



FEJ
FONDS
D'EXPÉRIMENTATION
POUR LA
JEUNESSE

P.E.P.S. 34
Programme d'Expérimentation Plus Soins 34
RAPPORT D'ÉVALUATION
CREAI-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative
Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95 avenue de France – 75650 Paris cedex 13
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>



Cette évaluation a été financée par le Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse, dans le cadre de l'appel à projets n° 2 lancé en octobre 2009 par le Ministère chargé de la jeunesse.

Le fonds d'expérimentation est destiné à favoriser la réussite scolaire des élèves et améliorer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de moins de vingt-cinq ans. Il a pour ambition de tester de nouvelles politiques de jeunesse grâce à la méthodologie de l'expérimentation sociale. A cette fin, il impulse et soutient des initiatives innovantes, sur différents territoires et selon des modalités variables et rigoureusement évaluées. Les conclusions des évaluations externes guideront les réflexions nationales et locales sur de possibles généralisations ou extensions de dispositifs à d'autres territoires.

Les résultats de cette étude n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient en aucun cas engager le Ministère.

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative
Direction de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse
95, avenue de France 75650 Paris Cedex 13
Téléphone : 01 40 45 93 22
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>

Pour plus d'informations sur le déroulement du projet, vous pouvez consulter sur le site <http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr> la note de restitution finale soumise au FEJ par le porteur de projet.



Intitulé du projet

P.E.P.S. 34

Programme d'Expérimentation Plus Soins 34

Structure porteuse du projet

IREPS Languedoc-Roussillon

Catherine Corbeau, Chargée de projet

Structure porteuse de l'évaluation

CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

Bernard Ledésert, Directeur technique études

Durée d'expérimentation :

46 mois

Date de remise du rapport d'évaluation : 10 juillet 2014



RÉSUMÉ (UNE PAGE MAXIMUM)

Une étude sur la santé des jeunes, réalisée à la demande du Conseil régional Languedoc-Roussillon en 2007-2008, avait mis en évidence que 9 % des étudiants et 23 % des jeunes suivis en mission locale d'insertion avaient renoncé aux soins pour raison financière au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Partant de ce constat, le projet PEPS34, porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé Languedoc-Roussillon (IREPS LR), avait donc pour objectif de faciliter l'accès aux soins de jeunes étudiants ou en parcours d'insertion, par la mise en place d'un tiers-payant sur la partie couverte par le régime de base de l'Assurance maladie (régime général ou régime étudiant).

L'évaluation de cette expérimentation, conduite par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, est basée sur la mesure de l'évolution du taux de renoncement aux soins pour raison financière dans la population bénéficiant de l'action, par rapport à une population témoin et sur l'évolution de la consommation de soins entre les deux mêmes groupes.

Le projet devait concerner 3 260 jeunes (1 860 étudiants et 1 400 jeunes en insertion), mais seul un nombre limité d'entre eux ont accepté de participer à l'expérimentation : 802 étudiants et 485 jeunes en insertion. En effet, les questions de santé leur apparaissent secondaires par rapport aux questions d'accès à la formation, à l'emploi et au logement. Ces jeunes ont été affectés par tirage au sort pour moitié dans le groupe bénéficiant d'une carte de tiers-payant spécifique au projet, pour l'autre moitié dans le groupe témoin qui n'a pas bénéficié de ce dispositif.

S'il n'a pas été possible de montrer d'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières chez les bénéficiaires du tiers-payant par rapport aux témoins, du fait de l'insuffisance du nombre de jeunes suivis, les données de consommation de soins montrent des évolutions positives de celles-ci : les bénéficiaires de la carte tiers-payant sont allés plus souvent que les témoins consulter un médecin généraliste au cours des douze derniers mois de l'expérimentation. Les consultations de médecin généraliste en tiers-payant sont plus importantes dans le groupe bénéficiaire que dans le groupe témoin.

On peut donc penser qu'une généralisation du tiers-payant est un élément qui facilite l'accès aux soins en limitant les freins liés à l'avance de frais.

Le projet a également montré que les obstacles à l'accès aux soins étaient très souvent liés à des difficultés d'accès aux droits au cours de cette période de la vie marquée par des changements importants de situation. Une généralisation du tiers-payant, pour être pleinement efficace, doit s'accompagner d'une simplification du dispositif d'affiliation aux différents régimes d'Assurance maladie. Il est également nécessaire, tant pour les usagers que pour les professionnels de santé, que le tiers-payant mis en place porte également sur la partie relevant d'une éventuelle couverture complémentaire avec des mécanismes simples.



NOTE DE SYNTHÈSE

L'Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé du Languedoc-Roussillon (IREPS-LR), en collaboration avec la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, les deux organismes d'Assurance maladie des étudiants (LMDE et MEP) et la Mission locale d'insertion des jeunes de l'agglomération de Montpellier (MLJAM) a proposé d'expérimenter un dispositif de tiers-payant pour des jeunes de l'agglomération de Montpellier portant sur la part couverte par le régime obligatoire d'Assurance maladie.

Elle s'est associée à l'Observatoire régional de la santé Languedoc-Roussillon (qui a fusionné en 2012 avec le CREAL pour former le CREAL-ORS Languedoc-Roussillon) pour la partie évaluation de cette expérimentation. Ce projet a été retenu dans le cadre du deuxième appel à projet lancé par le Fonds d'expérimentation pour la jeunesse.

Le point de départ de ce projet est le constat de l'obstacle financier à l'accès aux soins des jeunes. Celui-ci avait été documenté en 2007-2008 lors d'une étude sur la santé des jeunes réalisée par l'ORS-LR à la demande du Conseil régional Languedoc-Roussillon : elle avait mis en évidence que 9 % des étudiants et 23 % des jeunes suivis en mission locale d'insertion avaient renoncé aux soins pour raison financière, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ce projet repose également sur le postulat qu'un accès aux soins facilité au début de la vie adulte est un élément important pour acquérir des comportements bénéfiques dans leur parcours de soins. Étendre le tiers-payant pour cette population aux professionnels de santé de proximité peut faciliter le développement d'une relation de confiance dans le temps, allant dans le sens d'un renforcement du dispositif du médecin traitant.

Le projet avait donc pour objectif de faciliter l'accès aux soins de jeunes étudiants ou en parcours d'insertion par la mise en place d'un tiers-payant sur la partie couverte par le régime de base de l'Assurance maladie (régime général ou régime étudiant).

Plus spécifiquement, il s'agissait :

- d'expérimenter la mise en œuvre locale (à l'échelle d'une agglomération) du tiers-payant (sur la partie régime de base), d'en identifier les difficultés et les leviers ;
- de suivre si ce dispositif augmente l'inscription des jeunes dans un parcours de soin, agit sur la consommation de soins en médecine libérale générale, spécialisée, en structure pratiquant déjà le tiers-payant, en structure hospitalière et en soins dentaires ;
- de mesurer l'effet d'une couverture complémentaire sur ces consommations ;
- de mesurer l'effet de l'accompagnement vers les soins, proposé à certains sous-groupes ;
- d'identifier les autres facteurs de renonciation aux soins relevés au cours de l'expérimentation ;
- de suivre si ce dispositif est accueilli favorablement par les médecins et chirurgiens-dentistes libéraux.

Le public visé par l'expérimentation portait :

- d'une part, sur des étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur implanté sur le territoire de l'agglomération de Montpellier et âgés de 20 à 22 ans au moment de leur inclusion dans le dispositif expérimental ;
- d'autre part, sur des jeunes du même âge suivis par la Mission locale des jeunes de l'agglomération de Montpellier (MLJAM).

Pour l'évaluation de cette expérimentation, la mesure de l'évolution du taux de renoncement aux soins pour raison financière dans la population bénéficiant de l'action par rapport à la population témoin, a été retenue comme critère principal.

Des critères secondaires ont été définis en complément :

- mesurer les différences de recours aux soins de ville entre le groupe « action » et le groupe « témoin » ;
- étudier les effets sur la qualité de vie d'une part, sur le niveau de santé perçue d'autre part, de la mise en place du tiers-payant entre le groupe « action » et le groupe « témoin » ;
- mesurer l'adhésion des médecins et chirurgiens dentistes libéraux à la procédure de tiers-payant.

La méthodologie d'évaluation repose sur une approche quantitative avec la comparaison entre un groupe « bénéficiaire » de l'action et un groupe « témoin ». Comme le critère principal d'évaluation est une mesure d'évolution, le protocole d'évaluation est bâti de façon à obtenir une mesure de la situation avant action et une mesure de la situation en fin d'action.

Les éléments analysés proviennent :

- d'un recueil d'information par auto-questionnaire (après information et consentement de la personne à participer à l'expérimentation) au moment de l'inclusion dans l'étude et à la fin de l'expérimentation (à 24 mois). Un auto-questionnaire a également été proposé en milieu d'expérimentation (à 12 mois) ;
- d'un suivi des recours aux soins à partir des données de remboursement des organismes de protection sociale. Ces données ont été recueillies pour les années 2011 (situation avant expérimentation) et pour les années 2012 puis 2013 (pendant et en fin d'expérimentation).

Tel que prévu initialement, le projet devait concerner 3 260 jeunes (1 860 étudiants et 1 400 jeunes en insertion). Malgré un nombre élevé de jeunes contactés (par exemple, un courrier a été adressé aux 15 809 jeunes inscrits dans un établissement supérieur de l'agglomération de Montpellier et affiliés à une des deux caisses du régime d'Assurance maladie des étudiants), seul un nombre limité d'entre eux ont accepté de participer à l'expérimentation : 802 étudiants et 485 jeunes en insertion.

Ceux-ci ont été affectés par tirage au sort pour moitié dans le groupe bénéficiant d'une carte de tiers-payant spécifique au projet, pour l'autre moitié dans le groupe témoin qui n'a pas bénéficié de ce dispositif.

Le nombre de jeunes ayant répondu au questionnaire final est limité : un quart des étudiants (27,8 %) était perdu de vue et près de la moitié (45,8 %) n'a pas répondu malgré les relances. Des réponses ont été obtenues pour 26,6 % des étudiants. Le taux de réponse des jeunes en insertion à l'enquête intermédiaire était très faible (11,5 %) ; de ce fait, l'enquête finale n'a pas été réalisée auprès de ce public.

Concernant les données de consommation de soins, celles-ci ont pu être obtenues pour 520 étudiants et 154 jeunes en insertion. Le taux d'attrition est plus important auprès des jeunes en insertion car, si un tiers d'entre eux a pu être identifié dans les bases de données de l'Assurance maladie, un autre tiers n'a pu être trouvé et un dernier tiers ne répondait pas aux critères permettant d'établir une carte tiers-payant (ayant droit de leurs parents, problèmes d'adresses, absence de médecin traitant...).

La population incluse dans l'expérimentation se caractérise principalement par un niveau élevé de renonciation aux soins pour raisons financières, nettement supérieur à celui escompté, tel qu'il avait été mesuré lors de l'enquête de 2007-2008 sur la santé des jeunes en Languedoc-Roussillon. De façon générale, on note que le niveau de précarité des étudiants ayant accepté de participer à l'expérimentation est plus élevé que parmi la population des étudiants en général. Pour les jeunes en insertion, les participants à l'expérimentation semblent avoir un niveau de formation plus élevé et un meilleur accès aux soins que leurs collègues, mais une moindre confiance en eux. Il ressort également de cette analyse que la situation des jeunes en insertion et dans quasiment tous les domaines, est plus dégradée que celle des étudiants. Enfin, à l'exception d'un point – le changement de logement au cours de l'année écoulée – la population des bénéficiaires de l'action ne diffère pas de celle des témoins.

S'il n'a pas été possible de montrer d'évolution du renoncement aux soins pour raison financière chez les bénéficiaires du tiers-payant par rapport aux témoins, du fait de l'insuffisance du nombre de jeunes inclus dans l'expérimentation et des difficultés de suivi de ces jeunes, les données de consommation de soins montrent des évolutions positives de celles-ci : les bénéficiaires de la carte tiers-payant sont allés plus souvent consulter un médecin généraliste en fin d'expérimentation que les témoins et les consultations de médecin généraliste en tiers-payant sont plus importantes dans le groupe bénéficiaire que dans le groupe témoin. Cette évolution plaide en faveur d'un accès aux soins facilité par le dispositif mis en place dans le cadre de l'expérimentation.

Plusieurs points ressortent de l'ensemble des éléments collectés au cours de la démarche expérimentale mise en œuvre :

- une difficulté à mobiliser les jeunes, aussi bien ceux en insertion que les étudiants, sur les questions d'accès à la santé et aux soins. Cette question est pour eux secondaire par rapport aux questions d'accès à la formation, à l'emploi ou au logement ;
- un effet positif de la mise en place du tiers-payant, celui-ci s'accompagnant d'un recours plus important (mesuré par le nombre moyen mensuel de consultations remboursées) aux consultations de médecine générale ;
- que cet effet positif est marqué principalement par un accès facilité aux soins en tiers-payant parmi les bénéficiaires par rapport aux témoins ;

- qu'une tendance similaire mais n'atteignant pas le seuil de significativité statistique est retrouvée pour les soins dentaires ;
- que les difficultés d'accès aux soins sont liées principalement à la difficulté des jeunes à se retrouver dans un système complexe et à faire valoir leurs droits, notamment à une période où le passage à l'âge adulte se traduit par des changements de situation interférant avec leurs modalités d'accès aux droits.

On peut donc penser qu'une généralisation du tiers-payant – aux jeunes tel que cela est le cas depuis un an dans le département du Gard et à l'ensemble de la population d'ici 2017 tel que prévu par le projet de loi de Santé publique – est un élément qui peut être facilitateur pour l'accès aux soins en limitant les freins liés à l'avance de frais.

Par contre, il ressort de l'expérimentation que cette mesure ne peut suffire à elle seule. Les éléments recueillis tant auprès des jeunes eux-mêmes que des professionnels les accompagnants (conseiller de la MLJAM ou agents des caisses d'assurance maladie des étudiants) font apparaître que la complexité du dispositif d'Assurance maladie avec un nombre important de régimes correspondant à des situations différentes est à elle seule un frein important à l'accès aux soins. Les changements de situation des jeunes, qui sont fréquents à cette période où ils prennent leur indépendance par rapport à leurs parents, peuvent entraîner sans qu'ils s'en rendent compte des ruptures de droits et des difficultés à ce que leurs soins soient pris en charge. L'expérience accumulée auprès du public des jeunes en insertion suivis dans le cadre de ce projet montre que ce facteur peut être plus important que le seul obstacle financier dans l'accès aux soins.

Pour qu'un tiers-payant puisse produire l'ensemble de ses effets facilitateurs sur l'accès aux soins, il est également important qu'il puisse porter aussi bien sur la partie obligatoire que sur le ticket modérateur quand une couverture complémentaire existe. Il est important que les solutions techniques développées pour cela aboutissent à un dispositif transparent, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels de santé.

Les contraintes posées par le contexte expérimental et les besoins de l'évaluation – qui ont pu être des freins à l'adhésion des jeunes au dispositif de tiers-payant proposé – ne devraient pas être retrouvées dans le cadre d'une généralisation du dispositif, l'évaluation de celui-ci pouvant être basée sur une mesure avant-après des niveaux de consommation de soins, à partir des données collectées en routine par l'Assurance maladie.



PLAN DU RAPPORT

INTRODUCTION GENERALE	10
I. L'expérimentation.....	12
1. Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée	12
i. Objectifs du projet	12
ii. L'action expérimentée	12
iii. Influence éventuelle de l'évaluateur dans la conception et la conduite du projet	14
2. Objectifs et modalités de l'évaluation.....	15
i. Problématique et méthodologie mise en œuvre.....	15
ii. Bilan des données collectées	20
iii. Validité interne	24
II. Enseignements de politique publique	27
1. Résultats de l'évaluation	27
i. Les publics touchés par l'expérimentation	27
ii. Les effets du dispositif expérimenté	33
2. Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage	42
i. Caractère expérimental du dispositif évalué	42
ii. Caractère transférable du dispositif et changement d'échelle.....	42
CONCLUSION GENERALE	45



INTRODUCTION GENERALE

Le constat de l'obstacle financier à l'accès aux soins des jeunes a été largement documenté. Ainsi une étude menée en 2007-2008 par l'Observatoire régional de la santé – Languedoc-Roussillon [1], à la demande du Conseil régional Languedoc-Roussillon, a mis en évidence que 9 % des étudiants et 23 % des jeunes suivis en mission locale d'insertion avaient renoncé aux soins pour raison financière au cours des 12 mois précédant l'enquête.

De nombreux travaux ont mis en évidence l'effet délétère sur la santé d'un non recours aux soins pour raison financière. On peut par exemple citer ceux réalisés à partir de l'enquête santé et protection sociale qui analysent les déterminants du renoncement aux soins pour raison financière et met en avant l'impact négatif de celui-ci sur l'état de santé des personnes qui y sont confrontées [2].

La mise en œuvre du tiers-payant au niveau des pharmacies et établissements de santé est une mesure qui s'est généralisée et qui a permis de faciliter l'accès aux soins de la population [3] sans être inflationniste en termes de dépenses de santé.

Les expériences de tiers-payant proposées à un public vulnérable (Couverture maladie universelle complémentaire – CMUc – et Aide à la complémentaire santé - ACS) ont montré leur effet facilitateur sur l'accès aux soins même si le non-recours à ces dispositifs est également une réalité [4].

Un accès aux soins facilité au début de la vie adulte est un élément important pour acquérir des comportements bénéfiques dans leur parcours de soins. Étendre le tiers-payant pour cette population aux professionnels de santé de proximité peut faciliter le développement d'une relation de confiance dans le temps, allant dans le sens d'un renforcement du dispositif du médecin traitant.

Le 2^e appel à projet lancé par le Fonds d'expérimentation pour la fin 2009 visait, dans son axe 3, à « Améliorer l'accès aux soins des jeunes » et comportait un programme « Mettre en place localement un tiers-payant jeunes généralisé ».

L'Instance régionale d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon (IREPS-LR), en collaboration avec la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, les deux organismes de sécurité sociale des étudiants (LMDE et MEP) et la Mission locale d'insertion des jeunes de l'agglomération de Montpellier (MLJAM) a ainsi décidé de proposer une expérimentation dans ce domaine. Plus largement, ce projet a mobilisé les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé des universités montpelliéraines, le CROUS et la Maison de la prévention santé de la ville de Montpellier.

L'IREPS s'est associée à l'Observatoire régional de la santé Languedoc-Roussillon (qui a fusionné en 2012 avec le CREAL pour former le CREAL-ORS Languedoc-Roussillon) pour la partie évaluation de cette expérimentation.

Cette expérimentation visait à évaluer si la mise en place auprès d'une population de jeunes de 20 à 22 ans du tiers-payant sur la partie couverte par le régime de base de l'Assurance maladie permet de réduire de moitié les renoncements aux soins pour raison financière. L'évaluation avait également pour objectif de mesurer l'évolution de la consommation de soins remboursés entre bénéficiaires et témoins au cours de l'expérimentation.

Plusieurs points ressortent de l'ensemble des éléments collectés au cours de la démarche expérimentale mise en œuvre :

- une difficulté à mobiliser les jeunes, aussi bien ceux en insertion que les étudiants, sur les questions d'accès à la santé et aux soins. Cette question est pour eux secondaire par rapport aux questions d'accès à la formation, à l'emploi ou au logement ;
- un effet positif de la mise en place du tiers-payant, celui-ci s'accompagnant d'un recours plus important (mesuré par le nombre moyen mensuel de consultations remboursées) aux consultations de médecine générale ;
- que cet effet positif est marqué principalement par un accès facilité aux soins en tiers-payant parmi les bénéficiaires par rapport aux témoins ;
- que les difficultés d'accès aux soins sont liées principalement à la difficulté des jeunes à se retrouver dans un système complexe et à faire valoir leurs droits, notamment à une période où le passage à l'âge adulte se traduit par des changements de situation interférant avec leurs modalités d'accès aux droits.

Une généralisation du dispositif de tiers-payant pour les jeunes apparaît souhaitable mais doit s'accompagner d'une simplification du système de protection sociale pour les jeunes. Ce tiers-payant doit également pouvoir porter sur la part prise en charge par une éventuelle couverture sociale complémentaire.

I. L'expérimentation

1. Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée

i. Objectifs du projet

Le projet avait pour objectif de faciliter l'accès aux soins de jeunes étudiants ou en parcours d'insertion par la mise en place d'un tiers-payant sur la partie couverte par le régime de base de l'Assurance maladie (régime général ou régime étudiant).

Plus spécifiquement, il s'agissait :

- d'expérimenter la mise en œuvre locale (à l'échelle d'une agglomération) du tiers-payant (sur la partie régime de base), d'en identifier les difficultés et les leviers ;
- de suivre si ce dispositif augmente l'inscription des jeunes dans un parcours de soins, agit sur la consommation de soins en médecine libérale générale, spécialisée, en structure pratiquant déjà le tiers-payant, en structure hospitalière et en soins dentaires ;
- de mesurer l'effet d'une couverture complémentaire sur ces consommations ;
- de mesurer l'effet de l'accompagnement vers les soins, proposé à certains sous-groupes ;
- d'identifier les autres facteurs de renonciation aux soins relevés au cours de l'expérimentation ;
- de suivre si ce dispositif est accueilli favorablement par les médecins et chirurgiens-dentistes libéraux.

Le public visé par l'expérimentation portait :

- d'une part, sur des étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur implanté sur le territoire de l'agglomération de Montpellier et âgés de 20 à 22 ans au moment de leur inclusion dans le dispositif expérimental ;
- d'autre part, sur des jeunes du même âge suivis par la Mission locale des jeunes de l'agglomération de Montpellier (MLJAM).

ii. L'action expérimentée

Pour la mise en œuvre de l'action, plusieurs éléments ont été programmés et mis en œuvre par le porteur du projet :

- un comité de pilotage a permis d'assurer le suivi de l'action tout au long de son déroulement. Il était composé, outre le porteur de projet et l'évaluateur, de représentants du régime général d'Assurance maladie (CPAM de l'Hérault) et du régime étudiant (LMDE et MEP), des trois services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS des universités Montpellier I, II et III), de la Mission locale d'insertion de l'agglomération de Montpellier (MLJAM), du service social étudiant (CROUS), d'un représentant de la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale. Dans un deuxième temps, la Maison prévention santé de la Ville de Montpellier a été associée au comité de pilotage. Les

représentants de l'Agence régionale de santé et de l'Union régionale des médecins libéraux (puis de l'Union régionale des professions de santé) ont été systématiquement informés de la tenue des réunions de pilotage et les comptes-rendus leur ont été transmis même s'ils n'y ont jamais assisté. Au total, entre 2010 et 2014, le comité de pilotage s'est réuni à 19 reprises (entre trois et six fois par an) ;

- un comité de suivi incluant des jeunes bénéficiaires de l'action et des professionnels en contact régulier avec eux était prévu initialement. Ce comité devait assurer le suivi de l'expérimentation et aider le porteur de projet à identifier les conditions de sa généralisation. Ce comité de suivi a effectivement été mis en place et a contribué à l'élaboration, par le porteur de projet et les partenaires de celui-ci, des outils de communication et des modalités de présentation du programme. Le délai d'attente (près d'un an) pour obtenir l'avis du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CTCRIS) et l'autorisation de la CNIL, a contribué à la démobilisation des participants : lors de la mise en œuvre effective du projet auprès de la population cible, il n'a pas été possible de remobiliser les jeunes et professionnels concernés ;
- des outils de communication à destination des jeunes ont été développés – logo, flyers, affiches et support de la carte tiers-payant – en lien avec le service communication de la CPAM de l'Hérault. Un panel de jeunes a été mobilisé pour tester les différentes propositions de logos et de documents de communication. Les jeunes impliqués ont exprimé leur satisfaction de voir leur avis pris en considération ;
- des actions de communication vers les médecins libéraux et chirurgiens dentistes libéraux du territoire de l'expérimentation. Les informations ont été mises en ligne sur les pages de la CPAM de l'Hérault de l'espace professionnel du site ameli.fr. Des courriers d'informations électroniques ont également été adressés aux praticiens concernés. Le projet a été présenté aux commissions locales des professionnels de santé ;
- une réunion de lancement a été organisée en juin 2011 pour présenter le projet à l'ensemble des professionnels pouvant être concernés lors de la phase d'inclusion dans l'expérimentation : personnel de la MLJAM, des caisses d'Assurance maladie (CPAM, LMDE et MEP), des services universitaires de médecine préventive, du CROUS, de la Ville de Montpellier...

L'inclusion des jeunes dans l'expérimentation PEPS34 a débuté en juillet 2011 pour les jeunes en insertion et en septembre 2011 pour les étudiants. Elle s'est poursuivie jusqu'en mai 2012.

- Au niveau des jeunes en insertion, le projet a été présenté par les conseillers en insertion aux jeunes dont ils assuraient le suivi. Cette inclusion s'est faite au fil de l'eau et a permis d'obtenir l'adhésion de 485 jeunes (la cible était de 1 400).
- Au niveau des étudiants, deux modalités de contacts ont été mises en œuvre pour inclure les jeunes :
 - un courrier a été adressé par la MEP et la LMDE à l'ensemble des jeunes affiliés au régime étudiant de la sécurité sociale, âgés de 20 à 22 ans et inscrits dans un

établissement d'enseignement supérieur implanté sur l'agglomération de Montpellier. Ce courrier comportait : une lettre d'information, un flyer, un formulaire de consentement et un questionnaire (cf infra). Au total, ce courrier a été adressé à 15 809 étudiants. Ce dispositif a permis d'inclure 583 étudiants (taux de retour : 3,7 %) ;

- une sollicitation directe auprès des étudiants se présentant aux services universitaires de médecine préventive, au CROUS et à la Maison prévention santé. Ce dispositif a permis de recruter 219 étudiants supplémentaires.

Au total, 802 étudiants ont pu être inclus dans le dispositif (pour une cible de 1 860).

Après inclusion, un tirage au sort a permis d'affecter, à part égale, les jeunes dans le groupe bénéficiaire de l'action et dans le groupe témoin. Les bénéficiaires de l'action se sont vus remettre, soit en main propre, soit par courrier postal, une carte de tiers-payant spécifique pour l'expérimentation. Cette remise s'est déroulée entre décembre 2011 et septembre 2012.

iii. Influence éventuelle de l'évaluateur dans la conception et la conduite du projet

Le porteur de projet (IREPS Languedoc-Roussillon) et la structure évaluatrice (CREAI-ORS Languedoc-Roussillon), implantés tous deux sur le territoire régional depuis de nombreuses années, avaient en amont de la réponse à l'appel d'offres des contacts réguliers et des habitudes de travaux conduits en commun et potentialisant les compétences spécifiques de l'un (ingénierie de projet dans le champ de la promotion de la santé) et de l'autre (épidémiologie et évaluation).

L'IREPS LR a été associée, au sein du comité de pilotage, à l'enquête régionale sur la santé des jeunes conduite en 2006-2007 par l'Observatoire régional de la santé, à la demande de la Région Languedoc-Roussillon. Ce sont les résultats de cette étude, montrant l'importance des renoncements aux soins pour raison financière des jeunes qui a servi de point de départ au présent projet.

Les modalités des appels à projet lancés par le FEJ prévoyaient à l'époque¹ pour la plupart des thématiques des réponses conjointes entre une structure porteuse du projet et une autre en charge de l'évaluation. De ce fait, le montage du projet expérimental et du protocole d'évaluation a été conduit en commun par l'IREPS et le CREAI-ORS. Ainsi, la définition des modalités de l'action et de son évaluation a été simultanée. L'évaluation ainsi menée ne présente pas les critères d'externalité et d'indépendance requis pour les projets plus récents. Cependant, il faut souligner que cette implication dès le départ de l'évaluateur a permis de monter un projet dont la méthodologie permette une évaluation des objectifs visés.

La méthodologie de l'évaluation, basée sur la comparaison des résultats entre un groupe bénéficiaire et un groupe témoin avec affectation aléatoire à l'un ou l'autre groupe après inclusion, a eu un impact essentiellement sur les modalités de présentation de l'action aux jeunes. Il s'agit d'un élément dont le porteur de projet a dû tenir compte dans la définition

¹ Les modalités actuelles des appels à projet lancés par le FEJ séparent la partie évaluation afin de permettre une évaluation externe et indépendante.

des messages de communication, des flyers et des affiches. Pour résumer, il ne s'agissait pas de présenter le projet en mettant en avant l'accès au tiers-payant mais de mobiliser les jeunes sur une action visant à tester des modalités d'amélioration de leur accès aux soins. Enfin, les calculs du nombre de sujets nécessaires pour l'évaluation de l'action ont déterminé le nombre de jeunes pouvant être intégrés dans l'expérimentation, sachant que ceux-ci allaient être répartis à part égale entre bénéficiaires de l'action et témoins. Ces éléments ayant été calés au départ, il n'a pas été nécessaire de faire évoluer le protocole en cours d'expérimentation.

2. Objectifs et modalités de l'évaluation

i. Problématique et méthodologie mise en œuvre

Comme indiqué ci-dessus, le projet avait pour objectif principal de faciliter l'accès aux soins de jeunes étudiants ou en parcours d'insertion par la mise en place d'un tiers-payant sur la partie couverte par le régime de base de l'Assurance maladie (régime général ou régime étudiant).

Pour l'évaluation de cette expérimentation, la mesure de l'évolution du taux de renoncement aux soins pour raison financière dans la population bénéficiant de l'action par rapport à la population témoin a été retenue comme critère principal.

Des critères secondaires ont été définis en complément :

- mesurer les différences de recours aux soins de ville entre le groupe « action » et le groupe « témoin » ;
- étudier les effets sur la qualité de vie d'une part, sur le niveau de santé perçue d'autre part, de la mise en place du tiers-payant entre le groupe « action » et le groupe « témoin » ;
- mesurer l'adhésion des médecins et chirurgiens dentistes libéraux à la procédure de tiers-payant.

Cette évaluation est donc basée sur une approche quantitative avec la comparaison entre un groupe bénéficiaire de l'action et un groupe témoin. Comme le critère principal d'évaluation est une mesure d'évolution, le protocole d'évaluation est bâti de façon à obtenir une mesure de la situation avant action et une mesure de la situation après action.

En prenant en compte les résultats de l'étude sur la santé des jeunes et la possibilité de mobiliser des partenariats sur le territoire de l'agglomération de Montpellier, l'expérimentation s'est centrée sur deux groupes de jeunes :

- les jeunes en insertion qui présentaient le taux de renoncement aux soins pour raison financière le plus élevé. Pour ce groupe, l'existence de collaborations entre l'IREPS et le CREAMI-ORS d'une part, la mission locale des jeunes de l'Agglomération de Montpellier (MLJAM) d'autre part, fournissait une base solide pour développer l'expérimentation ;
- les étudiants qui présentent le taux de renoncement aux soins pour raison financière le plus faible des trois publics étudiés dans le cadre de l'enquête régionale sur la santé des jeunes mais qui concerne tout de même un étudiant sur dix. Les partenariats

développés avec les services de médecine préventive tant par l'IREPS que par le CREAI-ORS étaient des éléments en faveur de la faisabilité de l'expérimentation auprès de cette population.

Les critères d'inclusion dans l'expérimentation initiaux étaient :

1. être né en 1988, 1989 ou 1990 ;
2. pour les étudiants : suivant un cursus d'études post baccalauréat dans un établissement de l'agglomération de Montpellier ;
Pour les jeunes en insertion : résidant dans une commune de l'agglomération de Montpellier.
3. Avoir reçu la note d'information et signé le consentement (accord pour que les organismes d'assurance maladie extraient leurs données de consommations de soins pendant la durée de l'expérimentation).

Deux évolutions sont intervenues en cours d'expérimentation concernant la définition des critères d'inclusion :

- le retard d'un an lié à l'attente des avis du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a fait décaler d'autant le critère d'année de naissance. *In fine*, les années de naissance ciblées sont 1989, 1990 et 1991 ;
- les règles de remboursement des consultations étant différentes, selon que le jeune a déclaré un médecin traitant ou non, le choix a été fait de cibler l'expérimentation sur les seuls jeunes ayant un médecin traitant ou de demander à ceux qui n'en avaient pas d'en désigner un.

Initialement, la répartition entre le groupe « action » et le groupe « témoin » devait se faire sur le mois de naissance :

- bénéficiaires de l'action : nés les mois pairs (février, avril, juin, août, octobre, décembre),
- témoins : nés les mois impairs (janvier, mars, mai, juillet, septembre, novembre).

A la demande du CCTIRS, cette affectation a été faite de manière aléatoire par tirage au sort après inclusion. La procédure mise en œuvre pour cela est détaillée au paragraphe 2.iii (page 24).

Les travaux menés en région antérieurement ont permis de quantifier le taux de renoncement aux soins pour raison financière parmi les étudiants et les jeunes en insertion : 9 % dans le premier cas et 23 % dans le second. Pour un objectif de réduction de moitié de ce taux, le calcul du nombre de sujets nécessaires aboutit à une population de 695 sujets parmi les étudiants et de 245 sujets parmi les jeunes en insertion par groupe (risque α de 5 % et β de 90 %). Les deux sous-groupes en insertion pouvant être différenciés selon la conclusion ou non d'un Civis, facteur pouvant influencer l'accès aux soins, l'effectif de ces groupes a été doublé.

De plus, il a été prévu qu'au cours de l'expérimentation, un certain nombre de jeunes seraient perdus de vue. Ce taux de perdus de vue a été estimé à 25 % dans le groupe « étudiants » et un peu supérieur (30 %) dans le groupe « insertion ». Pour aboutir *in fine* au nombre de sujets escompté, le nombre de sujets à inclure par groupe est de 927 pour les

étudiants et de 700 (350 bénéficiaires d'un Civis et 350 n'en bénéficiant pas) pour les sujets en insertion.

Ainsi, initialement, l'expérimentation nécessitait l'inclusion au total de 3 260 jeunes :

- 930 étudiants bénéficiaires de l'action et 930 étudiants témoins ;
- 700 jeunes en insertion bénéficiaires de l'action et 700 jeunes en insertion témoins.

L'évaluation a été basée sur :

- un recueil d'information par auto-questionnaire (après information et consentement de la personne à participer à l'expérimentation) au moment de l'inclusion dans l'étude et à la fin de l'expérimentation (à 24 mois). Un auto-questionnaire a également été proposé en milieu d'expérimentation (à 12 mois).

Ce questionnaire a été développé avec le porteur de projet et en lien avec le comité de pilotage en prenant pour base le questionnaire utilisé pour l'enquête régionale sur la santé des jeunes de 2006-2007.

Il a inclus les éléments suivants :

- sexe et date de naissance ;
- situation familiale ;
- nationalité : français (métropole/DOM), Union européenne, autre ;
- cursus d'études poursuivi pour les étudiants / niveau d'études pour les jeunes en insertion ;
- mode de logement ;
- score de précarité sociale EPICES [5] ;
- niveau de ressources ;
- recours aux soins des 12 derniers mois ;
- existence d'un médecin traitant ;
- renoncement aux soins ;
- échelle de santé de Duke [6].

Les échelles utilisées (EPICES et Duke) sont présentées en annexe 1 et 2.

- un suivi des recours aux soins à partir des données de remboursement des organismes de protection sociale. Les données collectées auprès de l'assurance maladie seront :
 - le nombre de consultations en médecine générale ;
 - le nombre de consultations en médecine spécialisée ;
 - le nombre de consultations pour soins dentaires ;
 - la proportion de chacune de ces consultations en tiers-payant ;
 - le nombre de séjours hospitaliers ;
 - la consommation (en volume) de médicaments sur la période.

Ces données ont été recueillies pour les années 2011 (situation avant expérimentation) et pour les années 2012 puis 2013 (pendant l'expérimentation).

Quatre groupes d'indicateurs d'évaluation de l'action ont été définis :

- Taux déclaré de renoncement aux soins pour raison financière (médecine généraliste libérale, médecine spécialiste libérale, soins dentaires).
- Taux de recours aux institutions proposant des soins en tiers-payant intégral.
- Consommation de soins (générale, médecine généraliste libérale, médecine spécialiste libérale, soins dentaires).
- Niveau de santé perçue (échelle de Duke).
- Taux de consultations en médecine libérale prise en charge en tiers-payant.

La méthodologie proposée pour l'évaluation des résultats obtenus à l'issue du programme était basée sur la comparaison des évolutions calculées sur la base de « valeur finale » moins « valeur initiale ». Ces deltas devaient être comparés entre les groupes, soit par ANOVA si leur distribution le permettait, soit par test non paramétrique de comparaison de moyennes.

La mise en relation des données de recours aux soins, transmises par les organismes d'assurance maladie partenaires et les données collectées par questionnaire, devait permettre de mettre en évidence des différences de consommations en fonction des caractéristiques des populations participantes (niveau de précarité, mode de logement, situation familiale, ressources...).

Le niveau d'inclusion auquel nous sommes arrivés a été finalement plus limité que celui escompté, comme indiqué précédemment : 802 étudiants pour 1 860 visés et 485 jeunes en insertion au lieu de 1 400. L'analyse des données collectées via le premier questionnaire (situation avant) a montré que, pour notre critère principal d'évaluation – le taux de renoncement aux soins – les niveaux observés étaient supérieurs aux taux attendus : 33 % contre 9 % attendus pour les étudiants et 48 % contre 23 % attendus pour les jeunes en insertion.

De ce fait, l'effectif parmi les étudiants est apparu suffisant pour montrer une diminution d'un tiers du taux de renoncement aux soins sous l'effet de l'expérimentation : 275 sujets par groupe, soit 550 au total sont nécessaires pour objectiver une baisse de 33 % à 22 % du taux de renoncement aux soins.

Le nombre de jeunes en insertion inclus apparaissait également suffisant pour montrer une baisse d'un tiers du taux de renoncement aux soins : 158 sujets par groupe, soit 316 au total pour un passage de 48 % à 32 % du taux de renoncement aux soins. Par contre, l'objectif de différencier le groupe des jeunes bénéficiant d'un CIVIS des autres jeunes en insertion a dû être abandonné.

Pour essayer d'avoir le meilleur taux de retour possible du questionnaire final, nous avons, avec le comité de pilotage, décidé de lancer l'enquête finale en novembre 2013 après mise à jour des fichiers « adresses » des étudiants suite aux procédures de réinscriptions dans les établissements d'enseignement supérieurs. Concomitamment à l'envoi du questionnaire papier, un mail a été adressé par les mutuelles étudiantes aux participants à l'expérimentation, pour les inciter à répondre. Une relance par courrier a été faite aux non répondants en janvier 2014 avec, là-encore, envoi de mail. Une relance téléphonique par les mutuelles étudiantes avait été envisagée mais n'a pas pu être mise en œuvre, celle-ci ne pouvant pas mobiliser le personnel nécessaire au moment où celle-ci aurait dû être réalisée (début février 2014).

Le tableau suivant détaille les différents temps d'inclusion et de recueil d'information auprès des jeunes.

<i>Tâche</i>	<i>Jeunes en insertion</i>	<i>Étudiants</i>
Inclusion, recueil de consentement et questionnaire d'inclusion	Aout 2011 à mai 2012	Octobre 2011 à mai 2012
Questionnaire intermédiaire	Décembre 2012 à mars 2013	Décembre 2012 à mars 2013
Questionnaire final	Décembre 2013 à février 2014	Décembre 2013 à février 2014

Des approches qualitatives sont venues compléter l'évaluation quantitative :

- pour mesurer l'adhésion des médecins et leur perception de l'expérimentation, nous avons choisi de mettre en œuvre une approche par entretien de groupe focalisé. En effet, il n'est pas possible d'identifier dans les bases de l'Assurance maladie pour quelle raison un tiers-payant est mis en œuvre par un praticien libéral. Une interrogation par questionnaire postal semblait illusoire, compte-tenu des taux de retour habituellement notés quand on sollicite des médecins par ce type de méthode. L'approche par entretien qualitatif semblait donc être plus appropriée. Cependant, elle s'est heurtée à la difficulté de mobiliser des médecins généralistes pour un entretien. Cinq médecins généralistes exerçant sur Montpellier ou à proximité ont accepté de participer à cet entretien. Ils ont été complétés par des entretiens individuels avec huit autres médecins. Ces entretiens ayant eu lieu en fin d'expérimentation, à un moment où le choix avait été fait de faire porter le questionnaire final sur les seuls étudiants, ils ont été centrés sur la perception que les médecins ont de l'accès aux soins des étudiants. La grille d'entretien utilisée est présentée en annexe 3 ;
- en cours de démarche, nous avons envisagé de mobiliser un groupe de jeunes étudiants pour discuter des difficultés rencontrées et des résultats obtenus. De la même manière qu'il n'a pas été possible de mobiliser des jeunes dans le cadre du groupe de suivi, il n'a pas été possible de mobiliser des étudiants pour un temps de travail en commun sur le projet.

En cours de démarche, nous nous sommes heurtés à des difficultés d'identification des jeunes en insertion dans les bases de l'assurance maladie (CPAM de l'Hérault), le constat suivant a été fait : un tiers des jeunes peuvent être identifiés sans difficulté et un autre tiers est exclu de l'expérimentation. Parmi ces derniers, 37 % ont une adresse différente de celle déclarée dans l'enquête, 30 % n'ont pas de médecin traitant déclaré, 27 % sont toujours ayant droit de leurs parents et 6 % relèvent d'une autre caisse d'assurance maladie. Enfin, un dernier tiers des jeunes n'est pas retrouvé dans les bases de l'Assurance maladie accessibles au niveau de la CPAM de l'Hérault. Une enquête téléphonique a alors été menée par la MJAM auprès des jeunes bénéficiaires en insertion non trouvés dans les bases de l'assurance maladie, soit 79 jeunes. Le questionnaire portait sur les éléments suivants : possession d'une carte vitale, recours aux soins depuis le début de l'expérimentation, besoins actuels de soins, besoin de la carte tiers-payant. Il leur était en outre demandé s'ils accepteraient de venir témoigner et d'échanger sur les problèmes rencontrés pour obtenir la carte de tiers-payant et ainsi améliorer l'accès aux soins. Aucun des jeunes contacté n'a répondu à cette invitation.

ii. Bilan des données collectées

a. Questionnaires

Population	Nature	Étudiants et jeunes en insertion résidant sur l'agglomération de Montpellier et nés en 1990, 1991 et 1992.
	Taille	Environ 17 000 étudiants. Environ 4 000 jeunes en insertion.
Echantillonnage	Taille d'échantillon visée	3 260 personnes se répartissent en : <ul style="list-style-type: none"> • 930 étudiants bénéficiaires de l'action et 930 étudiants témoins. • 700 jeunes en insertion bénéficiaires de l'action (350 bénéficiant d'un contrat d'insertion dans la vie sociale et 350 n'en bénéficiant pas) et 700 jeunes en insertion témoins (350 bénéficiant d'un contrat d'insertion dans la vie sociale et 350 n'en bénéficiant pas).
	Méthodes mobilisées	Volontariat. Affectation aléatoire dans le groupe bénéficiaire de l'action et dans le groupe témoin.
	Critères d'échantillonnage	Aucun.

Questions traitées par le questionnaire	Objectifs de l'évaluation auxquels répond le questionnaire	Renoncement aux soins pour raison financière. Santé perçue.
	Questions principales abordées dans le questionnaire	Renoncement aux soins pour raison financière par type de consultation, dans la vie et au cours des 12 derniers mois. Profil de santé de Duke. Score EPICES.
Enquêtes réalisées	Nombre d'enquêtes réalisées	Trois.
	Taux de réponse	Inclusion : <ul style="list-style-type: none"> • 802 étudiants (402 bénéficiaires et 400 témoins). • 485 jeunes en insertion (243 bénéficiaires et 242 témoins). Questionnaire intermédiaire : <ul style="list-style-type: none"> • 249 étudiants (120 bénéficiaires et 129 témoins). • 56 jeunes en insertion (26 bénéficiaires et 30 témoins). Questionnaire final : <ul style="list-style-type: none"> • 213 étudiants (95 bénéficiaires et 118 témoins).
	Taux d'attrition	Questionnaire intermédiaire : <ul style="list-style-type: none"> • étudiants 68,9 % (53,2 % non réponses et 15,7 % de perdus de vue). • jeunes en insertion 88,5 % (70,7 % non réponses et 17,8 % de perdus de vue). Questionnaire final : <ul style="list-style-type: none"> • étudiants 73,4 % (45,8 % non réponses et 27,6 % de perdus de vue).
	Fonction du passateur	Auto-questionnaires.
	Mode et conditions de passation	Envoi postal, relance postale et relance par mail. Possibilité de réponse électronique (PDF remplissable pré adressé).

b. Données de consommation de soins

Population	Nature	Étudiants et jeunes en insertion ayant donné leur consentement pour participer à l'expérimentation.
	Taille	802 étudiants. 485 jeunes en insertion.
Echantillonnage	Taille d'échantillon visée	Exhaustif.
	Méthodes mobilisées	Sans objet.
	Critères d'échantillonnage	Sans objet.
Données collectées	Objectifs de l'évaluation auxquels répond le questionnaire	Evolution de la consommation de soins remboursés.
	Questions principales abordées dans le questionnaire	- nombre de consultations en médecine générale, - nombre de consultations en médecine spécialisée, - nombre de consultations pour soins dentaires, - proportion de chacune de ces consultations en tiers-payant, - nombre de séjours hospitaliers, - consommation (en volume) de médicaments sur la période.
Extractions réalisées	Nombre d'extractions réalisées	Trois.
	Taux de réponse	<ul style="list-style-type: none"> • Etudiants : 520 • Jeunes en insertion : 154
	Taux d'attrition	<ul style="list-style-type: none"> • Etudiants : 35,2 % • Jeunes en insertion : 68,2 %
	Mode et conditions de passation	Extraction de données des bases de l'Assurance maladie.

c. Entretiens collectifs

Population	Nature	Médecins généralistes (agglomération de Montpellier).
	Taille	
Echantillonnage	Taille d'échantillon visée	Deux groupes de 12 médecins.
	Méthodes mobilisées	Appel téléphonique direct par un interne en médecine générale pour les informer de la démarche et les inviter.
	Critères d'échantillonnage	Ciblage sur les médecins traitants des étudiants inclus dans l'expérimentation (bénéficiaires et témoins).
Questions traitées par les entretiens	Objectifs de l'évaluation auxquels répondent les entretiens	Perception des difficultés d'accès aux soins des jeunes. Connaissance du projet et appréciation de celui-ci.
	Questions principales abordées lors des entretiens	Quelles sont vos perceptions des difficultés d'accès aux soins de jeunes ? Avez-vous eu connaissance du projet PEPS34 ? Par quels biais ? Avez-vous eu en consultation des jeunes demandant le tiers-payant dans le cadre de PEPS34 ? Quelle est votre perception de ce projet ?
Entretiens réalisés	Nature de l'entretien	focus group.
	Nombre d'entretiens et nombre d'enquêtés par entretien	Un seul groupe de cinq médecins réunis en juin 2014.
	Fonction du passateur	Animation du focus group par l'évaluateur Recueil de l'information par un interne en médecine générale.
	Lieu de passation	Maison médicale de garde.

iii. Validité interne

Comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin

Pour assurer la comparabilité entre le groupe bénéficiaire de l'action et le groupe témoin, une attention particulière a été apportée sur deux points :

- la présentation de l'expérimentation aux jeunes sollicités mettait clairement en avant qu'ils pouvaient être affectés aussi bien à un groupe qu'à un autre et que cette information leur serait donnée après inclusion dans le dispositif ;
- l'affectation des jeunes dans un groupe ou dans un autre a été effectuée de façon aléatoire. Au fur et à mesure des inclusions, un numéro d'anonymat séquentiel était attribué à chaque jeune afin de permettre les opérations de fusion entre questionnaires d'une part, avec les données venant des organismes d'assurance maladie d'autre part. A quatre reprises, au cours de la période d'inclusion dans l'expérimentation, la liste des nouveaux jeunes inclus était établie en séparant les jeunes en insertion d'une part, les étudiants d'autre part. Les jeunes de chacune de ces listes étaient numérotés de 1 à n. Le générateur de nombre au hasard du logiciel Epi-Info 6 a alors été utilisé pour générer sans remise n/2 nombres au hasard compris entre 1 et n. Les jeunes correspondant à ces numéros étaient affectés dans le groupe bénéficiaire et leurs coordonnées adressées à l'organisme d'assurance maladie dont ils relevaient pour éditer une carte de tiers payant. Les autres jeunes étaient affectés au groupe témoin et en étaient informés.

Une fois la période d'inclusion terminée, une comparaison entre groupe bénéficiaires et groupe témoins a été réalisée sur les différents critères d'évaluation : critère principal et critères secondaires. Aucune différence significative entre groupes n'a été mise en évidence (cf tableau suivant).

Tableau 1 – Comparaison à l'inclusion entre groupe bénéficiaires et groupe témoins sur les critères de jugement

	n	Bénéficiaires	Témoins	p
Renoncement aux soins pour raison financière	1 281	249 – 38,9 %	241 – 38,1 %	NS
Santé				
Santé générale	1 185	67,7 ± 17,9	67,6 ± 17,9	NS
Santé physique	1 263	65,6 ± 24,1	64,6 ± 24,3	NS
Santé mentale	1 248	63,1 ± 24,6	64,5 ± 24,2	NS
Santé sociale	1 213	74,1 ± 19,7	73,3 ± 20,0	NS
perçue (Duke)				
Estime de soi	1 242	71,9 ± 19,6	73,7 ± 19,5	NS
Anxiété	1 244	49,0 ± 20,8	50,1 ± 20,8	NS
Dépression	1 254	25,9 ± 25,9	42,1 ± 25,3	NS

NS : non significatif ; * p < 10 % ; ** p < 5 % ; *** p < 1 %

Lors de l'enquête intermédiaire et de l'enquête finale, une attention a été portée à ce que le mode de présentation de celles-ci incite autant les bénéficiaires de l'action que les témoins à répondre :

- à l'enquête intermédiaire, le taux de retour pour adresse invalide ne différait pas significativement entre bénéficiaires (17,5 %) et témoins (14,0 %). De même, le taux

de réponse sur adresses valides ne différait pas significativement entre bénéficiaires (36,3 %) et témoins (37,5 %) ;

- à l'enquête finale, le taux de retour pour adresse invalide a atteint 27,4 % parmi les bénéficiaires et 26,0 % chez les témoins ; cette différence n'est pas statistiquement significative. Le taux de retour sur adresse valide est de 32,9 % chez les bénéficiaires et de 40,5 % chez les témoins, à la limite de la significativité statistique ($p=0,07$).

L'absence de différence entre bénéficiaires et témoins, à l'inclusion, sur les critères de jugement retenus pour évaluer les effets de l'expérimentation d'une part, de taux de participation lors de l'enquête intermédiaire et de l'enquête final toujours entre bénéficiaires et témoins sont des éléments essentiels pour porter un jugement sur les effets obtenus du fait de l'action mis en œuvre.

Au-delà, il est également important que les groupes bénéficiaires et témoins ne se différencient pas à l'origine et en cours d'enquête sur d'autres facteurs pouvant influencer sur le recours aux soins. Ceci a été vérifié sur le sexe, la situation familiale, la nationalité et le niveau de précarité sociale. Aucune différence significative entre bénéficiaires et témoins n'est retrouvée sur ces éléments tant à l'inclusion que lors du questionnaire intermédiaire ou du questionnaire final (cf. tableau ci-dessous)

Tableau 2 – Comparaison à l'inclusion, au temps intermédiaire et au temps final entre groupe bénéficiaires et groupe témoins

		Bénéficiaires		Témoins		p
		n	%	n	%	
Inclusion	Sexe : Hommes	239	37,1	242	37,8	NS
	Situation familiale Vit en couple	131	20,4	104	16,3	NS
	Nationalité : Français de métropole	583	91,0	573	89,8	NS
	Précarité sociale : précaire	218	38,4	242	42,5	NS
Temps intermédiaire	Sexe : Hommes	44	29,9	47	29,9	NS
	Situation familiale Vit en couple	30	20,4	33	21,0	NS
	Nationalité : Français de métropole	132	89,8	139	88,5	NS
	Précarité sociale : précaire	44	30,8	46	30,3	NS
Temps final	Sexe : Hommes	30	32,3	33	28,2	NS
	Situation familiale Vit en couple	17	18,3	32	27,4	NS
	Nationalité : Français de métropole	87	93,5	107	91,5	NS
	Précarité sociale : précaire	22	24,2	17	15,5	NS

NS : non significatif ; * $p < 10\%$; ** $p < 5\%$; *** $p < 1\%$

Ainsi, les conditions de comparabilité du groupe bénéficiaire et du groupe témoin ont pu être préservées pendant la durée de l'expérimentation.

En vue de la généralisation des résultats et de leur transférabilité, il apparaît cependant nécessaire de vérifier s'il existe ou non des différences entre répondants et non répondants au questionnaire final. Cette comparaison a été effectuée sur les données recueillies lors de l'inclusion pour les étudiants, ceux-ci ayant été les seuls concernés par le questionnaire final. Aucune différence significative entre les étudiants ayant répondu au questionnaire final et ceux qui n'y ont pas répondu n'apparaît tant sur les critères de jugement que sur les critères sociodémographiques.

Tableau 3 – Comparaison à l'inclusion des étudiants selon leur réponse ou non au questionnaire final

	Répondants		Non répondants		p
Renoncement aux soins pour raison financière (n=801)	59	28,2 %	202	32,6 %	NS
Santé perçue (Duke)					
Santé générale (n=757)	69,7 ± 18,9		69,4 ± 17,3		NS
Santé physique (n=792)	65,3 ± 23,7		66,3 ± 22,9		NS
Santé mentale (n=789)	65,2 ± 25,7		65,3 ± 23,4		NS
Santé sociale (n=767)	77,4 ± 19,3		76,8 ± 18,5		NS
Estime de soi (n=784)	74,3 ± 19,8		74,1 ± 19,6		NS
Anxiété (n=788)	50,2 ± 21,4		49,0 ± 20,2		NS
Dépression (n=791)	41,6 ± 26,2		41,2 ± 25,1		NS
Sexe : Hommes (n=801)	63	30,1 %	193	32,6 %	NS
Situation familiale : Vit en couple (n=798)	37	17,8 %	96	16,3 %	NS
Nationalité : Français de métropole (n=797)	194	93,3 %	515	87,4 %	NS
Précarité sociale : précaire (n=734)	46	24,0 %	160	29,5 %	NS

NS : non significatif ; * $p < 10\%$; ** $p < 5\%$; *** $p < 1\%$

Recoupement des données

Le taux de réponse limité à l'enquête intermédiaire et à l'enquête finale a réduit notre possibilité de conclure sur le critère principal d'évaluation, le renoncement aux soins pour raison financière. Par contre, les données collectées auprès des organismes d'Assurance maladie ont pu continuer à être exploitées, que les personnes aient ou non répondu au questionnaire intermédiaire ou final, permettant de bâtir les conclusions de l'expérimentation sur les critères secondaires. La possibilité de regrouper les réponses aux trois questionnaires (initial, intermédiaire et final) et les données de consommation de soins a permis de disposer d'une base d'analyse importante. Seul le taux limité d'inclusion et de retour des questionnaires limite les possibilités d'analyse offertes par cette base.

Un point particulier nécessite cependant d'être abordé : parmi les jeunes en insertion ayant accepté de participer à l'étude, seule une partie d'entre eux (154 sur 485 soit 31,8 %) ont pu être identifiés dans les bases de l'Assurance maladie et leurs données de consommation de soins extraites. Les raisons de ces difficultés d'identification des jeunes sont détaillées page 32. On peut cependant s'interroger sur les différences entre jeunes ayant pu être identifiés et ceux qui n'ont pas pu l'être. Il ressort que sur les critères de jugements (renoncement aux soins et scores de santé perçue), aucune différence significative n'est notée entre ces deux catégories de jeunes à l'inclusion. De même, aucune différence significative n'est retrouvée sur les autres critères (sexe, statut familial, nationalité ou précarité sociale).

II. Enseignements de politique publique

1. Résultats de l'évaluation

i. Les publics touchés par l'expérimentation

Caractéristiques des bénéficiaires de l'expérimentation

Au total, 1 286 jeunes ont pu être inclus dans l'expérimentation :

- 801 jeunes dont 401 bénéficiaires de l'action et 400 témoins ;
- 485 jeunes en insertion dont 243 bénéficiaires de l'action et 242 témoins.

NB : dans le détail des résultats ci-dessous, toutes les différences qui sont mises en avant sont significatives au seuil de 5 %. Si aucune mention n'est faite d'une différence entre bénéficiaires de l'action et témoins, c'est qu'elles ne sont pas significatives au seuil de 5 %.

La proportion de jeunes nés en 1989 est en moyenne de 26,5 %. Elle est plus importante parmi les jeunes en insertion (31,5 %) que parmi les étudiants (23,5 %). A l'inverse, les plus jeunes, nés en 1991, dont la proportion est de 38,3 %, sont plus nombreux parmi les étudiants (41,6 %) que parmi les jeunes en insertion (32,8 %).

La population incluse est composée pour un tiers (37,4 %) de jeunes hommes et pour deux tiers (62,6 %) de jeunes femmes. La proportion de jeunes hommes est plus élevée parmi les jeunes en insertion (46,4 %) que parmi les étudiants (32,0 %). Par rapport à la population étudiante enquêtée en 2012 dans le cadre du renouvellement de l'enquête sur la santé des jeunes en Languedoc-Roussillon, on note une proportion forte de jeunes femmes : 68,0 % contre 59,4 % dans l'enquête régionale 2013 [7].

Les jeunes en insertion sont plus nombreux (21,1 %) que les étudiants (16,7 %) à vivre en couple. Seul 1,0 % des jeunes inclus dans l'expérimentation déclare avoir un (ou des) enfant(s).

La population incluse est composée à 93,8 % de français (de métropole ou d'un département ou communauté d'outre-mer). Parmi les autres étudiants, 1,2 % est ressortissant d'un autre pays de l'Union européenne et 5,1 % d'un pays hors Union européenne.

Les jeunes en insertion sont 43,2 % à avoir un niveau inférieur au Bac, 42,1 % à avoir un niveau Bac et 14,7 % à avoir un niveau supérieur au Bac. Ces niveaux sont supérieurs à ceux observés dans la population des jeunes en insertion inclus dans l'enquête régionale 2013 où 52 % avaient un niveau inférieur au Bac.

Parmi les étudiants, la quasi-totalité (99,2 %) est inscrite dans un établissement implanté dans la ville de Montpellier. Trois étudiants sur dix (30,9 %) suivent des études de sciences ou d'ingénieur, un quart (25,1 %) suit des études de la filière lettres, 14,6 % des études

d'économie, gestion ou commerce, 11,9 % des études médicales ou paramédicales, 7,9 % des études de droit ou de sciences politiques et 9,6 % sont inscrits dans une autre filière. Cette répartition est proche de celle observée lors de l'enquête régionale sur la santé des jeunes de 2013. Un tiers (33,5 %) est en 3^e année d'études, 22,3 % en 1^{ère} année et autant (21,3 %) en seconde année. Les étudiants en 4^e année ou plus représentent 22,8 % de la population estudiantine incluse dans l'expérimentation.

Les jeunes en insertion vivent principalement chez leurs parents (49,8 % versus 17,4 % pour les étudiants). Ils sont cependant moins nombreux dans ce cas que les jeunes en insertion inclus dans l'enquête régionale 2013 (57 %). Les étudiants vivent en logement indépendant (43,4 % versus 25,2 % pour les jeunes en insertion) ou en résidence pour étudiants (23,0 %). Les colocations sont plus fréquentes (14,7 %) chez les étudiants que chez les jeunes en insertion (7,6 %). L'hébergement gratuit chez des amis est plus fréquent (11,4 % versus 0,5 %) parmi les jeunes en insertion.

Plus de la moitié des jeunes (51,4 %) a dû changer de logement au cours de l'année écoulée, plus fréquemment pour les étudiants (54,2 % versus 46,7 %). Par contre, les jeunes en insertion sont plus nombreux à avoir dû changer plusieurs fois de logement au cours de l'année écoulée (12,0 % versus 7,9 %) mais moins nombreux que parmi les jeunes en insertion de l'enquête régionale 2013 (20,0 %). Les bénéficiaires de l'action sont plus nombreux à avoir dû changer de logement une fois (44,1 %) ou plusieurs fois (10,8 %) que les témoins (39,7 % et 8,2 %).

Trois jeunes sur cinq (60,4 %) déclarent avoir eu une activité rémunérée au cours des 12 derniers mois sans différence entre publics. Les étudiants déclarent disposer de montants plus importants pour vivre que les jeunes en insertion : plus du tiers des jeunes en insertion (37,6 %) ne disposent d'aucune ressource et 29,7 % disposent de 400 euros ou plus ; ces proportions sont respectivement de 3,5 % et de 47,2 % parmi les étudiants. En cela, ils ne diffèrent pas des jeunes étudiants ou en insertion enquêtés en 2013 dans le cadre de l'enquête régionale sur la santé des jeunes. En utilisant le score de précarité sociale « Epices », il apparaît que 62,9 % des jeunes en insertion sont en précarité sociale contre 28,1 % des étudiants. Les étudiants participant à l'expérimentation sont plus souvent en précarité sociale que ceux enquêtés en 2013 dans la région (19 %).

Les étudiants sont plus nombreux (93,1 %) à avoir consulté un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois que les jeunes en insertion (83,4 %). Les jeunes en insertion de l'expérimentation sont plus nombreux à avoir consulté un professionnel de santé que ceux de l'enquête régionale 2013. Ceux qui sont allés consulter :

- un médecin généraliste dans 90,6 % des cas ;
- un médecin spécialiste dans 53,0 % des cas parmi les étudiants et dans 35,2 % des cas parmi les jeunes en insertion ;
- un psychologue, psychanalyste, psychiatre ou psychothérapeute dans 7,6 % des cas ;
- un chirurgien dentiste dans 37,6 % des cas.

Près d'un jeune sur cinq (17,2 %) est allé consulter dans un centre de santé mutualiste au cours des douze derniers mois.

Quatre sur cinq avaient déclaré un médecin traitant en amont de l'inclusion dans l'expérimentation, plus souvent parmi les étudiants (85,4 %) que parmi les jeunes en insertion.

Des renoncements aux soins fréquents pour raison financière sont notés parmi la population incluse :

- 48,3 % des jeunes en insertion et 32,6 % des étudiants ont renoncé à consulter un médecin généraliste pour raison financière ;
- pour les soins dentaires, les proportions sont respectivement de 49,7 % et de 30,2 % ;
- pour la vue, les renoncements sont également plus fréquents parmi les jeunes en insertion : 29,2 % versus 21,7 % parmi les étudiants ;
- 14,8 % ont renoncé à d'autres consultations, principalement auprès d'un kiné (35,4 % des renoncements à d'autres consultations), un ostéopathe (27,1 %), un psychologue (16,7 %) ou un radiologue (10,4 %).

Pour 55,8 % des jeunes en insertion et pour 42,8 % des étudiants, ces renoncements sont survenus au cours des douze derniers mois.

Le Baromètre santé 2010 [8] montrait que dans la population des 15-30 ans, près d'une personne sur dix (8,7 %) déclarait avoir renoncé à des soins pour raison financière au cours de l'année écoulée. Ce taux est moindre que celui retrouvé dans notre population.

Les renoncements pour d'autres raisons sont beaucoup plus rares : 8,3 % pour une consultation médicale (plus souvent chez les étudiants), 4,8 % pour des soins dentaires (plus souvent chez les jeunes en insertion) et 4,4 % pour la vue.

Un jeune sur dix, aussi bien parmi les jeunes en insertion que parmi les étudiants, déclare présenter une maladie chronique. L'échelle de santé perçue de Duke ne montre pas de différences entre les bénéficiaires de l'action et les témoins mais montre des différences entre jeunes en insertion et étudiants, ces derniers ayant, à l'exception des dimensions physiques, anxiété et dépression, une perception meilleure que les jeunes en insertion. Les scores observés sont proches de ceux observés chez les étudiants d'une part, les jeunes en insertion d'autre part, inclus dans l'enquête régionale sur la santé des jeunes de 2013.

Tableau 4 – Scores de santé perçue (Échelle de Duke)

	n	Jeunes en insertion	Étudiants	Total	p
Santé générale	1 185	64,4 ± 17,8	69,4 ± 17,7	67,7 ± 17,9	***
Santé physique	1 263	63,5 ± 25,8	66,0 ± 23,1	65,1 ± 24,2	NS
Santé mentale	1 248	61,2 ± 24,3	65,3 ± 24,3	63,8 ± 24,4	***
Santé sociale	1 213	68,2 ± 20,6	77,0 ± 18,7	73,7 ± 19,8	***
Estime de soi	1 242	70,5 ± 19,3	74,2 ± 19,6	72,8 ± 19,6	***
Anxiété	1 244	50,0 ± 21,2	49,3 ± 20,6	49,6 ± 20,8	NS
Dépression	1 254	43,0 ± 26,1	41,3 ± 25,3	42,0 ± 25,6	NS

NS : non significatif ; * $p < 10\%$; ** $p < 5\%$; *** $p < 1\%$

Près de quatre étudiants sur cinq (77,9 %) estiment avoir une bonne ou très bonne capacité à faire face aux difficultés ; cette proportion est moindre chez les jeunes en insertion :

66,8 %. Les jeunes en insertion de l'expérimentation ont une moins bonne capacité à faire face que les jeunes en insertion enquêtés dans le cadre de l'étude régionale de 2013 sur la santé des jeunes.

Les étudiants sont plus nombreux à avoir la possibilité de parler de leur santé avec quelqu'un : 92,6 % versus 81,3 % parmi les jeunes en insertion. Pour ceux qui ont cette possibilité, c'est avec :

- le conjoint dans 41,5 % pour les jeunes en insertion et dans 35,3 % pour les étudiants ;
- la mère dans 84,3 % des cas pour les étudiants et dans 74,9 % pour les jeunes en insertion ;
- le père pour 55,3 % des étudiants et pour 47,4 % des jeunes en insertion ;
- une autre personne de la famille dans 41,8 % des cas ;
- des amis pour 67,3 % des étudiants et 61,3 % des jeunes en insertion ;
- une infirmière pour 13,7 % des étudiants et 8,7 % des jeunes en insertion ;
- un médecin pour 70,6 % des étudiants et 62,3 % des jeunes en insertion ;
- une personne d'un service social pour 8,5 % des jeunes en insertion et 2,4 % des étudiants ;
- une personne d'une association pour 3,1 % des jeunes en insertion et 1,4 % des étudiants.

29,8 % des jeunes en insertion indiquent ne pas savoir où trouver des professionnels qui peuvent les informer sur la santé ; cette proportion est de 14,8 % pour les étudiants. De plus, 10,3 % des jeunes en insertion et 7,9 % des étudiants indiquent savoir où s'adresser mais qu'il n'est pas possible pour eux d'aller voir ces professionnels. A l'inverse, 64,0 % des étudiants et 45,5 % des jeunes en insertion disent savoir où trouver ces professionnels et être en capacité d'aller les voir.

En résumé, la population incluse dans l'expérimentation se caractérise principalement par un niveau élevé de renonciation aux soins pour raison financière, nettement supérieur à celui escompté tel qu'il avait été mesuré lors de l'enquête de 2007-2008 sur la santé des jeunes en Languedoc-Roussillon. De façon générale, on note que le niveau de précarité des étudiants ayant accepté de participer à l'expérimentation est plus élevé que parmi la population des étudiants en général. Pour les jeunes en insertion, les participants à l'expérimentation semblent avoir un niveau de formation plus élevé et un meilleur accès aux soins que leurs collègues, mais une moindre confiance en eux. Il ressort également de cette analyse que la situation des jeunes en insertion et dans quasiment tous les domaines, est plus dégradée que celle des étudiants. Enfin, à l'exception d'un point – le changement de logement au cours de l'année écoulée – la population des bénéficiaires de l'action ne diffère pas de celle des témoins.

Adhésion du public ciblé au dispositif

Un des premiers enseignements de ce projet porte sur les difficultés rencontrées pour faire adhérer les jeunes à l'expérimentation proposée et ceci, aussi bien pour les étudiants que pour les jeunes en insertion : seuls 3,7 % des étudiants sollicités par courrier se sont mobilisés et, malgré les sollicitations des conseillers en insertion de la Mission locale des jeunes de l'agglomération de Montpellier, trois fois moins qu'attendu de jeunes en insertion se sont engagés dans l'expérimentation.

Pour essayer de palier à cette mobilisation limitée, plusieurs moyens avaient été mis en place par le porteur de l'expérimentation et ses différents partenaires : flyers et affiches élaborés avec un groupe de jeunes, mobilisation forte des personnels des mutuelles étudiantes et de la MLJAM pour promouvoir le dispositif auprès des jeunes, mobilisation également du personnel des services universitaires de médecine préventive et du CROUS, mobilisation de deux stagiaires en économie sociale et familiale pour favoriser le recrutement à la MLJAM, conférence de presse et articles dans les journaux (en ciblant les quotidiens gratuits particulièrement lus par les étudiants montpelliérains), intervention à la Maison de la prévention de la ville de Montpellier, relance par mail des étudiants affiliés à la LMDE ou à la MEP, participation au Forum santé jeunes organisé par la MLJAM en lien avec la Maison de la prévention de Montpellier et les mutuelles étudiantes ...

Il est clair que les modalités d'évaluation ont pu freiner l'adhésion des jeunes aux dispositifs : les personnels en contact avec les jeunes se sont heurtés quelquefois au fait que l'affectation aléatoire à un groupe ou à un autre et, de fait, d'avoir potentiellement qu'une chance sur deux de bénéficier de la carte tiers-payant, a fait reculer certains jeunes. Par contre, ce niveau d'information au départ a permis de maintenir un niveau d'adhésion des témoins à l'expérimentation au moins aussi bon que celui des bénéficiaires.

Le fait de devoir signer un formulaire de consentement à participer à l'expérimentation, indispensable pour pouvoir accéder aux données de consommations de soins détenues par les organismes d'Assurance maladie a également été un frein à la participation à l'expérimentation. Sans que des données permettent d'objectiver cela, les remontées de terrain semblent montrer que ce frein a été plus important auprès de la population en insertion.

Une autre contrainte est apparue au moment de la mise en place de l'expérimentation : il a été nécessaire de réduire le bénéfice de l'expérimentation aux seuls affiliés ayant déclaré un médecin traitant : en effet, les règles de remboursement des consultations n'étant pas les mêmes selon qu'un médecin traitant est déclaré ou non, les médecins généralistes libéraux associés au montage de l'expérimentation ont demandé cette limitation afin de simplifier le calcul du montant du ticket modérateur à demander au jeune en fin de consultation.

Cependant, ces éléments sont loin d'expliquer à eux seuls le niveau limité d'adhésion au dispositif expérimenté. Parmi les éléments qui sont remontés du terrain pendant la phase d'inclusion puis lors du suivi de la population, deux éléments particuliers ressortent :

- en premier lieu, la question de l'accès à la santé et aux soins est un élément qui n'est pas prioritaire auprès de la population des jeunes. La prévalence des problèmes de

santé y est faible et les besoins de consultation relèvent principalement de soins pour des pathologies aiguës intercurrentes (pathologies saisonnières hivernales, accidents de la vie courante ...) que de prises en charge au long cours. Les questions relatives à la formation, à l'emploi et au logement sont celles qui sont les plus préoccupantes pour les jeunes, bien avant les questions de santé ;

- en second lieu, il ressort tant des réactions des jeunes ayant participé au comité de suivi mis en place lors du lancement du projet que des professionnels intervenant auprès d'eux (conseillers de la MLJAM et agents des caisses d'assurance maladie des étudiants) que le système de protection sociale est pour eux quelque chose de très complexe. Il apparaît ainsi que le changement de caisse de sécurité sociale selon leur statut est opaque. L'impact de leur déménagement d'un département à un autre est également quelque chose qu'ils ne perçoivent pas avant d'être confronté à des difficultés de remboursements de soins. D'une manière générale, l'actualisation des droits est méconnue ou perçue comme très complexe par la majorité des jeunes concernés. On observe également une difficulté pour certains d'entre eux à s'inscrire de façon durable dans des relations avec des services administratifs. Ainsi, parmi les jeunes en insertion qui nous avaient donné leur accord de participation, la consommation de soins de nombre d'entre eux n'a pu être suivie : sur 485 jeunes, 159 (soit 32,8 %) n'ont pu être retrouvés dans les bases de l'Assurance maladie de l'Hérault, soit parce que le nom qu'ils ont donné ne correspond pas à leur Etat-civil², soit parce que leur transfert de droits d'un autre département ou d'un autre régime d'Assurance maladie n'avait pas été effectué. D'autres jeunes, au nombre de 172 (35,5 %) ont été retrouvés dans les bases de l'Assurance maladie mais n'ont pu bénéficier du tiers-payant pour différentes raisons : des adresses données différentes de celles déclarées à la CPAM dans 36,0 % des cas, ayant droit d'une autre personne (généralement de leurs parents) dans 27,3 % des cas et difficulté à déterminer leur régime d'appartenance dans 5,8 % des cas. A cela, il faut ajouter 52 jeunes qui n'avaient pas déclaré de médecin traitant et qui n'ont pas effectué la démarche dans le cadre de l'expérimentation (30,2 %).

Il est intéressant de signaler les éléments collectés par la MJAM auprès des jeunes en insertion devant bénéficier d'une carte tiers-payant non trouvés dans les bases de l'assurance maladie, soit 79 jeunes sur les 159 non trouvés. Les deux cinquièmes (41,8 %) – soit 33 jeunes - ont pu être joints par téléphone ; parmi eux, la situation des deux tiers (22) avait évolué et ils ne manifestaient pas le besoin de bénéficier de la carte tiers-payant et un tiers en exprimait le besoin. Parmi les trois cinquièmes des jeunes qui n'ont pu être contactés, ils se répartissent de façon égale entre des jeunes dont les coordonnées téléphoniques ont changé et qui sont de ce fait injoignables et des jeunes contactés par message laissé sur leur répondeur téléphonique et qui n'ont pas rappelé. Les remarques formulées par les répondants portent principalement sur la complexité du système pour faire valoir leurs droits à l'Assurance maladie : de leurs réponses il ressort que le 1^{er} obstacle pour entrer dans un parcours de soin est l'accès aux droits, le 2^e obstacle reste le problème financier. Il faut également souligner que les jeunes contactés ont été invités à participer à

² Les équipes de la MLJAM ont été amenées à reprendre plusieurs fois les éléments d'identité donnés par les jeunes, ceux-ci donnant un nom d'usage / surnom qu'ils utilisent au quotidien avec leurs pairs et non leur identité d'Etat-civil.

un groupe de discussion sur cette question programmée fin juin : aucun n'a manifesté le désir d'y participer et cette réunion a été annulée.

D'un autre côté, on peut penser que ce sont les jeunes ayant le plus de difficultés d'accès aux soins qui se sont mobilisés et ont accepté de participer à l'expérimentation. Ceux qui ont été confrontés à de telles difficultés ont sans doute été plus enclins à adhérer au dispositif proposé. Le fait que le taux de renoncement aux soins soit particulièrement élevé dans la population incluse est un argument qui va dans ce sens.

ii. Les effets du dispositif expérimenté

Effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire

L'analyse des résultats sur le critère principal de jugement, à savoir la diminution du renoncement aux soins pour raison financière de la population bénéficiant du tiers-payant par rapport à la population témoin, est limitée du fait du faible niveau d'adhésion des jeunes au dispositif et du retour limité des questionnaires intermédiaires et finaux. Nous proposons donc de grouper les données concernant les étudiants et les jeunes en insertion dans les résultats présentés ci-dessous.

Renoncement aux soins

L'analyse initiale de la population incluse dans le dispositif a montré qu'il n'existait pas de différence sur ce critère entre population bénéficiaire du tiers-payant et population témoin en amont de l'expérimentation. Cette absence de différence est retrouvée au cours et à l'issue de l'expérimentation.

Tableau 5 – Évolution du renoncement aux soins pour raison financière

	Avant			Intermédiaire			Après		
	Bénef. (n=640)	Témoins (n=641)	p	Bénef. (n=145)	Témoins (n=157)	p	Bénef. (n=93)	Témoins (n=117)	p
Consultation médicale	38,9 %	38,1 %	NS	29,7 %	36,3 %	NS	24,7 %	29,3 %	NS
Soins dentaires	36,8 %	38,2 %	NS	44,1 %	38,9 %	NS	26,9 %	30,8 %	NS
Consultation pour la vue	23,9 %	25,2 %	NS	32,4 %	28,0 %	NS	22,6 %	22,2 %	NS
Autres consultations	14,2 %	15,3 %	NS	12,4 %	9,6 %	NS	12,9 %	11,1 %	NS

NS : non significatif ; * $p < 10\%$; ** $p < 5\%$; *** $p < 1\%$

En se basant sur le nombre de sujets ayant renoncé à une consultation médicale pour raison financière, il aurait fallu que 1 504 sujets soient inclus et aient été suivis dans chaque groupe (bénéficiaires et témoins) pour que la différence observée soit statistiquement significative. Au point intermédiaire, le nombre de sujets nécessaires pour que la différence observée soit significative est de 826 jeunes par groupe.

Il n'est donc pas possible de conclure que la mise en place d'un tiers-payant a permis de diminuer le renoncement aux soins pour raison financière des jeunes. Notons toutefois que si l'objectif d'inclusion et de suivi prévu initialement avait été atteint et que les mêmes différences avaient été observées, celles-ci auraient été significatives en faveur du groupe bénéficiaire.

Il est important de noter également que, parmi les jeunes ayant répondu aux questionnaires, la proportion de ceux ayant consulté au cours des douze mois précédant le questionnaire est en légère augmentation d'une année sur l'autre, passant de 89,5 % à 92,8 % puis à 95,7 %. Aucune différence entre bénéficiaires et témoins n'est retrouvée sur ce critère ; notamment celui-ci est exactement identique lors de l'enquête finale.

Le taux de jeunes indiquant avoir déclaré un médecin traitant passe de 79,2 % lors de l'enquête avant à 87,7 % lors de l'enquête intermédiaire et 90,5 % lors de l'enquête finale, sans différences entre bénéficiaires et témoins.

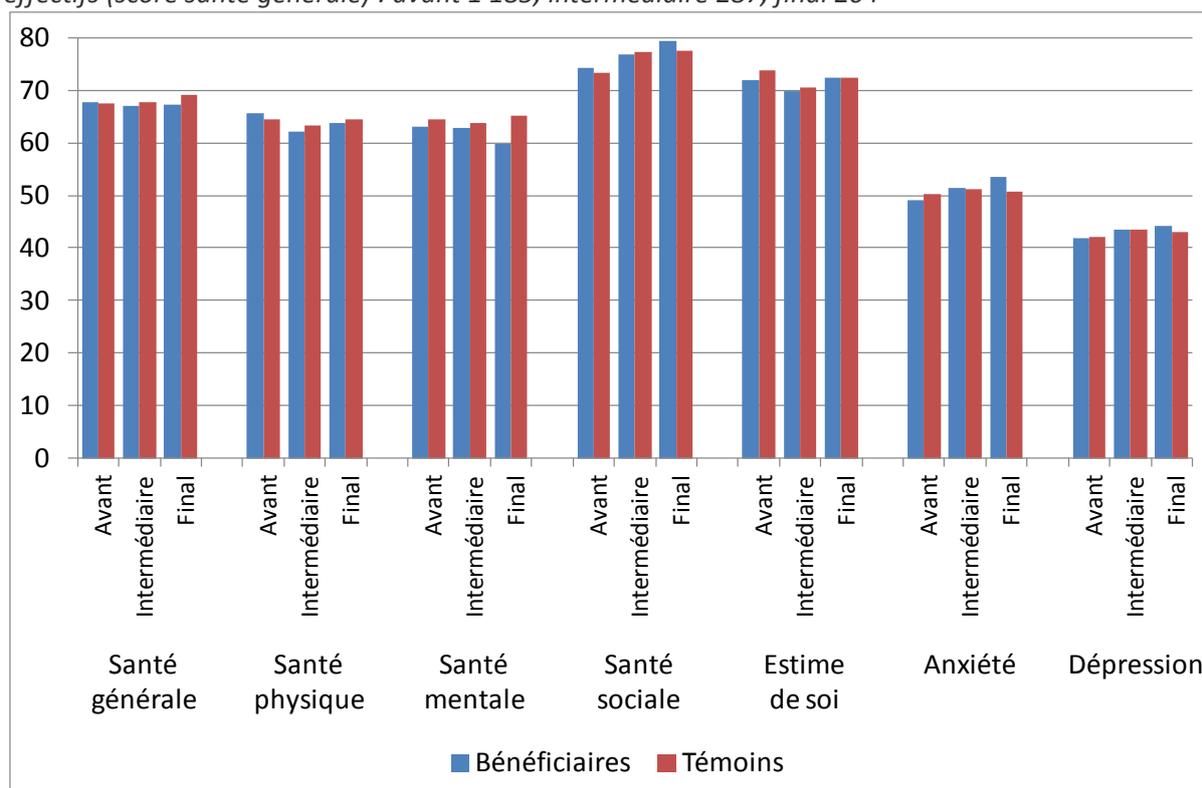
Si 17,2 % des jeunes déclaraient lors de l'inclusion avoir déjà consulté en centre de santé mutualiste, cette proportion reste similaire lors de l'enquête intermédiaire et de l'enquête finale (19,5 % à chaque fois). Notons que lors de l'enquête finale, les témoins étaient plus nombreux que les bénéficiaires de la carte tiers-payant à déclarer avoir consulté en centre de santé mutualiste : 25,6 % versus 11,8 % ($p < 0,05$).

Santé perçue

Ce critère secondaire d'évaluation ayant également été apprécié au travers des questionnaires complétés par les jeunes, les mêmes limites que celles énoncées ci-dessus et relatives au taux d'adhésion et au taux de participation à l'expérimentation sont retrouvées.

Aussi bien sur le score de santé global que sur les différents sous-scores pouvant être calculés à partir de l'échelle de santé de Duke, aucune différence significative n'est retrouvée entre groupes à chacun des trois temps de l'étude.

Graphique 1 – Évolution des scores à l'échelle de santé de Duke effectifs (score santé générale) : avant 1 185, intermédiaire 287, final 204



Les différences observées restent minimales. Même si ces différences étaient apparues comme significatives sur le plan statistique, leur valeur informative serait restée extrêmement limitée et il aurait été difficile de conclure à un réel effet de l'expérimentation sur la santé perçue au travers des scores à l'échelle de Duke.

Recours aux soins

Ce critère a pu être étudié de façon plus large que les précédents. Si le nombre moindre qu'attendu de jeunes ayant accepté de participer à l'expérimentation a un effet limitatif sur les possibilités d'analyse, celui-ci n'est pas affecté par l'évolution des taux de réponses au questionnaire intermédiaire, les données utilisées étant extraites des bases du régime étudiant et du régime général d'Assurance maladie, que les jeunes aient ou non répondu au questionnaire intermédiaire ou au questionnaire final.

Au total, l'analyse des données de recours aux soins au travers des remboursements de soins concernent 774 jeunes qui ont pu être suivis pendant toute la durée de l'expérimentation : 154 jeunes en insertion et 520 étudiants. Ces 774 jeunes se répartissent à part égale entre bénéficiaires du tiers-payant (386) et témoins (388).

Une consommation de soins moyenne mensuelle a été calculée pour chaque catégorie de soins étudiée sur la période avant envoi de la carte tiers-payant sur une durée maximale de

12 mois³ et sur les douze derniers mois de l'expérimentation (octobre 2012 à septembre 2013).

Sur la période avant expérimentation, 62,3 % des jeunes ont eu recours à des soins remboursés, qu'il s'agisse de consultations médicales, de soins dentaires, de délivrance de médicaments ou de séjours hospitaliers. Cette proportion est identique chez les bénéficiaires et chez les témoins : 62,4 % et 62,1 %.

Au cours des douze derniers mois de l'expérimentation, 79,6 % des jeunes ont eu recours à des soins remboursés. Cette proportion est supérieure chez les bénéficiaires du tiers-payant (81,9 %) par rapport aux témoins (77,3 %). Cependant, cette différence n'atteint pas le seuil de significativité statistique ($p=0,12$). Il aurait fallu que l'analyse puisse porter sur une population quatre fois plus importante (1 247 sujets par groupe – comme escompté au départ) pour qu'une telle différence soit significative.

L'analyse en détail du niveau moyen mensuel de consommation de soins ne montre pas de différence significative entre bénéficiaires et témoins en amont de l'expérimentation. Par contre, sur les douze derniers mois de l'expérimentation, des différences statistiquement significatives apparaissent : le nombre moyen de consultations en médecine générale est significativement supérieur chez les bénéficiaires du tiers-payant par rapport aux témoins (1,4 fois plus élevé chez les bénéficiaires) et le nombre moyen de consultations en médecine générale en tiers-payant est également significativement supérieur (2,2 fois plus élevé chez les bénéficiaires). Une tendance n'atteignant pas le seuil de significativité statistique est également retrouvée pour les soins dentaires ($p=0,10$).

Le tableau suivant détaille ces résultats.

Tableau 6 – Recours aux soins remboursés – moyenne (écart-type)

	Avant expérimentation			Fin d'expérimentation		
	Béfef.	Témoins	p	Béfef.	Témoins	p
Consultation généraliste	0,147 (0,233)	0,139 (0,216)	NS	0,170 (0,280)	0,125 (0,195)	<0,01
Consultation généraliste tiers-payant	0,025 (0,096)	0,016 (0,057)	NS	0,067 (0,208)	0,030 (0,117)	<0,005
Consultation spécialiste	0,032 (0,074)	0,044 (0,109)	NS	0,048 (0,118)	0,048 (0,118)	NS
Consultation spécialiste tiers-payant	0,004 (0,041)	0,004 (0,024)	NS	0,011(0,080)	0,014 (0,126)	NS
Soins dentaires	0,043 (0,116)	0,030 (0,080)	NS	0,049 (0,118)	0,036 (0,096)	0,099
Soins dentaires tiers-payant	0,009 (0,053)	0,005 (0,340)	NS	0,012 (0,064)	0,013 (0,075)	NS
Hospitalisations	0,001 (0,009)	0,001 (0,009)	NS	0,036 (0,195)	0,055 (0,345)	NS
Dépenses de médicaments	4,66 (9,81)	6,25 (23,69)	NS	6,70 (14,86)	6,65 (28,37)	NS

*NS : non significatif ; * $p < 10\%$; ** $p < 5\%$; *** $p < 1\%$*

Lorsqu'on s'intéresse à l'évolution des consommations de soins remboursés (différence entre la consommation mensuelle moyenne sur la fin de l'expérimentation et la consommation moyenne mensuelle avant expérimentation), on constate qu'une seule consommation a évolué de façon statistiquement différente entre les bénéficiaires du tiers-

³ Certains étudiants n'étaient affiliés que depuis le 1^{er} octobre 2011 au régime étudiant. Seuls les cinq mois précédant l'envoi des cartes de tiers-payant n'ont pu être pris en compte dans le calcul de la consommation moyenne avant (74 étudiants)

payant et les témoins : les bénéficiaires du tiers-payant ont augmenté leur nombre moyen mensuel de consultations de médecine générale de 0,032 (\pm 0.298), alors que pendant le même temps, il diminuait de 0,029 (\pm 0.208 – $p < 0.005$).

En résumé, s'il n'a pas été possible de montrer d'évolution du renoncement aux soins pour raison financière chez les bénéficiaires du tiers-payant par rapport aux témoins du fait de l'insuffisance du nombre de jeunes inclus dans l'expérimentation et des difficultés de suivi de ces jeunes, les données de consommations de soins montrent des évolutions positives de celles-ci : les bénéficiaires de la carte tiers-payant sont allés plus souvent consulter un médecin généraliste en fin d'expérimentation que les témoins et les consultations de médecin généraliste en tiers-payant sont plus importantes dans le groupe bénéficiaire que dans le groupe témoin. Cette évolution plaide en faveur d'un accès aux soins facilité par le dispositif, mis en place dans le cadre de l'expérimentation.

Perception des médecins généralistes

Au total, cinq médecins généralistes ont pu être rencontrés lors d'un focus group portant sur l'accès aux soins des jeunes et sur le projet PEPS34. En outre huit autres médecins ont participé à des entretiens individuels. Ces médecins se répartissent en neuf hommes et quatre femmes. Neuf sont âgés de plus de 50 ans, les quatre autres ont moins de 50 ans. Dix exercent en milieu urbain et trois en milieu rural.

Il ressort de ces entretiens que l'accès aux soins des jeunes se fait essentiellement sur des problèmes de santé aigus d'une part, sur les questions d'accès à la contraception pour les jeunes femmes, d'autre part.

« soit on les voit pour des infections aiguës, intercurrentes, des viroses ce genre de choses, la petite traumato et les certificats »

« les étudiants garçons on les voyait moins que les filles, en raison des problèmes de contraception, du suivi gynéco »

Pour les médecins rencontrés, il s'agit d'une population qui est peu stable et qui va consulter auprès de professionnels différents selon le moment et le lieu où ils ont besoin de soins.

« une fois chez l'un une fois chez l'autre et qu'on les revoit très rarement »

« ceux qui partent à Paris ou à Lyon, on les voit pendant les vacances »

De ce fait, un suivi régulier est plus difficile auprès de cette population qu'auprès du reste de leur patientèle.

« ils sont moins assidus c'est évident »

« ils vont pas venir alors qu'il faudrait qu'ils viennent »

Ils notent également que ces jeunes sont souvent désemparés face au système de santé, sans très bien savoir comment s'y repérer et vers qui se tourner selon le problème de santé qui se présente.

« c'est les changements de situations qui sont plus difficiles à gérer parce que la carte vitale est pas à jour »

Sur le plan des pathologies présentées, aucun élément particulier ne ressort à part un niveau de stress et d'anxiété qui apparaît plus important (et croissant dans le temps) auprès des jeunes et notamment des étudiants.

« toute la pathologie courante, pas mal de prévention, de vaccination, de médecine du sport, c'est très variable, y'a la pathologie courante ORL ou digestive »
« y'a les stress des examens, les certificats, (...) les crises d'angoisse »
« et ce que je vois apparaître le plus chez les étudiants c'est l'anxiété qui sont hypocondriaques »

La question des obstacles à l'accès aux soins porte principalement sur la difficulté à mettre en place un tiers-payant avec les organismes d'Assurance maladie du régime étudiant.

« la [...] c'est catastrophique parce que le tiers-payant ça marche pas avec eux, ou pratiquement pas, donc c'est vraiment le groupe de personnes avec lequel j'ai le plus de problèmes pour faire des tiers-payants »

Ils notent le nombre important d'impayés de la part de l'une ou l'autre des deux caisses en cas de tiers-payant et préfèrent, dans certains cas, ne pas faire payer la consultation par l'étudiant, si celui-ci ne peut pas avancer le montant dû, plutôt que de mettre en place un tiers-payant.

« je préfère faire un acte gratuit plutôt que de perdre du temps à écrire à la [...] »

Ils soulignent également les délais particulièrement longs d'instruction par les caisses du régime étudiant des dossiers de demande de prise en charge à 100 % dans le cadre des affections de longue durée.

« avec la [...] enfin il peut crever sur place l'étudiant (...) le fait qu'ils soient à la sécu et pas à la [...] les jeunes quand même ça facilite la vie »

Pour les médecins rencontrés, la mise en place d'un tiers-payant est un élément facilitateur de l'accès aux soins et devrait permettre une prise en charge et un suivi de meilleure qualité de cette population.

« je pense que tout ce qui vient faciliter l'accès aux soins et tout ce qui vient éviter une contrainte dans le cas présent financière, c'est quelque chose de bon pour une prise en charge dans le cas de la santé »

Par contre, ce tiers-payant doit être intégral et porter aussi bien sur la partie obligatoire que sur le ticket modérateur pour les personnes disposant d'une couverture complémentaire.

« le tiers-payant AMO, oui moi ça faciliterait la prise en charge sur les étudiants et un tiers-payant total moi je suis pas contre mais va falloir vraiment simplifier le système »

Il doit également être généralisé à l'ensemble des professionnels de santé pour faciliter la lisibilité du dispositif par l'ensemble des usagers. En se basant sur l'expérience liée à la mise en place de la CMUc, ces professionnels estiment que la mise en place d'un tiers-payant n'est pas un dispositif inflationniste en termes d'accès aux soins, mais permet d'avoir une prise en charge plus précoce et plus efficace des problèmes de santé rencontrés pouvant même se traduire par des économies de santé.

« on a montré que ça a peut-être été inflationniste mais relativement puisque les patients concernés limitaient leur soins avant donc ils ont rattrapés leur niveau de soins habituel »

Effets induits

L'expérimentation a permis de renforcer les collaborations qui s'étaient déjà mises en place entre la CPAM de Montpellier et la MLJAM. En effet, le constat avait déjà été fait en amont – et a été renforcé par l'expérimentation – qu'un nombre important de jeunes en insertion avaient des difficultés (avérées ou potentielles) pour accéder à leurs droits dans le domaine de la santé. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'une absence de mise à jour suite à un changement de situation (passage du statut d'ayant droit de ses parents au statut bénéficiaire, changement de régime...). Des formations des conseillers en insertion par le service « Relations partenaires » de la CPAM avaient été mises en place ainsi qu'un accès internet permettant la mise à jour des dossiers des jeunes en insertion. Il s'avère cependant à l'usage que, le plus souvent, il s'agit de situations complexes que les conseillers en insertion ont des difficultés à régler malgré la formation reçue. Pour pallier à ces difficultés, les conseillers de la MJAM ont maintenant un accès facilité au service « relations partenaires » pour régler plus rapidement ces situations complexes.

Gouvernance et coordinations d'acteurs

L'expérimentation mise en œuvre a permis de faire se rencontrer régulièrement des acteurs intervenant sur la question de l'accès aux droits et l'accès à la santé et aux soins des jeunes sur le territoire Montpelliérain. Les échanges tout au long du projet ont permis d'aborder de façon approfondie les différents aspects de l'accès aux droits des jeunes dans le domaine de la santé. Il a permis également de faire évoluer les représentations sur cette question : si au départ les freins à l'accès aux soins étaient perçus comme reposant essentiellement sur les difficultés à faire l'avance de frais pour des consultations médicales, il est apparu que la question de la continuité des droits à une période où les jeunes sont dans des situations changeantes était sans doute la plus importante. Comme déjà indiqué, cette prise de conscience a abouti à renforcer les collaborations entre les organismes de protection sociale – et notamment la CPAM – et les acteurs en contact régulier avec les jeunes pour mettre en place des organisations permettant de répondre à de telles questions lorsqu'elles se posaient.

Lors d'une rencontre organisée en février 2014 et rassemblant les différents partenaires qui s'étaient mobilisés autour de cette expérimentation, il apparaissait que, tant pour la MEP que pour la LMDE, ce projet était arrivé dans une bonne temporalité par rapport aux questions qu'ils se posaient sur l'évolution de l'accès aux soins des jeunes. Il ressortait également que l'approche transversale choisie pour la mise en œuvre de ce projet et associant différentes catégories d'acteurs était une voie intéressante pour traiter ces questions : en effet, il apparaît le plus souvent, et notamment, pour les acteurs de la MLJAM, que les questions d'accès aux soins et à la santé sont avant tout des questions plus larges d'accès aux droits sociaux. Le constat était également fait que si la question de l'accès aux droits pouvait se poser à tous les âges de la vie, ceux-ci sont particulièrement concentrés chez les jeunes à une période de leur vie qui se caractérise par de multiples changements de situation liés au passage à l'âge adulte et à la prise d'indépendance par rapport aux parents.

Tous ces éléments qui ont pu être discutés ont permis de mettre en place sur le territoire de Montpellier un réseau informel permettant de résoudre plus facilement les difficultés d'accès aux soins. Il faut noter que ce réseau informel est basé sur une bonne connaissance mutuelle des acteurs et des contraintes auxquelles ils sont amenés à faire face, chacun dans leur domaine. La coordination entre acteurs pour participer ensemble au forum santé jeunes organisé par la ville en est un exemple, sachant que cette participation commune s'est renouvelée en dehors du cadre propre au projet PEPS34.

Il faut noter également que la rencontre, dans le cadre du projet PEPS34 des mutuelles étudiantes et des médecins généralistes, a permis de rendre effectif l'accès au tiers-payant des étudiants qui s'adressent à la maison médicale de garde de Montpellier, seule catégorie d'assurés sociaux qui devaient faire l'avance de frais jusqu'alors.

Conclusion de la partie et mise en perspective

Le projet mis en œuvre a permis de pointer du doigt la complexité de la question de l'accès aux droits dans le domaine de la santé, particulièrement au moment du passage à l'âge adulte et les effets néfastes que cela peut avoir sur l'accès aux soins avec un niveau élevé de renoncements aux soins pour raison financière. On retrouve là des constats qui avaient prévalu à la mise en place de la couverture médicale universelle complémentaire pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Si les difficultés à obtenir l'adhésion d'un nombre suffisant de jeunes au projet et de les faire participer aux enquêtes successives limitent les possibilités d'analyse sur une partie des critères d'évaluation, des résultats ressortent de ce projet :

- la mise en place d'un tiers-payant auprès de jeunes permet d'augmenter leur recours aux consultations en médecine générale par rapport à un groupe témoins. Cette augmentation se traduit effectivement par un recours plus accru aux consultations en tiers-payant ;
- une tendance similaire mais n'atteignant pas le seuil de significativité apparaît pour les soins dentaires ;
- les éléments recueillis en marge de l'évaluation de ce projet montrent que la mise en place d'un tiers-payant est perçue favorablement par les différents acteurs concernés à condition qu'elle puisse porter aussi bien sur la partie obligatoire que sur la partie complémentaire ;
- il ressort également que les problèmes d'accès aux soins de cette population se concentrent plus sur des questions d'accès aux droits. De ce fait, parallèlement à la mise en place d'un tiers-payant, une réflexion devrait être menée pour permettre une simplification de l'accès à une couverture médicale de base et complémentaire en France. Ce dispositif doit être rendu plus lisible aussi bien pour les professionnels œuvrant auprès des jeunes que pour les jeunes eux-mêmes. Il doit en particulier éviter les périodes de rupture de droits.

Les résultats de cette expérimentation, même avec les limites rencontrées, en facilitant l'accès aux soins des jeunes, apportent des éléments pouvant conforter les dispositifs qui sont en train de se mettre en place ou qui vont être généralisés prochainement :

- depuis mi-février 2013, les jeunes de 18 à 25 ans bénéficient d'un tiers-payant pour la part obligatoire, suite à la conclusion d'un protocole local de dispense d'avance de frais négociés entre l'Assurance maladie et les représentants des médecins. Ce dispositif affiche comme objectif principal de faciliter l'accès aux soins des jeunes ;
- plus récemment, le 24 juin 2014, lors de la présentation des grandes mesures de la future loi de santé, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé la généralisation d'ici à 2017 du tiers-payant lors des consultations en soins ambulatoires. Cette mesure a pour objectif principal de lever les obstacles financiers à l'accès aux soins.

2. Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage

i. Caractère expérimental du dispositif évalué

Un dispositif de tiers-payant proposé à une population définie uniquement sur des critères d'âge n'avait pas encore été expérimenté localement. Des dispositifs ponctuels de tiers-payant avaient été préalablement mis en place par le régime général pour certaines catégories de population, notamment celles en difficultés sociales mais ne relevant pas du cadre de la CMUc. Les évaluations de ces actions étaient restées limitées et portaient plus sur des éléments de processus que sur des résultats. Ces expérimentations n'avaient pu être pérennisées, principalement du fait de l'absence de cadre réglementaire le permettant. Cependant, ces dispositifs avaient permis de sensibiliser et de familiariser les praticiens exerçant sur ou autour de Montpellier avec des dispositifs de tiers-payant sur la part obligatoire en dehors du cadre de la CMUc et de l'aide à la complémentaire santé.

La réalisation, à l'initiative du Conseil régional, de l'enquête santé jeunes en 2007-2008 en Languedoc-Roussillon, mobilisant aussi bien les services de médecine préventive universitaire que les missions locales d'insertion a permis d'objectiver les obstacles à l'accès aux soins des jeunes. Il faut ajouter à cela les collaborations existantes entre l'IREPS et les organismes de protection sociale – régime général et régime étudiant – sur la question de l'accès aux soins. L'ensemble de ces éléments a permis de disposer des éléments nécessaires pour le montage et la mise en œuvre de ce projet dans un cadre expérimental. Une telle mobilisation des acteurs autour de cette question ne se retrouve sans doute pas sur d'autres territoires.

Si une telle mobilisation était nécessaire afin de pouvoir mettre en œuvre le dispositif d'évaluation du dispositif (recrutement des jeunes volontaires pour cette expérimentation et recueil régulier de données auprès d'eux), ceci n'apparaît pas nécessaire dans le cadre de la transposition de l'expérimentation – sans évaluation – à d'autres territoires.

ii. Caractère transférable du dispositif et changement d'échelle

Représentativité du terrain, des acteurs et du public bénéficiaire

Les caractéristiques principales du terrain d'expérimentation ont été présentées dans les parties précédentes. On peut regrouper ici les principaux éléments caractérisant ce terrain expérimental et le public qui en a bénéficié :

- les collaborations entre le porteur de projet, l'IREPS LR, et l'évaluateur, le CREA-ORS Languedoc-Roussillon sont anciennes. Différents travaux sur des thèmes différents ont déjà été menés en commun par les deux structures permettant de jouer sur la synergie entre les deux structures, une ayant une expertise dans la promotion de la santé et l'autre dans l'observation de la santé et l'évaluation. Il faut également

souligner que l'IREPS LR participait au comité de pilotage qui a accompagné la réalisation du diagnostic santé jeunes de 2007-2008 par l'ORS-LR à la demande du Conseil régional ;

- des habitudes de travail, soit de l'IREPS-LR, soit du CREA-ORS Languedoc-Roussillon, soit des deux, avec les autres partenaires mobilisés autour de ce projet existaient également ;
- le terrain d'expérimentation, à savoir l'agglomération de Montpellier, est caractérisé par l'importance de la population étudiante du fait de l'implantation de trois universités et de nombreux établissements d'enseignement supérieur sur son territoire. De plus, les phénomènes de précarité sont importants sur Montpellier et font que le public de la MLJAM est également important. De ce fait, les acteurs de santé du territoire sont particulièrement sensibilisés à la question de l'accès aux soins des jeunes. Il est important de noter qu'une part non négligeable de ces acteurs est en faveur de la mise en place d'un tiers-payant pour faciliter l'accès aux soins de ville ;
- une mobilisation plus forte des jeunes ayant des difficultés d'accès aux soins pour participer à l'expérimentation.

Contexte expérimental

Le contexte expérimental incluant une évaluation de l'action a forcément eu un impact sur l'expérimentation. Cet impact peut être décrit à plusieurs niveaux :

- un dispositif de tiers-payant généralisé à une catégorie de population, les jeunes en général, ne nécessiterait pas d'obtenir leur consentement d'une part, la réponse à des questionnaires d'évaluation, d'autre part. Ces contraintes liées au protocole d'évaluation ont forcément limité la participation des jeunes au dispositif qui, nous l'avons vu, est restée assez limitée ;
- les difficultés rencontrées pour obtenir les avis du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ont également été un facteur limitatif pour cette expérimentation, entraînant une démobilitation des acteurs pendant près d'une année. Ce facteur ne devrait pas être retrouvé dans un autre contexte ;
- il est clair que le dispositif proposé a retenu plus l'attention des personnes ayant des difficultés d'accès aux soins. Les taux de renoncement aux soins observés dans la population touchée par l'expérimentation sont à des niveaux beaucoup plus élevés qu'attendus ou que ceux observés auprès de populations similaires. De ce fait, les effets que nous avons observés sont sans doute amplifiés par rapport aux résultats qu'on pourrait attendre auprès d'une population plus large. En revanche, ce type de mesure a comme objectif de limiter les freins à l'accès aux soins et cible plus particulièrement les personnes qui rencontrent de telles difficultés, correspondant peu ou prou à celles que nous avons pu observer. Ceci est renforcé par le niveau de précarité sociale plus élevé des étudiants inclus dans l'expérimentation comparativement à ceux enquêtés en région à la même époque ;
- il faut noter également que les témoins qui ont accepté de participer à l'expérimentation se sont particulièrement sentis concernés par le projet. Cela se

traduit par un taux de réponse au questionnaire intermédiaire et au questionnaire final équivalent à celui observé chez les bénéficiaires du tiers-payant alors qu'on aurait pu s'attendre à ce qu'il soit plus faible. Est-ce que cela a eu une influence sur leurs comportements de recours aux soins sur la période d'observation ? Le recueil d'information réalisé ne permet pas de répondre à cette question. Cependant, on peut penser que, vu la durée du suivi (près de deux ans pour la plupart des jeunes), cela a eu peu d'effet. De plus, l'analyse de la consommation de soins finale porte sur une période commençant souvent plus de six mois après l'inclusion dans le dispositif.

Transférabilité du dispositif

La question de la transférabilité a évolué avec les évolutions des orientations politiques en cours d'expérimentation. Comme cela a été indiqué, nous nous situons maintenant dans un contexte où la généralisation du tiers-payant pour l'ensemble des soins de ville a été annoncée comme une mesure forte du projet de loi de santé publique en cours d'élaboration et qui sera discuté au Parlement fin 2014 – début 2015.

Les résultats trouvés sur l'évolution de l'accès aux soins et qui montrent que celui-ci est favorisé par le tiers-payant, sont en faveur de la généralisation de ce dispositif. Cependant, il ressort de l'expérimentation que plusieurs éléments doivent accompagner cette généralisation :

- travailler simultanément la question de l'accès aux droits dans le domaine de la santé en facilitant pour les usagers le maintien des droits sans démarche administrative complexe en cas de changement de situation ;
- faire en sorte que le tiers-payant puisse porter de façon transparente pour les usagers et les professionnels, aussi bien sur la partie des soins couverts par un régime obligatoire d'Assurance maladie que sur celle pouvant relever d'une couverture complémentaire.

CONCLUSION GENERALE

Le projet PEPS34 avait comme objectif de mesurer si la mise en place d'un tiers-payant auprès de jeunes permettait de faciliter l'accès aux soins de cette population en diminuant les renoncements aux soins pour raison financière.

Dans sa réalisation, il s'est heurté à l'intérêt limité des jeunes pour ces questions, celles-ci apparaissant secondaires pour eux par rapport à celles concernant leur accès à la formation, à l'emploi ou au logement. De ce fait, les possibilités de montrer un effet de l'expérimentation ont été limitées.

Si les effets observés sur l'évolution des renoncements aux soins n'apparaissent pas significatifs en lien avec des effectifs de jeunes inclus et suivis insuffisants, des effets ont pu être montrés sur la consommation de soins à partir des données extraites des bases des régimes d'Assurance maladie partenaires (CPAM, LMDE et MEP). Ainsi, les jeunes ayant bénéficié d'un tiers-payant sont allés, en moyenne, plus souvent consulter un médecin généraliste pendant l'expérimentation que les jeunes témoins. Les consultations en tiers-payant d'un médecin généraliste ont été, en moyenne, plus de deux fois plus nombreuses chez les jeunes ayant bénéficié de l'expérimentation que chez les témoins. Ces différences sont statistiquement significatives. Une tendance similaire, mais n'atteignant pas le seuil de significativité statistique, est également trouvée pour les soins dentaires qui seraient plus fréquents pendant l'expérimentation chez les bénéficiaires par rapport aux témoins.

On peut donc penser qu'une généralisation du tiers-payant – aux jeunes, tel que cela est le cas depuis un an dans le département du Gard et à l'ensemble de la population d'ici 2017 tel que prévu par le projet de loi de Santé publique – est un élément qui peut être effectivement facilitateur pour l'accès aux soins, en limitant les freins liés à l'avance de frais.

Par contre, il ressort de l'expérimentation que cette mesure ne peut suffire à elle seule. La complexité du dispositif d'Assurance maladie avec un nombre important de régimes correspondant à des situations différentes est à elle seule un frein important à l'accès aux soins. Les changements de situation des jeunes, qui sont fréquents à cette période où ils prennent leur indépendance par rapport à leurs parents, peuvent entraîner sans qu'ils s'en rendent compte des ruptures de droits et des difficultés à ce que leurs soins soient pris en charge. L'expérience accumulée auprès du public des jeunes en insertion suivis dans le cadre de ce projet montre que ce facteur peut être plus important que le seul obstacle financier dans l'accès aux soins.

Pour qu'un tiers-payant puisse produire l'ensemble de ses effets facilitateurs sur l'accès aux soins, il est également important qu'il puisse porter aussi bien et de façon transparente pour les usagers et les professionnels de santé, sur la partie obligatoire que sur le ticket modérateur quand une couverture complémentaire existe.

Les éléments de la littérature pointent le facteur limitant de l'avance de frais sur l'accès aux soins et ses effets néfastes sur l'état de santé de la population. Cette expérimentation apporte des éléments pour confirmer que la mise en place d'un tiers-payant peut faciliter l'accès aux soins.



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Desmartin-Belarbi V, Ruiz I, Ledésert B, Boulahtouf H, Casu C. Un diagnostic régional sur la santé des jeunes de 16 à 25 ans – comparaison par genre, public et niveau de qualification. Observatoire régional de la santé Languedoc-Roussillon, Janvier 2009, 35 p + annexes.
- [2] Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Economie Publique*, 2012 ; 28-29 : 123-147.
- [3] Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste ? *Questions d'économie de la santé* n° 27, mars 2000.
- [4] Guthmuller S, Jusot F, Renaud T, Wittwer J. Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. *Questions d'économie de la santé* n° 195, février 2014.
- [5] Sass C, Moulin JJ, Guéguen 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. *BEH* (14) 2006 ; 93-6.
- [6] Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briancon S. Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. *SANTE PUBLIQUE*, n° 1, 1997/03, 35-44.
- [7] Desmartin-Belarbi V, Martinez N, Boulahtouf H, Ruiz I. Étude sur la santé des 15-25 ans en région Languedoc-Roussillon. Situation 2012-2013 et évolutions 2007-2012. CREA-ORS Languedoc-Roussillon, Mai 2013, 202 p.
- [8] Beck F, Richard JB (dir). Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.



Annexes

Annexe 1 : Score EPICES

Sass C, Moulin JJ, Guéguen 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. BEH (14) 2006 ; 93-6.

N°	Questions	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	Êtes-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	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Êtes-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	

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

Annexe 2 : Échelle de santé de DUKE

Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briancon S. Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. SANTE PUBLIQUE, n° 1, 1997/03, 35-44.

Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas ...

	<i>C'est mon cas</i>	<i>C'est à peu près mon cas</i>	<i>Cela n'est pas mon cas</i>
	2	1	0
Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au fond, je suis bien portant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis content(e) de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'enquête :			
- vous auriez du mal à monter un étage à pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours :			
- vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous avez été triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous avez été tendu(e) ou nerveux (se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous avez eu des activités soit de groupe soit de loisir comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'au cours des huit derniers jours :			
- vous avez du rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 3 : Grille d'entretien avec les médecins généralistes

- 1) Pouvez-vous nous parler de votre expérience avec la santé des étudiants ?
 - a) Comment les prenez-vous en charge ?
 - b) Avez-vous rencontré des difficultés en soignant des étudiants ?
 - c) Comment y remédiez-vous ?
- 2) Et sur les jeunes en général ?
- 3) Que pensez-vous du tiers-payant en général ?
 - a) et sur les étudiants ?
 - b) Pratiquez-vous le tiers-payant sans la carte ? Quel impact cela a-t-il sur votre prise en charge des étudiants ?
 - c) Quand vous faites le tiers-payant aux étudiants, sur quels critères vous basez-vous ?
- 4) Avez-vous entendu parler du projet PEPS 34 ?
 - a) Avez-vous eu des étudiants en tiers-payant (faisant partie de ce projet) ?
 - b) Si non, que pensez-vous de ce projet ?
- 5) Au final, pensez-vous que ce tiers-payant faciliterait votre prise en charge des étudiants ?



Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative
Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

95, avenue de France 75 650 Paris Cedex 13

Téléphone : 01 40 45 93 22

<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>