

Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?

Florence Jusot^{1,2}, Zeynep Or^{2,3}, Engin Yilmaz²

1. Introduction

L'accès aux soins de santé constitue un droit fondamental selon la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne. On observe cependant des inégalités sociales d'utilisation des services de santé dans la plupart des pays européens, c'est-à-dire des différences de consommation de soins à besoin de soins égal. Plusieurs travaux montrent ainsi que la probabilité de recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiquement distribués à travers des groupes socio-économiques, après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé. Les travaux du groupe Ecuity ont notamment mis en évidence des inégalités de consommation de soins de spécialistes en faveur des groupes de revenus les plus élevés dans les pays de l'Europe de 15, les inégalités de recours aux soins de généralistes étant au contraire en faveur des groupes de revenus les plus modeste dans la plupart de ces pays (Couffinhal et al., 2004 ; van Doorslaer et Koolman, 2004 ; van Doorslaer, Masseria et Koolman, 2006). Ces travaux ont également démontré que le niveau des inégalités d'accès aux soins varie de manière significative d'un pays à autre, les inégalités de recours aux soins de généralistes étant particulièrement marquées au Portugal et en Finlande et au contraire réduites en Grande Bretagne et aux Pays Bas.

Deux types d'explications ont été proposés pour expliquer ces inégalités de recours aux soins. Une première explication serait l'existence de barrières culturelles et informationnelles expliquant que les populations plus pauvres et moins éduquées ont un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie (Couffinhal et al., 2005). Par ailleurs, les travaux du groupe Ecuity ont mis en évidence le rôle du coût des soins dans la formation de ces inégalités de recours, les fortes inégalités de recours aux soins de spécialistes étant notamment expliquées par les inégalités dans la possession d'assurance maladie complémentaire (Couffinhal et al., 2004 ; van Doorslaer et Koolman, 2004 ; van Doorslaer, Masseria et Koolman, 2006). Ces études se sont donc principalement concentrées sur les facteurs pouvant influencer la demande individuelle de soins. Pourtant, plusieurs études suggèrent également l'importance de l'offre de soins dans la formation de ces inégalités, les systèmes de santé semblant apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients (Couffinhal et al., 2005). En France par exemple, une étude réalisée auprès de patients hospitalisés pour infarctus du myocarde a montré que si aucune différence sociale de traitement n'était observée dans la prise en charge hospitalière, les catégories sociales favorisées semblaient bénéficier (Lang et al., 1998).

Peu d'attention a jusqu'à présent été prêtée au rôle du système de santé dans l'explication des inégalités de recours aux soins, et en particulier à l'explication des différences dans l'ampleur de ces inégalités entre pays. Même si les travaux du groupe Ecuity interprètent en partie les différences résiduelles entre pays après ajustement par l'inégale répartition des déterminants individuels de la demande de santé comme le reflet des différences de système de santé, et notamment l'existence d'assurance universelle, l'influence à proprement parlé des caractéristiques des systèmes de santé n'a jusqu'à présent pas été étudiée. Pourtant, compte tenu des fortes différences dans l'organisation et le financement des systèmes de santé et des politiques mises en œuvre en matière de santé en Europe, celles-ci pourraient expliquer une part importante des différences de niveau de ces inégalités de

¹ Université Paris-Dauphine, LEGOS, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny 75775 PARIS Cedex 16.

² IRDES, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris

³ Auteur correspondant : Zeynep Or, IRDES, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris : or@irdes.fr

recours aux soins. On peut en effet supposer que non seulement l'existence d'un système d'assurance universelle ou au contraire la part de la contribution nette des ménages, mais encore le mode de rémunération des médecins ou le mode d'orientation des patients dans le système de santé dans le système de soins peuvent avoir une influence sur l'équité d'accès aux soins. Or, si l'on envisage de mobiliser le système de santé pour lutter contre les inégalités sociales de recours aux soins et plus largement aux inégalités sociales de santé (Couffinhal et al., 2005), il est nécessaire de comprendre le rôle que peut jouer le système de soins sur ces inégalités.

Cette étude propose un cadre d'analyse et une nouvelle méthodologie pour évaluer l'impact de différentes caractéristiques des systèmes de santé sur les inégalité de recours aux soins de spécialistes et de généralistes dans les pays Européens. Nous comparons les niveaux de recours aux soins et l'ampleur des inégalités de recours entre les pays et d'explorons le rôle de systèmes de soins dans ces différences. Nous présenterons tout d'abord dans la section suivante, les éléments théoriques permettant de distinguer et décrire les principales caractéristiques des systèmes de santé en explicitant les liens supposés avec les inégalités d'accès aux soins. La section 3 présente les données et les variables utilisées. La section 4 précise la méthodologie adoptée et introduit les modèles multi-niveaux. Les résultats les plus pertinents sont présentées dans la section 5 puis discutés dans une dernière section.

2. Cadre conceptuel : caractéristiques des systèmes de santé et équité d'accès aux soins

La manière dont sont organisés et financés les systèmes de santé peut jouer un rôle important sur la demande de soins des différents groupes sociaux et la réponse offerte par les professionnels de santé. Cependant, il n'est pas simple de proposer une classification des systèmes de santé européens permettant de refléter la diversité du partage entre public et privé aux différents niveaux des systèmes de santé.

Pour le propos de cette étude, nous nous sommes concentrés sur les caractéristiques des systèmes de santé, variant d'un pays à l'autre, et pouvant influencer la manière dont les soins de médecins sont consommés. Nous avons ainsi retenu le niveau de l'offre de médecins, les modes de rémunération de médecins, les règles institutionnelles régulant l'accès aux médecins spécialistes (gatekeeping ou non) et les modes de financement des systèmes de santé.

Cette partie décrit ces différents paramètres et discutent de leur influence potentielle sur les inégalités sociales de consommation de soins de médecins.

2.1. Le niveau de l'offre médicale (la disponibilité des médecins)

Plusieurs études ont mis en évidence une contribution du niveau des ressources médicales disponibles, la densité médicale en particulier, à l'explication des disparités nationales et régionales d'état de santé (Grubaugh et Santerre, 1994; Jusot, 2004; Or, 2001 ; Or, 2005). Il est également démontré que la consommation de soins de généralistes, et plus encore de spécialistes, augmente avec la densité médicale de la zone géographique, cet effet étant en outre plus marqué parmi les populations les plus défavorisés (Place, 1997 ; Lucas-Gabrielli et al., 2001, Breuil-Genier et Rupprecht, 2000). Ces différences d'accès semblent de plus contribuer aux inégalités de santé puisque l'influence de l'offre de soins sur la mortalité est relativement plus importante dans les populations les plus défavorisées (Jusot, 2004).

Il semble en effet raisonnable de supposer que dans les systèmes où les ressources sont rares, l'accès aux soins est difficile pour tous, mais d'autant plus pour les personnes défavorisées pour qui par exemple des coûts de transport plus élevés seront d'autant plus désincitatifs. Cependant, au niveau macroéconomique, il est également possible que dans les systèmes où les ressources sont les moins abondantes, une attention particulière soit portée sur la répartition géographique de ces ressources et que des mécanismes soient mis en place afin de cibler les personnes ayant les besoins de soins les plus importants, et donc les plus pauvres en particulier.

2.2. Le mode de rémunération des médecins

Dans les pays étudiés ici, on recense trois modes principaux de rémunération des médecins : la rémunération à l'acte (*fee-for-service*), le salariat des médecins et la capitation. Dans le premier cas, les médecins sont rémunérés pour chaque acte pratiqué, dans le second les médecins reçoivent une rémunération par unité de temps, indépendamment du nombre d'actes pratiqués et de patients reçus et dans le troisième cas, les médecins reçoivent une rémunération pour chaque patient pris en charge par unité de temps, indépendamment du nombre d'actes pratiqués pour chaque patient.

Dans les systèmes où les médecins reçoivent une rémunération à l'acte, ces derniers sont incités à accroître le volume et le prix des actes pratiqués. L'offre de soins de médecins est donc plus importante et l'on note en général une densité médicale plus élevée comme en France et en Allemagne. La capitation est souvent introduite dans le but de contrôler les coûts du système de santé, les professionnels n'étant plus incités à accroître le nombre d'actes par patient. Plusieurs études américaines suggèrent ainsi que le passage de la rémunération à l'acte à la capitation dans le contexte du *managed care* a réduit l'utilisation des services de santé. Cependant, il n'est pas clair que cela implique une meilleure efficacité des systèmes, une qualité de soins meilleure ou un accès aux soins réduit. Les quelques études disponibles prenant en compte les caractéristiques des médecins, leur pratique et le marché fournissent ainsi des résultats contrastés. Par exemple, la comparaison des plusieurs HMO caractérisés par des modes de rémunération différents suggère que la capitation en elle-même améliore l'accès aux soins préventifs et l'efficacité du système (Zuvekas and Hill, 2004).

La rémunération salariale des médecins est connue pour faciliter la planification financière et le contrôle des coûts des systèmes de santé (OECD, 1994; Maynard 1986). Cependant, dans ces systèmes, les médecins ont peu d'incitations à entrer en concurrence pour accroître leur nombre de patients. En conséquence, les patients peuvent souffrir d'un manque d'attention appropriée de la part des médecins et donc de choix de traitement moins pertinents et d'un orientation inapproprié aux autres professionnels de santé (Gosden et al., 1999). Le salariat des médecins spécialistes dans le secteur hospitalier est rependu en Europe. En revanche, le salariat des médecins du secteur ambulatoire est beaucoup plus rare. Il ne concerne en général que les médecins généralistes et, parmi les pays retenus dans cette étude, au Portugal seulement.

Les revues de littérature existantes sur les effets des différents modes de rémunération des médecins sur les coûts, la qualité et l'accès aux soins n'identifient aucune étude portant spécifiquement l'influence de ces trois modes de rémunération sur les inégalités d'accès à besoin de soins donné (Gosden et al. 1999 ; 2000). Il est donc délicat de formuler des hypothèses sur l'effet à attendre de ces derniers sur les inégalités de recours aux soins. Cependant, on peut noter que dans les systèmes où les médecins sont rémunérés à l'acte, l'accès aux médecins est rarement gratuit alors que c'est généralement le cas dans les systèmes par capitation et les systèmes où les médecins sont salariés.

Il est également suggéré que dans les pays où les médecins sont sous capitation, ils ont souvent une responsabilité vis-à-vis de la population en charge et on peut leur assigner des objectifs ciblant les plus défavorisés comme en Grande Bretagne, au Pays Bas, et en Suède (Couffinhal et al. 2005).

De plus, dans les systèmes par rémunération à l'acte, la coordination des soins est plus limitée dans la mesure où il n'existe rarement de mécanisme formel permettant d'assister les personnes souffrant de maladies chroniques ou de polyopathologies afin d'obtenir des soins coordonnés et ainsi obtenir l'ensemble des soins nécessaires. La capitation semble au contraire permettre une meilleure gestion des soins et une meilleure coordination des services reçus que les deux autres systèmes (Mitchell and Gaskin, 2007). Or cette meilleure coordination est sans doute plus importante pour garantir une prise en charge adaptée aux personnes les plus pauvres et les moins éduquées. En effet, dans le cas français par exemple, plusieurs études ont mis en évidence que les plus pauvres et moins éduquées ont un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie (Couffinhal et al., 2005).

2.3. Les pratiques d'orientation des patients dans le système

Dans de nombreux pays européens, comme la Grande Bretagne, les Pays-Bas et la Portugal, le secteur des soins primaires est organisé autour des médecins généralistes qui jouent le rôle de gatekeeper, c'est-à-dire d'orienteur vers les autres professionnels de santé.

Le gatekeeping est considéré comme un mécanisme de maîtrise des coûts dans la mesure où les spécialistes peuvent être incités par leur mode de rémunération à induire une demande de soins coûteuse et parfois non nécessaire. De plus, le gatekeeping a tendance à intensifier les contacts entre les patients et leur médecin généraliste, ce qui peut conduire à une prise en charge plus préventive, plus globale et mieux coordonnée que celle fournie par les spécialistes.

Quelques rares études se sont intéressées à l'impact des différents modèles de gatekeeping (stricte, souple, absence de gatekeeping) sur l'accès aux soins. Par exemple, Hodgkin et al. (2007) ont montré qu'une organisation des soins incluant un gatekeeping souple permettait une augmentation de la consommation de soins psychiatriques, bien que cette augmentation soit de faible ampleur. Ferris et al. (2001, 2002) ont au contraire montré que le passage du gatekeeping à l'accès libre aux spécialistes dans une "managed care organisation" a peu modifié la consommation de soins de spécialistes des adultes mais a permis une augmentation du recours des enfants souffrant de maladies chroniques.

L'impact de ces types d'organisation des soins primaires sur les inégalités sociales de consommation de soins n'a, en revanche, pas été étudié. Cependant, dans la plupart des pays où les médecins généralistes jouent le rôle de gatekeeper, les patients n'ont généralement pas à payer un supplément lorsqu'ils consultent un spécialiste plutôt qu'un généraliste, ce qui peut en soit réduire les inégalités de consommations de soins de spécialiste entre groupes sociaux.

2.4. Les modes de financement des systèmes de santé

Un élément important du financement des systèmes de santé est le partage entre ressources publiques et ressources privées. Il s'agit de la part laissée à la charge des ménages dans les dépenses totales de santé, cette part pouvant être couverte par une assurance complémentaire optionnelle. Les systèmes de santé diffèrent alors dans l'étendue de la part des ressources privées et les services concernés par le copaiement.

Ce partage du financement des services de santé peut influencer l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé des différents groupes sociaux. Au niveau macroéconomique, plusieurs travaux ont mis en évidence l'impact positif du financement public des soins sur la mortalité générale et les taux de morbidité (Leu, 1986 ; Babazano, 1994 ; Or, 2001). En outre, le financement et la fourniture publique des services de santé est susceptible, s'il s'accompagne d'une réduction des coûts pour les plus pauvres, d'améliorer leur accès aux soins et donc de contribuer à la réduction des inégalités de consommation de soins, comme le suggère plusieurs expériences nationales. En France, par exemple, le suivi de la mise en œuvre de la CMU-Complémentaire, offrant une couverture complémentaire gratuite au 10 % les plus pauvres de la population, a montré que cette mesure a fortement contribué à la réduction des différences de consommation, les bénéficiaires ayant aujourd'hui un recours aux soins proche en montant et en structure de celui des autres assurés (Raynaud, 2003 ; Grignon, Perronnin, 2003).

Une autre distinction souvent faite entre les systèmes de santé concerne la nature des sources primaires de financement, c'est-à-dire l'impôt ou les cotisations sociales. Les systèmes de santé fondés sur le principe de l'assurance sociale sont caractérisés par une multitude d'organisations assurancielles indépendantes des offreurs de soins. Les soins sont alors fournis par une multitude d'offeurs à la fois publics et privés. Au contraire dans les systèmes de santé financés par l'impôt ou les services nationaux de santé, le financement et la fourniture des soins relève de la même organisation. Ainsi, ces systèmes sont parfois appelés systèmes de santé intégrés dans la mesure où il existe un seul payeur qui gère également la production de soins au niveau national.

De nombreuses études ont comparé les mérites de ces deux types de système. Les systèmes d'assurance sociale sont souvent considérés comme meilleurs du point de vue de la satisfaction des patients et de la qualité des soins fournis alors que les systèmes nationaux de santé sont considérés comme plus coûteux-éfficaces (Health Consumer Powerhouse, 2007). L'influence de ces deux types de système sur l'équité d'utilisation des services de santé n'a en revanche pas été étudiée. Il est toutefois raisonnable de penser que le mode de financement du système de santé peut avoir un impact sur les inégalités de consommation de soins dans la mesure où les systèmes de santé sont conçus comme un tout et ont donc des caractéristiques cohérentes. Par exemple, dans les systèmes d'assurance sociale, les médecins sont souvent rémunérés à l'acte et les généralistes jouent plus rarement le rôle de gatekeeper. Dans les services nationaux de santé, les généralistes ont toujours un rôle de gatekeeper et les médecins sont souvent rémunérés par capitation, l'accès aux généralistes et aux spécialistes étant ensuite gratuits au point de délivrance des soins. Ceci suggère donc d'étudier la contribution respective de ces deux types de système aux inégalités de consommation de soins, bien que nous ne formulions a priori aucune hypothèse sur leur caractère égalitariste ou non.

3. Données et variables utilisées

3.1. Population / Champs d'étude

Notre étude s'appuie essentiellement sur les enquêtes nationales de santé rassemblées et harmonisées par le réseau Eurothine (Tacking Health Inequalities in Europe).

Ce réseau Européen a été créé en 2005 afin de mesurer et comparer les inégalités sociales de morbidité et de mortalité ainsi que leurs déterminants dans les différents pays d'Europe. Afin de réduire les problèmes de comparabilité des données permettant d'étudier les inégalités de santé et de recours aux soins, ce réseau s'est proposé de réunir et d'harmoniser des données individuelles provenant d'enquêtes nationales de santé d'une vingtaine de pays, appartenant ou non à l'Union Européenne et réalisées entre 1998 et 2004. Ainsi, dans la plupart des pays, les données sur le statut socioéconomique, l'état de santé et l'utilisation des services de soins primaires sont disponibles au niveau individuel.

Dans cette étude, nous avons retenu les 13 pays pour lesquels les données sur le recours aux soins étaient disponibles : la Belgique, le Danemark, l'Angleterre, l'Estonie, la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, les Pays-Bas, le Portugal et la Norvège. L'Angleterre et le Portugal ont été inclus uniquement dans l'analyse des inégalités de recours aux soins de généralistes, les données sur l'utilisation de soins de spécialistes étant manquantes. L'analyse a été restreinte aux personnes âgées de 20 à 64 ans, les données de certains pays ne portant que sur ces populations. Le tableau 1 présente les enquêtes et les échantillons utilisés pour chaque pays, des informations supplémentaires sur ces enquêtes et le processus d'harmonisation des données étant disponibles sur le site du projet Eurothine⁴.

a. Consommation de soins

Deux types d'informations ont été utilisées pour analyser les inégalités de consommation de soins, l'un correspondant aux consultations de généraliste, la seconde aux consultations de spécialistes.

Les informations recueillies correspondent au nombre de consultation déclaré chez le généraliste et chez le spécialiste au cours d'une période de temps donné. Cette période de référence correspond le plus souvent aux 12 derniers mois, ces informations collectées ayant été obtenues par la réponse à la question suivante : "Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste/un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois?". Cependant pour quelques pays, la période de référence est différente : 3 mois pour le Portugal, 4 semaines pour l'Italie et 2 semaines pour l'Angleterre. Enfin, seul le fait d'avoir recouru ou non à des soins de généralistes ou de spécialistes durant les 3 derniers

⁴ <http://mgzlx4.erasmusmc.nl/eurothine/>

mois était disponible pour le Danemark. Afin de tenir compte de ces différences, l'ensemble des analyses a été ajusté par une variable de contrôle continue représentant le nombre de mois correspondant au recueil du nombre de consultations⁵.

Trois indicateurs de consommation de soins ont été construits à partir de ces informations.

Nous avons tout d'abord construit deux indicateurs dichotomiques (0/1) de recours aux soins, l'un mesurant le fait de déclarer avoir recouru au moins une fois durant la période de référence à des soins de généralistes, et l'autre à des soins de spécialistes.

Un troisième indicateur dichotomique a été construit pour les soins de généralistes afin de distinguer les gros consommateurs de soins de généralistes des autres personnes. Les gros consommateurs ont été définis comme les personnes ayant déclaré un nombre de consultations supérieur ou égal au 85^e percentile de la distribution du nombre de consultations dans chaque pays⁶. En dehors de son intérêt propre, le caractère relatif de ce troisième indicateur permet de limiter les problèmes de comparabilité induits par les différences de période de référence.

b. Statut socio-économique

Deux indicateurs sont utilisés pour apprécier le statut socioéconomique des individus : le niveau d'éducation atteint et l'occupation. Ces variables ont ici un double statut. Introduites en tant que variables explicatives dans les équations de consommation de soins, elles représentent des déterminants du recours aux soins. Par ailleurs, ces variables sont utilisées comme indicateurs de stratification sociale afin d'apprécier les inégalités de recours aux soins. Le revenu, souvent utilisé dans les travaux sur les inégalités de recours aux soins, n'a pas été retenu ici en raison de son absence dans de nombreuses enquêtes et le cas échéant, de la faible comparabilité de son recueil.

Le niveau d'éducation correspond au plus haut diplôme obtenu par les répondants, codé selon la classification internationale type de l'éducation ISCED (International Standard Classification of Education). Quatre catégories ont été retenues : sans éducation ou niveau d'éducation primaire (ISCED 1), niveau d'éducation secondaire inférieur (ISCED 2), niveau d'éducation secondaire supérieur ou niveau d'études non universitaire de troisième niveau de type court (ISCED 3+4), niveau d'études non universitaire de troisième niveau et niveau d'études universitaires (ISCED 5+6).

La variable d'occupation utilisée ici correspond à la profession actuelle des enquêtés, la dernière profession n'étant pas renseignée dans certains pays pour les personnes sans emploi au moment de l'enquête. Alors que dans la plupart des enquêtes 6 catégories étaient initialement disponibles, nous les avons regroupé en 3 catégories afin d'améliorer la comparabilité entre les enquêtes. La première correspond aux travailleurs non-manuels, la deuxième aux travailleurs manuels, la troisième aux travailleurs indépendants et aux agriculteurs, une quatrième catégorie ayant été créée en regroupant l'ensemble des personnes sans emploi au moment de l'enquête, c'est-à-dire les personnes au chômage, au foyer, inactives et les retraités.

Le tableau 2 présente la prévalence (%) de l'accès aux soins de généralistes et de spécialistes par niveau d'éducation et par statut d'occupation dans les différents pays. Même si les prévalences totales ne sont pas directement comparables entre pays puisqu'elles correspondent à des périodes d'observation différentes, les prévalences par groupes d'éducation ou d'occupation sont en revanche comparables au sein de chaque pays. On peut alors remarquer que dans l'ensemble des pays, la prévalence de recours aux soins de spécialistes est plus importante chez les personnes les plus éduquées et les salariés non manuels. Le schéma est en revanche moins clair pour les soins de généralistes.

⁵ Cette variable vaut donc 0.5 pour l'Angleterre, 1 pour l'Italie, 3 pour le Danemark et le Portugal et 12 pour les autres pays.

⁶ L'indicateur de fort recours aux soins n'étant pas directement calculable le Danemark a été exclu de cette analyse.

c. Besoin de soins

Afin d'étudier les inégalités de consommation de soins à besoin égal, plusieurs variables ont été introduites dans les analyses pour contrôler par le besoin de soins. Les analyses ont ainsi été ajustées par l'âge, introduit en classes quinquennales, le sexe et l'état de santé des enquêtés, apprécié par deux indicateurs, l'indicateur de santé perçue et l'indice de masse corporelle.

L'état de santé perçue est mesuré par la réponse en 5 items à la question générale suivante : "Comment est votre état de santé en général ?". Dans la majorité des pays, les cinq items proposés correspondent à ceux actuellement retenus dans le cadre de l'harmonisation des enquêtes santé en Europe : très bon / bon, moyen, mauvais, très mauvais. En Allemagne et aux Pays-Bas cependant, les 5 items de réponses proposés correspondent à la version américaine de la question générale de santé perçue : excellent, très bon, bon, moyen et mauvais. Dans un but d'harmonisation, nous avons construit une variable de santé perçue dichotomique opposant les personnes déclarant avoir un bon état de santé perçue (très bon et bon ou excellent, très et bon) aux personnes déclarant avoir un état de santé moins que bon (moyen, mauvais, très mauvais ou moyen et mauvais).

L'indice de Masse Corporelle (IMC) correspond au rapport entre le poids de la personne mesuré en kilogramme et la taille en mètres au carré. Cet indicateur a ici été calculé à partir des poids et taille déclarés par les enquêtés puis utilisé pour former quatre catégories l'une correspondant aux personnes si souffrant d'insuffisance pondérale ($IMC < 18,5$), la deuxième regroupant les personnes ayant un IMC normal, la troisième identifiant les personnes souffrant de surpoids ($25 \leq IMC < 30$), la dernière correspondant aux personnes souffrant d'obésité ($IMC \geq 30$).

Les régressions ont enfin été ajustées par le degré d'urbanisation de la zone de résidence des répondants, dans le but d'étudier les inégalités sociales de recours aux soins indépendamment des inégalités géographiques de recours aux soins. Celui-ci est décrit par une variable dichotomique opposant les grandes agglomérations, disposant a priori d'une offre de soins plus importants, aux autres zones de résidence (zones rurales et petites agglomérations).

d. Les systèmes de santé

Comme discuté plus haut, plusieurs caractéristiques des systèmes de santé ont été retenues afin de tester l'influence des systèmes de santé sur l'ampleur des inégalités de recours aux soins. Il s'agit du niveau de ressources médicales, du mode de rémunération des médecins, du rôle du généraliste dans le système et les modes de financement du système de santé.

Les variables quantitatives continues ont été calculées à partir des données disponibles selon les pays dans la base de données de l'OMS ou la base Ecosanté de l'OCDE. Les variables muettes décrivant les caractéristiques des systèmes de santé ont été construites à partir de la consultation d'experts nationaux et sur la base de recherches bibliographiques, en particulier à partir des publications HIT de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

La variable retenue pour mesurer le niveau des ressources médicales est le nombre de médecins en activité pour 1000 habitants. Nous n'avons pas pu distinguer le nombre des médecins généralistes de ceux de spécialistes, faute de cette information pour de nombreux pays.

Trois variables ont été construites pour rendre compte de la part approximative des différents modes de rémunération des médecins dans les différents pays. La première correspond à la rémunération à l'acte (fee-for-service), la deuxième à la rémunération par capitation et la troisième au salariat des médecins du secteur ambulatoire. Ces variables ont été définies séparément pour les généralistes et les spécialistes, leur mode de rémunération étant souvent différent au sein d'un même système. Elles correspondent à des variables continues prenant des valeurs entre 0 et 1. Dans certains pays, il existe plusieurs modes de rémunération dominants, les autres modes de rémunération correspondant à une part non négligeable des rémunérations des médecins généralistes. Au Danemark par exemple, le mode de rémunération dominant est le paiement à l'acte mais un tiers des rémunérations des médecins

généralistes provient tout de même de la capitation⁷. Nous avons alors retenu dans ce cas, la part approximative de chaque mode de rémunération dans la rémunération totale des médecins. Ainsi pour le Danemark, la valeur de la variable fee-for-service vaut 0.7, la variable capitation vaut 0.3 et la variable salariat 0. Notons toutefois que ces variables ayant été bâties sur la base d'informations qualitatives, elles indiquent, non pas la part exacte de chaque mode de rémunération, mais leur poids relatif.

Le rôle du médecin généraliste a ensuite été introduit à l'aide d'une variable indicatrice codée 1 dans les pays où le médecin généraliste joue le rôle de "gatekeeper", c'est-à-dire contrôle l'accès des patients aux soins de spécialistes. La seule exception est la Hongrie où cette variable vaut 0.5 car même si en théorie les patients doivent être orientés par leur médecin de famille pour accéder aux services de spécialistes, ce principe est peu appliqué dans la pratique⁸.

Deux variables complémentaires permettent de rendre compte du partage entre public et privé dans le financement du système de santé : la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé et le pourcentage du reste à charge des ménages dans les dépenses de santé (les versements net des ménages). La première variable permet de tester l'impact de l'investissement public en santé dans l'économie nationale, la seconde met l'accent sur l'importance relative du partage des coûts entre privé et public pour un montant de dépenses de santé données, ces deux variables étant supposées avoir une influence opposée sur les inégalités sociales de recours aux soins.

Une variable dichotomique a enfin été construite pour distinguer les systèmes financés par taxation, se rapprochant du modèle de service national de santé (1), des systèmes d'assurance sociale (0).

4. Méthodologie

Afin d'analyser l'influence des caractéristiques des systèmes de santé sur les inégalités de recours aux soins en Europe, nous avons mené une analyse multiniveaux. Ces modèles permettent en effet d'analyser des données ayant une structure hiérarchique, c'est-à-dire, lorsque les observations élémentaires sont nichées naturellement dans des ensembles plus larges (Rice et Jones, 1997). Ici, les données au niveau individuel (niveau 1) sont regroupées par pays, constituant le niveau 2.

Nous avons mené une analyse en trois étapes. La première étape a consisté à tester l'existence d'un effet spécifique propre à chaque pays sur la probabilité de recours aux soins après ajustement par les déterminants individuels de la consommation de soins (âge, sexe, besoin de soins, statut socioéconomique, zone de résidence). Une fois cet effet établi, la deuxième étape a consisté à expliquer cette hétérogénéité entre pays par les caractéristiques du système de santé en vigueur dans chaque pays, c'est-à-dire à tester l'influence des caractéristiques sur la probabilité moyenne de recours aux soins dans chaque pays. La dernière étape a permis de tester l'hypothèse d'une influence des caractéristiques des systèmes de santé sur les inégalités de recours aux soins en étudiant l'hétérogénéité entre pays de l'influence du statut social sur la probabilité de recours aux soins et en expliquant cette hétérogénéité par les caractéristiques des systèmes de santé.

Plus formellement, le modèle estimé peut s'écrire comme suit. Supposons que, au premier niveau, la propension à recourir aux soins d'un individu i appartenant à un pays j (C_{ij}) est expliqué à la fois par ses caractéristiques individuelles observables X_{ij} (âge, sexe, état de santé, statut socioéconomique, zone de résidence,), un résidu individuel e_{ij} , distribué selon une loi logistique et une constante par pays β_{0j} :

$$C_{ij} = \beta_{0j} + X_{ij} \gamma + e_{ij} \quad (1)$$

⁷ Health care systems in Transition, Denmark, 2002. European Observatory.

⁸ HIT summary Hungary, 2005, states that "gatekeeping is not effective and direct access to specialist is common".

Sous l'hypothèse de différences entre pays dans la probabilité moyenne de recours aux soins, les constantes β_{0j} varient selon les pays. Supposons que, au deuxième niveau, les constantes β_{0j} sont distribués autour d'une moyenne β_0 , l'écart à la moyenne μ_j pour un pays donné j étant normalement distribué, avec $\text{cov}(\mu_{0i}, \mu_{0j}) = 0$.

$$\beta_{0j} = \beta_0 + \mu_{0j} \quad (2)$$

En substituant l'équation (2) dans l'équation (1), nous obtenons l'équation hiérarchique suivante :

$$C_{ij} = \beta_0 + X_{ij} \gamma + \mu_{0j} + e_{ij} \quad (3)$$

L'équation (3) correspond à la première étape de notre analyse. Cette procédure permet alors d'obtenir des coefficients γ non biaisés par l'autocorrélation éventuelle des résidus individuels au sein des pays pour les variables explicatives individuelles X et de diagnostiquer la présence d'une autocorrection au sein de chaque pays. Ainsi, si la variance inter-pays, c'est-à-dire la variance des résidus μ_{0j} , est significativement différente de zéro, cela signifie que certaines caractéristiques spécifiques à chaque pays ont un impact sur le recours aux soins.

Tester dans une seconde étape l'hypothèse d'une influence des caractéristiques des systèmes de santé nationaux, notées W_j , sur la propension moyenne de chaque pays à recourir aux soins consiste à estimer l'équation (4) :

$$C_{ij} = \beta_0 + W_j \tau_0 + X_{ij} \gamma + \mu_{0j} + e_{ij} \quad (4)$$

Cette seconde étape permet donc expliquer la variance inter-pays μ_{0j} de l'équation (3) par les caractéristiques W_j tout en conservant un terme aléatoire pour chaque pays afin d'obtenir une estimation non biaisée des coefficients des variables institutionnelles par l'omission d'autres variables contextuelles pertinente.

Pour voir l'influence des systèmes de santé, non pas sur le niveau de recours, mais sur les inégalités sociales de recours aux soins, nous introduisons dans une dernière étape un effet aléatoire associé aux variables sociales X (éducation et occupation), et l'expliquons à l'aide des variables caractéristiques de ces systèmes, ce qui revient à estimer l'équation suivante :

$$C_{ij} = \beta_0 + X_{ij} (\gamma_0 + W_j \delta_j + u_{0j}) + \mu_{0j} + e_{ij} \quad (5)$$

5. Résultats

5.1. Hétérogénéité de recours aux soins entre les pays européens

a. Impact des variables individuelles

Le tableau 3 présente les résultats des modèles logistiques multiniveaux étudiant l'influence des caractéristiques individuelles sur la probabilité de recours aux soins de spécialiste (colonne 1), sur la probabilité de recours aux soins de généraliste (2) et sur la probabilité d'être un gros consommateur des soins de généraliste (3). L'ensemble de ces modèles inclut un effet aléatoire correspondant à chaque pays et une variable de contrôle correspondant à la période de recueil du nombre de consultations de médecins dans l'enquête nationale de chacun des pays. Les estimations réalisées pour les consommations de soins de généraliste sont fondées sur les données individuelles de 13 pays alors que les estimations réalisées pour le recours aux soins de spécialiste sont fondées sur 11 pays.

L'ensemble de ces résultats est cohérent avec les résultats des études précédentes ayant examiné les déterminants individuels de la consommation de soins. Nous voyons que dans l'ensemble des pays étudiés, les femmes ont une probabilité plus élevée de consommer des soins de généraliste et de spécialiste. La probabilité de recours aux soins augmente également avec l'âge, les odds-ratios associés aux classes d'âge augmentant fortement après 50 ans. De plus, les personnes déclarant un mauvais état de santé perçu ou classées comme obèses ou en surpoids ont une probabilité plus élevée d'avoir un recours à des soins de généraliste, comme d'avoir une consommation importante de soins de

généraliste. La corpuence n'est en revanche pas associée au recours aux soins de spécialiste, contrairement à la mauvaise santé perçue qui est logiquement associée à une probabilité de recours plus importante à ce type de soins.

Après ajustement pour le besoin de soins, les résultats mettent en évidence de fortes inégalités de recours aux soins de spécialiste entre les différents groupes socio-économiques. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les personnes les plus éduquées ont une probabilité plus élevée de recours à des soins de spécialiste, l'odds-ratio associé au fait d'avoir un diplôme universitaire étant 1,6 fois plus élevé que celui associé au fait d'avoir un diplôme d'éducation primaire. Cet effet de l'éducation peut s'expliquer par le fait que les personnes les plus éduquées ont en moyenne des revenus plus élevés, par fait que celles-ci ont en général une attitude plus proactive dans la recherche et le suivi des soins mais aussi par d'éventuelles différences de traitement du système de santé.

Quant à l'occupation, de manière attendue, les travailleurs non-manuels ont une probabilité de recours aux soins de spécialiste plus élevée que les travailleurs manuels, les professions libérales et les agriculteurs. En dehors d'éventuelles différences de traitement, le recours plus important des travailleurs non manuels peut là-encore être dû à leur niveau de ressources plus élevées, à une attitude différente vis-à-vis du système de soins, mais aussi au fait que dans de nombreux pays, disposant notamment de systèmes de santé fondés sur le modèle de l'assurance sociale, les travailleurs non manuels ont en général une meilleure couverture maladie fournie par leur employeur.

Enfin, on peut noter que les personnes vivant dans de grandes agglomérations ont un recours plus fréquent aux spécialistes que les personnes vivant en zones rurales ou dans de petites agglomérations.

Les résultats relatifs à l'utilisation de soins de généraliste offrent un schéma moins clair. En moyenne, les individus ayant un diplôme d'éducation secondaire ont une probabilité légèrement plus élevée de recourir à des soins de généraliste que les personnes ayant un niveau d'éducation primaire, mais ce n'est pas le cas pour les personnes ayant un niveau d'études supérieures. De plus, les personnes les plus éduquées ont une probabilité plus faible d'être de gros consommateurs de soins de généraliste par rapport aux autres. Les résultats montrent également une association significative entre l'occupation exercée et la probabilité de recours aux soins de généraliste. Les travailleurs non manuels ont une probabilité de recours aux généralistes plus élevée que les travailleurs manuels, tandis que, *ceteris paribus*, les indépendants et les agriculteurs ont une probabilité de recours plus faible. Ce résultat diffère des résultats des travaux précédents réalisés par le groupe Ecuity qui suggèrent que les visites de généralistes sont équitablement distribuées entre groupes de revenus dans la majorité des pays de l'OCDE, voire même dans la plupart de pays il s'agit une inéquité en faveur des plus pauvres.

Enfin, les personnes sans emploi ont à la fois une probabilité plus élevée de recours aux spécialistes et d'être de gros consommateurs de généralistes. Cet effet est difficile à interpréter en termes d'équité dans la mesure où cette catégorie comprend à la fois des personnes au chômage, des retraités et les autres inactifs. Il est souvent souligné le fait d'être sans emploi réduit les coûts temporels d'utilisation du système de santé. Cependant, en dépit du contrôle par l'état de santé perçue, il est possible qu'il soit dû au plus mauvais état de santé et donc au besoin plus important des populations sans emploi (Van Doorsler et al., 2004).

b. Hétérogénéité contextuelle (inter-pays)

Les statistiques présentées dans les dernières lignes du tableau 3 sont également intéressantes. La déviance permet de diagnostiquer la qualité de l'ajustement du modèle. Plusieurs statistiques permettent ensuite d'apprécier l'existence d'une hétérogénéité inter-pays dans de la variable d'intérêt. On remarque tout d'abord que la variance de l'effet aléatoire associé aux pays est significativement différente de 0 pour les trois modèles étudiés, ce qui signifie qu'il existe, après ajustement sur les caractéristiques individuelles, une différence entre pays dans les probabilités de recours de soins de généralistes et de spécialistes. L'ICC (coefficient de corrélation intra) donne la répartition de la variance expliquée entre les deux niveaux d'observations (individuel et national). Dans le cas des modèles logistiques, le calcul de l'ICC n'est pas simple dans la mesure où la variance au niveau

individuelle (en échelle de probabilité) n'est pas directement comparable à la variance au niveau pays (en échelle logistique). Il existe plusieurs façons de calculer ICC dans les modèles multiniveaux logistiques. Les calculs ont ici été réalisés par la méthode de la variable latente (Merlo et al., 2006).

L'odds-ratio médian (Median Odds Ratio ou MOR) traduit la variance inter-pays en termes d'odds-ratios (Merlo et al., 2006). Ainsi, le MOR est égal à 1 dans le cas où il n'existe pas de différence significative dans la variable d'intérêt entre pays après ajustement par les caractéristiques individuelles. Le principal avantage de cette statistique par rapport à la variance inter-pays ou l'ICC est qu'elle est directement comparable avec les odds-ratios associés aux variables explicatives. Par exemple, dans le modèle expliquant la probabilité de recours aux soins de spécialiste (colonne 2), le MOR est égal à 2,3, ce qui signifie que l'hétérogénéité entre pays résiduelle contribue fortement à l'explication de la variance de la propension à recourir aux soins de spécialiste, en fait beaucoup plus largement que la plupart des caractéristiques individuelles retenues, à l'exception de la santé perçue. Nous pouvons également remarquer que l'hétérogénéité entre pays est plus faible dans le cas de la propension à recourir aux soins de généralistes et de la propension à être un gros consommateur de soins.

c. Comparaisons des inégalités sociales de recours aux soins

Pour étudier les différences entre pays européens non pas de niveaux de recours mais dans l'ampleur des inégalités socioéconomiques de recours, nous avons ensuite autorisé les coefficients associés au niveau d'éducation et à l'occupation à varier d'un pays à l'autre. Afin de simplifier les analyses, nous avons retenu ici une variable d'éducation binaire, opposant les personnes ayant un niveau d'études secondaires supérieures ou universitaires aux autres individus⁹. Nous avons conservé les quatre modalités de la variable d'occupation, leur regroupement semblant peu pertinent, mais seul le coefficient associé à la modalité « travailleur non manuel » a été exploité dans la partie suivante.

Cette seconde analyse étudie l'hétérogénéité entre pays de l'impact du fait d'avoir un niveau d'éducation supérieur ou d'être travailleur non manuel sur la probabilité de recours aux soins, par l'introduction de coefficients aléatoires pour l'éducation et l'occupation, tout en maintenant la constante aléatoire du modèle et la variable contextuelle correspondant à la période de recueil des enquêtes. Les résultats de ces modèles à coefficients aléatoires sont présentés dans le tableau 4.

Les résultats correspondants à la probabilité de recours aux soins de spécialiste comme de généralistes montrent que les variances inter-pays associées aux coefficients tant de l'éducation que de l'occupation sont significatifs au seuil de 1%. Ceci signifie donc que l'association existante entre la situation sociale et les probabilités de recours aux soins diffère d'un pays à l'autre, suggérant ainsi une ampleur différente des inégalités de recours aux soins en Europe. L'introduction de coefficients aléatoires pour l'éducation et l'occupation réduit en outre l'hétérogénéité résiduelle du recours aux soins entre pays, comme le montre la diminution de la variance de la constante aléatoire par rapport au premier modèle estimé.

Ainsi, l'influence sur le recours aux soins d'un niveau élevé d'éducation et de l'emploi non manuel n'a pas la même ampleur dans les différents pays étudiés. Les modèles multi-niveaux permettent alors d'estimer l'ampleur de ces effets pays spécifiques avec une certaine précision, c'est-à-dire en calculant les résidus moyens \hat{u}_{0j} et leurs intervalles de confiance¹⁰ (Cf. équation 5). Ces résidus estimés associés aux coefficients des variables d'éducation et d'occupation mesurent alors l'écart entre l'impact de ces variables dans chaque pays à l'effet de ces variables en moyenne dans l'ensemble des pays et peuvent donc être utilisés pour comparer la relative inéquité de la consommation de soins dans chacun des pays.

⁹ Les résultats ne sont pas modifiés par cette simplification.

¹⁰ Les intervalles de confiance à 95% ont été estimés à partir des écarts-types conditionnels des prédictions selon la formule $\hat{u}_i \pm 2.201 * \text{écart-type conditionnels}$ (Studenmund, 1992) et permettent de mettre en évidence les différences significatives entre pays.

Les graphiques 1 et 2 présentent les résidus pays associés à ces variables sociales et permettent donc de comparer l'impact de ces variables respectivement sur les probabilités de recours aux spécialistes et généralistes. Les pays situés dans la partie gauche de ces graphiques ont un effet spécifique positif et correspondent donc à des pays où les variables sociales ont un effet relativement plus important que la moyenne. Leur recours aux soins est ici considéré comme relativement moins équitable. À l'inverse les pays situés dans la partie droite de ces graphiques ont un effet spécifique négatif, ce qui signifie que les variables sociales ont un effet relativement plus faible dans ces pays, qui ont donc un recours aux soins plus équitable.

Le graphique 1 montre ainsi que le niveau d'éducation semble avoir un impact plus important sur le recours au soins de spécialistes en France et en Lettonie que dans la moyenne des pays étudiés alors que cet effet est au contraire relativement faible en Irlande et aux Pays-Bas. L'analyse de l'hétérogénéité de l'impact de l'occupation conduit à un classement des pays assez comparable. Selon ce critère, la France et la Lettonie présentent toujours des inégalités sociales de recours aux médecins spécialistes plus importantes que la moyenne européenne, mais la France est suivie de près par l'Allemagne qui présente également des inégalités significativement plus élevées que la moyenne. À l'inverse, les inégalités de recours aux spécialistes entre professions sont significativement plus faibles en Irlande, au Danemark et aux Pays-Bas. Ces faibles différences de classement des pays selon le critère social retenu peuvent sans doute être expliquées par les différences d'implications sociales de l'éducation dans les différents pays étudiés. Toutefois, ces résultats sont assez cohérents entre eux et on peut remarquer que les rangs des pays suggérés par ces effets est en outre très cohérent avec les rangs suggérés par les travaux du groupe Ecuity sur la base des indices de concentration du recours aux soins de généralistes selon le niveau de revenu.

Le graphique 2 présente les résultats de la même analyse pour le recours aux soins de généralistes. On peut alors remarquer que l'effet de l'éducation sur le recours aux généralistes varient moins entre les pays. Seul le Portugal semble avoir des inégalités de recours aux généralistes de plus grande ampleur que les autres pays européens. Même si les effets spécifiques associés à l'éducation estimés de l'Estonie, la Lettonie, la Hongrie et la France sont également positifs, on ne peut affirmer l'existence d'inégalités de recours aux généralistes dans ces pays plus importantes que la moyenne en raison de l'étendue de leur intervalle de confiance. La comparaison de l'influence de l'occupation sur le recours aux généralistes entre les pays montre enfin que le recours aux généralistes des travailleurs non manuels est particulièrement important en France et au Portugal, alors que l'on note au contraire des inégalités de recours en défaveur des travailleurs non manuels en Italie, en Norvège, en Allemagne

5.2. L'impact des systèmes de santé sur le recours aux soins

Ayant établi l'existence d'une hétérogénéité résiduelle significative entre les pays dans le recours aux soins d'une part et dans l'ampleur des inégalités de recours aux soins d'autre part, nous avons testé dans cette section le rôle du système de santé dans ces hétérogénéités. L'ensemble des variables décrivant les caractéristiques du système de santé présentées dans la section 3 a été testé dans le cadre d'une analyse exploratoire mais seuls sont reportés dans le tableau 4 les résultats les plus pertinents. Dans l'ensemble des modèles suivants, les variables individuelles étudiées précédemment sont incluses mais les résultats associés ne sont pas reportés dans les tableaux afin d'en faciliter la lecture.

Dans un premier temps, nous examinerons la contribution de ces caractéristiques des systèmes de santé aux différences de niveaux de recours aux soins entre pays. Il s'agit donc d'expliquer la constante aléatoire des modèles conformément à l'équation 4. Dans un deuxième temps, ces variables sont utilisées pour expliquer l'ampleur des inégalités de recours aux soins entre pays, et donc expliquer les coefficients aléatoires des variables d'éducation et d'occupation. En raison du très faible nombre de degrés de liberté au deuxième niveau, les variables ont été introduites une à une dans les modèles, chaque ligne du tableau 4 correspondant donc à un modèle différent. Les quatre premières colonnes du tableau 4 correspondent aux résultats portant sur le recours aux soins de spécialiste, les quatre suivantes à ceux concernant le recours aux soins de généraliste.

a. L'impact des systèmes de santé sur le niveau de la consommation de soins

Les résultats présentés dans la partie A du tableau 4 suggèrent que dans les pays où les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte, la probabilité moyenne de recours non seulement aux médecins spécialistes mais aussi aux médecins généralistes est considérablement plus élevée (O.R.= 3,8 et 2,1) que dans les systèmes où les médecins sont salariés ou rémunérés par capitation, ce qui est cohérent avec la théorie de la demande induite dans le cadre de la rémunération à l'acte. La variable capitation confirme ce résultat : la rémunération des médecins généralistes et spécialistes par capitation réduit à la fois la probabilité de recours aux soins de spécialistes et de généralistes. Par contre, le salariat des médecins n'a pas de conséquence significative sur la probabilité de recours aux soins lorsque l'on considère comme modalité de référence à la fois la rémunération par capitation et la rémunération à l'acte.

De manière attendue, dans les systèmes où les médecins généralistes jouent le rôle de gatekeeper, la probabilité de consulter un médecin spécialiste est significativement plus faible (O.R.= 0,2). En fait, le gatekeeping est la caractéristique des systèmes de santé qui explique la plus grande part de l'hétérogénéité du recours aux spécialistes entre pays, puisque celle-ci explique à elle-seule 60% de la variance inter-pays. On note également que le paiement des généralistes par capitation réduit la probabilité de consulter un généraliste toutes choses étant égales par ailleurs. Les résultats concernant les principaux modes de financement des systèmes sont cohérents avec le résultat précédent, la probabilité de recours aux spécialistes étant significativement plus faible dans les systèmes nationaux de santé financés par taxation. Ce résultat peut en partie être expliqué par le fait que le gatekeeping est fréquemment financé par taxation.

En revanche, nos analyses¹¹ ne montrent aucune association significative entre les probabilités de recours aux généralistes et aux spécialistes et la densité médicale d'une part et le partage entre ressources publiques et ressources privées, que celui-ci soit apprécié par la part des dépenses publiques de santé dans le PIB ou par la part des versements nets des ménages.

b. L'impact des systèmes de santé sur les inégalités sociales de consommation de soins

Les modèles présentés dans les parties B et C du tableau 4 testent l'influence des caractéristiques des systèmes de santé sur l'effet aléatoire de variable éducation/occupation et donc sur l'ampleur des inégalités de recours aux soins.

Tout d'abord, il est intéressant de voir que les inégalités sociales de recours aux soins de spécialistes sont plus faibles dans les pays où les médecins généralistes jouent le rôle de gatekeeper. Cette variable a un impact significatif et négatif similaire sur le coefficient des deux variables sociales (éducation et occupation). De manière plus inattendue, la capitation ne semble pas avoir d'impact significatif sur les différences entre groupes socioéconomiques de recours aux spécialistes, tout comme la rémunération à l'acte. On remarque en revanche un impact significatif négatif du salariat des médecins sur les inégalités socioéconomiques de recours aux généralistes. Cet effet est cependant dû à l'inclusion du Portugal dans l'analyse qui est le seul pays où les médecins généralistes sont salariés.

De même, les systèmes nationaux de santé financés par taxation semblent produire des inégalités de recours aux soins de spécialiste plus faibles. Mais on ne peut pas confirmer ceci pour le recours aux soins généralistes. Ce résultat, combiné aux résultats précédents suggèrent donc que les systèmes avec gatekeeping permettent d'éviter les soins "non nécessaires" de la part la plus privilégiée de la population.

Au contraire, les différences de recours aux spécialistes entre niveaux d'éducation et occupation sont renforcées dans les systèmes où le reste à charge des ménages correspond à une part relativement plus

¹¹ Ces résultats non présentés dans le tableau 4 sont disponibles auprès des auteurs.

importante des dépenses de santé. Ceci n'est en revanche pas vrai pour le recours aux soins de généraliste par niveau d'éducation. Il est vrai que dans la plupart de ces systèmes, on observe une concentration du financement public à destination des soins de généralistes. Enfin, le partage de financement entre public et privé, approché à la fois par la part des dépenses publiques dans le PIB et la part des versements nets des ménages, n'explique qu'une faible part des différences de recours aux généralistes entre professions.

Les résultats ne mettent en évidence aucun impact de la densité médicale sur l'ampleur des inégalités sociales de recours aux soins de généraliste comme de spécialiste. On doit toutefois rappeler que faute des données disponibles, nous n'avons pas pu regardé la répartition géographique de ces ressources à l'intérieurs des pays ce qui pourrai être un facteur déterminant.

L'ensemble de ces résultats suggère donc, en dépit du manque de degrés de liberté au second niveau d'analyse, que certaines caractéristiques des systèmes de santé jouent un rôle significatif dans l'explication du niveau des inégalités sociales de recours aux soins entre ces pays européens.

6. Discussion

Notre étude se proposait d'étudier l'influence des systèmes de santé sur les inégalités socioéconomiques de recours aux soins en Europe. L'utilisation d'un nouvel ensemble des données individuelles issues d'enquêtes nationales récentes a permis de comparer ces inégalités de recours dans un ensemble de 13 pays européens comprenant pour la première fois des pays d'Europe centrale et de l'Est. Alors que les études précédentes ont étudié les inégalités de recours séparément dans chacun des pays, l'utilisation d'une modélisation multiniveaux nous a permis d'étudier simultanément les déterminants individuels et relevant des systèmes de santé du recours aux soins et ainsi de mettre en évidence les caractéristiques des systèmes de santé influençant à la fois le niveau de recours dans chacun des pays et l'ampleur des différences d'utilisation des services de santé entre groupes socioéconomiques.

Nos résultats suggèrent tout d'abord qu'après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé perçu, les personnes les plus éduquées ont un recours plus fréquent aux soins de spécialistes dans tous les pays étudiés. Ces résultats concernant l'influence du niveau d'éducation sont cohérents avec ceux des études précédentes utilisant différentes méthodologies. Nos résultats confirment également que l'ampleur de ces inégalités de recours aux spécialistes à besoin de soins égal en faveur des plus éduqués diffère significativement entre les pays, ces inégalités étant particulièrement importantes au Portugal, en France, en Lettonie et en Hongrie. De plus, l'utilisation d'une mesure de la situation socioéconomique plus rarement utilisée pour étudier les inégalités de recours, le statut d'occupation, a permis de montrer que les personnes occupant un emploi non manuel ont un recours plus fréquent aux soins de spécialistes dans l'ensemble des pays étudiés. Cet effet de l'occupation sur l'accès aux spécialistes varie là-encore selon le pays considéré, cet effet étant particulièrement marqué en France, en Lettonie et en Allemagne et au contraire plus réduit en Irlande, aux Pays-Bas et Danemark par exemple. En France, les inégalités horizontales de recours aux spécialistes apparaissent donc parmi les plus importantes de l'Union Européenne, et ce quelque soit le critère retenu pour mesurer la situation économique et sociale.

Les différences de recours aux soins de généralistes apparaissent ensuite de nature très hétérogène selon le pays. Si dans la plupart des pays, les soins de généralistes semblent équitablement distribués entre les différents groupes sociaux, nos résultats mettent en évidence des inégalités de recours en faveur des plus éduqués au Portugal, en Estonie et en Lettonie et en faveur des travailleurs non manuels au Portugal, en France et en Lettonie. Ceci va alors à l'encontre des résultats des études précédentes qui, parce que fondées sur des ensembles de pays différents, suggéraient que l'accès aux soins de généralistes ne semblait pas poser de problème particulier en Europe.

L'hétérogénéité entre pays de ces différences d'utilisation des services de santé entre groupes socioéconomiques peut être en partie expliquée par la nature différente des systèmes de santé européens. En effet, la stratégie d'estimation adoptée a permis de tester l'influence de plusieurs caractéristiques des systèmes de santé, à la fois sur le recours aux soins et sur les inégalités sociales de recours aux soins, à besoin de soins donné.

Nos résultats suggèrent que le niveau de recours aux spécialistes et l'ampleur des inégalités de recours aux ce type de soins sont plus faibles dans les systèmes où les médecins généralistes jouent de d'orienteur dans le système de soins (Gatekeeping). Cet impact du gatekeeping apparaît en outre indépendant du mode de rémunération des médecins. Dans les pays ayant mis en place un système de gatekeeping strict, les patients n'ont généralement pas à payer pour consulter un généraliste ou un spécialiste, alors que les patients ont souvent un reste à charge dans les autres systèmes. Nous n'avons pas pu utilisé de variable indiquant la gratuité des consultations au point de délivrance des soins au sein de chaque pays. Cependant, le gatekeeping peut permettre d'approximer cette notion. Nos résultats confirment également que les inégalités sociales d'utilisation des services de généralistes et de spécialistes sont plus importantes dans les pays où la part du reste à charge des ménages dans les dépenses de santé sont plus élevées et où les dépenses publiques de santé représentent une part plus faible du PIB. La nature des sources primaires de financement semble enfin être un critère pertinent. Nous montrons ainsi que les inégalités sociales de recours aux spécialistes sont plus faibles dans les systèmes nationaux de santé financés par taxation que dans les systèmes fondés sur le modèle d'assurance sociale.

Ces résultats préliminaires doivent toutefois être interprétés avec précaution. En premier lieu, comme dans toute étude comparative et en dépit des efforts d'harmonisation réalisés, la comparabilité des données peut être discutée. Nous avons utilisé plusieurs enquêtes nationales, qui diffèrent donc, dans une certaine mesure, dans leur protocole et leur questionnaire. Les informations utilisées sont donc limitées par la comparabilité des informations recueillies dans chaque enquête. Par exemple, le revenu des ménages n'a pas pu être retenu pour apprécier les inégalités de recours aux soins. La période de recueil du nombre de séances de médecins diffère également dans certaines enquêtes. Cette différence ne remet pas en cause la comparaison des différences sociales de recours aux soins, mais pouvait biaiser la comparaison du niveau de recours aux soins entre pays. Nous avons donc introduit dans les analyses une variable de contrôle correspondant au nombre de mois de recueil. Il est également difficile de caractériser rigoureusement les différentes dimensions des systèmes de santé et de fournir des recommandations pertinentes. Nous nous sommes concentrés sur certains aspects des systèmes qui nous paru important et pour lesquels l'information était disponible. Toutefois, il est certainement souhaitable d'améliorer l'ensemble des variables retenues pour caractériser les systèmes de santé. Plus important enfin, le faible nombre de pays ne nous a pas permis de tester la robustesse des résultats en étudiant simultanément l'influence des caractéristiques de systèmes de santé, alors même que ces différentes dimensions ne sont pas distribuées aléatoirement, les système de santé conçu avec une certaine cohérence . Il serait donc intéressant de réaliser cette analyse sur un nombre plus important de pays.

En dépit de ces limites, cette étude apporte une contribution significative à la littérature existante sur les inégalités de recours aux soins. Elle propose un cadre d'analyse et une méthodologie permettant au-delà de la comparaison du niveau des inégalités sociales de recours aux soins, d'étudier l'influence des systèmes de santé sur ces inégalités. Elle a mis en lumière différents éléments de l'organisation des systèmes de santé qui semblent contribuer à leur réduction ou à leur formation des inégalités sociales de consommations de soins en Europe. Elle souligne en particulier l'importance du rôle du généraliste et de l'organisation des soins primaires, mais montre également l'importance du mode de rémunération des médecins et du partage des coûts entre la sphère publique et la sphère privée. Ces résultats appellent donc à des travaux futurs visant à identifier les meilleures combinaisons possibles de différentes dimensions des systèmes de santé afin d'améliorer leur équité.

Bibliographie

- Babazono A., Hillman A.L. (1994), "A comparison of international health outcomes and health care spending", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 10, 3 : 376-81.
- Cambois E., Jusot F. (2007), "Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. 2007/01/23, 2-3 : 10-14.
- Breuil-Genier P. et Rupprecht F. (2000), "Comportements opportunistes des patients et des médecins : l'apport d'analyses par épisode de soins", *Economie et Prévision*, 142 : 163-182.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., van Doorslaer E. (2004), "Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", in "Towards High-Performing Health Systems", OECD report: 109-165.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. (2005), "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Questions d'économie de la santé, Synthèse, 92 et 93.
- Ferris T., Chang Y., Blumenthal D., Pearson S. (2001), "Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization", *The new England Journal Of Medecine*, Vol. 345, No 18.
- Ferris T., Chang Y., Perrin J., Blumenthal D., Pearson S. (2002), "Effects of removing Gatekeeping on specialist utilization by children in a health maintenance organization", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156 : 574-579.
- Gosden T., Pedersen L. Torgerson D. (1999), "How should we pay doctors ? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour", *Q J Med*, 92 : 47-55.
- Gosden T., Forland F., Kristiansen IS., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L. (2000), "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment : effects on the behaviour of primary care physicians", *Cochrane Database of systematic reviews*, Issue 3.
- Grignon M. et Perronnin M. (2003), "Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins", *Questions d'économie de la santé, Analyses*, 74.
- Grubaugh S.G., Santerre R.E. (1994), "Comparing the performance of health-care systems: An alternative approach", *Southern Economic Journal*, 60, 4 : 1030-42.
- Hodgkin D., Merrick E., Horgan C., Garnick D., McLaughlin T. (2007), "Does Type of gatekeeping model affect access to outpatient specialty mental health services ?", *Health Services Research* 42 : 1, Part I.
- Jusot F. (2004), "Mortalité et inégalités de revenu en France", *Document de travail du DELTA*, 2004-32.
- Lang T et al. (1998), "Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64", *Journal of Epidemiology Community Health*, 52, 10 : 665-71.
- Leu R.E. (1986), "The public-private mix and international health care cost", in *Public and Private Health Services*, A.J. Culyer et B. Jonsson (eds.) B. Blackwell : 41-63.
- Lombrail P., Pascal J., Lang T. (2004), "Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire", *Santé, Société et Solidarité*, 2.
- Lucas-Gabrielli V., Nabet N., Tonnellier F. (2001), "Les soins de proximité : une exception française ? ", *Questions d'économie de la santé, Analyses*, 39.
- Marsh et al., (1988), "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community", *British Medical Journal*, 296 : 173-176.
- Merlo J., Chaix B., Ohlsson H., Beckman A., Johnell K., Hjerpe P., Rastam L., Larsen K. (2006), "A brief conceptual tutorial of multilevel analysis I social epidemiology : using measures of clustering in

multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena”, *J. Epidemiol Community Health* ; 60 : 290-297.

Mitchell PhD. et Gaskin DJ. (2007), “Caregivers’ Ratings of access”, *Medical Care*, 45 : 146-153.

Or Z. (2000), "Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale", *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, 2000/1 : 57-83.

Or Z. (2001), "Exploring the effects of health Care on Mortality Across OECD countries", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 46.

Or Z., Wang J., Jamison D. (2005), "International Differences in the Impact of Doctors on Health: A Multilevel Analysis of OECD Countries", *Journal of Health Economics*, 24 : 531-560.

Place M. (1997), "The relationship between concentration, patient accessibility and utilisation of services", University of York; Centre for Health Economics; York Health Economics Consortium, NHS Centre for Reviews & Dissemination.

Raynaud D. (2003), "L’impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins", *Etudes et Résultats*, 229.

Rice N., Jones A. 1997, "Multilevel models and health economics", *Health Economics*, 6 : 561-575.

Van Doorslaer E, Koolman X. (2004), "Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe", *Health Economics*, 13, 7 :629-647.

Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. for the OECD Health Equity Research Group (2006), "Inequalities in access to medical care by income in developed countries", *CMAJ Canadian Medical Journal*, 174 (2). doi:10.1503/cmaj.050584.

Zuveskas S., Hill S. (2004), “Does Capitation Matter ? Impacts on access, Use and Quality”, *Inquiry* 41 : 316-335.

Annexe

Tableau 1 : Enquêtes utilisées au sein de chaque pays

	Enquêtes utilisées	Effectif utilisé	Années d'enquêtes
Allemagne	German National Health Examination and Interview Survey	5 371	1998
Angleterre	English Health Survey 2001	10 626	2001
Belgique	Health Interview Survey	10 910	2001
Danemark	Danish Health and Morbidity Survey 2000	12 484	2000
Estonie	Health Behavior among Estonian Adult Population	3 740	2002/04
France	2004 Health, Health Care and Insurance Survey (IRDES)	9 231	2004
Hongrie	National Health Interview Survey Hungary	3 823	2003
Irlande	Living in Ireland Panel Survey	4 704	2002
Italie	Health and health care utilization 1999-2000	86 584	2000
Lettonie	Finbalt Health Monitor	3 222	2002/04
Norvège	Norwegian Survey of Living Conditions	4 712	2002
Pays-Bas	Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)	9 339	2003/04
Portugal	National Health Survey (1998/1999)	15 553	1999

Tableau 2. Recours aux soins en fonction des variables socio-économiques (en %)

Généralistes	Niveau d'éducation				Statut d'occupation			
	Aucune ou Primaire	Secondaire inférieur	Secondaire supérieur	Universitaire	Non Emploi	Non manuel	Manuel	Prof. Libérales*
Allemagne	72,9	71,8	68,6	59,3	71,5	66,8	71,3	54,5
Angleterre	18,5	15,4	14,0	11,7	19,5	12,3	12,3	.
Belgique	49,9	44,6	41,3	35,6	46,7	38,4	36,3	40,0
Denmark	41,0	38,8	37,0	33,8	45,7	34,4	33,6	31,7
Estonie	67,7	64,5	67,8	66,0	63,7	68,6	65,8	67,8
France	80,8	77,6	78,8	78,7	80,0	80,5	73,0	70,9
Hongrie	78,8	78,2	77,0	80,6	77,7	82,5	80,7	66,2
Irlande	75,3	69,4	68,0	67,7	78,5	69,5	60,7	61,2
Italie	17,5	11,5	10,6	9,2	14,2	10,6	11,7	10,0
Lettonie	64,3	61,6	63,4	66,7	62,6	69,5	59,8	54,5
Norvège	66,7	80,1	73,5	70,5	80,6	71,7	73,5	64,8
Pays-bas	36,7	34,9	32,2	29,8	37,8	29,6	31,3	26,0
Portugal	58,7	56,0	54,3	56,5	66,5	54,7	51,0	52,0

*Cette catégorie comprend les professions libérales et les agriculteurs

Spécialistes	Niveau d'éducation				Statut d'occupation			
	Aucune ou Primaire	Secondaire inférieur	Secondaire supérieur	Universitaire	Non Emploi	Non manuel	Manuel	Prof. Libérales*
Allemagne	66,1	75,5	77,1	73,2	81,4	79,6	64,8	64,7
Belgique	21,9	21,5	20,6	24,1	24,9	22,4	15,3	11,0
Denmark	7,3	7,0	7,3	8,8	11,5	6,5	5,5	6,2
Estonie	37,7	44,3	45,6	52,4	44,1	50,9	37,1	43,8
France	53,8	50,6	58,8	65,1	60,1	64,3	40,3	42,2
Hongrie	55,9	51,4	56,9	63,1	63,4	60,7	47,3	44,9
Irlande	25,8	23,3	21,2	24,1	30,6	22,5	15,3	18,2
Italie	11,9	10,0	11,3	11,1	12,4	11,4	8,7	8,8
Lettonie	25,4	34,7	37,0	54,2	34,8	48,8	32,9	26,0
Norvège	10,1	18,9	16,2	16,5	19,0	16,8	12,7	14,2
Pays-bas	18,6	17,8	16,0	14,4	19,8	14,3	14,6	14,5

*Cette catégorie comprend les professions libérales et les agriculteurs

Tableau 3. Modèle individuel : Influence des caractéristiques individuelles sur le recours aux soins

Effets fixes	Recours à un spécialiste		Recours à un généraliste	
		Odds Ratio		Odds Ratio
Genre	<i>Hommes</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	Femmes	1,93***	1,5***	1,45***
Age	20–24 ans	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	25–29 ans	1,09***	ns	ns
	30–34 ans	ns	ns	ns
	35–39 ans	ns	0,88***	0,93**
	40–44 ans	ns	0,88***	ns
	45–49 ans	ns	ns	ns
	50–54 ans	1,13***	1,09***	1,14***
	55–59 ans	1,18***	1,18***	1,25***
60–64 ans	1,26***	1,41***	1,4***	
Niveau d'éducation	<i>Aucune ou Primaire</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	Secondaire inférieur	1,21***	1,05**	ns
	Secondaire supérieur	1,39***	1,06***	ns
	Universitaire	1,6***	ns	0,88***
Niveau d'éducation	<i>Secondaire inférieur et moins</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	Secondaire supérieur et plus	1,27***	ns	0,97**
Statut d'occupation	Non manuel	1,25***	1,06***	ns
	<i>Manuel</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	Professions libérales / Agiculateurs	ns	0,8***	0,84***
	Non Emploi	1,14***	ns	1,17***
Lieu d'habitation	Urbain	1,12***	ns	ns
	<i>Rural</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
Indice de Masse Corporelle	Sous-poids	ns	ns	ns
	<i>Normal</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	Sur-poids	ns	1,14***	1,15***
	Obèse	ns	1,32***	1,38***
Santé perçue	Bon	<i>réf</i>	<i>réf</i>	<i>réf</i>
	<i>Moins que bon</i>	2,56***	2,58***	3,11***
Résidus (variance inter-pays)		0,8***	0,34***	0,3***
Deviance		407850	469458	477326
Coéfficient Intra-corrélation		0,1948	0,0933	0,0839
Odds Ratio Médian		2,33	1,74	1,68

Dans tous les modèles, une variable TEMPS est intégrée au sein de la constante

*** significatif à 1%

** significatif à 5%

* significatif à 10%

Tableau 4. Influence des caractéristiques du système de santé sur le recours aux soins et sur les inégalités sociales de recours aux soins(1)

	Spécialiste				Généraliste			
	Odds Ratio	Variance constante	Variance Educ/occup	Odds Ratio Median	Odds Ratio	Variance constante	Variance Educ/occup	Odds Ratio Median
Constante								
Modèle à effet aléatoire (2)		0,8***		2,33		0,34***		1,74
Modèles contextuels (4)								
Paiement à l'acte_GP	3,78*	0,61***		2,10	2,12*	0,28***		1,65
Capitation_GP	0,26*	0,61***		2,10	0,34***	0,16***		1,46
Capitation_SPEC	0,31*	0,62***		2,11				
Gatekeeping	0,22***	0,29***		1,66	ns			
Service National de Santé	0,29**	0,43***		1,86	ns			
Education								
Modèle à coefficient aléatoire (3)		0,78***	0,05***	2,32		0,35***	0,02***	1,75
Modèles contextuels (4)								
Salarial_GP	ns				1,39**	0,35***	0,01***	1,76
Gatekeeping	0,73*	0,78***	0,06***	2,31	ns			
Service National de Santé	0,72**	0,77***	0,05***	2,30	ns			
Reste à charge (% Dep. Tot. de santé)	1,02**	0,78***	0,04***	2,31	ns			
Occupation								
Modèle à coefficient aléatoire (3)		0,68***	0,06***	2,19		0,31***	0,03***	1,69
Modèles contextuels (4)								
Salarial_GP	ns				1,49***	0,32***	0,03***	1,70
Gatekeeping	0,74*	0,62***	0,04***	2,11	ns			
Service National de Santé	0,7**	0,60***	0,05***	2,09	ns			
Reste à charge (% Dep. Tot. de santé)	1,01**	0,67***	0,08***	2,17	1,01**	0,32***	0,03***	1,71
Depenses Publiques de santé (% PIB)	ns				0,91**	0,32***	0,03***	1,70

(1) Tous les modèles sont contrôlés par l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'occupation, le lieu d'habitation, l'IMC, la santé perçue et le temps.

(2) Le modèle individuel à effet aléatoire correspond au modèle où seul la constante est aléatoire.

(3) Le modèle individuel à coefficient aléatoire correspond au modèle où la constante ainsi que la variable "education" ou "statut d'occupation" sont aléatoires.

(4) Les modèles contextuels correspondent au modèle individuel aléatoire ajouté d'un facteur contextuel.

*** significatif à 1%

** significatif à 5%

* significatif à 10%

ns : non significatif

Figure 1. Effet aléatoire pays associé aux variables sociales pour le recours aux spécialistes

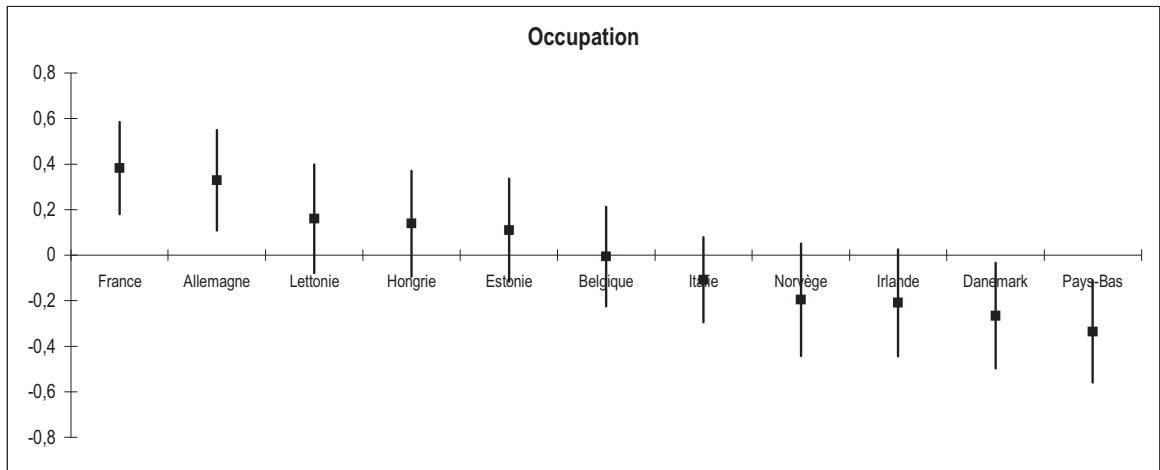
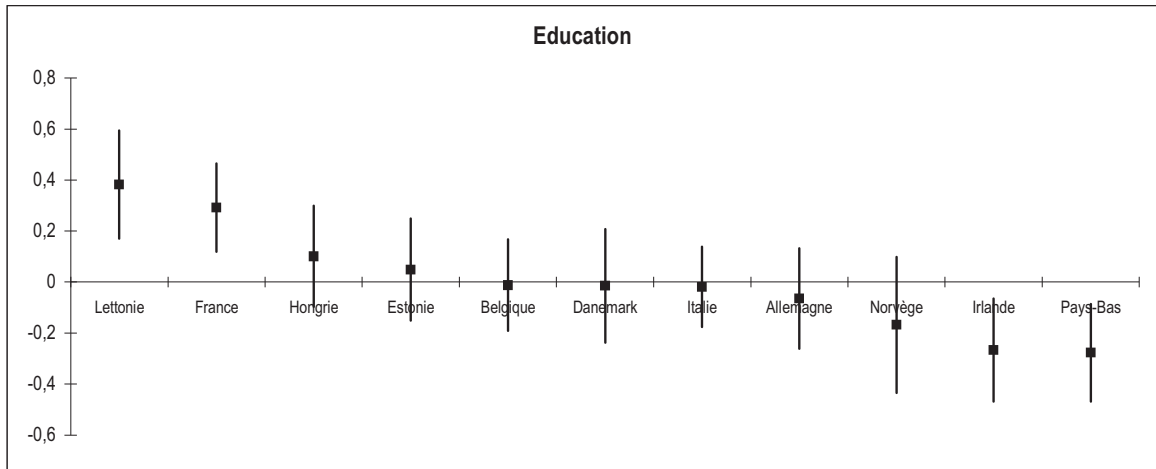


Figure 2. Effet aléatoire pays associé aux variables sociales pour le recours aux généralistes

