

Chacun devrait pouvoir accéder aux services de santé quand il en a besoin, quelle que soit sa situation socioéconomique. Il s'agit d'un principe fondamental qui sous-tend les systèmes de santé de tous les pays de l'OCDE. Pourtant, dans 23 pays de l'OCDE, un quart en moyenne des personnes âgées de 18 ans ou plus déclarent que leurs besoins ne sont pas satisfaits (définis comme soins repoussés ou abandonnés) pour des raisons de disponibilité ou de coût des services qui compromettent leur accès à ceux-ci. Les individus peuvent également renoncer aux soins par peur ou par méfiance à l'égard des prestataires de services de santé. Les stratégies visant à réduire les besoins non satisfaits, en particulier chez les plus démunis, doivent s'attaquer aux obstacles à l'accès, qu'ils soient financiers ou non (OCDE, 2019<sup>[1]</sup>).

Si l'on examine plus particulièrement la disponibilité des services, un peu plus de 20 % des répondants ont déclaré que leurs besoins n'étaient pas satisfaits en raison des délais d'attente et/ou de difficultés de transport (Graphique 5.8). La part de la population qui diffère les soins ou y renonce est relativement élevée au Luxembourg, en Italie, en Irlande et en Islande (plus de 30 %), mais beaucoup plus faible en Norvège (5 %) et en République slovaque (7 %). Face à ces problèmes d'accessibilité, les dispositifs de télémédecine gagnent en popularité dans de nombreux pays de l'OCDE (Hashiguchi Cravo Oliveira, à paraître<sup>[2]</sup>). Les disparités socioéconomiques sont importantes : en moyenne, 23 % des personnes du quintile de revenu le plus faible déclarent avoir des besoins non satisfaits pour des raisons de disponibilité, contre 18 % pour les personnes les plus aisées. C'est en Finlande, en Italie et au Portugal que ces différences liées au revenu sont les plus marquées. En Slovaquie, en Pologne et en Estonie, les personnes les plus riches déclarent un peu plus de besoins non satisfaits que les personnes défavorisées, ces résultats venant du fait que les plus riches sont davantage susceptibles de reporter des temps d'attentes comme cause de leurs besoins non satisfaits.

Concernant l'accessibilité financière, 17 % des répondants ont différé des soins nécessaires ou y ont renoncé car le coût était au-dessus de leurs moyens (Graphique 5.9). Selon les pays, le pourcentage de la population ayant des besoins non satisfaits pour ce type de raison allait de moins de 7 % aux Pays-Bas, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Norvège, à plus de 30 % en Estonie, en Irlande et en Lettonie. Les inégalités liées à l'accessibilité financière sont plus marquées que celles ayant trait à la disponibilité des services. En moyenne, 28 % des personnes du quintile de revenu le plus faible renoncent à des soins pour des raisons financières, contre 9 % des personnes les plus riches. Autrement dit, les plus démunis sont trois fois plus susceptibles que les plus aisés d'avoir des besoins non satisfaits pour ce genre de motif.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les obstacles liés à l'accessibilité financière sont légèrement moindres que dans

l'ensemble de la population. La proportion des besoins non satisfaits pour des raisons de coût y est plus faible, en moyenne (14 % contre 17 % dans l'OCDE) et dans la plupart des pays (17 sur 23). Les inégalités liées au revenu sont également moins marquées. En effet, si les personnes âgées ayant un revenu élevé déclarent avoir renoncé à des soins dans des proportions analogues à l'ensemble des membres du quintile de revenu supérieur (respectivement 8 % et 9 %), les plus modestes le font au contraire beaucoup moins fréquemment, en moyenne, que le reste de leur catégorie de revenu (20 % contre 27 %).

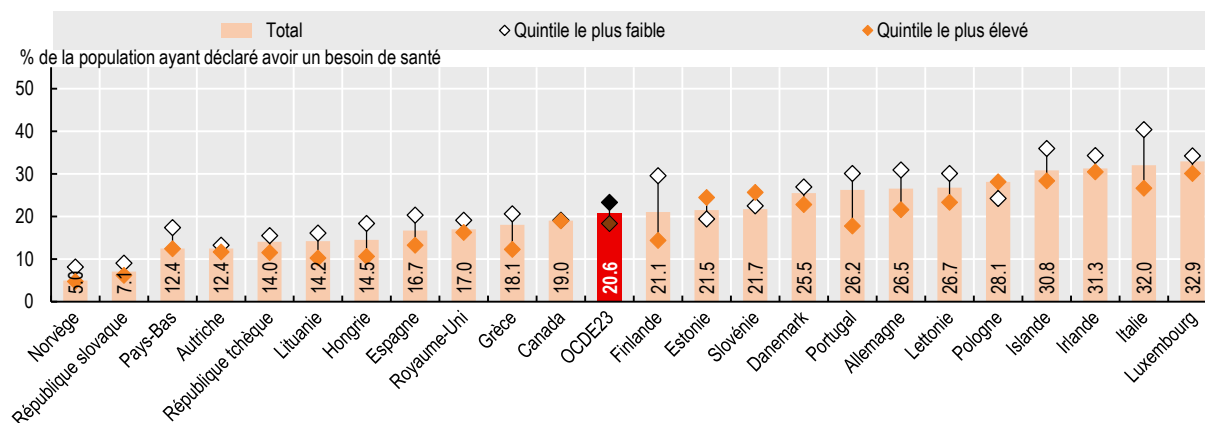
#### Définition et comparabilité

Le module sur les soins de santé de l'Enquête santé européenne (EHIS) et des enquêtes nationales permet aux répondants d'indiquer l'utilisation qu'ils font des services de santé, ainsi que les obstacles qu'ils peuvent rencontrer pour accéder à ces services. La probabilité de déclarer un besoin non satisfait pour des raisons de disponibilité est fondée sur deux des variables disponibles : les longues listes d'attente ou l'accessibilité physique (distance ou transport). La probabilité d'indiquer avoir renoncé à des soins pour des raisons financières regroupe les besoins non satisfaits pour quatre types de services différents (services médicaux, dentaires et de santé mentale, et médicaments sur ordonnance). Les répondants qui ont déclaré ne pas avoir eu besoin de soins au cours des douze derniers mois ont été exclus de l'échantillon. Les probabilités calculées reflètent donc la proportion de personnes ayant déclaré un besoin non satisfait parmi les personnes ayant déclaré un besoin, satisfait ou non (et non parmi la population totale qui a fait l'objet de l'enquête). Ceci conduit à des estimations plus élevées que les enquêtes où les besoins non satisfaits sont calculés en pourcentage de la population totale - comme c'est le cas par exemple avec l'enquête EU-SILC.

#### Références

- [2] Hashiguchi Cravo Oliveira, T. (à paraître), « Is telemedicine leading to more cost-effective, integrated and people-centred care in the OECD? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- [1] OCDE (2019), *Health for everyone? Social inequalities in health and health systems*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

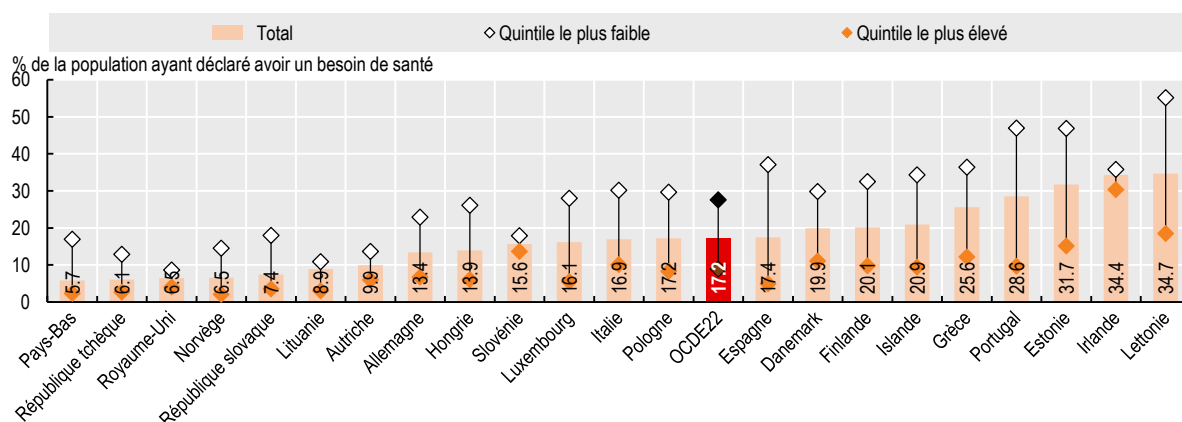
Graphique 5.8. Personnes ayant renoncé à des soins ou les ayant différés pour des raisons de disponibilité, par niveau de revenu, 2014



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2 et d'autres données tirées d'enquêtes nationales.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068306>

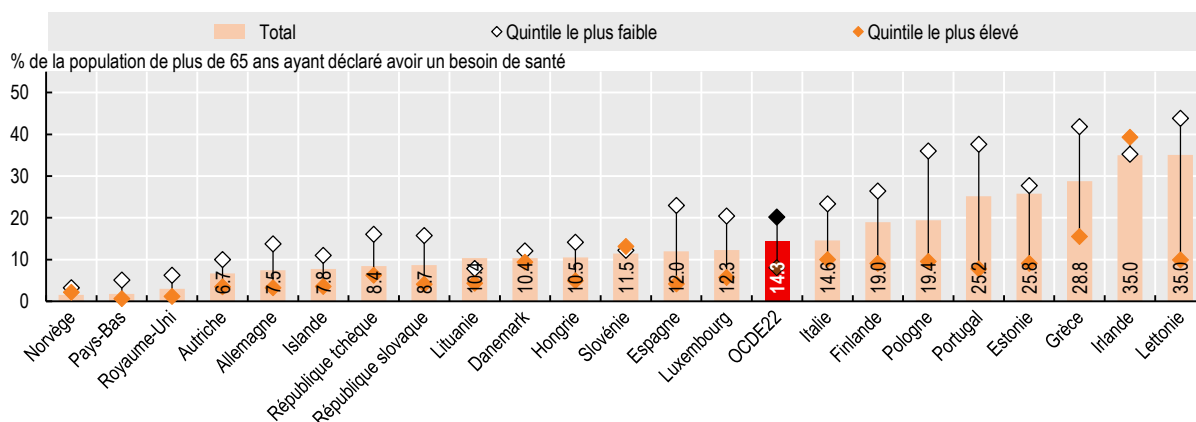
Graphique 5.9. Personnes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières, par niveau de revenu, 2014



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068325>

Graphique 5.10. Adultes de plus de 65 ans ayant renoncé à des soins ou les ayant différés pour des raisons financières, par niveau de revenu, 2014



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068344>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2019**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2019), « Besoins de santé non satisfaits », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/b5044daa-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, ainsi que les données et cartes 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. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :  
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.