

## Mesurer le renoncement aux soins pour raisons financières : quel impact de la formulation ?

Renaud Legal, Augustin Vicard

**Mots clés** : inégalités socio-économiques de santé, renoncement aux soins, *framing effect*

Le renoncement aux soins pour raisons financières est de plus en plus mobilisé pour apprécier l'accessibilité financière aux soins des systèmes de santé, en complément des mesures habituellement utilisées (reste à charge, taux de recours, dépenses moyennes...)¹.

En France, outre les nombreux sondages d'opinions qui interrogent régulièrement les individus sur le phénomène, deux sources officielles permettent de suivre en routine le renoncement aux soins : l'enquête Statistique sur les Ressources et les Conditions de Vie (SRCV) conduite chaque année par l'INSEE et l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) réalisée tous les deux ans par l'IRDES. Les données de l'enquête SPS sont mobilisées en routine par le ministère pour le suivi du phénomène (au travers de l'indicateur dédié du programme qualité et efficience, en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale). Les taux de renoncement, ainsi que les formulations des questions de renoncement aux soins varient parfois de manière importante entre ces différentes sources (Boisguérin, 2012), sans qu'il soit possible d'isoler l'impact de la formulation, d'autres éléments variant d'une enquête à l'autre : autres questions du questionnaire, place dans le questionnaire, mode de collecte, tirage de l'échantillon...

L'objet de cette communication est de proposer une mesure non biaisée de l'*effet propre* de la formulation sur le renoncement aux soins, pris globalement et décliné par types de soins. Cette mesure est obtenue à partir d'une technique de *split sample*, particulièrement indiquée pour ce genre d'exercice, qui consiste à comparer les réponses de plusieurs sous-échantillons de répondants soumis à différents jeux de formulation, ces sous-échantillons ayant été constitués aléatoirement. Dans un deuxième temps, la possibilité d'un effet différencié selon les sous-populations sera testée à l'aide d'une analyse toutes choses égales par ailleurs.

L'étude s'appuie sur le baromètre d'opinion de la DREES. Il s'agit d'une enquête de suivi de l'opinion des Français sur leur santé, la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion) et les inégalités. Commandé par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), il est réalisé par l'institut BVA depuis 2004. L'enquête est effectuée en octobre-novembre, au domicile des enquêtés, auprès d'un échantillon d'environ 4 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de plus de 18 ans. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par grande région et catégorie d'agglomération).

A l'occasion de l'édition 2013 du baromètre, des questions sur le renoncement aux soins ont été introduites dans le questionnaire. Plus précisément, afin d'étudier l'impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins, l'échantillon de 4 000 répondants a préalablement été divisé aléatoirement en 4 sous-échantillons de 1 000 personnes (*split sample*), chacun de ces sous-échantillons étant lui-même représentatif vis-à-vis des quotas. A chaque sous-échantillon correspondait un jeu spécifique de formulation des questions sur le renoncement, tout le reste (mode d'interrogation, autres questions du questionnaire, consignes aux enquêteurs...) étant parfaitement identique entre les 4 sous-échantillons.

Finalement, le mode opératoire retenu nous permet bien de mesurer l'effet propre de la formulation et d'isoler l'effet de la formulation des autres effets également susceptibles d'influencer la mesure du phénomène.

---

¹ Les mesures de reste à charge aussi intéressantes soient-elles, ne sont calculables que sur les individus ayant recouru aux soins. De fait, elles sont donc potentiellement biaisées. Par ailleurs, dans la mesure des inégalités sociales d'accès aux soins, la comparaison des taux de recours ou des dépenses moyennes entre sous-groupes sociaux peut indiquer qui consomme plus ou moins, mais difficilement qui ne consomme pas assez au regard de ses besoins. Cela supposerait de pouvoir observer correctement les besoins des individus. Or la mesure des besoins de soins pose en pratique de redoutables difficultés : besoins au regard de quoi ? Évalués par qui ?