

Les problèmes d'accès aux soins de santé peuvent être mesurés grâce aux taux d'utilisation effective des services de santé et aux déclarations de besoins insatisfaits en soins médicaux. Les inégalités dans l'utilisation des soins et les besoins non satisfaits peuvent entraîner une dégradation de l'état de santé et accroître les inégalités en matière de santé.

Les inégalités relatives à la probabilité et au nombre de consultations de médecins entre différents groupes socio-économiques doivent tenir compte des disparités dans les besoins, car les problèmes de santé sont plus fréquents et plus graves dans les groupes socio-économiques défavorisés. L'ajustement sur les besoins permet une meilleure mesure des inéquités.

Le graphique 6.5.1 présente le degré d'inéquité relatif à la probabilité de consulter un médecin au cours de la dernière année dans 17 pays de l'OCDE et au Brésil au moyen de l'indice d'inéquité horizontale. Si cet indice est supérieur à zéro, les personnes à revenus élevés accèdent davantage aux médecins que les personnes à faibles revenus, à besoin de santé égal. Les visites chez un médecin étaient plus probables parmi les personnes à hauts revenus dans 15 des 18 pays, la plupart des pays ayant cependant des niveaux d'inégalité peu élevés. Ce n'est pas le cas aux États-Unis, au Brésil, au Chili et au Mexique, où les personnes les plus aisées ont significativement plus de chances de consulter un médecin.

Dans de nombreux pays, on relève des disparités importantes dans la probabilité de consulter un généraliste ou un spécialiste. Alors que la probabilité de consulter un généraliste tend à être répartie équitablement dans la plupart des pays, la tendance est différente pour ce qui est des spécialistes. Dans presque tous les pays, les personnes à hauts revenus sont plus susceptibles de consulter un spécialiste que celles à faibles revenus, et elles en consultent plus souvent. Les seules exceptions sont le Royaume-Uni, la République tchèque et la Slovaquie, où l'on n'observe aucune différence statistiquement significative (Devaux et de Looper, 2012).

De la même façon, une étude antérieure menée en Europe montre que les personnes plus éduquées tendent à recourir davantage aux spécialistes, et il en va de même pour le recours aux généralistes dans de nombreux pays (France, Portugal et Hongrie) (Or et al., 2008). Outre le coût direct des soins, d'autres caractéristiques des systèmes de santé, comme le rôle conféré au généraliste et l'organisation des soins primaires, sont importants pour la réduction des inégalités sociales en matière d'utilisation des soins. Les inégalités sociales dans le recours aux spécialistes sont moindres dans les pays à « système national de santé » et où les généralistes ont un rôle de filtrage. Les pays qui ont des réseaux de soins primaires bien établis mettent peut-être davantage l'accent sur les populations démunies, et le filtrage simplifie souvent l'accès et apporte aux personnes à statut socio-économique relativement bas le bénéfice d'une meilleure orientation (Or et al., 2008).

Les besoins en soins de santé insatisfaits, tels que rapportés dans les enquêtes, sont un autre moyen d'évaluer les problèmes d'accès de certains groupes de population. Une enquête à l'échelle européenne fournit des informations sur la proportion de personnes qui déclarent avoir des besoins en matière d'examen médicaux non satisfaits pour une raison ou pour une autre. Dans tous les pays, les personnes à faibles

revenus sont plus susceptibles de déclarer avoir des besoins insatisfaits que celles à hauts revenus (graphique 6.5.2). L'écart était particulièrement important en Hongrie, en Italie et en Grèce. La raison la plus souvent avancée par les personnes à faibles revenus pour expliquer ces besoins insatisfaits est le coût. En revanche, les personnes à hauts revenus déclarent des besoins insatisfaits à cause du manque de temps, ou parce qu'elles préfèrent attendre et voir si le problème se règle de lui-même.

Il est important d'examiner les besoins en soins de santé insatisfaits autodéclarés conjointement avec les indicateurs des barrières potentielles à l'accès, telles que l'étendue de la couverture par l'assurance maladie et le poids des paiements directs supportés par les patients. L'Allemagne, par exemple, déclare des niveaux de besoins insatisfaits supérieurs à la moyenne, pourtant on y relève une couverture complète, des paiements directs peu élevés et une forte densité de médecins (indicateurs 6.1, 6.2 et 3.1).

Définition et comparabilité

Les consultations de médecins correspondent à la probabilité de visites auprès des médecins dans les 12 derniers mois, incluant les généralistes et les spécialistes. Les données pour le Brésil, le Chili et le Mexique proviennent d'études différentes. Elles concernent la probabilité d'une consultation dans les 3 derniers mois au Chili, et dans les 2 dernières semaines au Mexique.

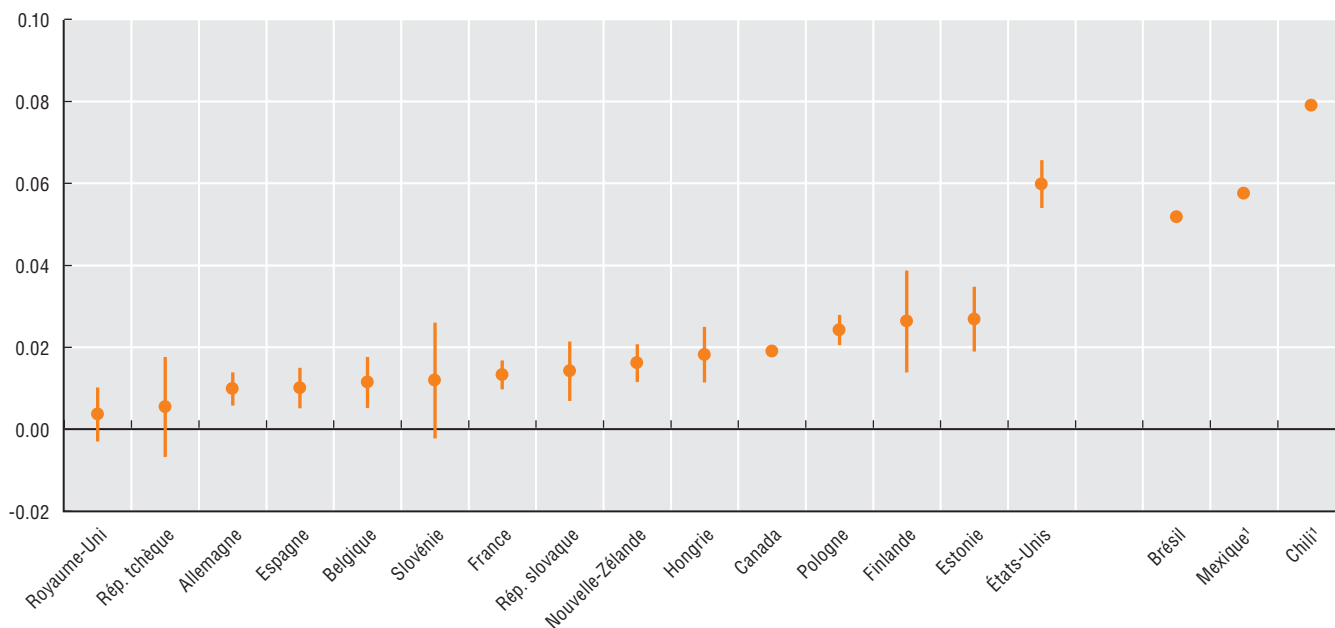
Les estimations de l'inéquité horizontale proviennent d'enquêtes sur la santé auprès des ménages menées autour de 2009. Les inégalités dans les consultations sont évaluées selon le revenu du ménage. La probabilité de visite chez un médecin est corrigée en fonction du besoin, sur la base d'informations autodéclarées sur l'état de santé.

Les différences dans la formulation des questions et dans les catégories de réponses proposées peuvent limiter la validité des comparaisons internationales, et les mesures utilisées pour évaluer le revenu peuvent également varier.

Les données sur les besoins en soins de santé insatisfaits proviennent des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Les enquêtes demandent généralement aux personnes interrogées si, au cours des 12 mois précédents, elles ont éprouvé à un certain moment le besoin d'obtenir des soins de santé mais n'en ont pas reçu, et la question suivante demande d'indiquer la raison pour laquelle le besoin de soins n'a pas été satisfait. Les raisons couramment invoquées sont le coût trop élevé des soins, les délais d'attente excessifs, une trop grande distance à parcourir pour recevoir les soins, un manque de temps, ou la volonté d'attendre de voir si le problème se règle de lui-même. Les chiffres présentés ici couvrent les besoins insatisfaits quelle qu'en soit la raison.

6.4. Inégalités dans les consultations de médecins

6.4.1. Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un médecin (avec un intervalle de confiance de 95 %), 17 pays de l'OCDE et Brésil, 2009 (ou année la plus proche)



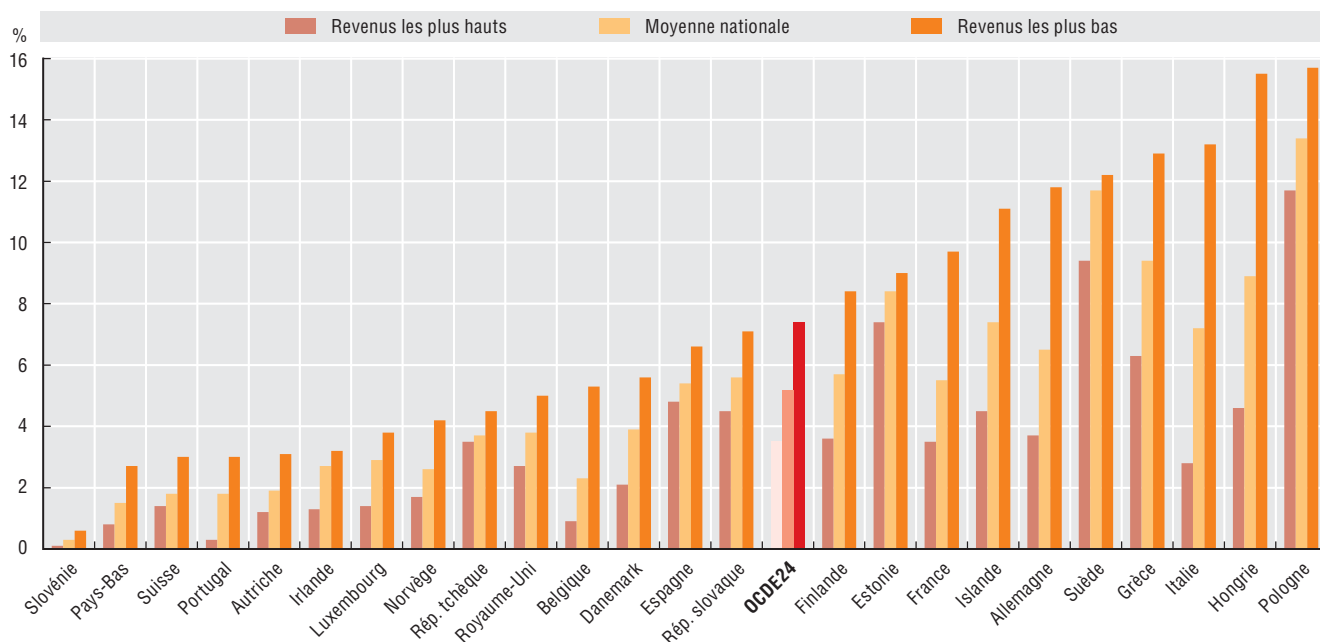
Note : La probabilité d'une visite chez un médecin est inéquitable si l'indice d'inéquité est significativement différent de zéro. Les groupes à revenus élevés sont favorisés lorsque l'indice est supérieur à zéro. L'indice est ajusté par rapport aux besoins.

1. Visites au cours des trois derniers mois au Chili et au cours des deux dernières semaines au Mexique.

Source : Devaux et de Loooper (2012) ; Almeida et al. (2013) ; Vasquez et al. (2013) ; Barraza-Lloréns et al. (2013).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922291>

6.4.2. Besoins insatisfaits d'examen médical par quintile de revenu, pays européens, 2011



Source : EU-SILC 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922310>



Extrait de :
Health at a Glance 2013
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2013), « Inégalités dans les consultations de médecins », dans *Health at a Glance 2013 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-60-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.