

L'effet de la formulation sur la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières : *une approche par split sample*

Renaud LEGAL¹, Augustin VICARD²

Version préliminaire³ : merci de ne pas citer

Le renoncement aux soins pour raisons financières est de plus en plus mobilisé pour apprécier l'accessibilité financière aux soins des systèmes de santé. Il est mesuré à l'aide de questions du type : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à un soin, pour des raisons financières ? ».

Ce dossier examine la sensibilité des réponses des enquêtés à ce type de questions, en fonction de leur formulation. Il s'appuie sur la vague 2013 du Baromètre d'opinion de la Drees, au sein de laquelle quatre jeux de formulation différents ont été soumis à quatre sous-échantillons de répondants.

La valeur du taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question : nous obtenons des écarts de taux de 15 points selon la formulation utilisée. Cependant, le classement des types de soins faisant l'objet du plus de renoncement est moins sensible à l'effet de formulation, tandis que les caractéristiques des personnes renonçant à des soins pour raisons financières y est peu sensible.

L'exercice mené dans ce dossier suggère que le taux de renoncement global ne doit pas être interprété en niveau et que les comparaisons de taux de renoncement entre années doivent être réalisées strictement avec les mêmes conditions de collecte. Si ces précautions sont observées, il peut être intéressant de suivre l'indicateur de renoncement aux soins en comparaison entre différentes catégories, en complément d'autres indicateurs plus objectifs.

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

³ S'agissant d'une étude en cours, cet article n'a pas encore suivi le processus de relecture et de validation en vigueur à la Drees. Les idées émises doivent être considérées comme propres aux auteurs et les éventuelles erreurs ou inexactitudes de leur seule responsabilité.

Introduction

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...).

En particulier, dans son rapport sur la mesure de l'accessibilité financière aux soins, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie reconnaît son intérêt pour l'analyse des obstacles financiers d'accès aux soins, en complément d'autres indicateurs plus usuels, et recommande de suivre le phénomène en routine (HCAAM, 2012). Récemment, un programme de recherche mêlant approche quantitative et qualitative a été conduit en France. Les travaux économétriques ont notamment montré l'importance de la précarité sociale parmi les déterminants du renoncement et le rôle protecteur de la CMU-C, toutes choses égales par ailleurs (Dourgnon et al., 2012 ; Chauvin et al. 2013). Les entretiens socio-anthropologiques du volet qualitatif ont permis de préciser les différents sens que les répondants attachent à la notion, en faisant émerger deux grandes catégories de renoncement : les renoncements barrières et les renoncements refus (Després, 2012). A l'étranger, plusieurs travaux se sont intéressés au renoncement (Allin et al. 2010; Koolman 2007, Allin et al. 2009). Sur données canadiennes, Allin et al. (2010) ont montré que les facteurs du renoncement différaient selon ses causes (files d'attente, barrières financières ou raisons personnelles), ce qui limite l'intérêt d'une notion générale de renoncement (quelle qu'en soit la cause). Par ailleurs, leurs résultats indiquent que les personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour raisons financières ont une consommation de soins plus faible, toutes choses égales par ailleurs, et sont plus pauvres que le reste de la population, rejoignant ainsi les résultats de Dourgnon et al. sur données françaises.

Interroger les individus pour savoir s'ils ont récemment renoncé à des soins pour raisons financières offre donc un éclairage intéressant sur l'existence de besoins ressentis mais non satisfaits. Le corollaire est que le renoncement ainsi appréhendé est par essence une notion éminemment subjective qui dépend largement des représentations individuelles, notamment en matière de santé. Cette subjectivité peut également induire une sensibilité des réponses obtenues dans les enquêtes aux conditions de collecte, comme on a pu l'observer pour la santé auto-déclaré (cf. encadré 1). A notre connaissance, l'impact des conditions de collecte, et notamment de la formulation de la question sur la mesure du phénomène, n'a jamais été étudié, alors même que les formulations sont très variables d'une enquête à l'autre. Pourtant cette question revêt des enjeux majeurs pour la recherche et les politiques publiques.

En effet, l'estimation de l'effet de la formulation est de nature à éclairer les écarts de mesures qui peuvent exister d'une enquête à une autre au sein d'un même pays ou entre deux pays différents. Ensuite, si la formulation a effectivement un effet sur les taux de renoncement, il convient d'étudier si les déterminants socio-démographiques du renoncement sont dépendants ou non de la formulation de la question. Si tel est le cas, une attention très particulière devra être portée à la formulation avant de conclure que telle catégorie de population rencontre des difficultés d'accès aux soins particulièrement marquées. Les questions sur le renoncement pouvant aussi permettre d'identifier les soins pour lesquels les barrières financières d'accès sont les plus marquées, il importe également d'étudier si le classement des soins faisant le plus l'objet de renoncement est sensible ou non à la formulation de la question.

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 depuis plusieurs années par le ministère pour le suivi du phénomène (au travers de l'indicateur dédié du programme qualité et efficacité, 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 étude est de mesurer l'effet propre de la formulation sur le renoncement aux soins à partir d'une technique d'échantillon partagé (également connue sous le nom 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 formula-

tion, ces sous-échantillons ayant été constitués aléatoirement. Le premier volet de l'étude analyse l'effet propre de la formulation sur le taux de renoncement aux soins pour raisons financières. Ensuite, la possibilité d'un effet différencié selon les sous-populations est testée à l'aide d'une analyse toutes choses égales par ailleurs. Enfin le troisième et dernier volet de l'étude examine la sensibilité du classement des soins faisant le plus l'objet de renoncement à la formulation de la question.

ENCADRÉ 1 – SENSIBILITÉ DES INDICATEURS SUBJECTIFS À LA FORMULATION DES QUESTIONS

La technique de l'échantillon partagé, ou *split-sample*, a depuis longtemps été utilisée pour évaluer la sensibilité des réponses aux questions des enquêtes statistiques, comme en témoigne les nombreuses expériences françaises relatées dans Grémy (1987), ou internationales, relatées par exemple dans Strack et Schwarz (1999). Cette méthode a notamment été mise à profit récemment par Pudney (2010) et Conti *et al.* (2011), afin de tester la sensibilité des questions de satisfaction dans la vie et au travail à leur formulation. Comme le mentionnent Schwarz *et al.* (1998), les études existantes ont souvent montré que des modifications apparemment mineures de la formulation des questions pouvait avoir des conséquences très fortes sur l'information collectée, notamment en matière de variables subjectives ou faisant appel à la mémoire de la personne.

De tels travaux ont également été conduits en matière de santé. Beebe *et al.* (2008) et Beebe *et al.* (2014) utilisent par exemple la technique de l'échantillon partagé pour comparer plusieurs formulations de questions relatives à la réalisation par les enquêtés de tests de détection de cancers. Ces tests faisant l'objet de sur-déclarations de la part des enquêtés, il peut être utile de tester plusieurs formulations afin de minimiser ce biais de surdéclaration. De tels travaux ont également été menés dans le cadre des travaux sur les addictions, par exemple sur la consommation d'alcool ou de drogues (Aquilino, 1994 ou Gmel, 2000).

Des travaux récents se sont enfin intéressés à l'effet des conditions de collecte (formulation et place dans le questionnaire) sur l'information collectée en matière de santé auto-déclarée (Bowling *et al.*, 2008 à partir de l'enquête ELSA britannique, Clark *et al.*, 2007 et Lumsdaine *et al.*, 2013 à partir de l'enquête SHARE). Ils montrent que le niveau moyen de santé, la distribution des états de santé et les liens de la santé avec d'autres variables sont modifiés lorsque l'on fait varier les conditions de collecte, dans des proportions qui ne sont toutefois pas suffisantes pour remettre en cause les principales conclusions des travaux utilisant les variables de santé auto-déclarée.

Le dispositif du Baromètre d'opinion de la Drees permet de comparer quatre jeux de formulation de la question sur le renoncement

Le Baromètre d'opinion de la DREES est 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 quatre 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, les autres caractéristiques de l'enquête étant parfaitement identique entre les quatre sous-échantillons (mode d'interrogation, autres questions du questionnaire, consignes aux enquêteurs...). 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.

Pour les quatre différentes formulations testées, nous nous sommes inspirés des formulations des enquêtes SPS et SRCV, et avons choisi de combiner entre elles deux variantes (tableau 1) :

- Préciser d'emblée qu'il s'agit de renoncement pour raisons financières *versus* poser d'abord la question de manière générale (toutes raisons confondues), puis interroger dans un deuxième temps seulement sur la raison principale, les raisons financières étant une raison parmi d'autres dans la liste de raisons proposées par l'enquêteur à l'enquêté.
- Préciser d'emblée le type de soins dans la question *versus* poser d'abord la question de manière générale (tous types de soins confondus) puis interroger dans un deuxième temps seulement sur les types de soins concernés.

La combinaison de ces deux variantes aboutit *in fine* à quatre jeux de formulation, un par sous-échantillon (tableau 1).

Dans toutes ces formulations, la partition des soins retenue est la suivante : Soins dentaires (dentiste, couronne, bridge, dentier...) ; Achat de lunettes ou lentilles ; Consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste ; Achat de médicaments ; Kinésithérapie, massages ; Autre soin.

Quand on interroge dans un deuxième temps seulement sur la raison principale, le répondant doit l'indiquer dans la liste suivante (présentée par l'enquêteur) : Pour des raisons financières ; Parce que c'était trop compliqué ; A cause du délai d'attente ; Parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste ; Parce que je préférais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes ; Je n'avais pas le temps à cause de mes obligations professionnelles ou familiales ; Le médecin ou professionnel de santé était trop éloigné ; Pour une autre raison.

TABEAU 1

Les différentes formulations utilisées pour chacun des 4 sous-échantillons

Jeu de formulation	Questions posées
Raison principale et types de soins précisés dans un second temps	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins ? • A quels soins avez-vous renoncé ? • Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous avez renoncé à %S ? (<i>déclinée au maximum 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins précédents</i>)
Raisons financières précisé d'emblée, Types de soins précisés dans un second temps	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins pour des raisons financières ? • A quels soins avez-vous renoncé pour des raisons financières ? (<i>6 postes de soins possibles</i>)
Raisons financières et types de soins précisés d'emblée	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à %S pour des raisons financières ? (<i>déclinée 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins précédents</i>)
Type de soins précisé d'emblée, raison principale précisée dans un second temps	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même à %S ? (<i>déclinée 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins précédents</i>) • Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous avez renoncé à %S ? (<i>déclinée au maximum 6 fois, pour chacun des 6 postes de soins précédents</i>)

SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES 2013

TABEAU 2

Les différentes formulations utilisées pour chacun des 4 sous-échantillons

	Raison financière précisée d'emblée	Raison principale précisée dans un second temps
Types de soins précisés d'emblée	proche SPS 2012 (A)	proche SRCV (B)
Types de soins précisés dans un second temps	proche SPS 2010 téléphone (C)	proche SPS 2010 auto-administré (D)

SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES 2013

Les différentes formulations étudiées ici n'épuisent pas, loin de là, l'ensemble des variantes possibles de formulation des questions relatives au renoncement aux soins pour raisons financières. D'autres modifications de formulation auraient été envisageables. Par exemple, il aurait été possible de modifier l'expression « pour raisons financières », par exemple pour la simplifier – « pour des problèmes d'argent » ou « par manque d'argent ». Il aurait aussi été intéressant de faire varier la période de référence, fixée ici à « 12 mois ». On aurait pu la fixer à « 3 mois » ou « 6 mois », ou ne pas mettre de période

de référence. Il aurait enfin été possible d'adopter une formulation avec un filtre (cf. projet d'Eurostat pour le mini-module santé de SILC), du type « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin d'un soin dentaire ? ». Dans cette configuration, la question sur le renoncement est posée uniquement aux personnes ayant répondu « Oui » à la question filtre.

Le tableau A.1 de l'annexe A montre que les quatre sous-échantillons obtenus *via* le *split sample* sont bien équilibrés vis-à-vis des différentes covariables disponibles dans la base (âge, sexe, PCS, niveau de vie, état de santé, localisation géographique...). Par exemple, dans les deux sous-échantillons pour lesquels la raison financière est précisée d'emblée (échantillons A et C, cf. tableau 2), 55,6 % des répondants sont en couple, contre 55,7 % dans les deux sous-échantillons pour lesquels ce n'est pas le cas (échantillons B et D). Les taux sont souvent proches de celles que soient les variables considérées, et le plus souvent non significativement différents au seuil de 5 %⁴. Globalement, on ne peut pas rejeter l'égalité en moyenne de l'ensemble des variables du tableau A.1, aux seuils usuels de 5 % ou 10 %, ni quand on compare les deux sous-échantillons pour lesquels la raison financière est précisée d'emblée aux deux autres (p-value de 0,22), ni quand on compare les deux sous-échantillons pour lesquels le type de soins est décliné d'emblée aux deux autres (p-value de 0,39). Il est donc licite de comparer les taux bruts de renoncement entre les sous-échantillons pris deux à deux sans craindre d'effets de structure.

Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question

Cette comparaison (tableau 3) indique que c'est lorsque le questionnement est le plus précis (type de soins et raisons financières précisés d'emblée) que le taux global de renoncement aux soins pour raisons financières est le plus élevé (36 %), comme le suggère l'intuition. Inversement, c'est quand le questionnement est le plus général (types de soins et raison principale précisés dans un second temps), que le taux est le plus faible (21 %). En effet, avec une formulation générale, on s'expose à un biais de mémoire. Par ailleurs, en interrogeant sur la raison principale du renoncement dans un deuxième temps seulement, on gomme mécaniquement une partie du renoncement pour raisons financières (chaque fois que ce motif n'est pas le principal).

Enfin, préciser ou non d'emblée pour raisons financières augmente le taux de renoncement de 8 ou 10 points de pourcentage (selon que la question est ou non déclinée par types de soins), tandis que décliné ou non le type de soins augmente le taux de renoncement de 5 à 7 points (selon que pour raisons financières est ou non précisé d'emblée). Une analyse économétrique confirme ce résultat et montre par ailleurs qu'il n'existe pas d'effet de potentialisation entre les deux variantes (effet croisé nul), ce qui autorise à les traiter de manière séparée dans le reste de l'analyse (annexe B).

Finalement les résultats de ce premier volet suggèrent une très grande sensibilité de la valeur du taux de renoncement aux soins pour raisons financières à la formulation de la question : en combinant deux variantes seulement, nous obtenons des écarts de taux de 15 points selon la formulation utilisée.

⁴ Les calculs de précision des estimateurs (tests de significativité et écarts-types) sont effectués en partant de l'approximation que les échantillons sont issus d'un sondage aléatoire simple. C'est une hypothèse raisonnable puisqu'il s'agit de comparer des sous-échantillons de l'échantillon total de l'enquête (considéré ici comme la population), et non d'en inférer des résultats sur l'ensemble de la population adulte métropolitaine. En effet, en toute rigueur, le plan de sondage – non probabiliste, puisqu'il s'agit d'un échantillon construit par la méthode des quotas – ne permet pas d'inférer des résultats à l'ensemble de la population adulte métropolitaine, ni de calculer la précision des estimateurs, en raison du biais introduit par la méthode de sondage, manifestation du fait que les enquêteurs ne choisissent pas de manière aléatoire les personnes qu'ils vont interroger (Ardilly, 2010).

TABLEAU 3

Taux de renoncement aux soins pour raison financière, en fonction de la formulation de la question (écart-type entre parenthèses)

	Raison financière précisée d'emblée	Raison principale précisée dans un second temps
Types de soins précisés d'emblée	36 % (1,4 %)	28 % (1,4 %)
Types de soins précisés dans un second temps	31 % (1,4 %)	21 % (1,4 %)

SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DREES 2013

Les déterminants sociaux du renoncement aux soins pour raisons financières sont identiques quelle que soit la formulation adoptée

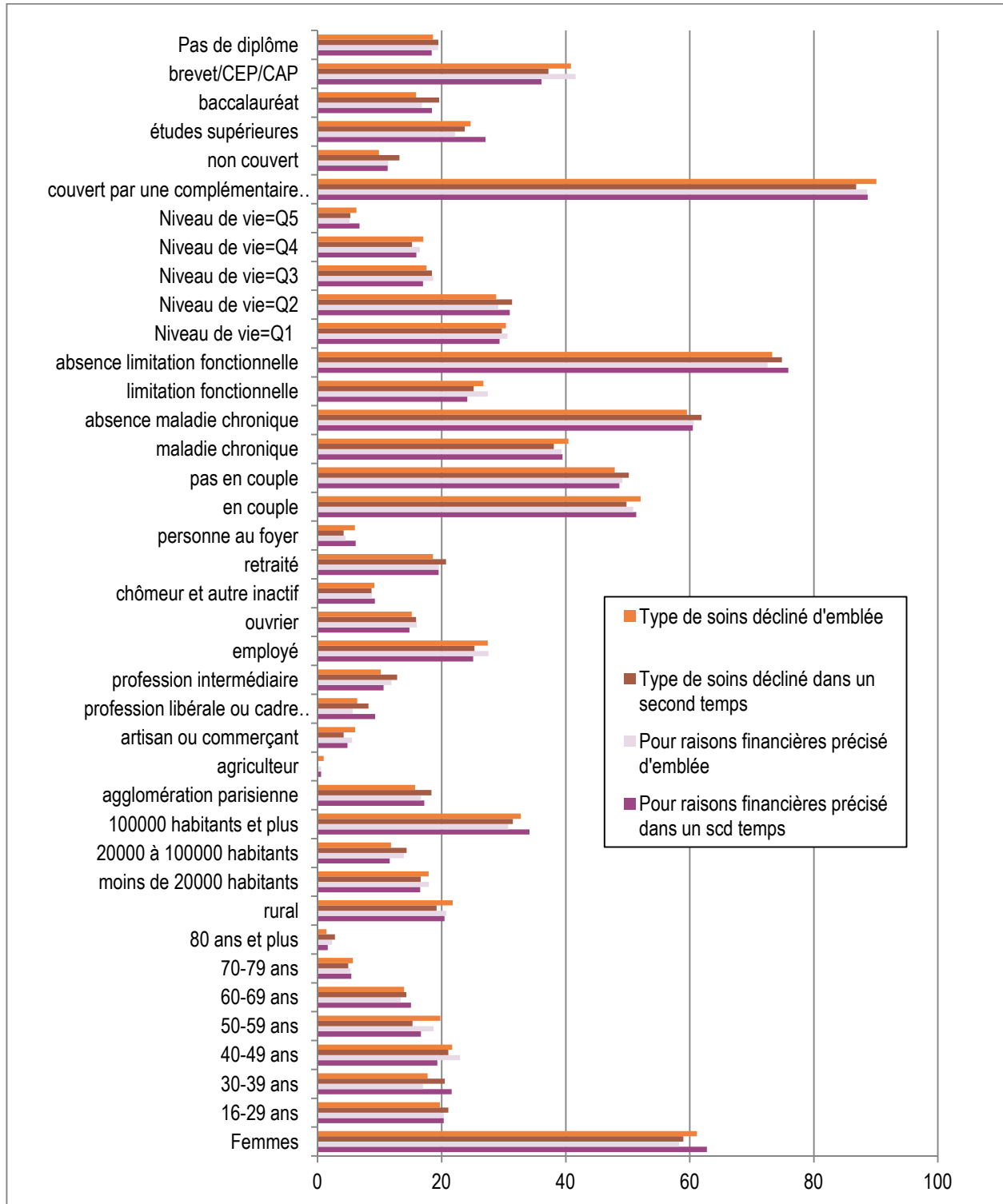
L'analyse des déterminants sociaux du renoncement aux soins pour raisons financières peut permettre d'identifier les populations pour lesquelles les barrières financières d'accès aux soins sont les plus marquées et de déterminer le cas échéant des populations cibles de politiques publiques destinées à améliorer l'accès aux soins (mesures modifiant le reste à charge après assurance maladie obligatoire ou complémentaire, mesures destinées à améliorer l'accès la couverture complémentaire, *etc.*). L'identification de ces populations revêtant un enjeu important, cette section vise à étudier si les déterminants sociodémographiques du renoncement sont dépendants ou non de la formulation de la question. Si tel était le cas, une attention très particulière devrait alors être portée à la formulation avant de conclure que telle catégorie de population rencontre des difficultés d'accès aux soins particulièrement marquées.

Le graphique 1 ci-après montre que la structure sociodémographique des personnes déclarant avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières au cours des 12 derniers mois est identique quelle que soit la formulation retenue. Cette propriété est confirmée par le graphique D1 en annexes. Ce graphique montre que si le niveau absolu de la proportion d'individus de telle sous-population déclarant avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières au cours des 12 derniers mois dépend effectivement de la formulation retenue, en revanche le niveau relatif (c'est-à-dire en comparaison avec les niveaux des autres sous-populations) ne dépend pas de la formulation. Ainsi par exemple le taux de renoncement aux soins global au sein du premier quintile de niveau de vie varie de 43% (« pour raisons financières » précisé dans un second temps) à 55% (type de soins décliné d'emblée). Pour autant, quelle que soit la formulation retenue, on retrouve toujours un gradient de renoncement en fonction du niveau de vie : le renoncement étant moins fréquent au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des niveaux de vie : 30 % des « renonçants » font partie du 1^{er} quintile de niveau de vie, 30 % du deuxième, *etc.*. De la même manière, quelle que soit la formulation retenue : les femmes renoncent plus que les hommes, les individus célibataires plus que ceux en couple, les ouvriers et les inactifs davantage que les cadres ou les professions intermédiaires, les non couverts davantage que les personnes couvertes par une couverture complémentaire santé, les non diplômés ou titulaire du brevet, d'un CAP ou d'un BEP davantage que les titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

Finalement, les déterminants sociaux du renoncement aux soins pour raisons financières sont identiques quelle que soit la formulation adoptée. Autrement dit, chacune des formulations testées dans cette étude est à même d'identifier les catégories les plus touchées par le phénomène de renoncement.

GRAPHIQUE 1

Caractéristiques sociodémographiques des personnes déclarant avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières au cours des 12 derniers mois, selon le type de formulation adoptée



SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DREES 2013

Le classement des soins faisant le plus l'objet de renoncement est identique quelle que soit la formulation adoptée

Les questions sur le renoncement pouvant aussi permettre d'identifier les soins pour lesquels les barrières financières d'accès sont les plus marquées, il importe également d'étudier si le classement des soins faisant le plus l'objet de renoncement est sensible ou non à la formulation de la question.

Le classement des cinq types de soins proposés aux répondants en termes de taux de renoncement pour raisons financières ne diffère pas fortement selon la formulation proposée. En particulier, les soins dentaires et optiques font de loin l'objet des taux de renoncement les plus élevés, quelle que soit la formulation retenue (cf. graphique 1 et 2).

ENDADRÉ 2 – DIVERSITÉ DES STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE ENTRE SÉCURITÉ SOCIALE, ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES ET MÉNAGES, SELON LES TYPES DE SOINS

Soins dentaires : En France, tous les soins dentaires ne sont pas soumis aux mêmes règles d'encadrement des tarifs par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Si les soins dentaires conservateurs et chirurgicaux font l'objet de tarifs conventionnels que doivent respecter les professionnels, en revanche ces derniers sont autorisés à pratiquer des dépassements sur certains actes à tarifs dits « de responsabilité » tels que les soins prothétiques (couronnes, bridges), voire des tarifs libres pour les implants dentaires notamment. En conséquence, en 2013, un peu plus de 53 % des honoraires des dentistes proviennent de ces dépassements (Comptes de la santé, 2013). Au plan macroéconomique, en 2013, sur 10.6 milliards d'euros de dépenses dentaires, la sécurité sociale en a financé 32%, les organismes complémentaires 39.3% et les ménages 25.3%, soit 2,7 milliards d'euros de restes à charge supportés directement par les ménages (Comptes de la santé, 2013). Les contrats d'assurance maladie complémentaire santé (AMC) peuvent prendre en charge le cas échéant les dépassements d'honoraires. Mais, malgré des disparités importantes en termes de garanties dentaires offertes par les contrats d'assurance complémentaire (Le Palud, 2013), la grande majorité des individus couverts ont un reste à charge en cas de recours à des soins prothétiques conséquent, de l'ordre de plusieurs centaines d'euros.

Optique : En 2013, la dépense d'optique a représenté en France 5,7 milliards d'euros, dont 4% pris en charge par la sécurité sociale, 73.6% par les organismes complémentaires et 12,4% pour les ménages, soit 700 millions d'euros de restes à charge supportés directement par les ménages (Comptes de la santé, 2013).

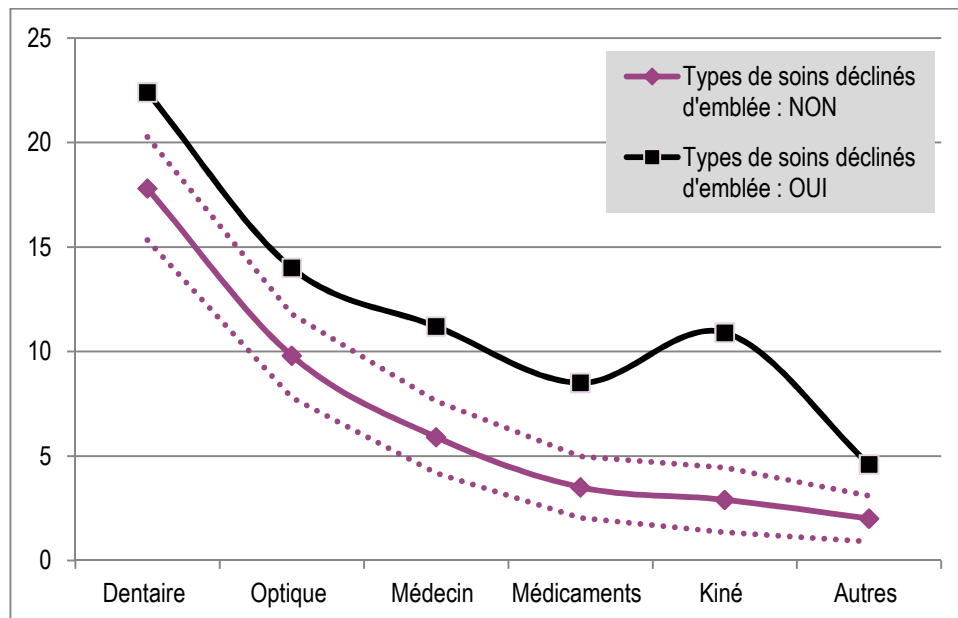
Médecins généralistes et spécialistes : en 2013, la dépense de médecins a représenté 20.5 milliards d'euros, dont 310 millions d'euros de dépassements pour les généralistes et 2.4 milliards d'euros de dépassements pour les spécialistes. La sécurité sociale a pris en charge 67% de cette dépense, les organismes complémentaires 19% et les ménages 12%, soit 2.5 milliards d'euros de restes à charge (Comptes de la santé, 2013).

Médicament : en 2013, la dépense de médicaments en ville (remboursable et non remboursable) a représenté 33.5 milliards d'euros. La sécurité sociale a pris en charge 67% de cette dépense, les organismes complémentaires 14% et les ménages 17%, soit 5.6 milliards d'euros de restes à charge (Comptes de la santé, 2013).

Le cas des soins de masseur-kinésithérapeute fait cependant exception. Lorsque les types de soins sont déclinés d'emblée, et qu'une question porte ainsi spécifiquement sur le renoncement à ce type de soins, le taux de renoncement pour raisons financières apparaît relativement élevé, autour de 10 % (graphique 1). En revanche, lorsque la question sur le renoncement est d'abord générale, puis que l'on demande dans un second temps quels types de soins sont concernés, le taux de renoncement pour raisons financières apparaît relativement faible, autour de 3 % (taux statistiquement différent du taux de 10 % au seuil de 5 %). Cela pourrait être lié au fait que les répondants n'identifient pas spontanément les soins de masseur-kinésithérapeute à des soins médicaux.

GRAPHIQUE 2

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon que le type de soins est décliné d'emblée ou non

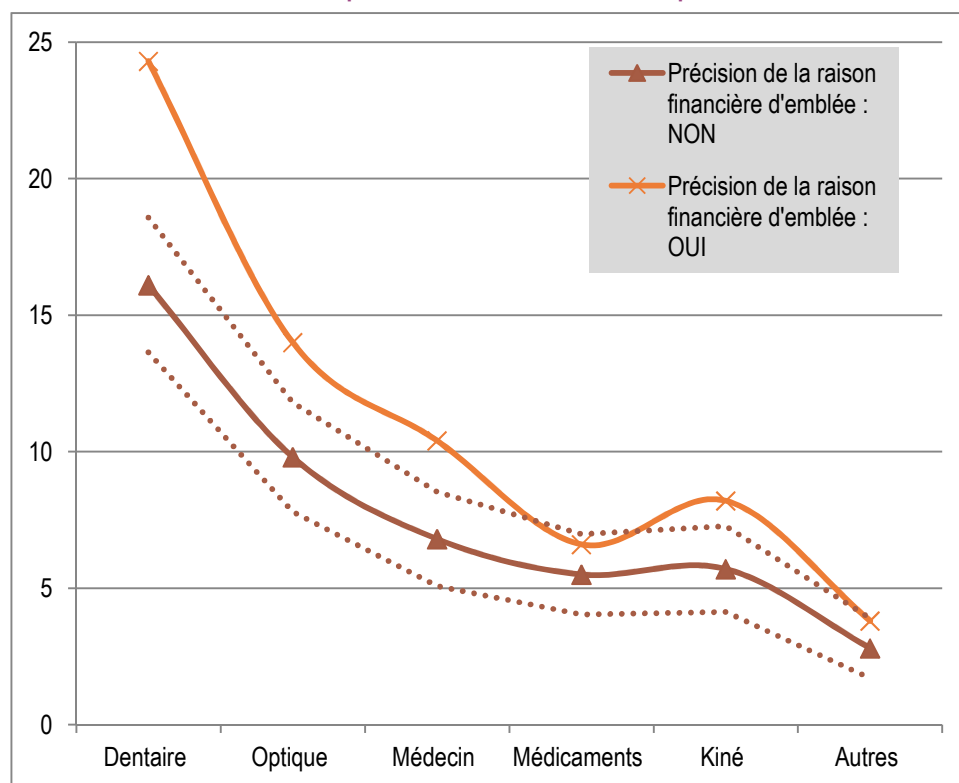


NOTE : LES COURBES EN POINTILLES CORRESPONDENT À L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % DE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES DEUX TAUX : LE FAIT QUE LA COURBE DU HAUT (TYPES DE SOINS DÉCLINÉS D'EMBLÉE : OUI) NE COUPE PAS LE HAUT DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE SIGNIFIE QUE LES ECARTS ENTRE LES DEUX FORMULATIONS SONT SYSTÉMATIQUEMENT SIGNIFICATIFS AU SEUIL DE 5 %.

SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DREES 2013

GRAPHIQUE 3

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon que la raison financière est précisée d'emblée ou non



NOTE : LES COURBES EN POINTILLES CORRESPONDENT À L'INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % DE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES DEUX TAUX : LE FAIT QUE LA COURBE DU HAUT (TYPES DE SOINS DÉCLINÉS D'EMBLÉE : OUI) NE COUPE PAS LE HAUT DE L'INTERVALLE DE CONFIANCE SIGNIFIE QUE LES ÉCARTS ENTRE LES DEUX FORMULATIONS SONT SIGNIFICATIFS AU SEUIL DE 5 %, SAUF L'ACHAT DE MÉDICAMENTS.

SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DREES 2013

Conclusion et préconisations

Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est un indicateur de plus en plus utilisé pour identifier des problèmes d'accès aux soins des populations, en complément d'autres indicateurs plus objectifs. Or cet indicateur est construit à partir des réponses d'enquêtés à des questions subjectives, qui dépendent par nature des représentations individuelles sur la définition d'un soin ou la notion de renoncement, et sont donc sensibles à la formulation exacte de la question. Les réponses des enquêtés sont de surcroît sujettes à des effets de mémoire dans la mesure où la quantification du renoncement porte sur une période précise, en général les douze derniers mois. En conséquence, afin d'utiliser de manière appropriée les variables sur le renoncement aux soins pour raisons financières, il convient de bien comprendre l'effet de la formulation adoptée pour poser la question aux enquêtés sur leurs réponses.

Notre étude permet de quantifier très précisément l'effet de formulation sur le taux de renoncement aux soins, en mobilisant quatre jeux de formulation inspirés des formulations présentes dans les enquêtes sur le sujet, en particulier l'enquête SRCV et SPS.

Nous montrons que le niveau du taux de renoncement pour raisons financières est très sensible à la formulation adoptée, avec des écarts de 15 points entre les deux formulations extrêmes (21 % contre 36 %). Cette grande sensibilité signifie probablement que le taux de renoncement est également sensible à d'autres aspects du mode de collecte : mode d'interrogation (face-à-face, auto-administré, téléphone), thématique et place dans le questionnaire. Ainsi, cette sensibilité explique sans doute la majeure partie des grandes différences de taux de renoncement selon les différentes enquêtes (de

15 % à 55 %, selon les enquêtes), dans des proportions sans doute bien plus importantes que les modalités de collecte de l'échantillon (sondage probabiliste *versus* sondage par quotas).

A l'aune de ces premiers résultats, il semblerait légitime de rejeter l'utilisation d'un indicateur, le taux de renoncement pour raisons financières, dont la sensibilité au mode de collecte est si forte. Cependant, notre étude montre que le classement des types de soins faisant l'objet du plus de renoncement est beaucoup moins sensible à l'effet de formulation, et que les caractéristiques des personnes renonçant à des soins pour raisons financières sont très peu sensibles à l'effet de formulation. De plus, la comparaison des taux de renoncement selon les caractéristiques des personnes permettent de mettre à jour des phénomènes intéressants, par exemple sur le taux plus élevé des personnes non couvertes et le rôle protecteur de la CMU-c.

Au total, les résultats présentés dans cette étude nous conduisent aux préconisations suivantes en matière d'utilisation du taux de renoncement aux soins pour raisons financières dans les études empiriques :

1. Le taux de renoncement global ne doit pas être interprété en niveau ;
2. Les comparaisons de taux de renoncement entre années doivent être réalisées strictement avec les mêmes conditions de collecte ;
3. Il peut être intéressant de continuer à suivre l'indicateur de renoncement aux soins en comparaison entre différentes catégories (de soins ou de socio-démographiques), en complément d'autres indicateurs plus objectifs.

Annexe A. Équilibrage des 4 sous-échantillons

TABLEAU A.1

Test d'équilibrage des 4 sous-échantillons

En %, sauf mention contraire	Précision "pour raisons financières" d'emblée			Déclinaison des soins d'emblée		
	Non	Oui	p-value	Non	Oui	p-value
Sexe						
Hommes	47,6 (1,1)	47,6 (1,1)	0,96	48,1 (1,1)	47,1 (1,1)	0,50
Femmes	52,4 (1,1)	52,4 (1,1)	0,96	51,9 (1,1)	52,9 (1,1)	0,50
Âge						
âge moyen (en années)	48,2 (0,4)	48,7 (0,4)	0,45	48,1 (0,4)	48,8 (0,4)	0,25
% de 16-29 ans	18,5 (0,9)	19,6 (0,9)	0,37	19,4 (0,9)	18,7 (0,9)	0,58
% de 30-39 ans	16,7 (0,8)	14,9 (0,8)	0,11	17,0 (0,8)	14,6 (0,8)	0,04
% de 40-49 ans	18,0 (0,9)	18,2 (0,9)	0,81	17,9 (0,9)	18,3 (0,9)	0,79
% de 50-59 ans	16,3 (0,8)	15,7 (0,8)	0,62	14,7 (0,8)	17,3 (0,8)	0,02
% de 60-69 ans	18,0 (0,8)	17,3 (0,9)	0,55	17,7 (0,9)	17,6 (0,8)	0,87
% de 70-79 ans	8,4 (0,6)	9,5 (0,6)	0,25	8,7 (0,6)	9,1 (0,6)	0,69
% de 80 ans ou plus	4,1 (0,5)	4,8 (0,5)	0,29	4,4 (0,5)	4,4 (0,5)	0,96
Taille d'agglomération						
Rural	24,6 (0,9)	22,6 (0,9)	0,15	24,1 (0,9)	23,1 (0,9)	0,47
Moins de 20 000 hab	16,5 (0,8)	17,3 (0,8)	0,52	16,1 (0,8)	17,7 (0,8)	0,18
20 000 à 99 999 hab	12,2 (0,7)	12,8 (0,7)	0,61	12,7 (0,7)	12,3 (0,7)	0,64
100 000 hab. et +	30,3 (1,0)	31,1 (1,0)	0,59	31,0 (1,0)	30,4 (1,0)	0,70
Agglo. parisienne	16,4 (0,8)	16,2 (0,8)	0,89	16,1 (0,8)	16,5 (0,8)	0,70
Profession du répondant						
Agriculteur	1,4 (0,2)	0,9 (0,2)	0,12	1,1 (0,2)	1,2 (0,2)	0,75
Artisan ou commerçant	4,0 (0,4)	4,4 (0,4)	0,53	3,6 (0,4)	4,8 (0,4)	0,05
Profession libérale ou cadre supérieur	9,5 (0,6)	8,6 (0,6)	0,33	9,3 (0,6)	8,8 (0,6)	0,59
Profession intermédiaire	13,5 (0,7)	12,1 (0,7)	0,19	12,6 (0,7)	12,9 (0,7)	0,78
Employé	16,5 (0,9)	19,4 (0,9)	0,02	18,1 (0,9)	17,7 (0,9)	0,69
Ouvrier	12,8 (0,7)	11,5 (0,7)	0,23	12,2 (0,7)	12,1 (0,7)	0,95
Chômeur	0,8 (0,2)	0,5 (0,2)	0,26	0,7 (0,2)	0,6 (0,2)	0,74
Retraité	28,4 (1,0)	30,1 (1,0)	0,22	29,8 (1,0)	28,7 (1,0)	0,48
Femme au foyer	4,4 (0,4)	4,0 (0,4)	0,45	3,4 (0,4)	5,0 (0,4)	0,01
Autre inactif	8,8 (0,6)	8,5 (0,6)	0,79	9,2 (0,6)	8,1 (0,6)	0,21
Composition du foyer						
En couple	55,7 (1,1)	55,6 (1,1)	0,95	56,1 (1,1)	55,2 (1,1)	0,55
Pas en couple	44,3 (1,1)	44,4 (1,1)	0,95	43,9 (1,1)	44,8 (1,1)	0,55
Nombre de personnes dans le foyer	2,5 (0,0)	2,4 (0,0)	0,39	2,4 (0,0)	2,5 (0,0)	0,74

	Précision "pour raisons financières" d'emblée					Déclinaison des soins d'emblée				
	Non		Oui		p-value	Non		Oui		p-value
Santé										
Etat de santé très bon	28,3	(1,0)	26,5	(1,0)	0,20	28,5	(1,0)	26,3	(1,0)	0,13
Etat de santé bon	45,7	(1,1)	45,3	(1,1)	0,83	44,7	(1,1)	46,3	(1,1)	0,33
Etat de santé moyen	21,1	(0,9)	22,7	(0,9)	0,23	21,3	(0,9)	22,5	(0,9)	0,39
Etat de santé mauvais	3,9	(0,4)	4,3	(0,4)	0,52	4,5	(0,4)	3,7	(0,4)	0,18
Etat de santé très mauvais	1,0	(0,2)	1,2	(0,2)	0,60	0,9	(0,2)	1,2	(0,2)	0,31
Maladie chronique	31,7	(1,0)	33,5	(1,0)	0,21	32,7	(1,0)	32,4	(1,0)	0,86
Absence de maladie chronique	68,3	(1,0)	66,5	(1,0)	0,21	67,3	(1,0)	67,6	(1,0)	0,86
Limitation fonctionnelle	17,6	(0,9)	20,6	(0,9)	0,02	19,3	(0,9)	18,9	(0,9)	0,77
Absence de limitation fonctionnelle	82,4	(0,9)	79,4	(0,9)	0,02	80,7	(0,9)	81,1	(0,9)	0,77
Couvert complémentaire santé	93,5	(0,6)	93,1	(0,6)	0,55	92,5	(0,6)	94,1	(0,6)	0,04
Non couvert complémentaire santé	6,5	(0,6)	6,9	(0,6)	0,55	7,5	(0,6)	5,9	(0,6)	0,04
Revenu										
Revenu disponible moyen (en € par mois)	2408,3	(42,8)	2366,4	(43,0)	0,49	2388,9	(43,1)	2386,1	(42,7)	0,96
Niveau de vie moyen (en € par UC et par mois)	1523,0	(24,6)	1499,2	(24,7)	0,49	1512,2	(24,7)	1510,1	(24,5)	0,95
1er quintile	17,8	(1,0)	21,3	(1,0)	0,01	19,7	(1,0)	19,3	(1,0)	0,75
2e quintile	21,9	(1,0)	22,8	(1,0)	0,52	22,8	(1,0)	21,9	(1,0)	0,51
3e quintile	19,3	(0,9)	16,9	(0,9)	0,07	18,1	(0,9)	18,1	(0,9)	0,97
4e quintile	23,1	(1,0)	22,7	(1,0)	0,82	22,7	(1,0)	23,1	(1,0)	0,78
5e quintile	18,0	(0,9)	16,2	(0,9)	0,17	16,7	(0,9)	17,6	(0,9)	0,48
Diplôme										
Etudes supérieures	33,2	(1,0)	28,8	(1,0)	0,00	30,8	(1,0)	31,3	(1,0)	0,74
Baccalauréat	16,1	(0,8)	18,0	(0,8)	0,12	17,4	(0,8)	16,6	(0,8)	0,51
Brevet, CAP, BEP	34,4	(1,1)	35,1	(1,1)	0,64	34,4	(1,1)	35,1	(1,1)	0,67
Pas de diplôme	16,2	(0,8)	18,2	(0,8)	0,10	17,4	(0,8)	17,0	(0,8)	0,78
Logement										
Propriétaire	51,5	(1,1)	47,0	(1,1)	0,00	50,4	(1,1)	48,1	(1,1)	0,15
Locataire dans le parc privé	23,3	(1,0)	25,9	(1,0)	0,06	24,6	(1,0)	24,6	(1,0)	0,99
Locataire dans le parc social	21,3	(0,9)	23,2	(0,9)	0,16	21,4	(0,9)	23,1	(0,9)	0,21
Logé gratuitement	3,9	(0,4)	4,0	(0,4)	0,93	3,6	(0,4)	4,3	(0,4)	0,29
Divers										
Membre d'un syndicat	7,1	(0,6)	6,7	(0,6)	0,63	6,7	(0,6)	7,1	(0,6)	0,63
Non membre d'un syndicat	92,9	(0,6)	93,3	(0,6)	0,63	93,3	(0,6)	92,9	(0,6)	0,63
Membre d'une association	28,5	(1,0)	27,0	(1,0)	0,28	28,2	(1,0)	27,3	(1,0)	0,55
Non membre d'une association	71,5	(1,0)	73,0	(1,0)	0,28	71,8	(1,0)	72,7	(1,0)	0,55
Pratique religieuse régulière	9,6	(0,7)	9,9	(0,7)	0,82	10,0	(0,7)	9,5	(0,7)	0,57
Pratique religieuse occasionnelle	37,8	(1,1)	35,8	(1,1)	0,20	37,3	(1,1)	36,2	(1,1)	0,47
Absence de pratique religieuse	52,3	(1,1)	54,0	(1,1)	0,27	52,4	(1,1)	53,9	(1,1)	0,34
Test global de significativité										
Statistique du Chi-deux					45,39					40,94
p-value					0,22					0,39

Annexe B. Les effets des deux variantes de la formulation ne se potentialisent pas

TABLEAU. B.1

Régression de l'indicateur de renoncement aux soins pour raisons financières sur les indicateurs d'effet de formulation

	(1)	(2)	(3)	(4)
Types de soins déclinés d'emblée	7,4*** (2,0)	6,4*** (1,4)	6,5*** (1,4)	
Pour raisons financières précisé d'emblée	10,0*** (2,0)	9,0*** (1,4)		9,0*** (1,4)
Pour raisons financières et types de soins précisés d'emblée	-1,9 (2,8)			
Constante	20,9*** (1,4)	21,4*** (1,2)	25,9*** (1,0)	24,6*** (1,0)
Observations	4024	4024	4024	4024

NOTE : * P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

LECTURE : LE MODÈLE (1) EST LE PLUS COMPLET : IL INTÈGRE UNE INDICATRICE POUR CHACUN DES EFFETS DE FORMULATION ET POUR LEUR INTERACTION. DANS CELUI-CI, LES PERSONNES QUI ONT RÉPONDU À UNE QUESTION DÉCLINANT D'EMBLÉE LE TYPE DE SOINS SONT PLUS NOMBREUX À DÉCLARER RENONCER À DES SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES (+7,4 POINTS), PAR RAPPORT AUX PERSONNES AYANT RÉPONDU À UNE QUESTION DÉCLINANT LE TYPE DE SOINS DANS UN SECOND TEMPS. LE COEFFICIENT DE L'INTERACTION ENTRE LES DEUX EFFETS DE FORMULATION (FORMULATION C, -1,9 PT) N'EST PAS SIGNIFICATIVEMENT DIFFÉRENT DE 0 AU SEUIL DE 10 %. DANS LES MODÈLES (2) ET (3), QUI NE TIENNENT PAS COMPTE D'UNE INTERACTION POSSIBLE ENTRE LES DEUX EFFETS DE FORMULATION ÉTUDIÉS, LES PERSONNES QUI ONT RÉPONDU À UNE QUESTION DÉCLINANT D'EMBLÉE LE TYPE DE SOINS SONT PLUS NOMBREUX À DÉCLARER RENONCER À DES SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES (RESPECTIVEMENT +6,4 ET +6,5 POINTS). UN TEST DU CHI-DEUX D'ÉGALITÉ DES COEFFICIENTS POUR L'INDICATRICE « TYPE DE SOINS DÉCLINÉS D'EMBLÉE » DANS LES MODÈLES (1) ET (3) INDIQUE QU'ILS NE SONT PAS STATISTIQUEMENT DIFFÉRENTS À DES SEUILS SUPÉRIEURS À 10 % (STATISTIQUE DE 0,42, SOIT UNE P-VALUE DE 0,53).

LES DEUX EFFETS DE FORMULATION N'INTERAGISSENT DONC PAS : IL EST POSSIBLE DE LES ÉTUDIER SÉPARÉMENT.

SOURCE : BAROMÈTRE D'OPINION DREES 2013

Annexe C. Formulation des questions de renoncement aux soins pour raisons financières dans l'enquête SRCV et l'enquête Santé et Protection sociale de l'Irdes (SPS)

SRCV 2010

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

Si OUI Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ?

1. Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher
2. Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante
3. Je n'avais pas le temps en raison de mes obligations professionnelles ou familiales
4. Le médecin était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre
5. J'ai redouté d'aller voir un médecin, de faire faire des examens ou de me soigner
6. J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes
7. Je ne connaissais pas de bon médecin
8. Pour d'autres raisons

Au cours des 12 derniers mois avez vous renoncé à voir un dentiste, pour des soins dentaires 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

Si OUI, Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ?

1. Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher
2. Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante
3. Je n'avais pas le temps en raison de mes obligations professionnelles ou familiales
4. Le dentiste était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre
5. J'ai redouté d'aller voir un dentiste, de faire des soins
6. J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes
7. Je ne connaissais pas de bon dentiste
8. Pour d'autres raisons

ESPS 2010 – principal

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

- 1 OUI
2. NON

Si OUI A quels soins avez-vous renoncé pour des raisons financières ? (3 réponses possibles)

Enquêteur : Ne pas citer. Relancer pour obtenir au maximum 3 réponses : « Avez-vous renoncé à un autre soin ? »

1. Dentier
2. Couronne, bridge, implant dentaire
3. Soins de gencives ou soins parodontaux
4. Autre soin dentaire
5. Lunettes (verres, montures, lentilles)
6. Prothèse auditive
7. Consultations, visites et soins de spécialiste
8. Radios et autres examens d'imagerie
9. Pharmacie non remboursable
10. Pharmacie remboursable
12. Kinésithérapie, massages
13. Analyses de laboratoire
11. Cure thermale

12. Autres (3 réponses possibles)
13. Aucun soin
14. Ne sait pas

ESPS 2010 – auto-administré

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes...)?

1. OUI
2. NON

Si OUI Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

1. Pour des raisons financières
2. Parce que c'était trop compliqué
3. A cause du délai d'attente
4. Parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste
5. Parce que je préférais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes
6. Pour une autre raison, précisez

ESPS 2012 – principal

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

1. OUI
2. NON

Si OUI A quels soins dentaires avez-vous renoncé pour raisons financières ? (Plusieurs réponses possibles)

1. Dentier
2. Couronne, bridge, implant dentaire
3. Soins de gencives ou soins parodontaux
4. A un autre soin dentaire : Précisez

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 ?

1. OUI
2. NON

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

Si OUI A quelles consultations de médecins avez-vous renoncé pour raisons financières ? (plusieurs réponses possibles)

1. Consultations, visites et soins de spécialistes, précisez sa spécialité
2. Consultations, visites et soins de généralistes
3. Autres consultations, précisez
4. Ne sait pas

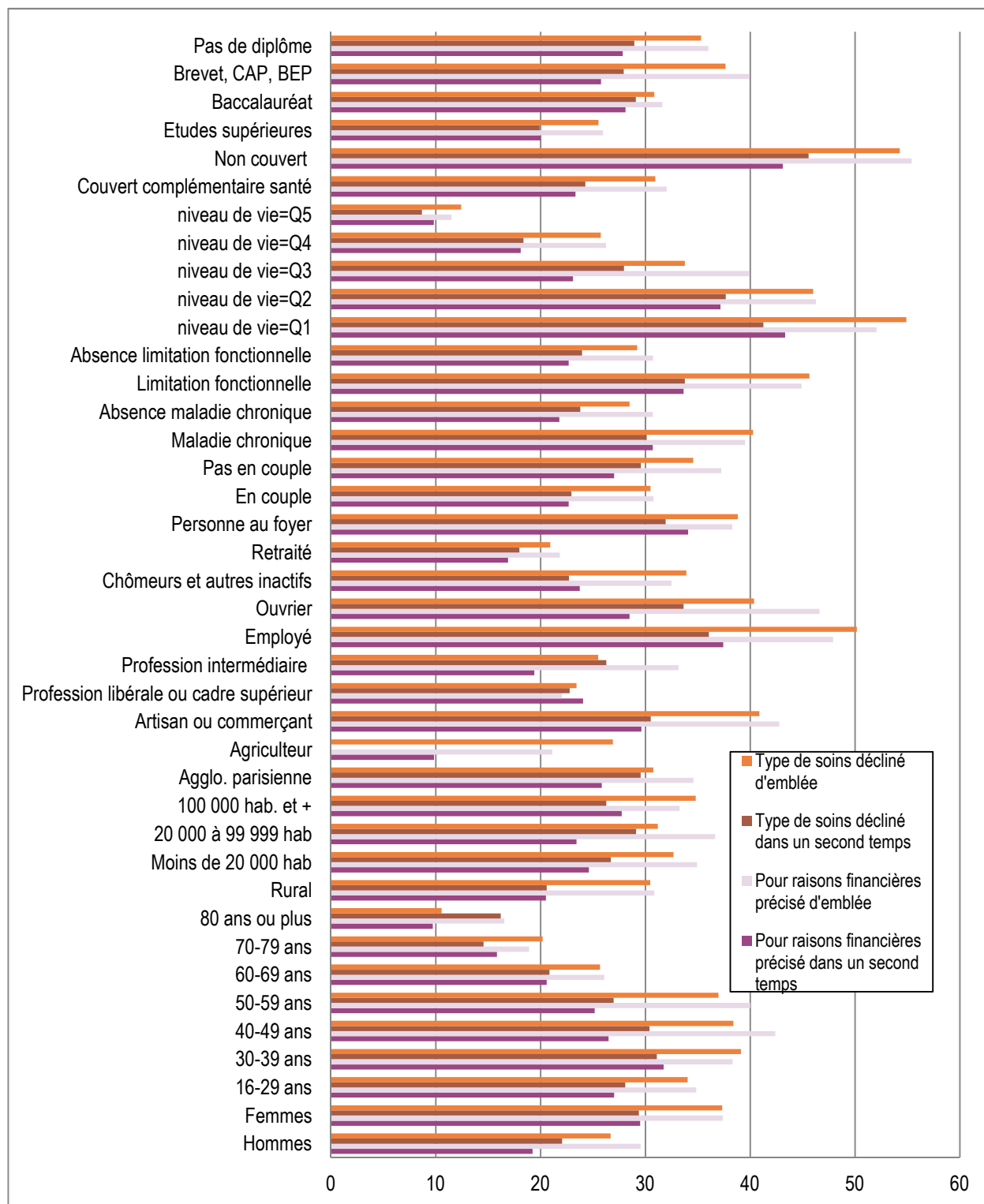
Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à d'autres soins ou à des examens pour des raisons financières ?

1. OUI
2. NON

Si OUI A quels autres soins ou examens avez-vous renoncé pour raisons financières ?

Annexe D. Renoncement et catégories sociodémographiques

D1. PROPORTION DE PERSONNES DÉCLARANT AVOIR RENONCÉ À AU MOINS UN SOIN POUR RAISONS FINANCIÈRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE TYPE DE FORMULATION ADOPTÉ



Bibliographie

Ardilly, P. (2010). Éléments sur la précision des sondages. Annexe 2 du Rapport d'information au Sénat sur les sondages n° 54, enregistré le 20 octobre 2010. <http://www.senat.fr/rap/r10-054/r10-05421.html#toc216>

Allin S., Masserla C. (2009) : "Unmet need as an indicator of access to health care in Europe" *Eurohealth*, 15(3):7-9.

Allin S., Grignon M., Le Grand (2010) : "Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada : What are the equity implications?", *Social Science and Medicine* 70 (2010) 465-472.

Aquilino, W. S. (1994). Interview mode effects in surveys of drug and alcohol use: A field experiment. *Public Opinion Quarterly*, 58(2), 210-240.

Timothy J. Beebe, Sarah M. Jenkins, Kari J. Anderson, Michael E. Davern et Todd H. Rockwood (2008) : "The Effects of Survey Mode and Asking About Future Intentions on Self-Reports of Colorectal Cancer Screening", *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*

Timothy J Beebe, Jeanette Y Ziegenfuss, Sarah M Jenkins, Kandace A Lackore and Timothy P Johnson (2014) : "Survey mode and asking about future intentions did not impact self-reported colorectal cancer screening accuracy", *BMC Medical Research Methodology*

Bowling, A., Windsor, J. (2008) : "The effects of question order and response-choice on self-rated health status in the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)". *Journal of epidemiology and community health*, 62(1), 81-85.

Clark, A., Vicard, A. (2007) : « Conditions de collecte et santé subjective: une analyse sur données européennes ». *Economie et statistique*, 403(1), 143-163.

Chauvin P., Parizot I., Vallée J., Renahy E. (2012) : « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS », in BOISGUERIN Bénédicte (dir.), 2012, *Renoncement aux soins*, DREES, « Etudes et Statistiques », Paris, p. 41-66.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012) : "Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie Publique*, n°28-29-2012/1-2, 123-147.

Desprès C. (2013) : « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé* 2/ 2013 (Vol. 31), p. 71-96.

Gmel, G. (2000), The effect of mode of data collection and of non-response on reported alcohol consumption: a split-sample study in Switzerland. *Addiction*, 95: 123-134.

Grémy, J. P. (1987) : « Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquête: Résultats d'un premier inventaire », *Revue française de sociologie*, 567-599.

HCAAM (2013) : « Les principes de solidarité de l'assurance maladie (Note du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie », janvier 2013.

Koolman X. (2007) : « Unmet need for health care in Europe in Comparative EU statistics on Income and Living Conditions : Issues and Challenges, proceedings of the EU-Silc conference », *Eurostat Methodology and working papers*.

Lumsdaine R. L., Exterkate A. (2013), "How survey design affects self-assessed health responses in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE)", *European Economic Review*, Volume 63.

Pudney, S. (2010) : « An experimental analysis of the impact of survey design on measures and models of subjective wellbeing » (No. 2010-20). ISER Working Paper Series.

Conti, G., & Pudney, S. (2011). Survey design and the analysis of satisfaction. *Review of Economics and Statistics*, 93(3), 1087-1093.

Strack, F., & Schwarz, N. (2007) : "Asking questions: Measurement in the social sciences". *Psychology's territories: Historical and contemporary perspectives from different disciplines*, 225-250.

Schwarz, N., Groves, R. M., & Schuman, H. (1998). *Survey methods*. McGraw-Hill.