

DREES MÉTHODES

N° 10 • août 2023

La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions

**Suivi dans le temps et impact de la formulation
des questions sur la mesure du renoncement aux
soins**

Aude Lapinte

La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions

Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins

Aude Lapinte

Remerciements : Catherine Pollak et Rosalinda Solotareff pour leurs conseils avisés ; Mathilde Gaini, Benoît Ourliac et Elisabeth Fery-Lemonnier pour leur relecture attentive du document.

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

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

Agir pour limiter le renoncement aux soins de la population est primordial pour assurer une bonne prise en charge des besoins en santé ; dès lors que le renoncement aux soins est lié aux caractéristiques sociodémographiques des personnes, notamment leur niveau de vie, c'est aussi un levier important pour réduire les inégalités de santé. Le déploiement de politiques publiques qui ont cet objectif doit être accompagné d'indicateurs de suivi pour évaluer l'efficacité et l'efficience des mesures introduites. En 2020, d'après l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de l'Insee, 4,4 % de la population déclare avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont 2,0 % pour raison financière. Ce taux est plus de deux fois plus élevé qu'en 2019, mais n'est cependant pas comparable du fait d'un changement de formulation de la question dans l'enquête. Le taux de renoncement aux soins d'une population est en effet un indicateur construit à partir des réponses d'enquêtés à des questions subjectives, qui reposent non seulement sur des interprétations individuelles du vocabulaire retenu tels que « besoin », « soin » ou encore « renoncement », mais également sur des tournures de questions différentes entre les enquêtes qui donnent lieu à des interprétations qui ne sont pas toujours équivalentes. La mesure du renoncement est particulièrement sensible à la formulation de la question.

Les reformulations régulières de la question dans les différents millésimes d'une même enquête – et entre enquêtes – s'appuient sur des recommandations d'Eurostat ou sur des travaux montrant les limites de la question. Elles sont donc justifiées dans un objectif de mieux appréhender le phénomène, mais engendrent des ruptures de séries qui viennent brouiller la mesure des évolutions du renoncement aux soins dans le temps. Cette étude estime plus précisément l'effet des formulations sur les réponses en prolongeant les travaux de Legal et Vicard (2015). Ceux-ci révélaient que les taux peuvent varier de 15 points selon la formulation et alertent sur le fait que le suivi dans le temps n'est pas possible dès lors que, sur la période d'observation, la formulation de la question change. Les données permettent, néanmoins, pour une année donnée ou une période à formulation stable, d'établir des comparaisons entre sous-populations ou entre type de soins.

Ces travaux, d'une part, présentent les niveaux de l'indicateur obtenu dans SRCV et dans l'enquête santé européenne (EHIS, réalisée en collaboration par la DREES, l'Insee et l'Irdes), qui sont les deux grandes enquêtes en population générale traitant de cette question et, d'autre part, mettent en évidence les ruptures de séries en lien avec les changements de formulation.

Afin de tester l'effet des différentes formulations sur le taux de renoncement, le sujet a été introduit ponctuellement dans l'édition 2019 du Baromètre d'opinion. Quatre sous-échantillons (split sample) des personnes interrogées ont été constitués aléatoirement, avec une formulation différente de l'interrogation sur le renoncement aux soins dans chaque échantillon. Selon les échantillons, le taux de renoncement varie entre 7,7 % et 18,8 % (soit un rapport à de 1 à 2,4) soulignant l'extrême sensibilité de la mesure à la formulation de la question.

En outre, les effets de formulation sur le fait de déclarer avoir renoncé à au moins un soin ne sont pas les mêmes selon les caractéristiques individuelles. En effet, selon les groupes sociaux, l'impact d'un changement de formulation peut être plus ou moins marqué sur le fait de déclarer renoncer. Ainsi, le rapport entre le renoncement des 20 % les plus modestes et celui observé sur l'ensemble de la population varie entre 1,6 à 2,0 selon la formulation. Les écarts entre groupes sociaux ne sont pas affectés mais leur ampleur varie avec la formulation.

Les échantillons du Baromètre sont bien équilibrés sur les différentes caractéristiques sociodémographiques, néanmoins les effectifs croisés font ressortir des différences. Ces écarts de structure pourraient avoir des effets différents sur le fait de renoncer et donc sur les taux calculés sur chaque sous-échantillon, indépendamment de la formulation retenue. Ainsi, une analyse « toutes choses égales par ailleurs » montre que la formulation choisie peut influencer la probabilité de déclarer avoir renoncé à des soins dans un rapport de 1 à 3,2.

Pour finir, la fourchette de taux provenant des différents sous-échantillons du Baromètre d'opinion (7,7 % et 18,8 %) est sensiblement au-dessus des taux estimés dans SRCV (entre 3,1 % et 4,4 %), pour des questions pourtant formulées de la même manière. Cela montre que, au-delà même des formulations choisies, l'ensemble du protocole d'enquête peut jouer sur la mesure.

En conclusion, le taux de renoncement ne doit pas être interprété en niveau. Il doit s'analyser en évolution ou en comparant des sous-populations entre elles. En outre, le suivi longitudinal du taux de renoncement doit se faire à formulation stable, mais aussi avec des enquêtes réalisées dans des conditions similaires. L'analyse des écarts entre sous-populations apparaît également sensible à des changements de formulations, même si la hiérarchie des taux de renoncement ne semble pas affectée.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
■ UNE COMPARABILITÉ ENTRE SOURCES ET DANS LE TEMPS RENDUE COMPLIQUÉE PAR DES FORMULATIONS DIFFÉRENTES.....	3
Des formulations qui divergent entre sources.....	4
Des ruptures de série au sein d'une même source	4
Des questions qui changent de formulation pour gagner en précision ou répondre à des recommandations européennes.....	6
■ MOBILISATION DU BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES POUR ESTIMER LES EFFETS DE LA FORMULATION SUR LE RENONCEMENT.....	7
Introduction de quatre formulations différentes	7
Le taux de renoncement varie selon un rapport de 1 à 2,4 selon la formulation retenue	8
Les déterminants sociaux du renoncement aux soins varient selon la formulation adoptée ..	9
En contrôlant des caractéristiques individuelles, le taux de renoncement mesuré est jusqu'à trois fois plus élevé selon la formulation retenue.....	12
■ CONCLUSION ET PRÉCONISATIONS	15
■ POUR EN SAVOIR PLUS	16
Annexe 1. Les différentes formulations dans les enquêtes EHIS et SRCV et dans le Baromètre.....	17
Annexe 2. Taux de renoncement obtenus selon les différentes formulations retenues dans le <i>split sample</i> du Baromètre DREES 2019 en lien avec celles de SRCV	20
Annexe 3. Structure des échantillons du Baromètre de la Drees.....	22

■ INTRODUCTION

Parce qu'elles risquent de générer des inégalités de santé entre les groupes sociaux et les territoires ou de les aggraver, les difficultés d'accès aux soins représentent un enjeu central dans la stratégie nationale de santé. Ces difficultés peuvent être le résultat d'une insuffisance de l'offre de soins, liée au nombre et à la répartition géographique des professionnels de santé au regard des besoins de la population, mais aussi à des barrières individuelles, notamment financières. Le fait de renoncer à des soins a souvent des causes multiples mais le renoncement pour motif financier est généralement la mesure qui est retenue comme indicateur, en parallèle notamment de la mise en place de politiques publiques pour faciliter l'accès aux soins des populations les plus précaires, en réduisant notamment leur reste à charge. On pense aussi au renoncement lié aux difficultés d'accès aux professionnels de santé, qu'elles soient la conséquence de délais d'attente trop longs ou d'un éloignement géographique.

Depuis les années 2000, les pouvoirs publics ont cherché à faciliter l'accès aux soins de la population, en limitant les restes à charge et le renoncement aux soins des ménages, notamment pour contraintes financières¹. Pour évaluer l'efficacité et l'efficience des mesures introduites, celles-ci sont accompagnées d'indicateurs de suivi, qui sont notamment étudiées dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté².

Un exemple récent de politique publique qui vise à faciliter l'accès aux soins et à limiter le reste à charge de biens chers est la mesure du « 100 % santé », dont le plein déploiement date de janvier 2021. Son impact sur le renoncement en dentaire, optique et audiologie doit pouvoir être évalué pour juger de la pertinence de la mesure. Un autre exemple est la mise en place de la complémentaire santé solidaire (CSS) à destination des personnes les plus modestes, dont les mécanismes de recours et le profil des non-recourants ont fait l'objet d'études récentes (Caro, Carpezat, Forzy, 2023).

Interroger les individus pour savoir s'ils ont renoncé à des soins permet de mettre en évidence un décalage entre des besoins identifiés et le fait qu'ils n'ont pas pu être satisfaits. Identifier un besoin de soins, puis considérer et déclarer un renoncement sont éminemment liés à des normes qui peuvent varier selon les individus, notamment en fonction de leurs histoires de soins, leurs histoires de vie, leur environnement, leur métier, leur niveau socioculturel (Després et al., 2011). Cette subjectivité induit une variabilité des réponses entre groupes sociaux mais également entre enquêtes aux conditions de collecte différentes.

Cette étude vient compléter les travaux de Legal et Vicard (2015) qui ont mis en évidence l'impact des formulations de la question sur la mesure du renoncement.

¹ On peut notamment citer les mesures pour encourager l'accès à une complémentaire santé, telles que : les dispositifs spécifiques pour les plus précaires (CMU-C, puis ACS, et depuis novembre 2019, la CSS), ou encore la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 (Ani) ; la régulation du marché de la complémentaire santé via l'instauration, par exemple, de plafonds et de planchers de remboursement ou encore la mise en place de prix limite de vente pour certains soins, qui conduit à contrôler le reste à charge en santé et donc à en garantir l'accès au plus grand nombre ; le dispositif 100 % Santé, donnant accès, sans condition de revenu, aux personnes bénéficiaires d'une complémentaire santé à un panier de soin en optique, dentaire et audiologie avec un reste à charge nul.

² [Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr/strategie-nationale-prevention-lutte-contre-pauvrete)

■ UNE COMPARABILITÉ ENTRE SOURCES ET DANS LE TEMPS RENDUE COMPLIQUÉE PAR DES FORMULATIONS DIFFÉRENTES

L'enquête santé européenne EHIS (réalisée en collaboration par la DREES, l'Insee et l'Irdes) et l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee sont les deux grandes enquêtes en population générale qui permettent de mesurer le renoncement aux soins (voir encadré 1). SRCV présente l'avantage d'être une enquête annuelle où les questions sur le renoncement sont posées tous les ans. EHIS vient compléter les données de SRCV sur les questions du renoncement, notamment parce qu'elle aborde des types de soins plus variés. Mais du fait de sa fréquence moins élevée, elle est moins mobilisée que SRCV, en particulier pour calculer des indicateurs globaux de suivi de l'impact de politiques publiques.

Encadré 1 • Les enquêtes EHIS et SRCV

L'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), volet français du système statistique EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) et menée par l'Insee, interroge chaque année un panel de ménages ordinaires résidant en France métropolitaine (France hors Mayotte depuis 2022). Environ 25 000 personnes réparties dans 11 000 ménages répondent à cette enquête dont l'objectif est la production d'indicateurs annuels sur la répartition des revenus, de la pauvreté et de l'exclusion comparables pour les pays de l'Union Européenne. L'enquête recueille notamment des informations sociodémographiques : âge, sexe, revenus, statut d'emploi, catégories professionnelles et composition du ménage ; et également sur le (non) recours aux soins.

L'enquête santé européenne (European Health Interview Survey, EHIS), dont le volet français est porté, selon les millésimes, par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et/ou la DREES, est réalisée désormais tous les 6 ans. En 2014, 23 000 personnes réparties dans 8 000 ménages en France métropolitaine ont été interrogées ; en 2019, 14 000 personnes de 15 ans ou plus ont répondu en France métropolitaine, et un échantillon complémentaire est intégré pour les DROM. Menée tous les 6 ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, cette enquête permet notamment de mesurer l'évolution de l'état de santé des populations et ses déterminants (alimentation, activité physique et sportive, corpulence, tabac, alcool) ou les recours aux soins. Elle permet aussi de positionner la France en Europe au regard de grands indicateurs de santé. En outre, elle éclaire des questions spécifiques au système français d'assurance santé ou au non recours aux soins. Les informations sur la protection sociale et sur les caractéristiques sociodémographiques du ménage sont harmonisées avec celles recueillies dans SRCV.

Les enquêtes en population générale auprès des personnes vivant dans des ménages ordinaires permettent d'identifier le renoncement dans ses multiples dimensions, et pas seulement pour motif financier³. Une insuffisance de l'offre (délais d'attente important, éloignement par rapport aux professionnels de santé) peut, en effet, conduire à des comportements de renoncement. Ces enquêtes offrent aussi la possibilité de mieux comprendre le mécanisme de renoncement par l'introduction de questions complémentaires (le fait de bénéficier d'une complémentaire santé, la nature de la complémentaire, la structure du ménage...). La difficulté qui se pose alors est de savoir comment appréhender le mieux possible ce phénomène et donc comment formuler la question pour qu'elle soit à la fois claire et précise, avec le minimum d'ambiguïté.

Le taux de renoncement mesuré dans les enquêtes est, en effet, le résultat de conventions : période considérée (« douze derniers mois »), nombre d'occurrences (« au moins une fois ») et laisse place à une certaine subjectivité à la fois du fait du choix des termes retenus pour la formulation de la question et dans la compréhension individuelle de ces termes (qu'est-ce qu'un « besoin de soin » ?, différence entre reporter, différer, ne pas avoir recours, renoncer, etc.). C'est pourquoi, l'indicateur a du sens pour comparer des sous-populations entre elles et pour suivre des

³ Une autre façon d'appréhender le renoncement aux soins peut s'appuyer sur le modèle de micro simulation Ines-Omar de la DREES, qui repose sur un appariement entre des données sociodémographiques d'enquête et les remontées du Système nationale des données de santé (SNDS). Il permet de mesurer la consommation de soin de différentes populations en fonction d'un certain nombre de caractéristiques individuelles, notamment l'âge, le niveau de vie, l'état de santé. L'écart entre la consommation que les plus modestes auraient eue sans barrière d'accès aux soins liées au niveau de vie (barrières financières mais également culturelles ou d'accès à l'information) et la consommation des autres ménages à état de santé comparable peut s'en déduire.

évolutions dans le temps. Mais ce suivi dans le temps nécessite de se placer dans un cadre stable en termes de questions.

Des formulations qui divergent entre sources

Ces deux enquêtes présentent des différences dans la manière d'interroger les enquêtés sur le renoncement aux soins entre elles mais aussi selon les millésimes pour chacune d'entre elles (tableau 1 et annexe 1).

D'une part, le vocabulaire retenu n'est pas le même : dans EHIS 2019, par exemple, les termes « renoncer » ou « renoncement » ne sont jamais utilisés. On parle de « retarder des soins » dont la personne a eu besoin ou encore d'avoir eu des « besoins de soins que vous n'avez pas pu vous payer ». L'absence du terme renoncer concerne également la formulation de SRCV entre 2015 et 2019.

D'autre part, ce que l'on cherche à mesurer n'est pas exactement comparable dans SRCV et EHIS. Dans SRCV, le renoncement est considéré dans sa globalité sans distinction de motifs, c'est dans un second temps que l'on cherche à en définir la principale raison. Les modalités alors proposées sont au nombre de huit et seul le principal motif est attendu. Le motif principal n'est *a priori* pas toujours évident à identifier pour le répondant puisque comme le montrent Després *et al.* (2011), le renoncement aux soins repose généralement sur l'imbrication de multiples facteurs.

Dans EHIS, à l'inverse, on appréhende d'emblée le renoncement par son motif et la question est alors déclinée selon trois axes : renoncement du fait de délais d'attente trop longs, du fait d'éloignement géographique au professionnel de santé ou de difficultés d'accès et pour raison financière. Le fait de ne conserver que trois motifs qui peuvent néanmoins, contrairement à SRCV, être cumulatifs, ne permet pas d'appréhender de façon globale le renoncement et complique la comparaison avec SRCV. On peut noter que, dans SRCV 2018, la répartition des différents motifs principaux ne positionne pas en tête les trois raisons retenues dans les questions de EHIS. En effet, la principale raison évoquée est « préférer attendre que les choses s'arrangent pas elles-mêmes » (34 % des réponses), suivi par « ne pas avoir les moyens » (21 %) et « ne pas avoir le temps » (16 %). Les délais trop long et l'éloignement géographique arrivent respectivement en 5^e et 8^e (et dernière) place. Le choix de décliner le renoncement selon ces trois axes dans EHIS se justifie cependant par le fait que ce sont des renoncements subis sur lesquels les pouvoirs publics peuvent essayer de lutter directement en agissant sur l'organisation du système de santé et son financement, contrairement à des obstacles qui sont plus de l'ordre de comportements individuels (par exemple la peur de consulter).

Une autre différence majeure entre ces deux enquêtes concerne le type de soins considérés : dans SRCV, la notion de renoncement porte sur le fait d'aller chez le médecin pour des « examens ou des soins médicaux » ou le dentiste « pour des soins dentaires », sans autre précision. Dans EHIS 2019, en revanche, même si la formulation générale s'approche beaucoup de celle de SRCV : « des consultations, des soins ou examens médicaux », il est précisé ensuite « médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, chirurgiens, ou autres professionnels de santé ». Par ailleurs, des questions spécifiques viennent compléter la première et portent également sur des soins dentaires mais aussi sur des lunettes ou lentilles de contact, des prothèses auditives, des médicaments prescrits ou encore « un suivi psychologique (avec un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre, par exemple) ». Ces questions plus détaillées sur des soins spécifiques relèvent uniquement de soins que le répondant « n'[a] pas pu [se] payer » (renoncement financier).

Les questions du renoncement aux soins d'optique et d'audiologie ne sont pas intégrées dans SRCV. De ce fait, ces indicateurs reposent sur EHIS et ne peuvent être actualisés que tous les 6 ans. La dernière édition de l'enquête permet de connaître le taux juste avant la réforme, en 2019, et la tendance depuis 2014 (avant-dernière édition de l'enquête).

Des ruptures de série au sein d'une même source

En 2020, 4,4 % de la population française âgée de 16 ans ou plus déclarent un besoin d'examen ou de traitement médical au cours des 12 derniers mois qui n'a pas pu être satisfait, d'après l'enquête SRCV (tableau 1). Ce niveau marque une hausse par rapport aux années 2015 à 2019, où une relative stabilité était observée (taux oscillant entre 3,1 % et 4,0 %). Durant ces cinq années, le taux est également sensiblement plus faible qu'en 2014. Ces deux ruptures coïncident avec des changements de formulation entre les questionnaires 2014 et 2015, d'une part, et 2019 et 2020, d'autre part. Il n'est ainsi pas possible de distinguer un effet lié à la formulation d'un effet lié à l'évolution du renoncement.

Ainsi, la structure de la question a évolué : d'une question avec deux modalités (oui/non) en 2014, on passe à une question qui intègre une troisième modalité, à savoir « ne pas être concerné car sans besoin de soin sur la période » (voir Annexe 1 pour formulations précises). Par ailleurs, s'ajoute aussi un changement de vocabulaire : le terme « renoncer » de 2014 n'apparaît plus à partir de 2015 dans la question (seulement dans une des modalités) pour être réintégré en 2020. De plus, le périmètre considéré n'est pas tout à fait similaire : il est question de « voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux » (versus « examen ou traitement médical »).

Tableau 1 • Besoins non satisfaits d'examen ou de traitement médical

En %

	Renoncement tous motifs confondus	Renoncement pour raison financière
2014	4,4	2,3
2015	3,6	0,8
2016	4,0	1,0
2017	3,1	0,8
2018	3,4	0,7
2019	3,1	0,8
2020	4,4	2,0

Note > Deux changements de formulation engendrant une rupture de série interviennent entre 2014 et 2015, puis entre 2019 et 2020.

Champ > Population de France métropolitaine de 16 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.

Source > Enquêtes SRCV (Insee) 2014 à 2020.

L'enquête SRCV interroge aussi les enquêtés sur leur principal motif de renoncement, avec une formulation stable sur les différents millésimes d'enquête. La réponse à cette question rapprochée de la question générale sur le renoncement permet de définir le « renoncement pour raison financière (voir annexe 1). Cet indicateur est affecté par les mêmes ruptures que le renoncement tous motifs confondus entre 2014 et 2015 puis entre 2019 et 2020.

D'après EHIS, le taux de personnes concernées par le renoncement pour motif financier s'élève à 8,5 % de la population en 2014 et à 4,7 % en 2019, soit respectivement 6 et 4 points de plus qu'avec SRCV (tableau 2). Comme pour SRCV, les formulations de EHIS ont, entre 2014 et 2019, évolué⁴, ce qui ne permet pas une comparaison directe entre ces deux années.

Tableau 2 • Des taux de renoncement aux soins pour raison financière (en %) non comparables entre EHIS et SRCV

	Besoins non satisfaits d'examen ou de traitement médical pour raison financière (en %)	
	EHIS	SRCV
2014	8,5	2,3
2019	4,7	0,8

Note > Les résultats portent sur des champs légèrement différents entre EHIS et SRCV. Néanmoins, sur des champs équivalents, les taux bougent d'un chiffre après la virgule tout au plus. Entre 2014 et 2019, la question visant à calculer le renoncement aux soins dans EHIS a été revue ; sur la même période, la question de SRCV a également subi une reformulation (en 2015).

Champ > Population de France métropolitaine de 15 ans ou plus (EHIS 2019), de 16 ans ou plus (SRCV) et 18 ans ou plus (EHIS 2014) vivant en ménage ordinaire.

Source > Enquêtes SRCV (Insee) 2014 et 2019 ; EHIS 2014 et 2019.

Les raisons qui ont conduit à revoir la structure de la question dans SRCV, en 2015 d'abord, puis en 2020, ensuite, sont les mêmes qui ont conduit à la rupture de série entre 2014 et 2019 dans EHIS : pouvoir distinguer les personnes sans besoins de soins et proposer trois modalités de réponse. Les personnes interrogées doivent ainsi

⁴ Au-delà du changement de formulations, on note d'autres différences entre ces deux millésimes :

1. Un champ légèrement différent (18 ans et plus versus 15 ans et plus).
2. Le renoncement en audiologie n'est pas mesuré en 2014.
3. En 2019, la question générale sur le renoncement concerne des « soins ou examens médicaux » suivi d'une liste (médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, chirurgiens, ou autres professionnels de santé), tandis qu'en 2014, le renoncement à une consultation de médecin, sans précision, est complété par le renoncement à des « autres soins ou examens médicaux ».

pouvoir dire si elles ont eu des besoins de soins et, dans ce cas, si elles ont pu ou non y avoir recours, ou si elles n'ont eu aucun besoin de soin sur la période considérée (voir Annexe 1).

Avec SRCV, on observe également entre 2014 et 2019 une forte baisse de l'indicateur : le taux de renoncement pour raison financière est divisé par 3 (passant de 2,3 à 0,8 %). Néanmoins, sur la période 2015-2019, avec une formulation stable, les données de SRCV présentent une stabilité du renoncement autour de 0,8 %. La baisse observée sur EHIS entre 2014 et 2019 est donc probablement la conséquence d'un effet formulation de la question.

Ces constats vont dans le sens des conclusions des travaux de Legal et Vicard (2015). Ils préconisaient de ne pas comparer en niveau des taux de renoncement provenant de sources distinctes, avec des formulations et des conditions de collectes différentes, et de suivre uniquement les évolutions dans le temps du taux de renoncement mesuré à partir d'une même source. Il reste néanmoins possible de comparer les taux de renoncement une année donnée, avec une source donnée, entre différentes catégories de la population et éventuellement, lorsque les informations existent, entre différents postes de soins.

Des questions qui changent de formulation pour gagner en précision ou répondre à des recommandations européennes

Au fil des années, la façon d'appréhender ce concept difficile à définir de façon unanime a évolué. De plus, l'amélioration de l'identification des populations concernées et les contraintes au niveau européen des enquêtes mobilisées pour mesurer le renoncement aux soins (SRCV, EHIS) ont pu être mises en place au détriment d'un suivi dans le temps, rendu impossible à chaque changement de formulation.

Ainsi, à partir de SRCV 2015, une question filtre sur le besoin de soin a été introduite pour que les personnes sans besoin puissent être distinguées de celles qui n'ont pas eu à renoncer tout en ayant identifié des besoins. L'introduction de cette question filtre n'a finalement pas été jugée satisfaisante, car elle a conduit à sous-estimer sans doute les personnes ayant renoncé à des soins. Ainsi, à partir de SRCV 2020, le choix a été fait de revenir à une unique question disposant de trois modalités de réponse.

Dans EHIS, de la même façon, Eurostat préconise de pouvoir différencier l'absence de renoncement, de l'absence de besoin. De plus, il a été choisi de ne plus utiliser le terme de « renoncer » jugé trop éloigné de l'idée d'Eurostat de « *unmet needs* » et de parler de « besoins que le répondant n'a pas pu se payer ».

La formulation utilisée dans SRCV depuis la rupture de série en 2015 et jusqu'en 2019 fait référence au fait d'avoir vu un médecin (comme dans EHIS 2014) mais en précisant « pour des examens ou des soins médicaux » (comme dans EHIS 2019). Le « renoncement » y est, en outre, abordé encore différemment que dans EHIS.

Les ruptures de séries induites par ces reformulations viennent brouiller la mesure des évolutions du renoncement dans le temps. C'est dans un contexte de besoin de suivi dans le temps pour évaluer des mesures de politiques publiques perturbé par des ruptures de série que la DREES cherche à estimer plus précisément l'effet des formulations sur les réponses en prolongeant les travaux de Legal et Vicard (2015). Ceux-ci révélaient que les taux peuvent varier de 15 points selon la formulation et alertent sur le fait que le suivi dans le temps n'est pas possible dès lors que sur la période d'observation, la formulation de la question change. Les données permettent, néanmoins, pour une année donnée ou une période à formulation stable, d'établir des comparaisons entre population ou entre type de soins. Ainsi, quelques soient les périodes étudiées, les soins dentaires atteignent toujours des niveaux de renoncement plus élevés, et les personnes sans complémentaire santé sont toujours beaucoup plus concernées par le renoncement.

Afin de compléter ces travaux, nous avons cherché à identifier la part des écarts imputable au changement de formulation dans SRCV.

■ MOBILISATION DU BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES POUR ESTIMER LES EFFETS DE LA FORMULATION SUR LE RENONCEMENT

Le Baromètre d'opinion de la DREES suit l'opinion des français sur plusieurs sujets tels que la santé, la protection sociale, les inégalités sociales et la cohésion sociale. Les éditions annuelles de l'enquête permettent de suivre l'évolution de l'opinion des français sur ces sujets. Ce sont 3 000 personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine qui sont interrogées chaque année à leur domicile, en face à face, selon la méthode des quotas⁵.

Introduction de quatre formulations différentes

L'édition 2019 du Baromètre d'opinion de la DREES a testé l'effet de quatre formulations sur la mesure du renoncement aux soins (tableau 3 pour les caractéristiques des formulations, annexe 2 pour le détail des formulations). Les formulations introduites dans le Baromètre s'inspirent des différentes formulations, actuelle et passées, des enquêtes SRCV. L'objectif de ce travail est de quantifier l'impact des changements de formulation dans les enquêtes sur le taux de renoncement aux soins. C'est le même protocole que celui qui avait été mis en œuvre dans l'édition 2013 du Baromètre d'opinion de la DREES, exploités pour les premiers travaux de la DREES sur le sujet (Legal et Vicard, 2015).

Tableau 3 • Les formulations retenues dans chacun des sous-échantillons

	Caractéristique de la formulation	Comparable à
Échantillon 1	Question filtre sur le besoin + absence du terme « renoncement » dans la question (seulement dans une des modalités de réponse)	Formulation SRCV 2015 à 2019
Échantillon 2	Pas de possibilité de distinguer les personnes non concernées car sans besoin de soin : une seule question à 2 modalités (oui, a renoncé / non, n'a pas renoncé)	Formulation SRCV jusqu'en 2014
Échantillon 3	3 modalités de réponses (oui/ non/ pas concerné car pas eu de besoin) + le terme « voir un médecin » n'apparaît pas	Formulation à partir de SRCV 2020
Échantillon 4	Comme dans échantillon 3, les 3 modalités apparaissent mais avec le terme « voir un médecin »	Formulation proche de SRCV 2020 en terme de structure de la question, mais vocabulaire différent.

L'échantillon a été divisé en amont aléatoirement en quatre sous-échantillons de taille équivalente (d'environ 750 enquêtés), et chaque groupe a répondu à l'une des quatre formulations (« *split sample* »). Chacun des quatre sous-échantillons est lui-même représentatif de la population générale. À l'exception de cette question sur le renoncement aux soins (et de quelques autres questions également posées sous forme de *split sample*), les conditions de collecte entre ces quatre groupes sont donc complètement comparables : positionnement des questions dans le questionnaire, consignes aux enquêteurs, thématiques générales du questionnaire identiques. Ce mode opératoire permet ainsi de bien mesurer l'effet propre de la formulation et de l'isoler des autres effets également susceptibles d'influencer la mesure du phénomène.

Les quatre formulations testées se rapprochent de celles de SRCV et sont donc plus éloignées de celles d'EHIS. En effet, comme dans SRCV, le renoncement est considéré de façon globale, sans précisions de motif de renoncement.

On retrouve ainsi :

1. la question en deux étapes avec un filtre préalable sur les personnes ayant eu un besoin de soin (SRCV 2015 à 2019), sans le terme « renoncer » ;

⁵ Pour en savoir plus, voir <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-barometre-dopinion-de-la-drees>

2. la formulation de SRCV 2014 (et années précédentes) qui ne distingue pas l'absence de besoin de soin, du fait de ne pas renoncer. C'était également de ce point de vue la logique retenue dans EHIS 2014, où le renoncement est néanmoins abordé en précisant d'emblée le motif ;
3. le passage à trois modalités de réponse (sur le même modèle que EHIS 2019 et SRCV 2020) ;
4. enfin, une variante qui vise à mesurer l'effet du terme utilisé : « renoncer à **voir un médecin** pour des examens ou traitements médicaux » versus « renoncer à des examens ou traitements médicaux ».

Les différentes formulations étudiées ici n'épuisent pas l'ensemble des variantes possibles de formulations des questions relatives au renoncement aux soins pour raisons financières. D'autres formulations existent ou seraient envisageables. Par exemple, dans EHIS 2019, le motif de renoncement est d'emblée intégré dans la question : « Vous est-il arrivé de renoncer à des soins que vous ne pouviez vous payer ... » ; la période de référence pourrait être différente (six derniers mois, dernier trimestre, ...) ; le vocabulaire retenu : « renoncer » pourrait être remplacé par « reporter ou différer ».

Pour se prémunir d'effets de structure sur la mesure du renoncement, on s'est assuré que les quatre sous-échantillons étaient constitués de personnes avec les mêmes caractéristiques sociodémographiques. Pour l'ensemble des variables prises en compte, il y a très peu d'écart entre les quatre échantillons (voir Annexe 3).

Le taux de renoncement varie selon un rapport de 1 à 2,4 selon la formulation retenue

Les taux de renoncement varient entre 7,7 % et 18,8 % selon la façon dont la question est posée dans le Baromètre DREES (tableau 4, colonne *Baromètre*) soulignant l'extrême sensibilité de la mesure à la formulation de la question.

Le taux le plus faible est obtenu lorsqu'on introduit dans le questionnaire un filtre sur le besoin de soin. Il est assez probable qu'une partie des personnes qui ne sont pas allées voir un professionnel de santé sur la période répondent « non » alors même qu'un besoin a pu se faire sentir. La question du besoin peut être comprise comme le fait d'avoir consulté, et les questions suivantes qui précisent ce concept ne sont posées qu'en cas de réponse « oui » à cette question filtre. La formulation de l'échantillon 1 se distingue aussi des trois autres car elle ne contient pas le terme *renoncement/renoncer* mais cherche à identifier des personnes qui n'ont pas reçu de soins à chaque fois qu'elles en ont eu besoin. Le terme *renoncer* laisse suggérer une situation plus tranchée, plus définitive. De ce point de vue, le fait de ne pas utiliser ce terme pourrait inclure davantage de personnes concernées : des personnes qui, sans avoir acté le fait qu'elles avaient renoncé à un soin, n'ont pas consulté au moment où le besoin s'est manifesté. Cette formulation de l'échantillon 1 cumule ainsi deux particularités qui peuvent avoir un effet opposé sur la déclaration.

Lorsque la question ne permet pas de distinguer les personnes n'ayant pas eu de besoins (formulation 2), le taux de renoncement est le plus élevé, soit 2,4 fois plus élevé qu'avec la formulation 1 conduisant au taux le plus faible (question filtre). Avec cette formulation, on n'observe cependant pas de non-réponse et le taux de « ne sait pas » est négligeable (moins de 1 %). Les personnes sans besoin sur la période, qui représentent tout de même entre un cinquième et un quart de la population dans les échantillons où elles sont repérables ont donc, pour partie, probablement répondu « oui, au moins en une occasion, j'en avais besoin et j'y ai renoncé ». Ce décalage souligne un point remonté régulièrement des enquêtes-test par les enquêteurs de terrain : les formulations ne sont pas toujours bien appréhendées⁶. Il faut donc trouver le bon équilibre entre des questions à la fois précises et formulées de façon synthétiques et compréhensibles.

La comparaison des taux de renoncement issus des formulations 1 et 3 met en évidence un **effet de structure de la question** : une question en une étape, dans la mesure où elle intègre une modalité indiquant que l'enquêté n'a pas eu besoin de soin, conduit à davantage déclarer de non-recours, qu'une question en deux étapes (15,0 % contre 7,7 %). Lorsque toutes les modalités sont proposées dans une seule question, il y a à la fois moins de personnes qui n'ont pas eu de besoin (21,7 % contre 24,1 %⁷) et la part des personnes qui ont renoncé parmi celles qui ont eu un besoin est presque deux fois plus élevée (19,1 % contre 10,1 %).

Par ailleurs, au-delà de l'effet de structure de la question et de l'introduction (ou non) d'une question filtre, les termes utilisés ne sont pas les mêmes (le terme renoncer est absent de la formulation 1) et la modalité qui permet d'identifier les personnes ayant renoncé est associée à non (« Non, j'ai renoncé au moins une fois ») dans la formulation 1 et à oui (« Oui, j'ai dû renoncer alors que besoin ») dans la formulation 3. Ces éléments peuvent aussi avoir des conséquences sur les réponses. La comparaison des formulations 3 et 4, construite sur une structure équivalente, met encore plus nettement en évidence un **effet de termes utilisés**. La formulation 4 est *a priori* plus restrictive puisqu'elle mentionne le fait de « renoncer à voir un médecin pour des traitements ou des examens » plutôt que «

⁶ Il est possible que les personnes sans besoin de soin ne se soient pas reconnues dans l'autre réponse proposée « Non, il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin. »

⁷ 21,7 % des personnes répondent « Vous n'êtes pas concerné car vous n'avez pas eu besoin d'examen ou de traitement médical » avec la formulation 3, et 24,1 % répondent « Non, je n'en ai pas eu besoin » dans la question filtre de la formulation 1.

renoncer à un traitement ou un examen » (formulation 3). Cette formulation peut exclure, par exemple, des personnes qui n'ont pas pu se payer de médicaments ou d'équipements médicaux spécifiques (lunettes par exemple), indépendamment d'une consultation de médecin. De ce fait, l'écart est de 3,2 points (11,8 % contre 15,0 %). En voulant clarifier la formulation, le périmètre des « soins » concernés par le renoncement a été modifié.

En outre, les taux obtenus à partir du Baromètre sont de 2 à 4 fois plus élevés que les taux obtenus à partir de SRCV avec une formulation équivalente. Les années d'enquête ne sont pas les mêmes, les différences entre les deux sources incluent donc aussi des évolutions temporelles (notamment avec la crise sanitaire de 2020 pour l'échantillon 3). Même à formulation équivalente, et sur la même période (formulation 1 pour l'année 2019), la mesure peut néanmoins être sensible à d'autres paramètres liés à chaque enquête : le champ considéré (personnes en ménage ordinaire, plus de 16 ans...), la place de la question dans le questionnaire (est-ce que sur les questions précédentes la personne a, par exemple, été sensibilisée à sa santé, à sa situation personnelle relativement aux autres...), ou encore la thématique générale de l'enquête (la santé, les inégalités sociales, les différentes dimensions de la pauvreté en condition de vie...). Les écarts entre les chiffreages Baromètre et ceux obtenus avec des formulations équivalentes dans SRCV reflète en partie un **effet « enquête »**. Cet effet enquête se télescope lui-même avec l'évolution potentielle dans le temps pour certaines formulations, dans la mesure où l'on mobilise des données SRCV qui sont soit beaucoup plus anciennes que dans le Baromètre (formulation 2, 5 ans auparavant), soit plus récentes (formulation 3, 1 an après mais l'enquête a été conduite pour partie durant le premier confinement).

La comparaison des taux de renoncement recueillis avec la même source (formulation des questions et dispositif d'enquête dans lequel elles s'insèrent) reste donc la plus pertinente pour suivre les évolutions dans le temps. Néanmoins, la mise en parallèle des sources permet d'éclairer le sens des évolutions lors de changements de formulation.

Tableau 4 • Les taux de renoncement aux soins selon la formulation dans le Baromètre et SRCV (en %)

	Caractéristique de la formulation	Baromètre 2019	SRCV
Échantillon 1	Question filtre + absence du terme « renoncement » dans la question (seulement dans une modalité)	7,7	3,1 (SRCV 2017 et 2019)
Échantillon 2	Une seule question sans possibilité de distinguer les personnes non concernées car sans besoin de soin.	18,8	4,4 (SRCV 2014)
Échantillon 3	Une question à trois modalités (oui/ non/ pas concerné) + le terme « voir un médecin » n'apparaît pas	15,0	4,4 (SRCV 2020)
Échantillon 4	Comme dans échantillon 3, trois modalités + terme « "voir un médecin »	11,8	pas d'équivalent

Note > Les taux sont calculés sur l'ensemble de la population et non sur le champ restreint aux personnes ayant eu des besoins de soins pour permettre une comparaison de l'ensemble des formulations. En effet, la formulation 2 n'isole pas les personnes n'ayant pas eu de besoin de celles n'ayant pas renoncé.

La mise en parallèle des résultats du Baromètre avec ceux de SRCV à formulation équivalente ne peut pas donner lieu à une comparaison immédiate : à part pour l'échantillon 1, ils ne portent pas sur la même année.

Champ > Population de France métropolitaine de 16 ans ou plus (SRCV) et 18 ans ou plus (Baromètre) vivant en ménage ordinaire.

Sources > Baromètre d'opinion DREES 2019, enquêtes SRCV (Insee) 2014, 2017, 2019 et 2020.

Les déterminants sociaux du renoncement aux soins varient selon la formulation adoptée

Plus que le niveau absolu du renoncement aux soins, c'est l'analyse de ses déterminants sociaux qu'il est intéressant de suivre pour identifier les populations les plus confrontées aux barrières – financières notamment - d'accès aux soins et l'effet des politiques publiques ciblées sur ces populations (notamment en réduisant le reste à charge après assurance maladie obligatoire ou complémentaire, et en améliorant l'accès à la couverture complémentaire).

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes présentes dans les quatre sous-échantillons sont très similaires (voir Annexe 3). Or ce constat est plus nuancé si on se concentre sur les personnes déclarant avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois (graphique 1). Chaque sous échantillon comporte 750 individus ; et donc la sous-population des personnes déclarant avoir renoncé oscille entre 50 et 140 observations. Ainsi, le gradient selon le niveau de vie est parfois heurté pour certaines formulations : avec la formulation 1, le taux de renoncement est plus élevé entre le 3^e et le 4^e quintile qu'entre le 2^e et le 3^e, avec la formulation 2, le

renoncement est plus élevé entre le 2^e et le 3^e quintile qu'entre le 1^{er} et le 2^e. Tandis que dans l'échantillon 3, la part de renoncement est décroissante avec le niveau de diplôme, dans les autres, on observe un effet en « U » : les personnes sans diplôme ou avec un diplôme inférieur au bac sont davantage concernées par le renoncement aux soins que celles avec un diplôme de niveau bac, mais celles-ci le sont moins que les personnes de niveau bac +2 ou supérieur. Les personnes déclarant avoir renoncé à un soin sont entre 18 % et 38 % à avoir un diplôme de niveau bac + 2 selon les échantillons ; entre 12 % et 26 % à déclarer un très bon état de santé ; ou encore entre 6 % et 13 % à ne pas avoir de complémentaire santé. Certes, un certain nombre de messages restent vrais quelle que soit la formulation, par exemple les 20 % les plus modestes renoncent plus que les autres, les personnes qui vivent seules plus que celles en couple, ou encore les 18-24 plus que les 65 ans et plus. Malgré les marges d'erreur qui peuvent exister avec des échantillons de tailles modestes (750 observations), les écarts relevés ci-dessus laissent suggérer que la marge d'interprétation personnelle qui existe selon les formulations et qui conduit à des niveaux de renoncement assez différents ne jouerait pas de la même façon sur les différents groupes de population.

Graphique 1 • Caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant renoncé selon le type de formulations (données en annexe 3)



Lecture > Dans l'échantillon 1, 45 % des personnes qui déclarent avoir renoncé à un soin sur les 12 derniers mois sont des femmes.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

Ainsi, l'écart de renoncement des 20 % les plus modestes avec celui observé sur l'ensemble de la population, qui constitue l'indicateur retenu dans la fiche REPSS⁸ sur le suivi annuel du renoncement, s'élève à 5 points avec la

⁸ Chaque année, la Drees produit pour le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) Maladie une fiche sur le renoncement financier.

formulation 1 contre 15 points avec la formulation 3, ou encore un rapport entre le taux de renoncement des plus précaires par rapport à l'ensemble de la population variant de 1,6 à 2 (tableau 5). De ce fait, des formulations différentes empêchent un suivi dans le temps du niveau global du taux de renoncement et nécessitent d'interpréter les écarts entre groupes sociaux avec précaution. Les écarts entre groupes sociaux perdurent mais leur ampleur peut être affectée.

Tableau 5 • Les taux de renoncement des plus modestes par rapport à l'ensemble de la population, selon les échantillons

Taux de renoncement	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
20% les plus modestes (en %) (1)	12,7	29,0	30,2	18,3
Ensemble (en %) (2)	7,7	18,8	15,0	11,8
Écart en points de pourcentage	5,0	10,2	15,2	6,5
Rapport (1) / (2)	1,6	1,5	2,0	1,6

Lecture > Dans l'échantillon 1, 12,7 % des plus précaires déclarent avoir renoncé à un soin, contre 7,7% de l'ensemble de la population, soit 1,6 fois plus.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

On peut toutefois s'interroger sur les effets d'échantillon éventuels. En effet, si les échantillons sont bien équilibrés sur les différentes caractéristiques sociodémographiques, les effectifs croisés font ressortir des différences (annexe 3). Par exemple, dans l'échantillon 3, les personnes sans complémentaire santé sont beaucoup plus jeunes (29 % d'entre elles ont entre 18 et 24 ans) que dans l'échantillon 2 (8 %), et nettement moins souvent en situation de précarité : un tiers se situent sous le 1^{er} quintile de niveau de vie contre plus de la moitié dans les échantillons 1 et 2 et 62 % dans l'échantillon 4. Ces différences de structure pourraient avoir des effets différents sur le fait de renoncer.

Les personnes sans complémentaire santé renoncent plus que celles qui en bénéficient mais on sait aussi que les plus jeunes renoncent moins tandis que les pauvres renoncent davantage. L'effet de l'absence de complémentaire santé peut ainsi moins se faire sentir dans l'échantillon 3, puisqu'il rassemble davantage de jeunes et de personnes de niveau de vie intermédiaire.

En contrôlant des caractéristiques individuelles, le taux de renoncement mesuré est jusqu'à trois fois plus élevé selon la formulation retenue

Les effets de la formulation retenue indépendamment des caractéristiques individuelles observables sont mesurés à partir d'un modèle logistique (encadré 2).

Tableau 6 • Risque relatif de déclarer avoir renoncé à au moins un soin sur les douze derniers mois

Caractéristiques	Modalités	Risque relatif	
Sexe	Homme	Réf.	
	Femme	1,26	*
Age	[18-24[	0,93	
	[25 - 34]	Réf.	
	[35-49[	0,92	
	[50-64[	0,63	*
	[65 et +	0,54	**
Diplôme	Inf. bac	Réf.	
	bac	1,09	
	bac+2	0,94	
Complémentaire santé	Avec	Réf.	

	Sans	2,69	***
Niveau de vie	En-dessous du 1 ^{er} quintile (plus modestes)	1,52	*
	Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quintile	1,01	
	<i>Entre le 2^e et le 3^e quintile</i>	<i>Réf.</i>	
	Entre le 3 ^e et le 4 ^e quintile	0,83	
	Au-dessus du 4 ^e quintile (plus aisés)	0,59	*
État de santé ressenti	Mauvais	2,19	***
	Intermédiaire	1,94	***
	<i>Bon</i>	<i>Réf.</i>	
	Très bon	0,80	
Habitation	Rural	<i>Réf.</i>	
	Moins de 20 000 habitants	0,85	
	De 20 000 à 99 999 habitants	0,63	*
	100 000 habitants et plus	0,85	
Vivre en couple	Agglomération parisienne	0,54	**
	<i>oui</i>	<i>Réf.</i>	
	non	1,10	
Formulation	1	<i>Réf.</i>	
	2	3,24	***
	3	2,40	***
	4	1,80	**

Notes > *** p <0.001 ; ** p<0.01 ; * p<0.05 ; p<0.10.

La modalité en italique est la modalité de référence.

Lecture > En contrôlant des différentes caractéristiques individuelles introduites dans le modèle, par rapport à la formulation 1, la formulation 2 conduit à déclarer 3,2 fois plus souvent avoir renoncé à des soins.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

Avec ce modèle, les caractéristiques individuelles généralement influentes sur le fait de renoncer à des soins ressortent de façon significative. Notamment, les personnes de plus de 50 ans renoncent moins que les autres, tout comme celles avec un niveau de vie élevée, à l'inverse des plus modestes ; les femmes renoncent plus que les hommes, et celles qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé renoncent presque trois fois plus que les autres, à autres caractéristiques observées similaires, y compris l'état de santé ressenti (tableau 6).

L'effet de la formulation sur le fait de déclarer renoncer à des soins ressort de façon très marquée. « Toutes choses égales par ailleurs », le fait d'interroger les personnes avec la formulation 2 (pas de modalité qui permet d'identifier l'absence de besoin) conduit à une déclaration de renoncement 3,2 fois plus élevée qu'avec la formulation 1 (question filtre).

Le modèle a été décliné sur les quatre sous échantillons du Baromètre afin de mettre en évidence des effets différenciés des différents déterminants sociaux sur le renoncement en fonction des formulations. Néanmoins, les faibles tailles des sous-échantillons n'ont pas permis de faire ressortir l'ensemble des déterminants habituels du renoncement.

Encadré 2 • Une analyse « toutes choses égales par ailleurs »

L'influence des facteurs individuels sur les taux de renoncement peuvent être perturbés par des effets de structure des différents échantillons qui pourraient exister sur certains croisements. Par exemple, si les échantillons sont équilibrés en terme de structure par âge et de niveau de vie, les personnes modestes sont plus souvent des personnes âgées de 65 ans et plus dans l'échantillon 1 que dans l'échantillon 4 (23 % des individus dont le niveau de vie est inférieur au 1^{er} quintile de la distribution sont âgés de 65 ans et plus dans l'échantillon 1, contre 14 % dans l'échantillon 4). Les effets d'une variable sur le renoncement pourraient ainsi être amoindris, voire disparaître, en étant compensés par une autre.

Pour s'affranchir de ce problème, on modélise le risque de déclarer avoir renoncé en fonction des variables sociodémographiques précédemment retenues et de la formulation de la question. *Stricto sensu*, ce n'est pas tant le risque de renoncer qu'on mesure ici mais la probabilité de déclarer avoir renoncé. Par abus de langage, on parle de risque de renoncer.

Les variables explicatives mobilisées sont : un indicateur de formulation de la question ainsi que les variables socio-démographiques suivantes : sexe ; tranche d'âge (18-24, 25-34, 35-49, 50-64, 65 ans et plus) ; niveau de vie (par cinquièmes) ; niveau de diplôme (inférieur au bac, bac, bac +2 et au-delà) ; complémentaire santé (oui (y compris CMU-C) / non) ; état de santé ressenti (très bon, bon, intermédiaire, mauvais ou très mauvais).

La zone d'habitation, le fait de vivre en couple ou la profession n'ont finalement pas été retenus compte tenu de leur effet non significatif ou de leur possible colinéarité avec d'autres variables (par exemple la catégorie professionnelle avec le niveau de vie ou le diplôme).

■ CONCLUSION ET PRÉCONISATIONS

Ce travail avait pour objectif de quantifier l'effet de la formulation sur le taux de renoncement aux soins en mobilisant quatre jeux de formulation introduits dans le Baromètre d'opinion de la DREES de 2019 et inspirés des formulations présentes dans les différents millésimes de l'enquête SRCV. Il ressort qu'à partir du Baromètre le niveau du taux de renoncement varie entre 7,7 % et 18,8 % selon la formulation. De plus, la comparaison des taux de renoncement entre sous-populations montre que les écarts relatifs sont également, quoique dans une moindre mesure, sensibles aux formulations. La hiérarchie entre groupes sociaux est maintenue avec les différentes formulations mais les écarts sont d'ampleur différente. De ce fait, le suivi longitudinal des écarts de renoncement entre sous-populations à partir d'enquêtes différentes ou de millésimes d'une même enquête concernés par une reformulation de la question présente également des limites d'interprétation.

La subjectivité inhérente à ce type de question est par ailleurs sensible à d'autres aspects des enquêtes (thématique, ordre des questions, mode d'interrogation ...) qu'il est difficile de bien appréhender mais que l'on met en évidence par les écarts de taux entre les chiffrages du Baromètre et ceux de SRCV. Pour des questions formulées de la même façon, les taux varient selon un rapport allant jusqu'à 4,4 entre les deux enquêtes, portant sur une seule année de différence (SRCV 2020 et Baromètre 2019). Le décalage dans le temps pourrait expliquer une partie de cet écart mais pas les 10 points de différence. La comparaison des résultats du Baromètre avec l'enquête SRCV portant sur la même année met en évidence un écart de 4,6 points en faveur du Baromètre (ou encore un rapport de 2,5).

Un modèle visant à contrôler les effets des caractéristiques individuelles a permis de quantifier l'effet de la formulation sur le fait de déclarer avoir renoncé à des soins, en contrôlant des caractéristiques individuelles. Ainsi, « toutes choses égales par ailleurs », le fait d'interroger les personnes avec la formulation 2 (question en deux modalités ne permettant pas d'isoler l'absence de besoin de soins) conduit à une déclaration de renoncement 3,2 fois plus élevée qu'avec la formulation 1 (formulation avec question filtre sur le besoin de soins). Par ailleurs, les caractéristiques généralement influentes sur le fait de renoncer à des soins ressortent de façon significative : les personnes de plus de 50 ans renoncent moins que les autres, tout comme celles avec un niveau de vie élevée, à l'inverse des plus modestes ; les femmes renoncent plus que les hommes, et celles qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé renoncent presque trois fois plus que les autres.

Les résultats présentés dans cette étude renforcent les préconisations de Legal et Vicard (2015) quant à l'interprétation des taux de renoncement aux soins :

- Le taux de renoncement global ne doit pas être interprété en niveau mais en termes d'évolution ;
- La comparaison du taux de renoncement entre deux années doit être réalisée avec les mêmes formulations et plus généralement les mêmes conditions de collecte ;
- Il peut être intéressant de continuer à suivre l'indicateur de renoncement aux soins en comparaison entre différentes catégories (de soins ou de sous-populations), tout en ayant en tête que l'ampleur des écarts entre catégorie doit également être interprétée de façon relative et en évolution, plutôt qu'en niveau.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011, octobre). Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique. Question d'économie de la santé n°169, Irdes.

Legal, R., Vicard, A., (2015). « Renoncement aux soins pour raisons financières », Dossiers Solidarité Santé n°66, Drees.

Caro, M., Carpezat, M., Forzy, L. (Asdo Études) (2023, mars). Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire - Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires, Dossiers de la Drees, n°107, Drees.

Le Baromètre d'opinion de la Drees : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-barometre-dopinion-de-la-drees>

Annexe 1. Les différentes formulations dans les enquêtes EHIS et SRCV et dans le Baromètre

Formulations EHIS 2014 :

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à une consultation de médecin pour des raisons financières ?

1. Oui
2. Non

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins dentaires pour des raisons financières ?

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des lunettes, verres, montures, lentilles pour des raisons financières ?

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à d'autres soins ou à des examens pour des raisons financières ?

Mêmes modalités de réponse (1. Oui / 2. Non)

Formulations EHIS 2019 :

Est-il arrivé au cours des 12 derniers mois que vous ayez eu besoin de l'un des soins de santé suivants mais que vous n'avez pas pu vous le payer ?

- ***Des soins ou des examens médicaux (médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, chirurgiens, ou autres professionnels de santé)***

1 Vous n'êtes pas concerné : vous n'avez pas eu besoin de soins dentaires

2 Oui, ça vous est arrivé : vous n'avez pas pu payer les soins dentaires dont vous aviez besoin

3 Non, ça ne vous est pas arrivé : vous avez pu payer les soins dentaires dont vous aviez besoin.

- ***Des soins dentaires***
- ***Des lunettes ou lentilles de contact***
- ***Des prothèses auditives***

Mêmes modalités de réponse que supra.

Dans EHIS 2014 ou 2019, les questions sont dupliquées pour les deux autres types de renoncement retenus : des délais d'attente trop longs ou l'éloignement des soignants.

Formulation SRCV jusqu'en 2014 :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ?

1. Oui, au moins en une occasion j'en avais besoin et j'y ai renoncé
2. Non, il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin

Formulation SRCV 2015 à 2019 :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux ?

1. OUI au moins en une occasion j'en avais eu besoin
2. NON je n'en ai pas eu besoin

➤ Si oui :

Avez-vous vu un médecin ou reçu de soins médicaux chaque fois que vous en avez eu besoin ?

1. Oui, j'ai vu un médecin ou reçu un soin médical chaque fois que j'en ai eu besoin
2. Non, j'ai renoncé à voir un médecin ou à recevoir un soin médical au moins une fois

Formulation SRCV à partir de 2020 :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à un examen ou traitement médical dont vous aviez besoin ?

1. Vous n'êtes pas concerné car vous n'avez pas eu besoin d'examen ou de traitement médical
2. Oui, vous avez dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin
3. Non, vous n'avez pas dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin

Question complémentaire dans SRCV 2014 à 2020 :

Quelle que soit la formulation sur le renoncement, vient ensuite une question complémentaire visant à connaître le principal motif :

Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale raison de ce renoncement ?

1. Je n'en avais pas [il(elle) n'en avait pas] les moyens
2. Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante
3. Je n'avais pas [il(elle) n'avait pas] le temps en raison de mes [ses] obligations professionnelles ou familiales
4. Le médecin était trop éloigné, ou j'avais [il(elle) avait] des difficultés de transport pour m'y [s'y] rendre
5. J'ai [il(elle) a] eu peur d'aller voir un médecin, de faire des examens ou de me [se] soigner
6. J'ai [il(elle) a] préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes
7. Je ne connaissais pas [il(elle) ne connaissait pas] de bon médecin
8. Une autre raison

Formulations dans le Baromètre d'opinion de la DREES 2019 :

Échantillon 1 :

ME1_A Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux ?

1. OUI, au moins une fois j'en ai eu besoin
2. NON, je n'en ai pas eu besoin
3. [NSP]⁹

si ME1_A=1,

Avez-vous vu un médecin ou reçu des soins médicaux chaque fois que vous en avez eu besoin ?

⁹ Les crochets indiquent que la modalité « ne sait pas » n'est pas énoncée par l'enquêteur, mais qu'il peut la saisir si l'enquêté la cite spontanément.

1. *Oui, j'ai vu un médecin ou reçu un soin médical chaque fois que j'en ai eu besoin*
2. *Non, j'ai renoncé à voir un médecin ou à recevoir un soin médical au moins une fois*
3. *[NSP]*

Échantillon 2 :

ME2_B *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ?*

1. *Oui, au moins en une occasion j'en avais besoin et j'y ai renoncé*
2. *Non, il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin*
3. *[NSP]*

Échantillon 3 :

ME2_C *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à un examen ou traitement médical dont vous aviez besoin ?*

1. *Vous n'êtes pas concerné car vous n'avez pas eu besoin d'examen ou de traitement médical*
2. *Oui, vous avez dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin*
3. *Non, vous n'avez pas dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin*
4. *[NSP]*

Échantillon 4 :

ME1_D *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à voir un médecin pour des examens ou traitements médicaux dont vous aviez besoin ?*

1. *Vous n'êtes pas concerné car vous n'avez pas eu besoin de voir un médecin pour des examens ou traitements médicaux*
2. *Oui, vous avez dû renoncer à voir un médecin pour des examens ou traitements médicaux dont vous aviez besoin*
3. *Non, vous n'avez pas dû renoncer à voir un médecin pour des examens ou traitements médicaux dont vous aviez besoin*
4. *[NSP]*

Annexe 2. Taux de renoncement obtenus selon les différentes formulations retenues dans le *split sample* du Baromètre DREES 2019 en lien avec celles de SRCV

En gras dans le tableau, le taux de renoncement est indiqué pour chaque formulation (les formulations précises étant détaillées dans l'annexe 1). Celui-ci correspond au nombre de personnes déclarant avoir renoncé sur l'ensemble de la population et non uniquement les personnes ayant eu un besoin de soin. La formulation 2 du Baromètre, c'est-à-dire celle d'avant 2015 dans SRCV, ne permettant pas d'isoler les personnes n'ayant pas eu de besoin de soins, le taux de renoncement ne peut être appréhendé que sur l'ensemble de la population et non pas sur les personnes ayant eu des besoins de soins. De ce fait, on compare selon les formulations, le taux de renoncement calculé sur l'ensemble de la population.

Tableau A1 • Taux de renoncement dans SRCV et le Baromètre DREES 2019 selon la formulation retenue

			SRCV 2017 et 2019	Baromètre 2019
Formulation SRCV 2015 – 2019 (formulation 1)	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux ?	1. OUI , au moins une fois j'en ai eu besoin	83,8	75,9
		2. NON , je n'en ai pas eu besoin	16,2	24,1
	Si oui -> Avez-vous vu un médecin ou reçu des soins médicaux chaque fois que vous en avez eu besoin ?	1. OUI , j'ai vu un médecin/reçu des soins à chaque fois	96,3	89,9
		2. NON , j'ai renoncé au moins une fois	3,7	10,1
	⇒ Taux de renoncement¹⁰			3,1	7,7
Formulation SRCV 2014 et avant (formulation 2)			SRCV 2014	Baromètre 2019
	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ?	1. OUI , au moins en une occasion j'en avais besoin et j'y ai renoncé	4,4	18,8
		2. NON , il n'est jamais arrivé que j'y renonce alors que j'en avais besoin	95,6	81,2
Formulation SRCV 2020 (formulation 3)			SRCV 2020	Baromètre 2019
	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à un examen ou traitement médical dont vous aviez besoin ?	1. Vous n'êtes pas concerné car pas de besoin	11,6	21,7
		2. OUI , vous avez dû renoncer à ... dont vous aviez besoin	4,4	15,0
		3. NON , vous n'avez pas dû renoncer à ... dont vous aviez besoin	84,0	63,3
Formulation 4	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à voir un médecin pour des examens ou traitements médicaux dont vous aviez besoin ?		Non posé dans SRCV	Baromètre 2019
		1. Vous n'êtes pas concerné car pas besoin		20,0
		2. OUI , vous avez dû renoncer à ... dont vous aviez besoin		11,8
	3. NON , vous n'avez pas dû renoncer ... dont vous aviez besoin			68,2

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus pour le Baromètre ; de 16 ans ou plus pour SRCV.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019 et enquêtes SRCV 2014, 2017, 2019, 2020.

¹⁰ Résultat obtenu pour avoir le taux de renoncement sur l'ensemble de la population et non sur les seules personnes ayant eu des besoins. C'est ce chiffre (obtenu en multipliant le taux de personnes ayant renoncé au sein de ceux qui déclarent un besoin, par la part de ceux qui déclarent un besoin) qui est comparable aux chiffres obtenus directement dans les autres formulations.

Annexe 3. Structure des échantillons du Baromètre de la Drees

Tableau A2 • Caractéristiques sociodémographiques des 4 échantillons (répartitions en %)

Caractéristiques sociodémographiques		Échantillon	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
Sexe	Homme	47,4	47,4	47,6	48,0
	Femme	52,6	52,6	52,4	52,0
Age	18 - 24 ans	10,5	10,5	10,2	10,4
	25 - 34 ans	15,4	15,5	15,7	16,6
	35 - 49 ans	26,2	26,7	26,1	25,7
	50 - 64 ans	25,5	25,0	25,6	25,1
	65 ans et plus	22,4	22,3	22,4	22,3
Profession	Agriculteur.trice	0,9	0,8	0,4	0,5
	Artisan.e	4,3	3,2	4,3	4,4
	Prof libérale	10,0	10,1	9,8	9,3
	Prof intermédiaire	13,2	13,4	14,0	13,1
	Employé.e	14,0	15,0	14,5	16,1
	Ouvrier.ère	12,6	13,0	13,0	12,8
	Chômeur.euse	3,3	2,9	3,2	2,8
	Retraité.e	27,6	28,8	27,9	26,7
	Au foyer	3,9	3,2	3,4	4,3
	Autre inactif.ve	10,2	9,6	9,4	9,9
Statut	Salarié.e du secteur public	10,2	11,1	11,4	9,8
	Salarié.e du secteur privé	37,7	37,8	37,9	40,6
	Indépendant.e sans salarié	4,7	4,6	4,8	3,6
	Employeur.euse	2,3	1,9	1,9	2,3
	Chômeur.euse	3,6	3,9	3,5	3,2
	Inactif.ive	41,4	40,6	40,5	40,5
	Autre	0,0	0,0	0,0	0,0
	Nsp	0,0	0,0	0,0	0,0
Profession personne de référence	Agriculteur.trice	1,0	1,0	0,9	1,1
	Artisan.e	5,5	5,7	5,3	5,6
	Prof libérale	12,5	12,4	11,6	12,0
	Prof intermédiaire	14,0	14,7	14,2	14,5
	Employé.e	10,1	9,9	9,7	9,7
	Ouvrier.ère	17,6	17,2	18,0	17,4
	Chômeur.euse	3,0	2,6	2,7	3,4
	Retraité.e	29,8	30,4	30,3	29,7
	Au foyer	2,6	1,1	1,8	2,0
	Autre inactif.ve	3,9	5,1	5,4	4,6
	Temps plein	46,8	46,8	47,5	49,4

Situation d'emploi	Temps partiel	6,1	7,2	6,4	4,8
	façon intermittente	2,1	1,4	2,2	2,0
	recherche emploi	3,9	4,4	3,5	3,6
	étudiant.e	5,9	5,0	5,2	4,8
	Retraité.e	29,3	29,4	29,6	28,2
	Aucune activité professionnelle	6,0	5,8	5,6	7,2
Enfant à charge	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1	70,1	69,1	67,4	67,3
	2	12,6	14,9	14,0	16,7
	3	13,3	9,9	13,2	11,3
	4 et +	4,0	6,1	5,4	4,7
Niveau de diplôme	Pas de diplôme	7,7	7,0	6,8	4,6
	Certif étude primaire	5,7	5,5	4,9	4,8
	Brevet ou ex-Brevet	6,1	5,7	6,7	7,4
	CAP -BEP	26,1	23,4	25,4	27,8
	Bac général	11,7	11,0	10,5	10,2
	Bac techno/pro	9,2	10,8	10,0	10,9
	Bac +2	18,3	19,2	18,0	18,4
	Diplôme supérieur	15,0	17,2	17,7	15,8
	Autre	0,2	0,1	0,1	0,1
Nsp	0,0	0,0	0,0	0,0	
Niveau de vie	En-dessous du 1 ^{er} quintile (plus modestes)	20,4	20,6	18,5	20,6
	Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quintile	21,2	19,0	20,1	19,4
	Entre le 2 ^e et le 3 ^e quintile	17,9	20,9	22,3	19,3
	Entre le 3 ^e et le 4 ^e quintile	21,2	19,3	19,2	20,3
	Au-dessus du 4 ^e quintile (plus aisés)	19,3	20,2	20,0	20,5
Logement	Propriétaire	47,9	44,1	48,0	48,1
	Locataire logement social	21,1	20,8	21,3	19,3
	Locataire parc privé	24,3	28,1	24,3	26,2
	Logé.e gratuitement	6,5	7,0	6,5	6,5
Habitat	rural	23,1	23,4	23,3	29,0
	-20 000	16,8	16,7	16,0	22,0
	20 000 - 99 999	13,4	13,3	13,7	17,9
	100 000	29,9	30,4	30,1	38,9
	agglo parisienne	16,7	16,3	16,9	21,2
Région	Région parisienne	18,1	17,5	18,1	17,9
	Bassin Parisien Est	7,9	7,9	7,7	7,5
	Bassin Parisien Ouest	9,3	9,3	9,4	9,3
	Nord	6,3	6,5	6,1	6,2
	Est	8,7	8,6	8,4	8,6
	Ouest	13,6	13,7	14,1	13,6

	Sud Ouest	11,2	11,4	11,2	11,5
	Sud Est	12,1	12,2	12,2	12,4
	Méditerranée	12,8	12,9	12,8	13,1
Complémentaire santé	Oui	94,6	97,0	95,5	95,7
	Non	5,4	3,0	4,5	4,3
	Nsp	0,0	0,0	0,0	0,0
Perception état de santé	Bcp amélioré	6,3	5,6	5,9	6,4
	Un peu amélioré	24,2	26,4	25,1	26,0
	Un peu détérioré	32,0	30,0	26,5	26,5
	Bcp détérioré	11,9	9,9	13,4	11,1
	Identique	20,0	23,3	24,0	24,7
	Nsp	5,6	4,8	5,0	5,2
Nationalité	Né.e en France	95,4	95,4	95,1	93,3
	Devenu.e française	2,9	2,4	3,1	4,0
	Etrangère	1,7	2,1	1,8	2,7
	Nsp	0,0	0,1	0,0	0,0

Lecture > 48 % de l'échantillon 4 est composé d'hommes.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

Tableau A3 • Caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant renoncé, selon les échantillons (répartitions en %)

		Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
Niveau de vie	< 1 ^{er} quintile (plus modestes)	33,9	31,7	31,9	37,1
	Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quintile	21,6	16,8	23,5	25,6
	Entre le 2 ^e et le 3 ^e quintile	13,6	22,5	24,2	15,6
	Entre le 3 ^e et le 4 ^e quintile	17,5	16,6	13,3	14,3
	> 4 ^e quintile (plus aisés)	13,5	12,5	7,1	7,3
État de santé	Mauvais ou très mauvais	11,6	8,4	5,2	12,1
	Intermédiaire	27,4	25,4	31,4	29,2
	Bon	40,9	39,6	41,3	46,3
	Très bon	20,1	26,7	22,1	12,4
Couverture santé	Sans couverture santé	12,9	6,3	12,7	10,4
	Avec couverture santé	87,1	93,7	87,3	89,6
Age	[18-24[	13,6	14,5	8,8	10,4
	[25-34[	24,0	18,8	11,6	14,9
	[35-49[	22,5	27,3	34,5	32,3
	[50-64[	20,1	20,7	27,1	22,3
	[65 et +	19,8	18,8	17,9	20,1
Genre	Femme	45,3	45,0	39,0	34,3
	Homme	54,7	55,0	61,0	65,7
Niveau de diplôme	inf. Bac	44,5	50,4	47,8	53,1
	Bac	17,1	19,4	22,2	28,4
	Bac + 2 et sup	38,4	30,1	30	17,6

Lecture > Dans l'échantillon 1, 12,9 % des personnes qui déclarent avoir renoncé à un soin ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

Tableau A4 • Caractéristiques croisées : Répartition par âge des bénéficiaires d'une couverture santé (répartitions en %)

Couverture santé	Age	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
Oui	[25-34[	14,9	14,9	16,1	16,2
	[18-24[	9,9	10,6	9,4	10,0
	[35-49[	26,3	27,0	25,9	25,4
	[50-64[	25,7	25,0	26,1	25,2
	[65 et +	23,2	22,6	22,6	23,1
Non	[25-34[	23,9	35,1	8,4	24,4
	[18-24[	20,0	8,3	28,8	18,7
	[35-49[	25,6	17,3	30,5	33,0
	[50-64[	22,0	26,4	15,3	21,0
	[65 et +	8,5	12,9	17,0	2,9

Lecture > 35,1 % des personnes sans couverture santé ont entre 25 et 34 ans dans l'échantillon 2, contre 8,4 % dans l'échantillon 3.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

Tableau A5 • Caractéristiques croisées : Bénéficiaire d'une couverture santé en fonction du niveau de vie (répartitions en %)

Couverture santé	Quintile de niveau de vie	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
Oui	En-dessous du 1 ^{er} quintile (plus modestes)	18,6	19,5	17,8	18,7
	Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quintile	21,2	18,9	19,7	19,3
	Entre le 2 ^e et le 3 ^e quintile	18,4	21,3	22,3	19,7
	Entre le 3 ^e et le 4 ^e quintile	21,8	19,5	19,6	21,1
	Au-dessus du 4 ^e quintile (plus aisés)	20,0	20,9	20,7	21,2
Non	En-dessous du 1 ^{er} quintile (plus modestes)	52,5	56,2	32,8	62,1
	Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quintile	21,0	23,0	28,8	22,1
	Entre le 2 ^e et le 3 ^e quintile	9,5	8,6	22,4	9,4
	Entre le 3 ^e et le 4 ^e quintile	9,8	12,2	10,7	3,2
	Au-dessus du 4 ^e quintile (plus aisés)	7,2	0,0	5,3	3,2

Lecture > Dans l'échantillon 1, 52,5 % des personnes qui ne sont pas couvertes par une complémentaire santé sont dans le 1^{er} quintile de niveau de vie.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

Tableau A6 • Caractéristiques croisées : Répartition des différents déciles par tranche d'âge (en %)

Quintile de niveau de vie	Age	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
1	[18-24[	18,1	14,1	19,4	24,2
	[25-34[	11,7	12,8	18,1	13,5
	[35-49[	23,7	28,4	29,3	29,6
	[50-64[	23,4	29,4	14,9	18,3
	[65 et +	23,0	15,2	18,3	14,4
2	[18-24[	15,1	10,7	8,6	10,4
	[25-34[	15,6	19,5	12,1	13,9
	[35-49[	23,3	21,3	25,7	27,3
	[50-64[	23,2	22,7	25,0	24,4
	[65 et +	22,8	25,8	28,6	24,0
3	[18-24[	6,8	11,5	10,9	8,6
	[25-34[	16,3	16,1	20,4	14,8
	[35-49[	35,2	25,7	26,4	24,1
	[50-64[	21,8	23,9	24,2	24,9
	[65 et +	20,0	22,8	18,1	27,7
4	[18-24[	8,7	11,2	8,2	5,8
	[25-34[	20,3	17,0	16,0	20,3
	[35-49[	24,2	30,3	24,5	22,0
	[50-64[	23,8	21,1	30,1	30,5
	[65 et +	23,1	20,3	21,2	21,5
5	[18-24[	2,6	4,9	4,6	2,7
	[25-34[	13,1	12,2	11,8	20,2
	[35-49[	26,0	27,5	24,8	25,8
	[50-64[	35,7	27,8	33,2	27,2
	[65 et +	22,6	27,6	25,7	24,2

Lecture > 35,7 % des personnes du quintile de niveau de vie le plus élevé (5^e) ont entre 50 et 64 ans dans l'échantillon 1, contre 27,2% dans l'échantillon 4.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2019.

DREES MÉTHODES

N° 10 • août 2023

La mesure du renoncement aux soins est très sensible à
la formulation des questions

Directeur de la publication

Fabrice Lengart

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

ISSN

2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
