info, version 3.5.3, Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

La présentation des résultats s'appuiera sur des tableaux présentant les effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, les moyennes et les médianes pour les variables quantitatives.

4.2. Résultats

Sur l'échantillon des étudiants répondant nous décrirons dans les prochains paragraphes :

- les caractéristiques sociodémographiques.
- La santé et la couverture sociale avec le cas particulier du suivi gynécologique et de la contraception des étudiantes.

Nous décrirons ensuite le retard et le renoncement en fonction de ces déterminants puis nous présenterons les questions constitutives du score EPICES et leur lien avec le renoncement.

Au total 284 questionnaires ont été complétés et déposés dans l'urne. Il n'a pas été possible de déterminer la proportion de répondant par rapport aux consultants.

Pour davantage de lisibilité des résultats, les pourcentages seront exprimés par rapport aux 284 répondants, même s'il existe parfois quelques non réponses.

Au besoin, un décalage volontaire, pour plus de clarté, est effectué lorsque les pourcentages ne sont pas exprimés par rapport à l'effectif total de la population étudiée.

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des étudiants consultant au SIUMPS au printemps 2011 (N=284)

Caractéristiques sociodémographiques	Moyenne	Médiane	Nombre	Pourcentage
Age	22,2	22		
Sexe : Homme/Femme			81/203	28,5/71,5
En couple/célibataire			41/224	14,4/78,9
Enfant(s) à charge			4	1,4
Autonomie fiscale/Foyer fiscal parental			74/189	27,5/66,5
Etudes : Licence/Master/Doctorat			165/93/16	58,1/32,7/5,6
Année dernière : Enseignement Supérieur/Lycée /Autre			222/47/11	78,2/16,5/3,9
Finances mensuelles (N=181)	526,4	500	1 ^{er} Q.400	3 ^{ème} Q.650
Sources des finances déclarées par les étudiants :				
○ Bourses			136	47,9
○ Travail			96	33,8
○ Aide familiale			139	48,9
○ APL, ALS			136	47,9
○ Autre			13	4,6
Nombre d'étudiants rencontrant des périodes dans le mois avec de réelles difficultés pour faire face à leurs besoins				
			138	48,6
Logement :				
○ locataire particulier			135	47,5
○ locataire via le CROUS			100	35,2
○ via bailleurs sociaux			16	5,6
○ en foyer			2	0,7
○ à titre gratuit			30	10,6
○ propriétaire			0	0
Loyer mensuel (N=245)	357,2	368	1 ^{er} Q.230	3 ^{ème} Q.450
Financement du loyer :				
○ Par lui même			145	51,1
○ Aide parentale			101	35,6
○ Autre			14	4,9

APL : Aide personnalisée au logement

ALS : Allocation de logement sociale

Q. : Quartile

284 étudiants ont complété le questionnaire leur permettant d'être inclus dans notre étude, 71.5% sont des femmes, l'âge moyen est de 22.2 ans.

Parmi eux 78,2% étaient déjà dans l'enseignement supérieur l'année dernière, 16.8% au Lycée. Ces derniers sont donc dans leur première année post baccalauréat avec première affiliation à la sécurité sociale étudiante pour la plupart.

Les étudiants étaient invités à répondre à la question « quel est votre revenu mensuel » ainsi qu'à leurs sources de finances. Ils ont déclaré disposer en moyenne de 526,4 euros par mois. Les sources habituelles de ces finances sont essentiellement les bourses, une aide familiale, les allocations (APL, ALS) et 1/3 déclarent travailler.

La moitié des étudiants (48,6%) ont répondu oui à la question « y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des difficultés pour faire face à vos besoins (alimentation, EDF, loyer,...) ».

Concernant le logement, presque la moitié des étudiants (47,5%) sont locataires chez un particulier, un peu plus d'un tiers (35,2%) sont en chambre ou appartement CROUS, 6% sont locataires via des bailleurs sociaux ou vivent en foyer, un dixième sont hébergés à titre gratuit dans la famille ou chez des amis, aucun n'est propriétaire.

Le montant mensuel moyen du loyer est de 357,2 euros dont la moitié (51,1%) des étudiants finance eux-mêmes, un peu plus d'un tiers (35,6%) avec une aide parentale.

Ces réponses sont à rapprocher des allocations perçues déclarées (47,9% des étudiants répondant).

4.2.2. Santé et couverture sociale

4.2.2.1. *Etat de santé habituel et parcours de soins*

Tableau 2 : Santé des étudiants consultant au SIUMPS au printemps 2011 (N=284)

Santé	Nombre	Pourcentage
Etat de santé habituel déclaré :		
○ Bon	108	38
○ Plutôt bon	156	54,9
○ Plutôt mauvais	19	6,7
○ Mauvais	1	0,4
Pathologie chronique ou handicap	26	9,2
Suivi médical ressenti comme satisfaisant :		
○ Oui	109	38,4
○ Plutôt oui	123	43,3
○ Plutôt non	38	13,4
○ Non	8	2,8

Il ressort de ce tableau que parmi les étudiants qui venaient, le jour du remplissage du questionnaire, consulter au SIUMPS, 7% déclarent que leur état de santé habituel est mauvais ou plutôt mauvais et que 9.2% ont une pathologie chronique ou un handicap.

16% des étudiants ne considèrent pas leur suivi médical satisfaisant.

Tableau 3 : Parcours de soins des étudiants consultant au SIUMPS au printemps 2011
(N=284)

Parcours de soins	Nombre	Pourcentage
Médecin traitant déclaré cette année	136	47,9
Médecin traitant déclaré au SIUMPS	139	48,9
Déjà venus pour la visite médicale systématique	83	29,2
Professionnel consulté au SIUMPS le jour de l'enquête :		
○ Médecin généraliste	199	70
○ Diététicienne	9	3,2
○ Dermatologue	10	3,5
○ Infirmier psychiatrique	4	1,4
○ Infirmière	8	2,8
○ Gynécologue	39	13,7
○ Psychologue	21	7,4
○ Acupuncteur	5	1,8
○ Sage-femme	2	0,7
○ Assistante sociale	1	0,4
Professionnel(s) déjà consulté(s) au SIUMPS auparavant : (N=146)		
○ Médecin généraliste	90	31,7
○ Diététicienne	12	4,3
○ Dermatologue	18	6,3
○ Infirmier psychiatrique	3	1,1
○ Infirmière	7	2,5
○ Gynécologue	59	20,8
○ Psychologue	12	4,2
○ Acupuncteur	1	0,4
○ Sage-femme	0	0
○ Assistante sociale	1	0,4
Pensant que les soins au SIUMPS sont :		
○ Gratuits	57	20,1
○ En tiers payant	173	60,9
○ Ne sait pas	44	15,5

On observe que presque la moitié (48,9%) des étudiants sont suivis au SIUMPS par un médecin traitant.

4.2.2.2. Couverture sociale

Tableau 4 : Couverture sociale des étudiants consultant au SIUMPS au printemps 2011
(N=284)

Couverture sociale	Nombre	Pourcentage
Droits de sécurité sociale à jour :		
○ Oui	230	81
○ Non	13	4,6
○ Ne sait pas	37	13
Connaissance de la différence entre Sécurité Sociale et complémentaire santé	207	72,9
Complémentaire santé souscrite	218	76,8
- Complémentaire santé choisie : (N=223)		
○ LMDE	92	41,3
○ Vittavi	42	18,8
○ Autre (parentale, entreprise...)	89	39,9
- Critère principal pour la souscription de la complémentaire santé :(N=213)		
○ La moins chère	27	12,7
○ Le meilleur remboursement	57	26,8
○ Ne sait pas	129	60,6
Non souscription à une complémentaire santé :	62	21,8
- Critères de non souscription : (N=61)		
○ Bénéficiaire CMU complémentaire	18	29,5
○ Pas besoin	9	14,8
○ Ne sait pas	14	23
○ Trop cher	20	32,8
Connaissance de l'ACS	15	5,3
Bénéficiaire de l'ACS	5	1,8
Connaissance de la franchise médicale appliquée par boîte de médicament délivrée :	43	15,1
Niveau perçu de la part restant à charge dans les soins :		
○ Nulle	43	15,1
○ Faible	180	63,4
○ Elevée	37	13
Connaissance des catégories de soins remboursés par la complémentaire santé		
○ Oui	94	33,1
○ Non	107	37,7
○ Ne sait pas	64	22,5

ACS : Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire

Il ressort de ce tableau que 18% des étudiants de l'échantillon ne sont pas à jour ou ignorent si leurs droits de sécurité sociale le sont.

Autant d'étudiants ignorent la différence entre la sécurité sociale et la complémentaire santé.

Concernant l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire, 95% des répondants ignorent son existence et à peine 2% en bénéficient.

85% des étudiants ne connaissent pas l'application de la franchise médicale par boîte de médicament délivrée.

La part restant à charge dans les soins est perçue élevée pour 14 % d'entre eux.

Parmi les étudiants sans complémentaire, le coût est la première raison invoquée.

4.2.2.3. Le cas particulier des étudiantes : contraception et couverture sociale

Ce paragraphe concerne les 203 étudiantes de l'échantillon.

39 étudiantes venaient consulter en gynécologie le jour de l'enquête et 59 avaient déjà consulté un gynécologue au SIUMPS.

Tableau 5 : Contraception et couverture sociale des étudiantes consultant au SIUMPS au printemps 2011 (N=203)

Contraception et couverture sociale	Moyenne	Médiane	Nombre	Pourcentage
Suivi gynécologique :				
○ Au sein du SIUMPS			82	40,4
○ Par un autre médecin			69	34
○ Dans un centre de planification			7	3,4
○ Aucun suivi			40	19,7
<i>pour les motifs suivants : (N=40)</i>				
Pas besoin			18	45
N'ose pas			6	15
Pour raison financière			8	20
Autre raison			8	20
Contraception actuelle :				
○ Pilule			126	62
○ Préservatif			24	11,8
○ Dispositif intra-utérin			2	1
○ Implant			3	1,5
○ Autre			10	5
○ Aucune contraception			38	18,7
<i>pour les motifs suivants : (N=38)</i>				
Non proposé en consultation			3	7,9
Désir de grossesse			1	2,6
Je suis contre			2	3,9
Pas besoin			28	73,7
Pour raison financière			4	10,5
Montant mensuel à charge des moyens contraceptifs	13 €	10 €	1 ^{er} Q. 7.5	3 ^{ème} Q. 15
Contraception remboursée :				
○ Non			86	42,4
○ Oui, partiellement			22	10,8
○ Oui, complètement			49	24,1
Forfait contraception souscrit :				
○ Oui			17	8,4
○ Non			76	37,4
○ Non informée de son existence			71	35

Il ressort de ce tableau que 40% des étudiantes interrogées sont suivies au SIUMPS sur le plan gynécologique.

Du fait d'un frein financier, 4% des étudiantes de l'échantillon n'ont aucun suivi gynécologique et 2% n'ont aucune contraception.

35 % des étudiantes ignorent l'existence d'un forfait contraception pouvant être inclus dans leur complémentaire santé et autant disent ne pas l'avoir souscrit.

4.2.3. Le renoncement aux soins et stratégies adoptées face aux difficultés

4.2.3.1. *Résultats de l'enquête*

Dans ce paragraphe nous décrivons les questions posées traitant globalement du renoncement aux soins et nous rappellerons sur les réponses aux questions précédentes qui sont dans le sens d'un renoncement.

Tableau 6 : Renoncement aux soins des étudiants consultant au SIUMPS au printemps 2011
(N=284)

Réponses indiquant un renoncement aux soins et stratégies face aux difficultés	Nombre	Pourcentage
Ont déjà retardé une consultation pour raison financière	112	39,4
Ont déjà renoncé à l'achat de médicaments prescrits pour raison financière	84	29,6
Ont déjà retardé une consultation ou renoncé à l'achat de médicaments prescrits	142	50
Type de médicaments prescrits auxquels ils ont renoncé : (N=84)		
○ Antibiotique	26	31
○ Contraceptif	21	25
○ Autre	16	19
○ Dermatologique	14	16,6
○ Sphère digestive	10	11,9
○ Antalgique	10	11,9
○ Antitussif	10	11,9
○ Vaccin	9	10,7
○ Antiallergique	9	10,7
○ Homéopathique	7	8,3
○ Antiasthmatique	5	5,9
○ Psychotrope	3	3,6
Attitude adoptée face à des médicaments non complètement remboursés à la pharmacie :		
○ Différence payée par l'étudiant	171	60,2
○ Autre attitude adoptée :		
Demande de délivrance uniquement des médicaments remboursés	41	14,4
Report des achats à plus tard	37	13
Demande de produits équivalents moins chers	94	33,1
Demande de délivrance d'une quantité inférieure	19	6,7
Pas de difficulté pour payer des médicaments	95	33,4
Partage avec un professionnel de santé des difficultés pour payer des médicaments (N=183)		
○ Oui	16	8,7
○ Non	167	91,3
<hr/>		
Absence de suivi gynécologique pour raison financière (N=203)	8	4
Absence de contraception pour raison financière (N=203)	4	2
Absence de souscription à une complémentaire santé car trop cher	20	7

Au total 50% des étudiants ont déjà retardé une consultation ou renoncé à l'achat de médicaments prescrits pour raison financière et 19% les deux.

Presque 40 % des répondants ont déjà retardé une consultation pour raison financière et 30 % ont déjà renoncé à l'achat de médicaments prescrits.

7% des étudiants de l'échantillon n'ont pas souscrit à une couverture maladie complémentaire du fait d'un frein financier.

Quasiment 2/3 des étudiants (64,4%) ont des difficultés pour payer des médicaments et seulement 10 % de ceux-ci ont partagé ce problème avec un professionnel de santé.

Pour rappel, du fait d'un frein financier, 4% des étudiantes de l'échantillon n'ont aucun suivi gynécologique et 2% n'ont aucune contraception.

Il faut aussi souligner que 3% des étudiants de l'échantillon ne sont pas à jour dans leur calendrier vaccinal a priori pour raison financière et que 2% ne suivent pas leur traitement afin de lutter contre la maladie asthmatique.

Face à des médicaments non complètement remboursés en pharmacie, si 60% payent la différence, 40% des étudiants vont devoir improviser à la pharmacie un des quatre motifs suivants:

- Demande de délivrance uniquement des médicaments remboursés
- Report des achats à plus tard
- Demande de produits équivalents moins chers
- Demande de délivrance d'une quantité inférieure

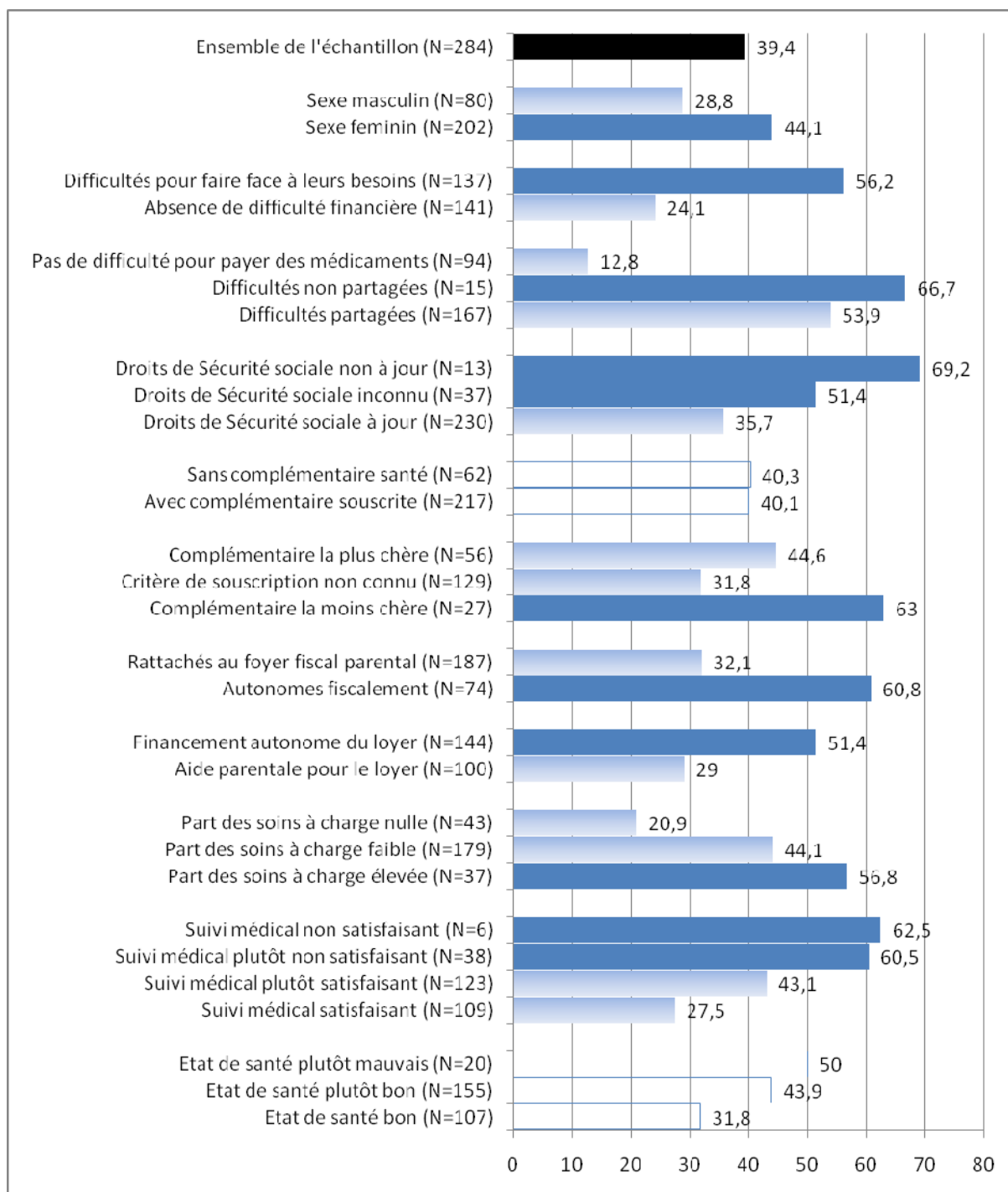
Si 2% des étudiantes déclarent ne pas avoir de contraception, a priori sur la durée, pour raison financière, on observe que 10% ont déjà renoncé à une prescription de contraceptif à un temps donné.

4.2.3.2. Recherche des déterminants du renoncement aux soins

Dans ces graphiques nous avons fait ressortir, pour chaque caractéristique, les modalités qui sont associées à une plus forte proportion de renoncement.

Le retard de consultation de l'ensemble de l'échantillon est de 39,4%.

Est-il différent dans les sous groupes ?



Proportion des étudiants ayant retardé une consultation selon les différentes caractéristiques sociales et de santé (N=284)

Il n'a pas été retrouvé de lien entre le fait d'être couvert par une complémentaire santé ($p=0.54$) et le retard de consultation.

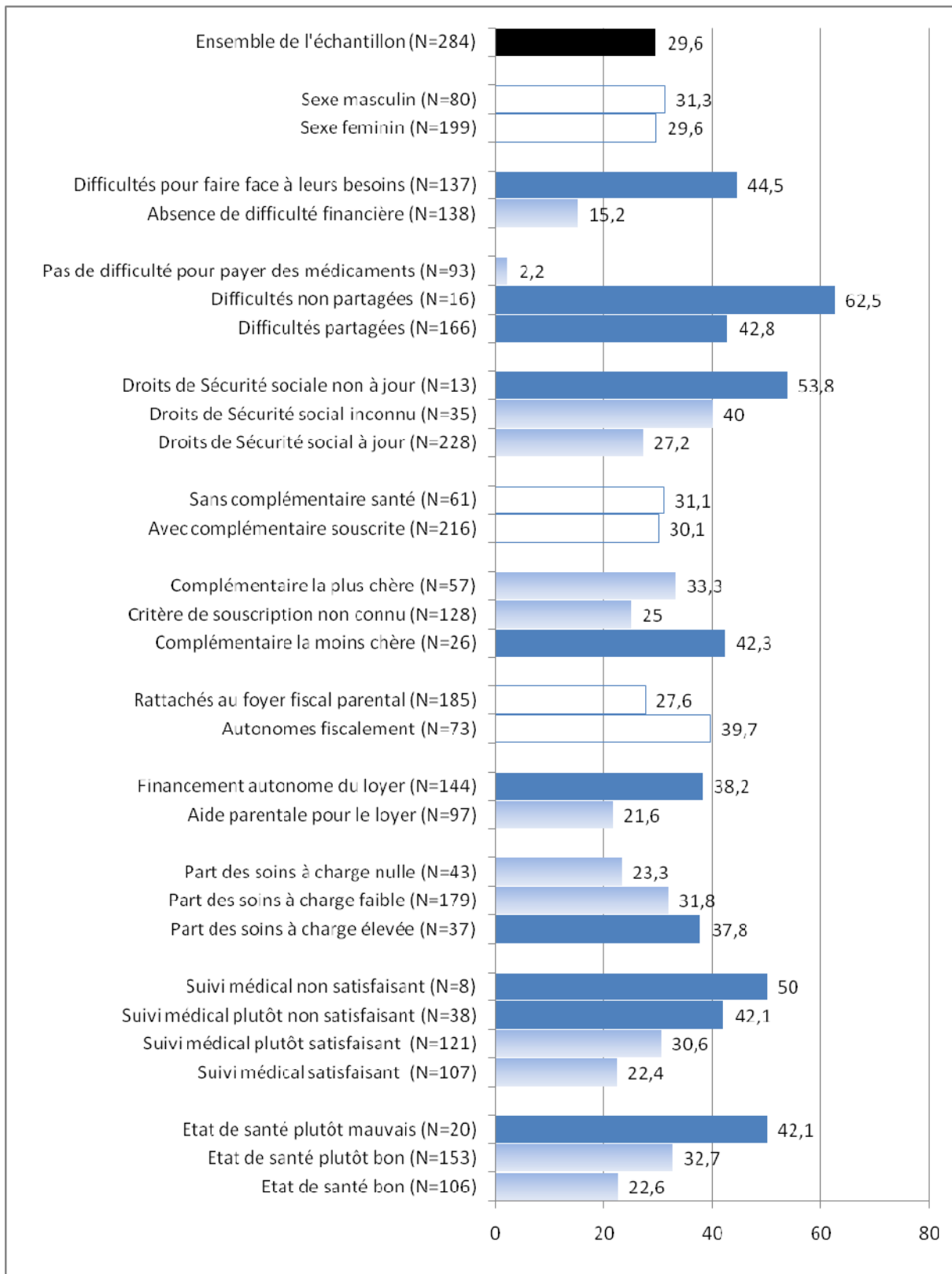
Il existe un lien hautement significatif ($p<0.01$) entre le fait de rencontrer des difficultés pour faire face à des besoins, la situation fiscale, la modalité du financement du loyer, le critère de souscription à la complémentaire santé, le suivi médical, le fait de partager ou non avec un professionnel de santé de ses difficultés et le retard de consultation.

Il existe un lien significatif ($p<0.05$) entre le sexe, le statut des droits de sécurité sociale et le retard de consultation.

Le lien avec l'état de santé est à la limite de la significativité ($p=0,08$).

Le renoncement à l'achat de médicament de l'ensemble de l'échantillon est de 29,6%.

Est-il différent dans les sous groupes ?



Proportion des étudiants renonçant à l'achat de médicaments selon les différentes caractéristiques sociales et de santé (N=284)

Il n'a pas été retrouvé de lien entre le fait d'être couvert par une complémentaire santé ($p=0.49$), le sexe ($p=0.45$), et le renoncement de médicaments.

Il existe un lien hautement significatif ($p < 0.01$) entre le fait de rencontrer des difficultés pour faire face à des besoins, la part des soins à charge ressentie, le fait de partager ou non avec un professionnel de santé de ses difficultés et le renoncement de médicaments.

Il existe un lien significatif ($p<0.05$) entre l'état de santé, la modalité du financement du loyer, le statut des droits de sécurité sociale et le renoncement de médicaments.

Le lien avec le statut fiscal est à la limite de la significativité. ($p=0.07$)

Il ressort de ces résultats que le renoncement aux soins n'est pas plus fréquent selon que l'on souscrit à une complémentaire santé ou pas. La question complémentaire santé n'est pas une question filtre témoignant que ceux sans complémentaire santé renoncent aux soins puisque ceux avec renoncent aussi.

Par contre la question avez-vous dans le mois des difficultés est très discriminante puisque 3 fois plus de renoncement aux soins dans ce sous groupe.

4.2.4. Le score EPICES et les questions constitutives du score : lien avec le renoncement aux soins.

Nous étudierons d'une part le lien entre le retard de consultation et le renoncement de médicaments avec les questions constitutives du score puis nous calculerons ensuite le score EPICES.

4.2.4.1. *Les questions constitutives du score EPICES*

Certains critères ont déjà été présentés dans les paragraphes précédents, nous avons rassemblé ici l'ensemble des questions.

Tableau 7 : Les questions constitutives du score EPICES posées aux étudiants consultant au SIUMPS au printemps 2011 (N=284)

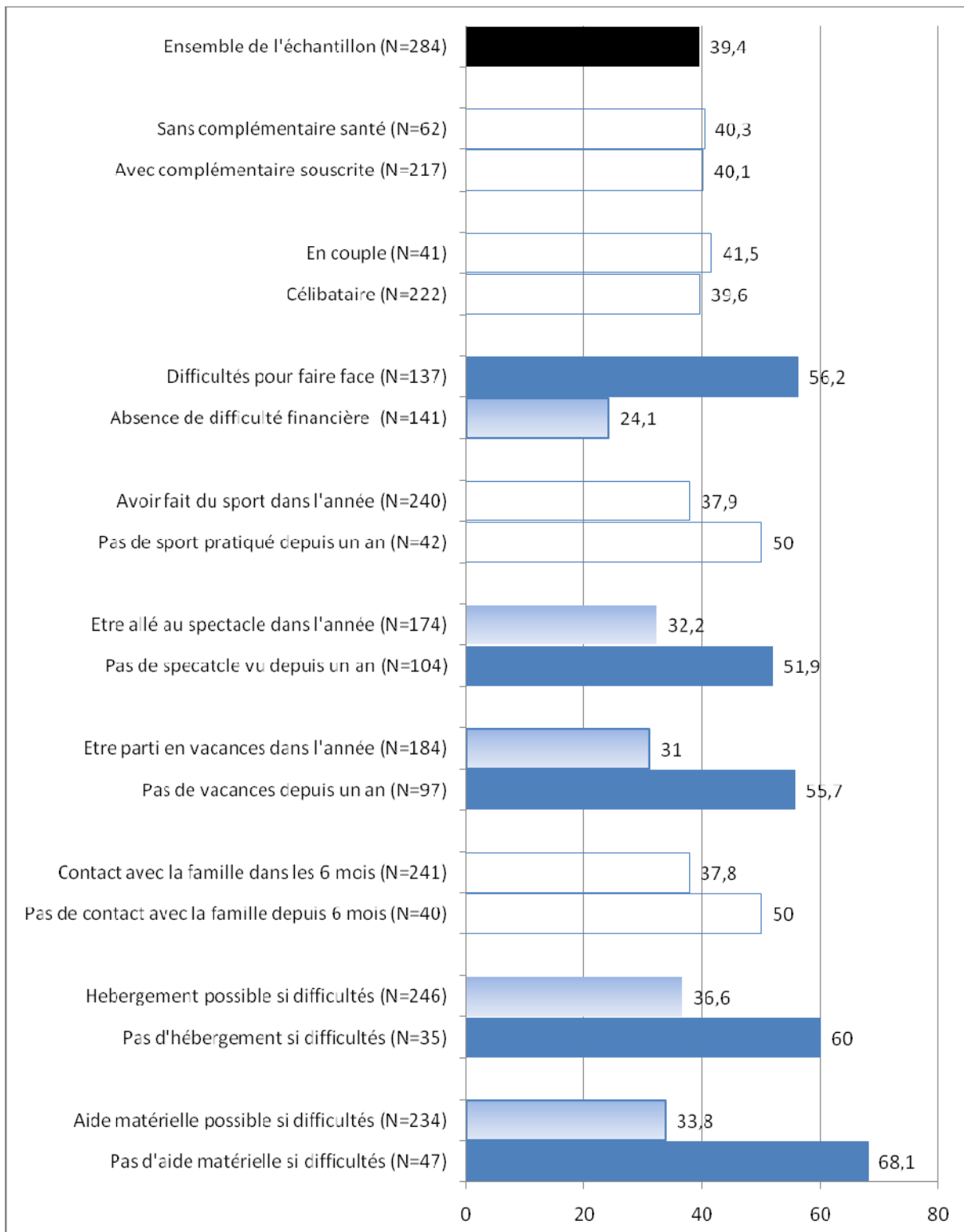
EPICES	Nombre	Pourcentage
Complémentaire santé souscrite	218	76,8
En couple	41	14,4
Propriétaire de son logement	0	0
Périodes dans le mois avec réelles difficultés pour faire face à leurs besoins	138	48,6
Au cours 12 derniers mois, nombre d'étudiants		
- pratiquant du sport	241	84,9
- ayant été au spectacle	175	61,6
- étant parti en vacances	186	65,5
Contacts avec membres de la famille autres que parents ou enfants au cours 6 derniers mois	243	85,6
Possibilité d'hébergement en cas de difficultés	248	87,3
Possibilité d'aide matérielle en cas de difficultés	236	83,1

Il ressort de ce tableau que la moitié (48,6%) des étudiants interrogés lors de l'enquête rencontre de réelles difficultés pour faire face à leurs besoins (alimentation, loyer, EDF, etc.)

Aucun n'est propriétaire de son logement.

12 à 15% sont isolés et sans entourage ni aide possible en cas de difficultés.

4.2.4.2. Recherche d'un lien entre les questions constitutives du score EPICES et le renoncement aux soins

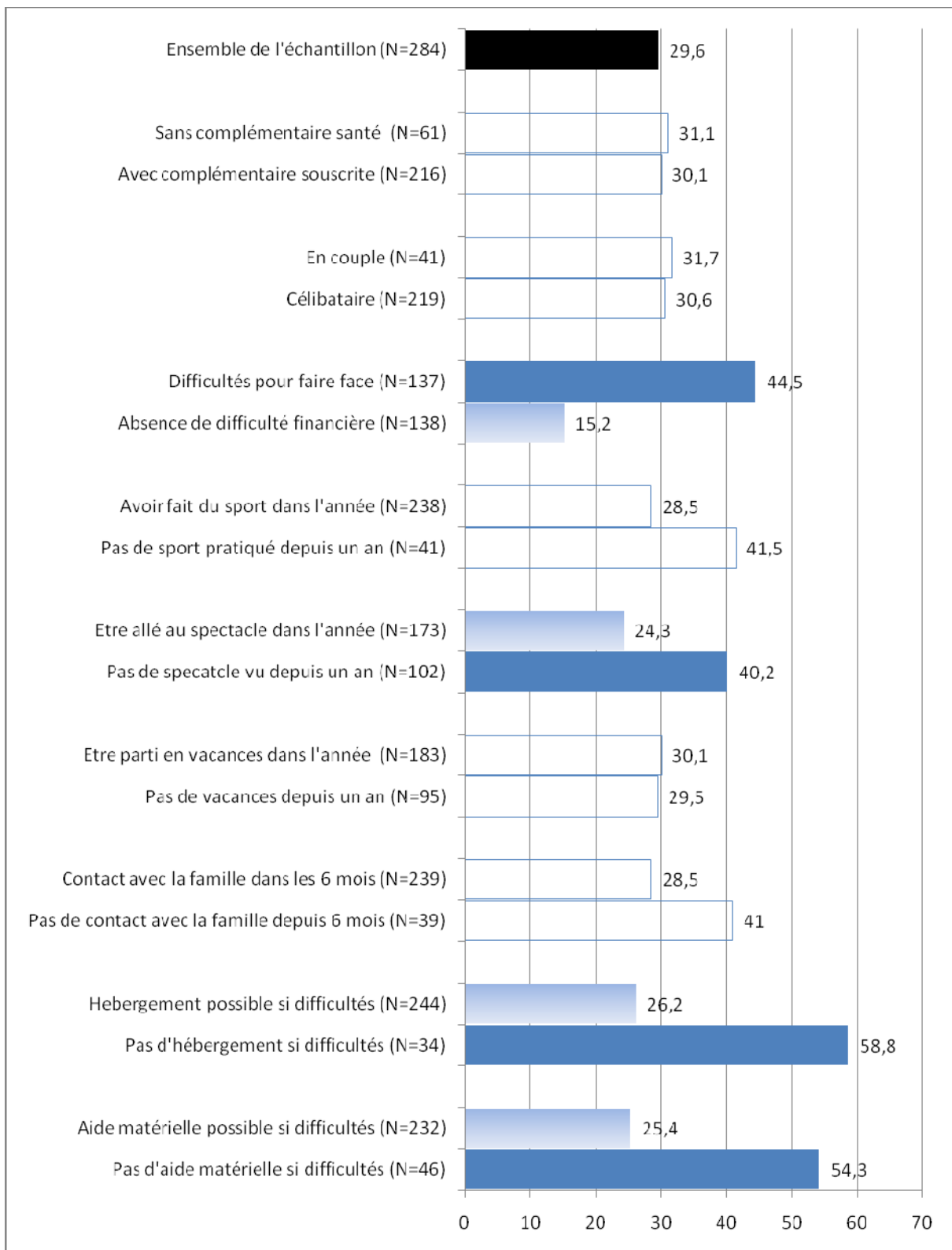


Proportion des étudiants ayant retardé une consultation selon les différentes caractéristiques du score EPICES (N=284)

Il existe un lien hautement significatif ($p < 0,01$) entre la majorité des questions constitutives du score EPICES et le retard de consultation.

Le lien est à la limite de la significativité ($p = 0,09$) en ce qui concerne le fait d'avoir pratiqué ou non du sport au cours des 12 derniers mois et le fait d'avoir ou non un contact avec les membres de sa famille autres que parents ou enfants au cours des 6 derniers mois.

Il n'a pas été retrouvé de lien avec le fait d'être ou non en couple ($p = 0,47$).



Proportion des étudiants renonçant à l'achat de médicaments selon les différentes caractéristiques du score EPICES (N=284)

Il existe un lien hautement significatif ($p < 0,01$) entre certaines questions constitutives du score EPICES et le renoncement de médicaments.

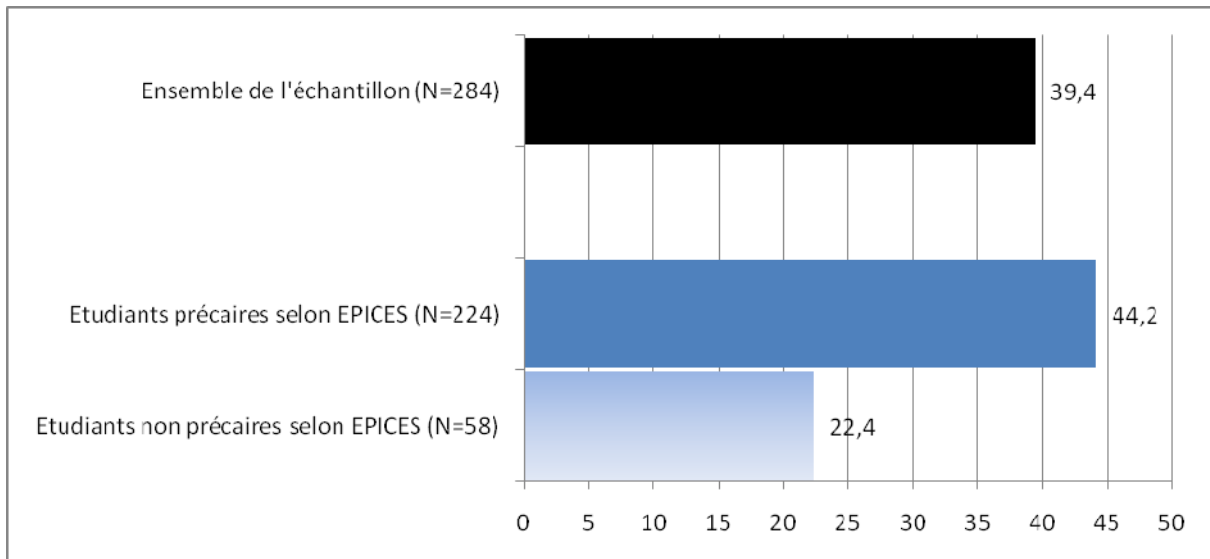
Le lien est à la limite de la significativité en ce qui concerne le fait d'avoir pratiqué ou non du sport ($p = 0,06$) au cours des 12 derniers mois, le fait d'avoir ou non un contact avec les membres de sa famille ($p = 0,08$) autres que parents ou enfants au cours des 6 derniers mois, et le fait d'être parti en vacances ($p = 0,05$) au cours des 12 derniers mois.

Il n'a pas été retrouvé de lien avec le fait d'être ou non en couple ($p = 0,51$).

Il ressort de ces tableaux que les questions constitutives du score EPICES sont globalement discriminantes.

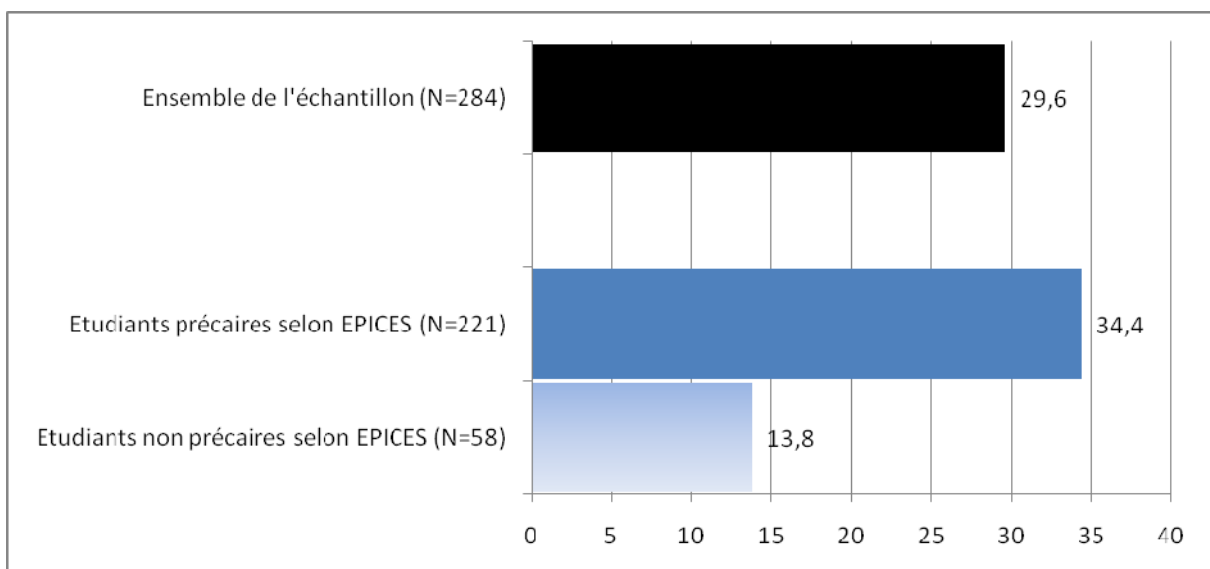
4.2.4.3. Lien entre le renoncement aux soins et la précarité selon le score EPICES.

Nous avons calculé le score EPICES pour chacun des étudiants et utilisé le seuil de 30,17 considéré comme reflétant la précarité dans la population générale.



Proportion des étudiants ayant retardé une consultation selon le score EPICES (N=284)

Il existe un lien hautement significatif ($p < 0,01$) entre la précarité selon EPICES et le retard de consultation.



Proportion des étudiants renonçant à l'achat de médicaments selon le score EPICES (N=284)

Il existe un lien hautement significatif ($p < 0,01$) entre la précarité selon EPICES et le renoncement de médicaments.

La proportion du renoncement aux soins entre les étudiants considérés précaires ou non selon EPICES est double.

Seulement 20% des étudiants répondant au questionnaire sont considérés non précaires selon EPICES.

4.3. Discussion

4.3.1. Difficultés rencontrées lors du recueil

4.3.1.1. *Manque de puissance*

Dans notre étude, nous ne mettons pas en évidence de lien significatif entre certaines questions du score EPICES ou certaines caractéristiques de la population étudiée et le renoncement aux soins. Ces résultats peuvent être expliqués par la petite taille de notre échantillon. En effet, nous sommes à la limite de la significativité pour de nombreuses caractéristiques décrites précédemment.

4.3.1.2. *Biais de sélection*

Cette étude est mono centrique, réalisée au sein du SIUMPS de Bordeaux uniquement. De plus nous ne pouvons chiffrer exactement le nombre de passage des étudiants à l'accueil du SIUMPS et si tous ceux qui se sont présentés durant la période de l'étude ont bien reçu un exemplaire du questionnaire à remplir dans la salle d'attente, ni combien l'ont refusé ou jeté.

4.3.1.3. *Biais d'information*

La précarité est une notion complexe qui ne peut se réduire à une disponibilité financière et d'autant plus dans la population étudiante.

Cette population déclare disposer en moyenne de 526 euros par mois.

Peut-on réellement parler de précarité chez les étudiants ? Cette population jeune dispose en effet de faibles revenus mais leurs nécessités sont relatives.

Lorsqu'ils déclarent disposer mensuellement d'un certain revenu incluent-ils ou non les bourses, les aides de type APL et/ou ALS ? Ces allocations sont-elles déduites du montant du loyer ?

Nous aurions du être plus explicite dans la formulation de nos questions afin d'y répondre.

4.3.1.4. *Force et faiblesse de l'étude*

Ici nous analysons une population qui vient consulter et nous n'incluons donc pas les étudiants qui ne présentent pas de besoin de soin. Ceci nous permet de cibler notre étude dans une population ayant un besoin de soin afin de vérifier au plus près la satisfaction ou non chez ceux qui manifestent un besoin de santé et qui risquent de ne pas satisfaire ce droit. Or, nombreux sont les étudiants qui se considèrent en bonne santé et qui ne consultent pas.

Aussi cette étude a été menée sur la période d'avril à juin qui est une période charnière pour les étudiants correspondant à la fin de l'année universitaire. Afin d'être plus informatif, il aurait fallu une période d'étude plus longue, par exemple toute une année scolaire, et une analyse incluant les étudiants venant pour la visite médicale systématique et ne manifestant pas forcément un besoin de soin immédiat.

4.3.2. Principaux résultats

Le renoncement aux soins des étudiants bordelais apparaît globalement plus élevé que celui dans la population générale. Ceci va dans le sens d'un renoncement plus élevé dans une population ciblée disposant de faibles ressources.

Si dans la population générale 15% des personnes ont déclaré avoir déjà renoncé à des soins pour raisons financières, ici 50% des étudiants ont déjà retardé une consultation ou renoncé à l'achat de médicaments prescrits et 19% les deux.

Ces résultats sont à rapprocher du type de soins renoncés dans la population générale qui concernaient surtout des soins aux restes à charge élevés (47% des renoncements pour des soins bucco-dentaires, 18% pour l'optique, 12% pour les soins de médecine spécialisée). [45]

Contrairement à la CMU-C, la complémentaire santé étudiante ne constitue pas un facteur protecteur du renoncement aux soins. Ceci à la différence du constat évoqué dans le rapport Wauquiez. [42]

Le renoncement aux soins pour raisons financières chez les étudiants n'apparaît donc pas en lien avec une couverture sociale insuffisante. Ceci montre que la complexité du renoncement aux soins dépasse la possibilité d'accéder à des soins et donc la notion d'équité.

La complémentaire sociale étudiante, qui demande un effort financier, alourdit le reste à charge tout en ne protégeant pas cette population contre le renoncement. Se soulève alors non plus le problème de l'équité mais celui de l'efficacité du système de sécurité sociale étudiante.

Les facteurs aggravants associés au renoncement aux soins retrouvés dans cette étude sont identiques à ceux de la population générale. [11]

On retrouve le sexe féminin, l'état de santé déclaré, la situation sociale (statut fiscal, difficultés sociales présentes : difficultés financières que ce soit pour des besoins élémentaires ou pour payer des médicaments, sources du financement du loyer, critère de souscription de la complémentaire), et la précarité.

Le score EPICES établi dans la population générale pour les études sur la précarité montre ses limites dans cette étude, néanmoins il demeure discriminant. Nous avons du considérer tous les étudiants inclus dans l'étude comme ayant rencontré un travailleur social (le fait de venir consulter au SIUMPS à été considéré comme tel). Les questions constitutives du score EPICES concernant le fait de rencontrer un travailleur social, le fait de vivre en couple et d'être propriétaire de son logement ne sont pas adaptées à la population étudiée.

D'autres facteurs aggravants sont retrouvés dans cette enquête : le statut vis-à-vis des droits de Sécurité sociale (ceux qui ignorent leur statut ou qui ne sont pas à jour renoncent plus que les autres), la part des soins restant à charge, le suivi médical, le fait de partager avec un professionnel de santé de ces difficultés.

Le manque d'information apparaît donc comme une cause du renoncement aux soins. De plus ceux qui ne savent pas pourquoi ils n'ont pas souscrit à une complémentaire santé ont tendance à plus renoncer que les autres tout en sachant que ce résultat n'est pas significatif ($p=0,19$ pour le retard de consultation et $p=0,15$ pour le renoncement de médicaments prescrits).

Le manque de communication peut être aussi considéré comme un facteur aggravant. Aussi, nous observons en décomposant la question sur le partage avec un professionnel de santé que 66% des étudiants de l'étude ont des difficultés pour payer leurs médicaments et seulement 29,6% ont déjà renoncé à l'achat de médicaments prescrits. Cela nous montre que

nombreux sont les étudiants en difficulté n'ayant pas encore renoncé à l'achat, ce qui nous laisse penser qu'autant sont à la limite du renoncement.

Si dans la population générale 28% ont discuté avec le médecin pour réduire leurs prescriptions, ici seulement 6% des étudiants ont déjà parlé à leur médecin ou à un professionnel de santé de leurs difficultés pour payer des médicaments. [17]

De plus, un résultat, non exposé et à la limite de la significativité, nous laisse conjecturer que ceux qui connaissent la franchise appliquée par boîte de médicament prescrite ont tendance à renoncer plus que les autres ($p=0,08$ pour le retard de consultation et $p=0,05$ pour le renoncement de médicaments prescrits). Face à des médicaments non complètement remboursés, 13% des répondants reportent les achats de médicaments à la pharmacie, un tiers demandent des produits équivalents moins chers, 20% demandent la délivrance d'une quantité inférieure ou uniquement des médicaments remboursés. Le reste à charge apparaît bien comme une cause du renoncement.

Les facteurs protecteurs sont essentiellement l'aide parentale (ceux qui sont rattachés au foyer fiscal parental et/ou recevant une aide parentale pour le loyer renoncent moins que les autres), de ce fait l'isolement est bien un facteur aggravant.

Les conséquences du frein financier dans les soins des étudiants mis en évidence ici sont : un défaut de contraception, un retard dans la protection vaccinale, un défaut de traitement habituel dont certains s'avèrent vitaux (traitement de l'asthme), un suivi gynécologique insatisfaisant, et un suivi médical insatisfaisant.

V. CONCLUSION

Les conclusions de deux études [11] [15], publiées en novembre 2011, sur le renoncement financier aux soins, ayant pour but d'étudier le rôle joué par le coût des soins laissé à la charge des patients et d'identifier les facteurs liés au renoncement aux soins, c'est-à-dire le but de l'étude de ce travail de thèse dont l'ébauche a débuté novembre 2010, sont confortées ici hormis le lien entre couverture complémentaire et accès aux soins.

Le concept de renoncement aux soins pour raisons financières est bien plus complexe que la question de l'accès aux soins. Le renoncement des étudiants n'apparaît pas en lien avec la protection par une complémentaire. Cette étude émet un doute sur l'efficacité du système de sécurité sociale étudiante, gérée par des mutuelles étudiantes dont les primes d'assurance complémentaire alourdissent le reste à charge.

Faut-il supprimer les mutuelles étudiantes et les rattacher à la sécurité sociale ?

L'universalisation du tiers payant, qui serait un obstacle financier en moins ayant pour but un accès facilité, suffirait-il ?

Il faut d'avantage informer les étudiants mais aussi leurs proches sur l'existence et les modalités d'accès à l'ACS, à la CMU-C et aux services de médecine préventive universitaire. Il faut surtout communiquer et poser directement les questions filtres.

Les étudiants bordelais précaires selon EPICES renoncent deux fois plus que les autres.

Ces résultats peuvent s'avérer être utiles pour les médecins des SIUMPS et les médecins généralistes afin de repérer les facteurs aggravants du renoncement aux soins chez les étudiants.

De plus, le renoncement dépasse la consultation médicale car si des étudiants ne retardent pas la consultation, beaucoup renoncent a posteriori à la pharmacie aux soins prescrits. D'où la nécessité de poser les questions filtres qui vont dans le sens du renoncement afin d'identifier ceux à risque de renoncer.

Le manque d'information, le manque de communication, le reste à charge ressenti dans les soins, l'isolement, les difficultés financières, le statut social et l'état de santé sont des critères discriminants.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Boulard J-Cl. Rapport d'information sur la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Paris : Assemblée nationale ; 1999.
URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i1787.asp>
2. Jusot F. et Wittwer J. L'accès financier aux soins en France: bilan et perspective. Regards croisés sur l'économie, 2009 ; 1(5) : 102-109.
URL : <http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page102.htm>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional pour l'Europe. Rapport sur la Santé en Europe 2009 : santé et systèmes de santé. Bibliothèque de l'OMS ; 2010 : 213 p.
URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf
4. Bazin F., Parizot I., et Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. Sciences sociales et santé, 2006 ; 24(3) : 11-31.
5. Boisguérin B., Desprès C., Dourgnon P., et al. Étudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins in : Allonier C., Dourgnon P. et Rochereau T. Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008 [Rapport]. Paris : Irdes ; 2010.
URL : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
6. Allin S. et Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth, 2009 ; 15(3) : 7-9.
7. Mielck A., Kiess R., Von Dem Knesebeck O., et al. Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from the SHARE-study. BMC Health Services Research, 2009 ; 9 : 52.
URL : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/52>
8. Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., et al. Dépense de santé et accès financier aux services de santé: une étude du renoncement aux soins. Les Comptes de la santé 2010. Série Statistiques- Document de travail de la Drees, 2011 ; 9 : 85-96.
9. Dourgnon P., Grignon M. et Jusot F. L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé? Une revue de littérature. Questions d'économie de la santé, 2001 ; (43) : 1-8.
10. Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., et al. La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire. Questions d'économie de la santé, 2008 ; (132) : 1-4.

11. Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., et al. Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*, 2011 ; (170) : 1-6.
12. Lanoë J. L. et Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Etudes et résultats*, 2005 ; (436) : 1-12.
13. Dourgnon P. et Sermet C. La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire? *Questions d'économie de la santé*, 2002 ; (52) : 1-4.
14. Société Française et Francophone d'Ethique Médicale. Les difficultés de l'accès aux soins. Synthèse réalisée par le laboratoire d'éthique médicale et de santé publique. Paris : Université Paris Descartes ; 2000.
URL : <http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/?q=node/501>
15. Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., et al. Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, 2011 ; (169) : 1-7.
16. Dourgnon P., Jusot F. et Fantin R. Payer nuit gravement à la santé: une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 2012 ; **28-29** : 123-147.
URL : <http://economiepublique.revues.org/8851>
17. Kambia-Chopin B. et Perronnin M. Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments? *Questions d'économie de la santé*, 2010 ; (158) : 1-7.
18. Batifoulier P., Domin J.-P. et Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue française de socio-économie*, 2008 ; **1**(1) : 27-46.
URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-1-page-27.htm>
19. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? Paris : La documentation française ; 2011 : 24p.
URL : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_270111.pdf
20. La revue prescrire. Payer pour être soigné : un poids réel pour certains malades, en France. *Revue prescrire*, 2014 ; **34**(363) : 59-67.
21. Le Garrec M.A. et Bouvet M. Les comptes nationaux de la santé en 2012. . Série Statistiques- Document de travail de la Drees, 2013 ; (185) : 241p.
22. Elbaum M. Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie, lettre de l'OFCE, 2008 ; (301) : 1-8.
23. Cornilleau G. Financement de l'assurance maladie et système de remboursement des soins. *Regards croisés sur l'économie*, 2009 ; **1**(5) : 90-97.

24. Femina A., Le Garrec M.A. et Koubi M. Les comptes nationaux de la santé en 2010. Études et résultats, 2011 ; (773) : 8 p.
URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er773-2.pdf>
25. Delvallée C. et Ventelou B. Assurance maladie: Redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire? Revue de l'OFCE, 2004 ; 4(91) : 333-348.
26. Lengagne P. et Perronnin Marc. Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie: le cas des lunettes et des prothèses dentaires. Questions d'économie de la santé, 2005 ; (100) : 1-6.
27. Cases C. L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ? La Lettre du Collège des économistes de la santé, 2008 ; (2) : 5-6.
28. Irdes. L'état de santé de la population en France en 2007 - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Collection Etudes et statistiques. Paris : La documentation française ; 2008 : 144-145.
URL : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2007-2.pdf
29. Denantes M., Chevillard M., Renard J.-F. *et al.* Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer, 2009 ; (85) : 22-26.
30. Dauriac J.-F. Rapport à C. Allègre sur l'aide sociale aux étudiants, 2000.
URL : <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/0/20/43/97/100-000-etudiants-en-dessous-du-seuil-de-pauvrete.pdf>
31. Grignon C. Rapport à Monsieur le Ministre de l'Education Nationale : Les étudiants en difficulté pauvreté et précarité. Paris : Observatoire de la vie étudiante ; 2000 : 18p.
URL : http://www.ovenational.education.fr/medias/files/publications/36ca_rapport_precairite.pdf
32. Galland O. Le monde des étudiants, Paris, PUF, 1986.
33. Dequire A-F. Le monde des étudiants : entre précarité et souffrance. Pensée plurielle, 2007 ; 1(14) : 95-110.
34. Castelain D. et Jacob N. Les conditions financières des étudiants de Lille 1. Observatoire des formations et de l'insertion professionnelle, 2005 ; (28) : 1-12.
35. Bernardin E., Tron I., Nossereau C. et al. La santé des étudiants en 2007. Paris : USEM ; 2007 : 109p.
36. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, rapport présenté au nom du conseil économique et social. Paris : Journal Officiel de la République Française ; 1987.
37. Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris: La Documentation Française ; 1998 : 18-19.

38. Sass C., Moulin J.-J., Gueguen R. et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2006 ; (14) : 93-96.
39. Sass C., Gueguen R., Moulin J.-J. et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé publique, 2006 ; 4(18) : 513-522.
40. Migeot V., Ingrand I. et Defossez G. Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers. Santé publique, 2006 ; 2(18) : 195-205.
41. Wauquiez L. Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ? Rapport de mission parlementaire au Premier ministre. Paris : ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2006 : 159 p.
URL : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000549/0000.pdf>
42. Broussouloux S. Difficultés socio-économiques : des conséquences sur la santé et les études. La Santé de l'homme, 2008 ; (393) : 26-28.
43. USEM (Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes Régionales). La santé des étudiants en 2009.
URL : http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=8660
44. Broda J. Santé, identités et précarités étudiantes. Santé publique, 2009 ; 20(6) : 605-610.
45. Danet S., Cocagne N., Fourcade A et al. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Drees : 340p.

VII. ANNEXES

Annexe 1

SIUMPS – BORDEAUX

service interuniversitaire
de médecine préventive
et de santé des étudiants

Aujourd'hui, vous êtes venu(e) consulter un médecin généraliste ou spécialiste. Dans l'attente d'être reçu(e), nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire réalisé par un étudiant dans le cadre d'un travail de thèse. Il nous aidera à mieux connaître votre santé et vos besoins. La confidentialité et l'anonymat seront totalement respectés.

Si vous rencontrez des difficultés ou des interrogations, vous pouvez vous adresser aux assistantes sociales du service.

Tout d'abord, quelques renseignements vous concernant

Age :

Sexe : M F

Vous êtes cette année inscrit en : Licence Master Doctorat

L'année dernière, vous étiez :
Déjà inscrit(e) dans une université ou une grande école
Au lycée en tant que bachelier
Au lycée en tant qu'étudiant en BTS
Autre, précisez :

Fiscalement, vous êtes :
Autonome (vous faites votre déclaration)
Rattaché au foyer fiscal de vos parents
Autre, précisez :

Votre situation

Quel est votre revenu mensuel (ou environ) :

Quelles sont les sources habituelles de vos finances parmi les suivantes ? (plusieurs réponses possibles) :

Bourses	Travail	Aide familiale
APL, ALS	Autre, précisez :	

Y'a-t-il des périodes dans le mois ou vous rencontrez de réelles difficultés pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF etc.) : Oui Non

Votre situation actuelle de logement : Locataire chez un particulier ou via une agence
Locataire via le CROUS
Locataire via des bailleurs sociaux (ex Aquitanis, Domofrance etc.)
En foyer
Hébergement à titre gratuit dans la famille ou chez des amis
Vous êtes propriétaires de votre logement
Autre, précisez :

Montant total (ou environ) de votre loyer mensuel, charges comprises :

Ce loyer est financé :	Par vous-même	Par vos parents	Autre
Vivez-vous en couple ?	Oui	Non	
Avez-vous des enfants à charge ?	Oui	Non	

Votre santé

Comment qualifieriez-vous votre état de santé habituel :

	Très bon	Bon	Assez bon
	Mauvais	Très mauvais	

Etes-vous atteint d'une pathologie chronique ou en situation de handicap ?

Oui	Non
-----	-----

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

Oui	Non
-----	-----

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?

Oui	Non
-----	-----

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

Oui	Non
-----	-----

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

Oui	Non
-----	-----

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

Oui	Non
-----	-----

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

Oui	Non
-----	-----

Votre parcours de soins

Aujourd'hui, vous venez pour consulter :

Un médecin généraliste	Un gynécologue
Une diététicienne	Une psychologue
Un dermatologue	Un acupuncteur
Un infirmier psychiatrique	Une sage-femme
Une infirmière	Une assistante sociale

En dehors de la consultation d'aujourd'hui, êtes-vous venus ici au cours de cette année universitaire pour :

La visite médicale systématique (dite « de premières années »)

Consulter un ou plusieurs des professionnels ci-dessus, précisez :

Avez-vous rempli cette année universitaire votre déclaration de médecin traitant :

Oui	Non
-----	-----

Si oui, avez-vous déclaré votre médecin traitant dans ce service ?			
	Oui	Non	
Pensez-vous avoir un suivi médical satisfaisant ?			
	Oui	Non	
Avez-vous déjà retardé une consultation pour raisons financières ?			
	Oui	Non	
Vos droits de sécurité sociale sont-ils à jour ?			
	Oui	Non	Ne sait pas
Connaissez-vous la différence entre sécurité sociale étudiante et complémentaire santé (mutuelle complémentaire) ?			
	Oui	Non	
Avez-vous souscrit à une complémentaire santé (mutuelle complémentaire) ?			
	Oui	Non	
Si oui, auprès de :	LMDE	Vittavi	Autre mutuelle (parentale, entreprise...)
Si non, pourquoi ?	Trop cher	Manque d'informations	Inutile
	Pas besoin	Bénéficiaire CMU complémentaire	Ne sait pas
Connaissez-vous l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé ? (ACS)			
	Oui	Non	
Si oui, en avez-vous bénéficié ?	Oui	Non	
En fonction de quel critère principal avez-vous souscrit à votre complémentaire santé ? (une seule réponse possible)			
	Prix le plus bas mais moins de remboursements		
	Prix intermédiaire		
	Prix le plus élevé pour plus de remboursements		
Comment qualifieriez-vous la part à votre charge dans vos soins ?			
	Nulle	Faible	Elevée
Savez-vous quelles catégories de soins sont remboursés par votre complémentaire santé ?			
	Oui	Non	Ne sait pas
Pensez-vous que les soins ici sont :			
	Gratuits	En tiers payant (directement payés par la sécurité sociale et la complémentaire)	
		Ne sait pas	

Vos médicaments

Avez-vous déjà renoncé pour raisons financières à acheter des médicaments qui vous ont été prescrits ?

Oui Non

Si oui, vous rappelez-vous lesquels ?

Contraceptifs	Vaccins
Antibiotiques	Antalgiques, antimigraineux
Anxiolytiques, antidépresseurs, psychotropes	
Antiasthmatiques	Antiallergiques
Digestifs (nausées, troubles du transit)	
Dermatologiques (acné, mycoses)	Antitussifs
Homéopathie	Autres

Si à la pharmacie, on vous dit que certains médicaments ne sont pas remboursés complètement (plusieurs réponses possibles) :

- Vous payez la différence
- Vous ne prenez que les médicaments complètement remboursés
- Vous reportez les achats à plus tard
- Vous prenez un produit équivalent moins cher proposé par le pharmacien
- Vous demandez qu'on vous délivre une quantité inférieure
- Autres, précisez :

Avez-vous déjà parlé à votre médecin ou à un professionnel de santé de vos difficultés pour payer des médicaments ?

Oui Non Pas concerné (pas de difficultés)

Connaissez-vous la franchise de 0,5€ par boîte de médicament délivrée ?

Oui Non

Votre contraception (pour les femmes uniquement)

Pour votre suivi gynécologique et votre contraception, vous êtes suivis :

Au sein de ce service Dans un centre de planification familiale
 Par un autre médecin Aucun

Si aucun suivi :

Pour raisons financières N'ose pas
 Pas besoin Autre raison (préciser) :

Votre contraception actuelle :

Pilule Dispositif intra-utérin (stérilet)
 Implant Préservatif Autre

Si aucune contraception actuellement, pourquoi ?

Pour raisons financières Désir de grossesse Je suis contre
 Non proposé quand j'ai consulté Pas besoin

Quel est le montant mensuel (à votre charge) approximatif de votre contraception ?

Votre contraception est-elle remboursée ? Non Oui, partiellement Oui, complètement

Avez-vous souscrit un forfait contraception dans votre complémentaire santé ?

Oui Non Non informée de son existence

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire. A présent, déposez-le dans l'urne prévue à cet effet.

Score EPICES

Les 11 questions du score Epices

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante		75,14	
Total			

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.