

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



NOVEMBRE
2019

NUMÉRO
1134

Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi

L'état de santé des jeunes adultes est très satisfaisant en moyenne : près de neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix se perçoivent en bonne ou très bonne santé et ils déclarent peu de maladies chroniques (14 %) ou de restrictions d'activités (8 %). Pour la première fois, l'enquête nationale sur les ressources des jeunes, permet d'aller au-delà de ce constat général et d'éclairer la situation de groupes particuliers en matière de santé perçue, de couverture et de recours aux soins en les comparant à l'ensemble des jeunes adultes.

Les jeunes chômeurs ou inactifs (hors étudiants) et les jeunes cumulant emploi et études déclarent ainsi un moins bon état de santé perçue. C'est aussi le cas pour les jeunes les moins diplômés et ceux qui n'habitent plus chez leurs parents.

Ces écarts s'observent également pour la couverture par une complémentaire santé et pour le renoncement aux soins. Si 92 % des jeunes sont couverts par une complémentaire, ils ne sont que 85 % parmi les jeunes chômeurs ou inactifs. Ces derniers déclarent plus souvent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois : 7 % ont ainsi renoncé à consulter un médecin, et 6 % un dentiste, contre 4 % de l'ensemble des jeunes adultes pour chacun de ces professionnels de santé.

Jacques Pisarik (DREES)

D'après l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ), 88 % des 18-24 ans se perçoivent en bonne santé en 2014. Au-delà de ce constat bien établi, cette enquête permet de jeter une lumière nouvelle sur la situation de certains de ces jeunes adultes. Elle permet en effet d'étudier pour la première fois l'état de santé, la couverture par une complémentaire et le renoncement à des soins de l'ensemble des jeunes adultes et de les mettre en relation avec leur situation familiale, leur activité et leurs ressources, souvent difficiles à appréhender avec précision dans les enquêtes en population générale (encadré 1).

Les jeunes chômeurs ou inactifs se perçoivent en moins bonne santé

Les jeunes chômeurs ou inactifs non-étudiants¹ et ceux qui cumulent emploi et études se distinguent par un moins bon état de santé perçue : respectivement 84 % et 86 % d'entre eux se perçoivent en bonne ou très bonne santé, alors que c'est le cas de 90 % des jeunes uniquement en emploi, ou bien en stage ou en apprentissage et 89 % des jeunes uniquement en études (graphique 1).

Ces écarts selon la situation vis-à-vis de l'emploi sont confortés lorsqu'on tient également compte du sexe, du niveau de

...
1. Dans la suite de l'étude, le groupe « chômeurs ou inactifs non-étudiants » est appelé « chômeurs ou inactifs ». Il s'agit de la situation déclarée la semaine précédant l'enquête.

ENCADRÉ 1

L'enquête nationale sur les ressources des jeunes (2014)

Menée conjointement par la DREES et l'Insee, l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ) a eu lieu au quatrième trimestre 2014. Le champ de l'enquête est constitué des jeunes âgés de 18 à 24 ans au 1^{er} octobre 2014 en France (hors Mayotte) et inclut les jeunes résidant en logements ordinaires et les institutions (avec plus de 1 000 jeunes interrogés) pour un total de 5 776 répondants. Elle vise notamment à décrire au plus juste les ressources et les conditions de vie des jeunes adultes, notamment par un double questionnaire. Celui-ci s'adresse aux jeunes adultes ainsi qu'à au moins un parent, ce qui permet d'identifier les aides reçues des parents (Castell, Portela, Rivalin, 2016). Interroger les parents permet en effet de disposer d'une information plus fiable sur les aides parentales (par exemple pour la couverture par leur complémentaire santé). *In fine*, l'enquête permet de disposer d'un indicateur de niveau de ressources pour chaque jeune qui résulte d'un calcul mensualisant les ressources tirées d'activités professionnelles, celles issues d'aides sociales (bourses, allocations, etc.) et celles issues de transferts intergénérationnels au moment de l'enquête.

L'ENRJ comprend un module sur la santé des jeunes qui est exploité dans cette étude. Il inclut les trois questions du mini-module européen (santé perçue, maladie chronique, limitations d'activité), des questions sur le recours et le renoncement aux soins, sur la couverture par une complémentaire santé, ainsi que le poids et la taille déclarées, permettant de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). Ce module ne comporte pas de questions sur les habitudes de vie (activité physique, sédentarité, consommations de tabac, alcool ou de drogues, habitudes alimentaires), qui sont des enjeux importants pour les jeunes (Moisy, 2013), mais qui sont abordées dans d'autres enquêtes (notamment ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies [OFDT], qui interroge des jeunes de 17 ans¹, ou le Baromètre santé de Santé publique France [Beck et Richard, 2013]).

Les enquêtes menées en population générale ne permettent pas d'analyser la diversité des situations des jeunes (cohabitation ou non avec les parents, soutien intergénérationnel, cumul d'un emploi et d'études, etc.). À la différence d'enquêtes portant sur les étudiants (notamment celles de l'Observatoire de la vie étudiante²) ou sur des affiliés à la Sécurité sociale par les régimes étudiants (enquêtes menées par les régimes), l'ENRJ couvre également le champ des jeunes qui ne sont pas étudiants.

Afin de connaître la situation d'activité des jeunes, cette étude retient la situation la semaine précédant l'enquête, telle que déclarée par les répondants et identifie les jeunes cumulant une activité avec la poursuite d'études en croisant leur situation avec le fait d'avoir travaillé cette même semaine pour les 18-24 ans se déclarant en études. S'y ajoutent les jeunes qui se déclarent en emploi et inscrits dans l'enseignement supérieur pour l'année en cours. Ainsi, 37 % des jeunes adultes sont uniquement en études, 28 % occupent uniquement un emploi, 7 % cumulent la poursuite d'études avec un emploi, 7 % sont en stage ou en alternance, tandis que 21 % des jeunes sont chômeurs ou inactifs non-étudiants. Cette dernière catégorie fait souvent l'objet d'une attention particulière (cf. Danner *et al.*, 2018 ou Portela et Raynaud, 2019).

Trois situations résidentielles sont distinguées, selon que le jeune vit en permanence avec au moins un parent (cohabitation), qu'il vit de manière autonome (décohabitation), ou qu'il est dans une situation qui lui fait alterner les deux (semi-cohabitation) au moment de l'enquête, que l'autre logement soit un logement ordinaire ou une communauté.

1. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>

2. <http://www.ove-national.education.fr/enquete/presentation>

diplôme, de la situation résidentielle et du niveau de ressources de ces jeunes adultes. Par rapport aux jeunes uniquement en emploi, les jeunes chômeurs ou inactifs ont une probabilité 1,6 fois plus élevée de se percevoir en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé plutôt qu'en bonne ou très bonne santé (tableau 1).

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la moins bonne santé perçue des chômeurs ou inactifs. L'état de santé peut avoir une incidence sur l'accès au marché du travail, de même qu'il peut être associé au chômage et corrélé à sa durée. Ainsi, parmi les jeunes chômeurs, 51 % de ceux qui indiquent rechercher un emploi depuis moins de 1 an sont en très bonne santé, contre 43 % de ceux qui déclarent en rechercher un depuis plus de 1 an.

Le travail de nuit des 18-24 ans affecte leur santé perçue

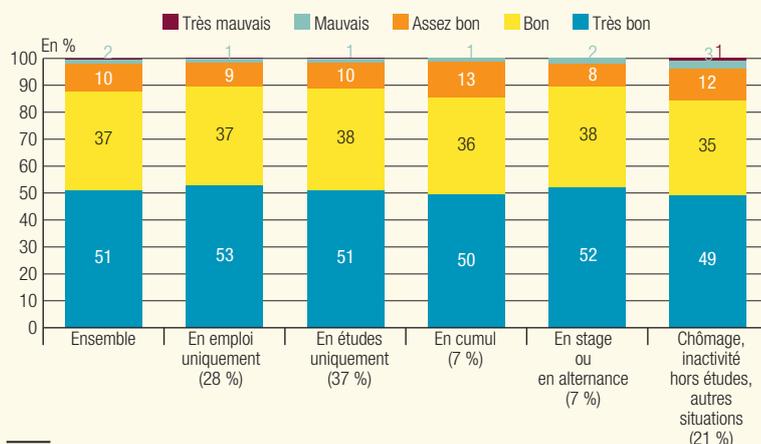
Par rapport aux jeunes uniquement en emploi, les jeunes qui cumulent un emploi et la poursuite d'études ont une probabilité 1,5 fois plus élevée de se percevoir en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise

santé plutôt qu'en bonne ou très bonne santé. Ceci semble lié aux conditions de travail de ces jeunes. En effet, le travail le soir ou la nuit (entre 20 heures et 5 heures du matin) et durant le week-end caractérise plus fréquemment les emplois qu'ils occupent : 28 % travaillent le soir

ou la nuit contre 19 % des autres jeunes en emploi, 41 % travaillent le week-end contre 33 % des autres jeunes en emploi. Or, travailler le soir ou la nuit est associé à une plus forte probabilité de se percevoir en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé plutôt qu'en bonne ou

GRAPHIQUE 1

État de santé perçue selon l'activité principale des jeunes adultes



Lecture • En 2014, 51 % de l'ensemble des 18-24 ans se perçoivent en très bonne santé.

Champ • Personnes âgées de 18 à 24 ans résidant en France (hors Mayotte).

Source • DREES-Insee, ENRJ 2014.

très bonne santé (tableau 1). Les autres variables portant sur les conditions de travail ne sont pas significatives dans la modélisation : travail le week-end, horaires supérieurs à 15 heures par semaine. L'introduction de ces trois variables liées aux conditions de travail dans la modélisation capte l'effet associé au cumul d'un emploi et d'études, qui n'est alors plus significatif. Ceci indique que c'est notamment la spécificité des conditions de travail de ces jeunes qui est associée à leur moins bon état de santé perçu.

Un moins bon état de santé perçu pour les jeunes décohabitants et les moins diplômés

Les femmes, les jeunes les moins diplômés et ceux n'habitant plus chez leurs parents indiquent également avoir un moins bon état de santé, toutes choses égales par ailleurs. Comme pour l'ensemble de la population (Fourcade *et al.*, 2013), les jeunes femmes se déclarent en moins bonne santé que les jeunes hommes : c'est ainsi le cas pour 86 % d'entre elles, contre 90 % des jeunes hommes. Le gradient d'état de santé perçu selon le niveau de diplôme peut approcher l'origine sociale, dont les effets sur la santé sont susceptibles de s'observer dès les plus jeunes âges. Enfin, la décohabitation pourrait entraîner des changements d'habitudes de vie et de rapport au système de santé, qui peuvent faire évoluer l'état de santé perçu.

Les restrictions d'activité et la surcharge pondérale concernent plus souvent les jeunes chômeurs ou inactifs

Les autres indicateurs de santé de l'ENRJ 2014 sont également en moyenne plutôt bons pour les 18-24 ans, mais ils se révèlent aussi disparates selon le sexe et la situation des jeunes vis-à-vis de l'emploi. Dans l'ensemble, 14 % des jeunes adultes estiment avoir un problème de santé à caractère durable ou une maladie chronique. Moins d'un jeune sur dix déclarent des restrictions d'activités : 1 % des jeunes adultes sont fortement limités dans leurs activités du quotidien et 7 % sont limités, mais pas fortement (tableau 2).

TABLEAU 1
Déterminants de l'état de santé perçu des jeunes adultes

	Probabilité de se percevoir en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé (Odds ratio)		
	Ensemble	Jeunes ayant une activité rémunérée ¹	Jeunes ayant une activité rémunérée ²
Sexe			
Femme	1,5***	1,8***	1,9***
Homme	réf.	réf.	réf.
Activité principale			
En emploi (uniquement)	réf.	réf.	réf.
En études (uniquement)	ns.	-	-
En cumul emploi-études	1,5*	1,5*	ns.
En stage ou en alternance	ns.	ns.	ns.
Au chômage ou en inactivité hors études	1,6**	-	-
Niveau de diplôme			
Bac+2 ou plus	réf.	réf.	réf.
Niveau bac	1,3*	ns.	ns.
CAP, BEP, BEPC ou inférieur	1,6***	1,6**	1,6**
Résidence			
Cohabitant avec un ou ses parents	réf.	réf.	réf.
Semi-cohabitant	ns.	ns.	ns.
Non-cohabitant	1,7***	1,7***	1,7***
Travail le soir ou la nuit	-	-	1,5*
Travail le week-end	-	-	ns.
Travail plus de 15 h par semaine	-	-	ns.
Contrôle par le niveau de revenus du jeune adulte	Inclus (ns.)	Inclus (ns.)	Inclus (ns.)
Effectif	5 776	2 147	2 147

*** : significatif au seuil de 1 %, ** : significatif au seuil de 5 %, * : significatif au seuil de 10 %, ns. : non significatif, réf. : modalité de référence.

1. La modélisation inclut les variables suivantes : sexe, activité principale, niveau de diplôme, résidence et niveau de revenus.

2. La modélisation inclut les variables suivantes : sexe, activité principale, niveau de diplôme, résidence, niveau de revenus, et les variables indicatrices des conditions de travail.

Note • Le niveau de revenus du jeune adulte est calculé à partir de ses revenus d'activité éventuels, de ses aides sociales éventuelles, des transferts familiaux éventuels.

Lecture • Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité des femmes de se percevoir en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé plutôt qu'en très bonne ou bonne santé est 1,5 fois plus importante que celle des hommes.

Champ • Personnes âgées de 18 à 24 ans résidant en France (hors Mayotte).

Source • DREES-Insee, ENRJ 2014.

Comme pour l'état de santé perçu, les jeunes femmes déclarent plus souvent que les jeunes hommes un problème de santé à caractère durable ou une maladie chronique (17 % contre 12 %). Les chômeurs ou inactifs déclarent également davantage de restrictions d'activité (12 % contre 8 % de l'ensemble des jeunes adultes). Une fois tenu compte des variables de contrôle précédemment évoquées, cet écart subsiste. Il n'y a en revanche pas d'écart significatif associé

au fait d'être chômeur ou inactif s'agissant de la déclaration de maladies chroniques (tableau complémentaire A) ². Selon leurs poids et tailles déclarés, les jeunes femmes sont en proportion deux fois plus nombreuses que les jeunes hommes (12 % contre 6 %) à avoir un indice de masse corporelle (IMC) ³ correspondant à une insuffisance pondérale. Elles sont également plus nombreuses à avoir un IMC caractéristique d'une situation d'obésité (8 % contre 5 %).

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

3. L'indice de masse corporelle est le rapport du poids (exprimé en kilogrammes) et du carré de la taille (exprimé en mètres). Un IMC supérieur à 30 correspond à une situation d'obésité, un IMC compris entre 25 et 30 correspond à une situation de surpoids. Le terme de surcharge pondérale est évoqué pour un IMC supérieur à 25, incluant donc surpoids et obésité. À l'inverse, un IMC inférieur à 18,5 à une situation d'insuffisance pondérale.

En revanche, 16 % des jeunes hommes sont en surpoids, contre 12 % des jeunes femmes (*tableau complémentaire B*).

Les jeunes adultes chômeurs ou inactifs, ainsi que les jeunes adultes en emploi, sont plus souvent en situation de surcharge pondérale que l'ensemble des 18-24 ans. Ils sont respectivement 26 % et 25 % à être dans ce cas, contre 21 % des 18-24 ans.

Les jeunes chômeurs ou inactifs sont moins fréquemment couverts par une complémentaire santé

Alors que 5 % de l'ensemble des 15 ans ou plus ne sont pas couverts par une complémentaire santé (Barlet *et al.*, 2019), cette part atteint 8 % des jeunes

adultes en 2014. Parmi les raisons citées, les raisons financières et le manque de temps pour y penser ou accomplir les démarches sont évoquées respectivement par 3 jeunes sur 10, d'autres raisons⁴ étant évoquées par 4 jeunes sur 10. Alors qu'ils se perçoivent en moins bonne santé, les jeunes adultes chômeurs ou inactifs sont plus nombreux à ne pas être couverts par une couverture complémentaire santé : c'est le cas de 15 % d'entre eux (*tableau 3*). La part de jeunes adultes non-couverts en raison d'un manque de moyens est plus élevée parmi les chômeurs ou inactifs : elle est invoquée par 4 jeunes non-couverts sur 10.

Si les taux de couverture par une complémentaire santé des autres jeunes adultes sont assez voisins, les modalités

de couverture sont très disparates selon leur situation. L'ENRJ permet de s'assurer de la qualité de l'information recueillie sur ces modalités de couverture, car le questionnaire s'adresse au jeune adulte et à au moins un parent (*encadré 2*).

Dans l'ensemble, en 2014, près d'un jeune adulte sur deux est ayant droit de la complémentaire santé d'un ou des parents, mais la couverture par l'intermédiaire des parents est moins fréquente pour les jeunes adultes en emploi, puisqu'un peu plus d'un sur quatre est concerné. Environ 6 % des jeunes adultes bénéficient de la CMU-C (à titre individuel ou parce que leurs parents en bénéficient), mais la part de jeunes adultes ainsi couverts atteint 17 % pour les jeunes chômeurs ou inactifs. Le reste des jeunes se répartit entre ceux

4. Parmi celles-ci, les deux les plus importantes sont le fait d'être en train de faire les démarches, et le fait de ne pas ressentir le besoin d'être couvert.

TABLEAU 2

Maladies chroniques et restrictions d'activité selon l'activité principale des jeunes adultes

Part déclarant	Ensemble	En emploi uniquement (28 %)	En études uniquement (37 %)	En cumul (7 %)	En stage ou en alternance (7 %)	Chômage, inactivité hors études (21 %)
... une maladie chronique ou un problème de santé de caractère durable	14	12	14	15	16	17
... des restrictions d'activité (toutes intensités)	8	7	8	6	7	12
... des restrictions d'activité fortes	1	1	1	1	1	3
... des restrictions d'activité, mais pas fortes	7	6	7	5	6	9

Lecture • 14 % de l'ensemble des 18-24 ans déclarent une maladie chronique ou un problème de santé de caractère durable.

Champ • Personnes âgées de 18 à 24 ans résidant en France (hors Mayotte).

Source • DREES-Insee, ENRJ 2014.

TABLEAU 3

Complémentaire santé et activité principale des jeunes adultes

Couverture par une complémentaire santé et modalités de couverture	Ensemble	En emploi uniquement (28 %)	En études uniquement (37 %)	En cumul (7 %)	En stage ou en alternance (7 %)	Chômage, inactivité hors études (21 %)
Couverts par une complémentaire	92	92	95	94	95	85
Ayants droit de la couverture des parents	46	24	60	56	48	46
Couverts par une complémentaire étudiante	13	2	29	19	7	3
Couverts par une complémentaire d'entreprise	13	33	1	10	24	2
Couverts par la complémentaire du partenaire ou conjoint	1	2	0	1	2	3
Couverts par un contrat individuel souscrit en propre	13	28	2	5	8	14
Couverts par la CMU-C	6	3	3	3	6	17
Non-couverts par une complémentaire	8	8	5	6	5	15

Note • Les déclarations des jeunes adultes ont été corrigées, le cas échéant, d'informations issues du questionnaire parent. Par exemple si le jeune adulte déclare être couvert par la complémentaire santé d'un ou des parents, et si ceux-ci déclarent bénéficier de la CMU-C, il est considéré que le jeune adulte est couvert par la CMU-C.

Lecture • 92 % de l'ensemble des 18-24 ans sont couverts par une complémentaire santé.

Champ • Personnes âgées de 18 à 24 ans résidant en France (hors Mayotte).

Source • DREES-Insee, ENRJ 2014.

ayant une complémentaire santé étudiante (13 % de l'ensemble, contre 29 % des jeunes uniquement en études), une autre complémentaire souscrite à titre individuel (13 % de l'ensemble) et une complémentaire d'entreprise (13 % de l'ensemble, contre 33 % des jeunes uniquement en emploi). La part d'ayants droit du conjoint ou du partenaire est très faible (1 %).

Les jeunes chômeurs et inactifs renoncent davantage à voir un médecin pour des raisons financières

D'après l'ENRJ, 4 % des jeunes adultes ont renoncé au cours des douze derniers mois à consulter un médecin pour des raisons financières, 4 % également à voir un dentiste pour les mêmes raisons, et 3 % à des équipements optiques (*graphique 2*). Ces taux de renoncement sont à mettre en regard des 84 % de jeunes qui ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois, et des 49 % qui ont vu un dentiste. Le taux de renoncement est plus complexe à interpréter pour les équipements optiques, l'enquête ne donnant pas d'information sur la part des 18-24 ans ayant des problèmes de vue. Par ailleurs, les niveaux de renoncement aux soins pour raisons financières obtenus sont sensibles au questionnement en deux étapes utilisé dans l'enquête, ce qui rend difficile la comparaison avec d'autres sources (*encadré 3*).

Des écarts s'observent toutefois sur le plan des soins médicaux et dentaires. Les jeunes chômeurs et inactifs renoncent plus souvent à des soins. En effet, au cours des douze derniers mois, 7 % d'entre eux ont renoncé à consulter un médecin et 6 % à voir un dentiste pour des raisons financières. À ces constats s'ajoutent ceux précédemment établis, sur la fréquence moindre de la couverture par une complémentaire santé, mais aussi sur le moins bon état de santé perçu, susceptible d'augmenter le besoin de recourir à un professionnel de santé. Pourtant, les jeunes chômeurs ou inactifs (hors étudiants) recourent moins à un professionnel de santé que les autres 18-24 ans, peut-être en raison de plus faibles moyens financiers. En effet, 81 % d'entre eux ont consulté un généraliste, contre 84 % de l'ensemble des jeunes adultes, 44 % un

ENCADRÉ 2

Les modalités de couverture et de couverture complémentaire chez les 18-24 ans

Les réponses du questionnaire du jeune adulte sont croisées avec les informations déclarées par les parents sur la complémentaire santé afin d'identifier la situation du jeune adulte sur sa couverture. Des redressements ont été opérés quand ce croisement apportait une information plus précise (par exemple un jeune se déclarant couvert par ses parents, qui eux-mêmes indiquent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – a été reclassé parmi les bénéficiaires de la CMU-C).

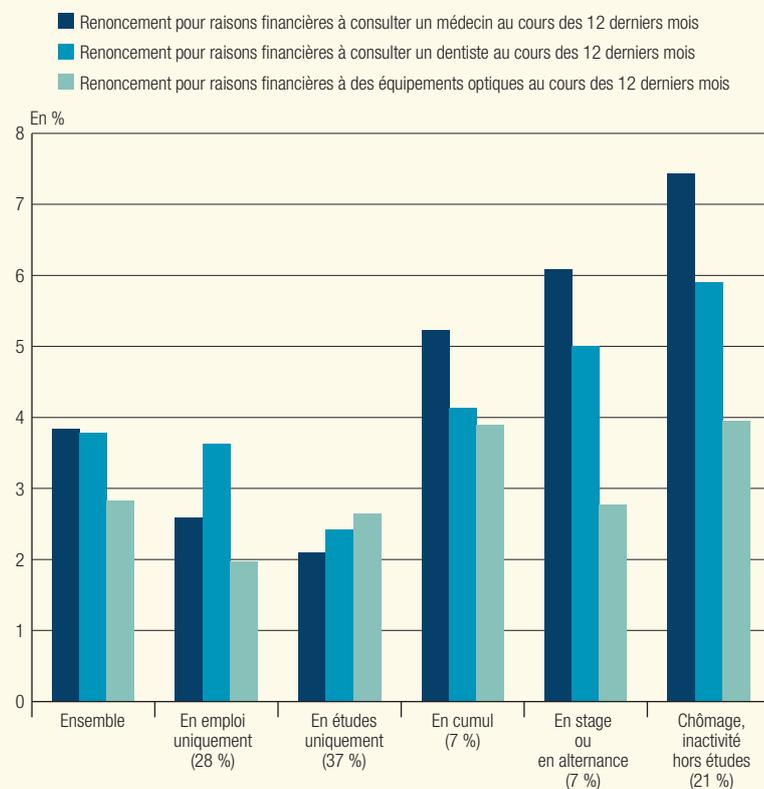
L'ENRJ permet ainsi d'estimer le poids de différentes modalités de couverture complémentaire santé chez les jeunes adultes, qu'il s'agisse d'une couverture par un parent ou les parents, par le conjoint, par un contrat d'entreprise, par une complémentaire étudiante, par un autre contrat individuel ou par la CMU-C.

Il n'est pas possible dans une enquête auprès de jeunes adultes de recueillir les niveaux de remboursement des contrats de complémentaire santé qui les couvrent. Cependant, il est probable que selon le type de contrat (individuel ou d'entreprise) et la personne souscriptrice (le jeune ou ses parents), la qualité du contrat soit différente. Cela peut contribuer à éclaircir certains des résultats concernant le renoncement aux soins (*tableau complémentaire C*).

Enfin, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise survenue au 1^{er} janvier 2016 est de nature à avoir amélioré la couverture par une complémentaire santé d'entreprise des jeunes, sauf ceux dont les contrats sont trop courts ou les quotités de travail insuffisantes pour en bénéficier. Les résultats présentés ici reflètent la situation avant l'entrée en vigueur de cette réforme. Les enjeux de cette réforme pour les jeunes adultes sont présentés plus en détail dans un rapport du Haut Conseil à la famille (HCF, 2016).

GRAPHIQUE 2

Renoncement pour raisons financières à des soins au cours des 12 derniers mois, selon l'activité principale des jeunes adultes



Lecture • 4 % de l'ensemble des 18-24 ans ont renoncé, pour raisons financières, à consulter un médecin, au cours des 12 derniers mois.

Champ • Personnes âgées de 18 à 24 ans résidant en France (hors Mayotte).

Source • DREES-Insee, ENRJ 2014.

dentiste, contre 49 %, 45 % un spécialiste (hors gynécologue), contre 50 %. Enfin, la moitié des jeunes femmes ont vu un gynécologue au cours des douze derniers mois, sans différence significative entre les chômeuses ou inactives et le reste des jeunes femmes. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de renoncer à voir un médecin pour raisons financières est plus élevée pour les jeunes chômeurs ou inactifs. Ce n'est pas le cas pour les consultations de dentiste.

Un renoncement aux soins plus élevé pour les 18-24 ans non couverts par une complémentaire santé

Comparativement aux jeunes couverts par le contrat de complémentaire santé individuel ou collectif de leurs parents ou d'un parent, le renoncement aux soins pour raisons financières apparaît plus probable lorsque le jeune adulte n'est pas couvert et, dans une moindre mesure, lorsqu'il l'est mais par un contrat individuel souscrit en propre, ou lorsqu'il bénéficie de la CMU-C (tableau complémentaire C). Plusieurs

ENCADRÉ 3

Le renoncement aux soins pour raisons financières, des comparaisons difficiles selon les enquêtes

Le renoncement à des soins pour raisons financières est un point d'attention récurrent des enquêtes sur la santé, dans la mesure où ce phénomène est susceptible de creuser les inégalités sociales de santé. Pour autant, les taux de renoncement à des soins pour raisons financières obtenus dans les différentes enquêtes sont souvent difficiles à comparer. En premier lieu, les types de soins étudiés ne sont pas nécessairement les mêmes, des recoupements ou dissociations peuvent être opérés, et les périodicités sur lesquelles le renoncement est étudié peuvent également varier. Par ailleurs, la formulation même des questions sur le renoncement et ses raisons peut différer. Dans l'ENRJ, pour chaque type de soins, une première question cherche à savoir si la personne interrogée a renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, puis, si oui, fait dérouler une liste de raisons, incluant les raisons financières. D'autres enquêtes procèdent en une seule étape, et se restreignent parfois d'emblée au renoncement aux soins pour raisons financières.

En affectant aléatoirement une version d'un module sur le renoncement aux soins aux personnes interrogées, le Baromètre d'opinion 2014 de la DREES a attesté de la sensibilité des niveaux de réponse à la manière dont les questions sur le renoncement aux soins étaient formulées. Il a cependant mis en évidence que les disparités observées entre groupes sociaux se retrouvaient quelle que soit la formulation des questions et donc le niveau global de renoncement mesuré (Legal et Vicard, 2015). Il convient donc de s'attacher ici davantage aux écarts observés entre groupes de jeunes adultes qu'au niveau absolu de renoncement, difficilement comparable entre les enquêtes.

éléments peuvent expliquer ces écarts : les contrats souscrits individuellement ou ceux qui couvrent les jeunes comme ayants droit peuvent ne pas offrir les mêmes niveaux de garanties, le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C peut entraîner des difficultés

d'accès aux soins liées à des refus de soins. Enfin, tant le renoncement aux soins que les choix de non-couverture pourraient être associés à une moindre connaissance des questions de santé, notamment chez les plus précaires. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L. et Legal, R.** (dir.) (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019*. DREES, coll. Panoramas de la DREES.
- **Beck, F., Richard, J.-B.** (dir.) (2013). *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé.
- **Castell, L., Portela, M. et Rivalin, R.** (2016, juin). Les principales ressources des 18-24 ans. Premiers résultats de l'Enquête nationale sur les ressources des jeunes. DREES, *Études et Résultats*, 965.
- **Danner, M., Guégnard, C. et Joseph, O.** (2018). Le profil des NEET a-t-il évolué en 20 ans ? Dans T., Couppié, A., Dupray, D., Éphiphane, V., Mora, (dir.). *20 ans d'insertion professionnelle des jeunes : entre permanences et évolutions*. Paris : Céreq, coll. Essentiels.
- **Fourcade, N., Gonzalez, L., Rey, S. et Husson, M.** (2013, mars). La santé des femmes en France. DREES, *Études et Résultats*, 834.
- **Haut Conseil de la famille** (dir.) (2016, avril). *Les jeunes de 18-24 ans*, Paris.
- **Legal, R. et Vicard, A.** (2015, juillet). Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation des questions. DREES, *Dossiers solidarité et santé*, 66.
- **Moisy, M.** (2013). « Les jeunes conjuguent bonne santé et comportements à risque ». Dans Befy, M. et Guedj, H. (coord.), *France, portrait social - édition 2013*, Paris : Insee, coll. Insee Références.
- **Portela, M. et Raynaud, E.** (2019). Comment se composent les ressources des jeunes ? Le dossier illustré par l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ). *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 23-52.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger
Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Elisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet
Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
PUBLIQUE

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.