

### Besoins de santé non satisfaits

L'un des principes fondamentaux qui sous-tend tous les systèmes de santé des pays de l'OCDE est de permettre l'accès de toutes les populations à des soins de bonne qualité, quelle que soit leur situation socio-économique. Pourtant, l'accès peut être limité pour un certain nombre de raisons, notamment la disponibilité ou la faisabilité financière limitées des services. Les politiques doivent donc permettre non seulement de surmonter les obstacles financiers aux soins mais aussi de promouvoir une offre et une distribution adéquates de professionnels de santé et de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire. (OCDE, 2019[4] ; 2020[5]).

En moyenne, dans les 27 pays de l'OCDE disposant de données comparables, 2,6 % seulement de la population a déclaré, en 2019, avoir des besoins de santé non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente (Graphique 5.4). Toutefois, en Estonie, plus de 15 % de la population a déclaré des besoins de santé non satisfaits. L'accessibilité aux soins de santé est également limitée en Grèce, environ 8 % de la population ayant déclaré avoir des besoins de santé non satisfaits. En Espagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche, moins de 0,5 % de la population a déclaré des besoins médicaux non satisfaits. Les besoins déclarés non satisfaits sont généralement plus importants en matière de soins dentaires qu'en matière de soins médicaux, ce qui s'explique par le fait que les soins dentaires ne sont que partiellement pris en charge par les régimes publics dans de nombreux pays, et qu'ils sont donc souvent à la charge du patient ou bien pris en charge par une assurance maladie privée additionnelle (voir l'indicateur « Étendue de la couverture de santé »).

Les disparités socio-économiques sont importantes dans la plupart des pays : les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas ont davantage de besoins non satisfaits que les personnes les plus aisées. C'est en Grèce, en Turquie, en Lettonie et en Islande que ce gradient de revenu était le plus important en 2019, avec une différence de plus de 5 points de pourcentage dans la proportion de la population déclarant des besoins non satisfaits entre le quintile de revenu le plus bas et le quintile de revenu le plus élevé. En Grèce, près d'une personne sur cinq (18 %) appartenant au quintile de revenu le plus bas a déclaré avoir renoncé à certains soins médicaux lorsqu'elle en avait besoin, contre seulement 1 % des personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé. En Estonie, à l'inverse, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé ont déclaré un peu plus de besoins non satisfaits que celles du quintile le plus bas. Ces résultats viennent du fait que les plus riches ont davantage de probabilités de déclarer que les délais d'attente sont la cause de la non-satisfaction de leurs besoins.

Au fil du temps, dans 27 pays de l'OCDE, les besoins de soins médicaux non satisfaits ont diminué ces dernières années, après avoir atteint un pic vers 2014 (Graphique 5.5). Cette réduction a eu lieu notamment chez les groupes de population à faible revenu (une diminution de près de 40 % entre 2014 et 2019). Néanmoins, l'écart entre les différents groupes de revenus en matière de besoins médicaux non satisfaits reste important. En moyenne, dans 27 pays de l'OCDE, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible avaient près de trois fois plus de probabilité de déclarer des besoins de soins médicaux non satisfaits que celles du quintile de revenu le plus élevé en 2019.

La crise du COVID-19 a limité l'accès aux services de santé en 2020 dans la majorité des pays de l'OCDE. En moyenne, dans 23 pays de l'OCDE disposant de données comparables, plus d'une personne sur cinq a déclaré avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont elle avait besoin au cours des 12 premiers mois de la pandémie (Graphique 5.6). Les besoins de soins médicaux non satisfaits étaient les plus élevés en Hongrie et au Portugal, où plus d'un tiers de la population a déclaré avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical nécessaire pendant la première vague de la pandémie. La part

de la population renonçant à des soins pendant la pandémie était comparativement faible au Danemark, en Autriche et en Allemagne (moins de 15 %). L'un des ajustements visant à maintenir l'accès aux soins pendant la pandémie a été l'adoption plus large des services de télésanté (voir l'indicateur « Santé numérique »). Par exemple, au Canada, l'application *Wellness Together* a permis de maintenir l'accès aux soins pendant la pandémie.

#### Définition et comparabilité

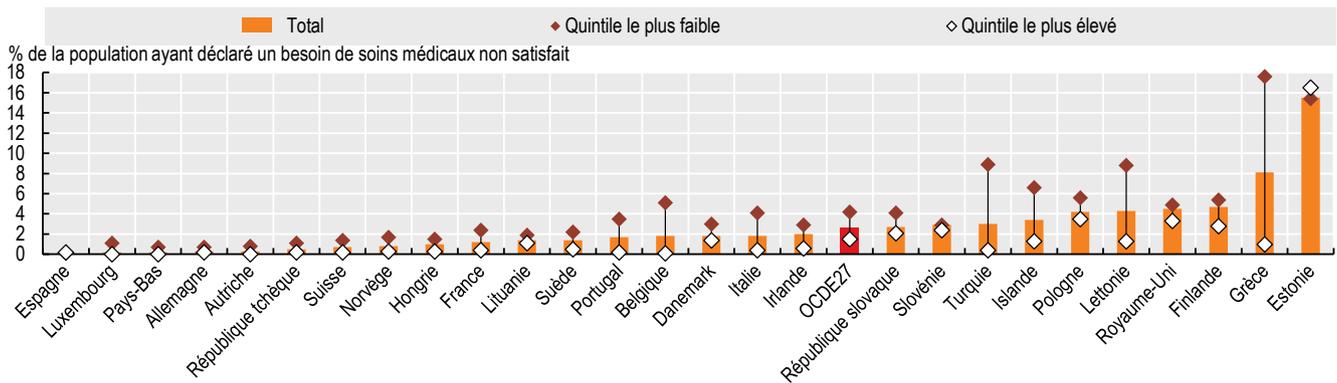
Les questions sur les besoins non satisfaits en matière de soins de santé figurent dans les Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), compilées par Eurostat. Ainsi, l'une des questions vise à déterminer si les personnes ont eu le sentiment, à un moment donné au cours des 12 derniers mois, de ne pas avoir bénéficié des soins médicaux dont elles avaient besoin ; elle est suivie d'une question sur la raison pour laquelle ces besoins n'ont pas été satisfaits. Les données présentées ici sont axées sur trois raisons : les soins de santé coûtaient trop chers, la distance à parcourir était trop grande ou les délais d'attente étaient trop longs. Il convient de noter que certaines autres enquêtes sur les besoins non satisfaits, notamment l'Enquête santé européenne (EHIS), font état de taux de besoins non satisfaits beaucoup plus élevés. Cela s'explique par le fait qu'elles excluent les personnes n'ayant pas besoin de soins de santé, alors que l'enquête EU-SILC prend en compte la population totale interrogée.

Si l'on compare les pays, les facteurs culturels peuvent influencer sur les réponses aux questions relatives aux besoins non satisfaits en matière de soins. De plus, les questions de l'enquête sont quelque peu différentes d'un pays à l'autre : dans la plupart des pays, les questions portent à la fois sur un examen médical et un traitement médical, mais dans certains pays (République tchèque, Slovaquie et Espagne), elles portent uniquement sur un examen médical ou une consultation médicale, ce qui se traduit par des taux plus faibles de besoins non satisfaits. Par conséquent, la prudence s'impose lorsqu'il s'agit de comparer les variations entre les pays et dans le temps.

Les groupes de quintiles de revenus sont calculés en fonction du revenu disponible équivalent total attribué à chaque membre du ménage. Le groupe du premier quintile représente les 20 % de la population ayant les revenus les plus bas, et le groupe du cinquième quintile les 20 % de la population ayant les revenus les plus élevés.

Dans le cadre de l'enquête d'Eurofound « Vivre, travailler et COVID-19 », des personnes de 22 pays de l'OCDE ont été interrogées, l'objectif étant de savoir si, depuis le début de la pandémie, elles avaient eu besoin d'un examen ou d'un traitement médical dont elles n'avaient pas bénéficié. Les données pour le Luxembourg sont exclues en raison de leur faible fiabilité selon Eurostat. Les données pour les États-Unis sont tirées de l'enquête « *Household Pulse Survey* », menée par le Bureau du recensement du gouvernement américain entre avril 2020 et avril 2021. On a demandé aux personnes si elles avaient besoin de soins médicaux pour une raison autre que le COVID-19 mais n'en ont pas bénéficié à cause de la pandémie.

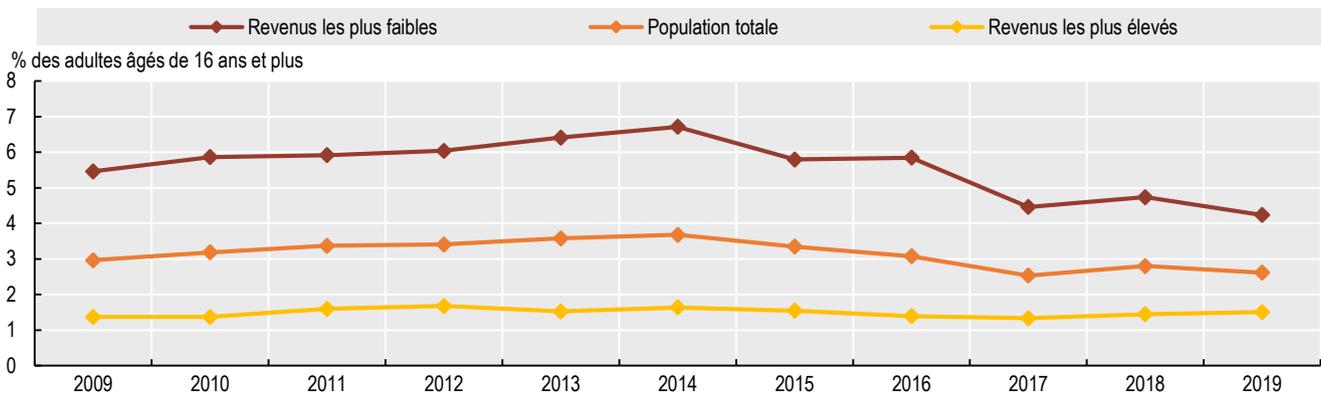
Graphique 5.4. Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins médicaux, par niveau de revenu, 2019



Source : Base de données Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/dmryxg>

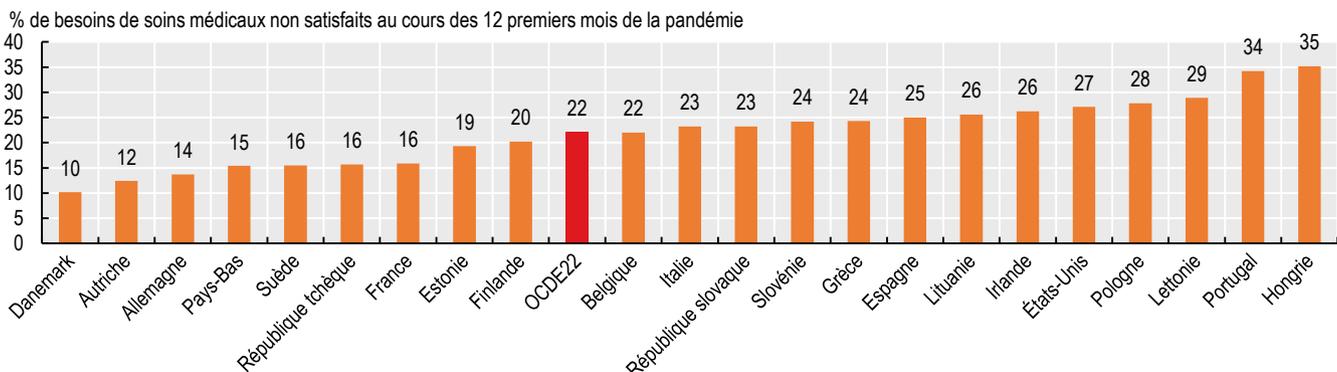
Graphique 5.5. Évolution des besoins de soins médicaux non satisfaits, par niveau de revenu, moyenne de l'OCDE 27, 2009-19



Source : Base de données Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/umzphr>

Graphique 5.6. Besoins de soins médicaux non satisfaits au cours des 12 premiers mois de la pandémie, 2020-21



Source : Enquête d'Eurofound, « Vivre, travailler et COVID-19 » et enquête « Household Pulse Survey » du Bureau du recensement du gouvernement américain.

StatLink <https://stat.link/vla4zr>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2021**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

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

OCDE (2021), « Besoins de santé non satisfaits », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/baeca316-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>.