

**Inégalités sociales dans le
renoncement aux soins de
santé et dans leur utilisation**

Anastase TCHICAYA
Nathalie LORENTZ

CEPS/INSTEAD Working Papers are intended to make research findings available and stimulate comments and discussion. They have been approved for circulation but are to be considered preliminary. They have not been edited and have not been subject to any peer review.

The views expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of CEPS/INSTEAD. Errors and omissions are the sole responsibility of the author(s).

Inégalités sociales dans le renoncement aux soins de santé et dans leur utilisation*

Anastase TCHICAYA

Population et Emploi, CEPS/Instead, Luxembourg

Nathalie LORENTZ

Entreprise, CEPS/Ininstead, Luxembourg

Janvier 2011

Résumé

Cette recherche se focalise sur l'analyse des inégalités sociales associées à l'accès et à l'utilisation des services de soins médicaux et hospitaliers au Luxembourg. Les données utilisées proviennent des enquêtes PSELL3/EU-SILC réalisées chaque année sur un échantillon représentatif de la population luxembourgeoise vivant en ménage privé. Des indicateurs d'accès aux soins (ou de renoncement aux soins) et d'utilisation des services de santé sont définis et les principales mesures d'inégalité considérées sont le ratio des taux, la différence des taux, l'indice de disparité et l'indice de concentration relatif. Les inégalités sociales de non recours aux soins médicaux et dentaires sont modérées au Luxembourg, les raisons financières ne représentent pas la première cause de renoncement aux soins. Les inégalités sociales dans l'utilisation des services de santé sont finalement quasi inexistantes pour les consultations de médecins généralistes et très faibles pour les consultations de médecins spécialistes. Elles sont un peu plus élevées pour l'utilisation des services de médecins – dentistes et pour les soins hospitaliers. Au cours de la période 2003-2008, les changements intervenus en matière de non recours aux soins sont plus prononcés au niveau des personnes ayant renoncé à consulter un médecin – dentiste. La part des cas de non recours aux soins pour des raisons financières a globalement augmenté, tant pour les soins médicaux que pour les soins dentaires. L'évolution des inégalités en matière de renoncement aux soins médicaux et dentaires est contrastée en fonction du facteur socioéconomique retenu. La mesure des inégalités sociales de l'utilisation des soins de santé à travers les cinq types de prestataires de soins (diététiciens, médecins-dentistes, médecins généralistes, médecins spécialistes et hôpitaux) montre que celles-ci sont d'ampleur différente selon le sexe, l'âge et le type de prestataire de soins.

Mots-clés: Accès aux soins, renoncement aux soins, utilisation des services de santé, inégalités sociales, Luxembourg.

JEL classification codes: D63 ; I12 ; I18 ; I31

* Ce texte fait partie du projet de recherche ESANDE qui a bénéficié du soutien financier du Fonds National de la Recherche du Luxembourg (FNR) (contrat FNR/05/06/08).

1 Introduction

Cette recherche se focalise sur l'analyse des inégalités sociales associées à l'accès et à l'utilisation des services de soins médicaux et hospitaliers au Luxembourg. L'intérêt vient du fait que l'objectif majeur de tout système de santé consiste à assurer à la population un accès égal aux soins de santé indépendamment, notamment, du statut socioéconomique, du revenu et de la situation géographique. Au Luxembourg, l'on parle d'un système de santé solidaire, et il est même considéré parmi les plus généreux de l'Union Européenne.

Bien entendu, l'expérience montre que malgré des efforts massifs fournis par le système de santé, toutes les personnes ne peuvent *in fine* avoir un accès égal aux services de santé, ne serait-ce qu'à cause de la diversité des besoins de santé, des caractéristiques individuelles ainsi que de l'hétérogénéité dans la pratique médicale. Si l'accès aux biens et services de santé dépend en grande partie des caractéristiques de l'offre de santé comme, par exemple, la densité médicale, le nombre de lits d'hôpitaux, le prix des biens et services de santé, y compris les tarifs des consultations, l'utilisation des services de santé dépend, quant à elle, beaucoup des caractéristiques liées à la demande (comme, par exemple, l'âge, le sexe, le niveau d'études, le niveau de revenu,...). Et, il existe une interaction certaine entre l'offre et la demande, car on ne peut utiliser que des services disponibles.

Le modèle théorique de la demande de soins de santé traite la santé comme un bien qui est produit comme tous les autres, utilisant des inputs du marché aussi bien que le temps des individus (GROSSMAN, 1972). Ainsi, les demandes pour les inputs de soins de santé - services médicaux, médicaments, thérapies- sont des demandes qui sont dérivées de la demande de santé elle-même (FOLLAND ET AL., 2010, p. 163).

Il faut noter que la demande de santé a, à la fois, des aspects de consommation pure (la santé est désirée parce qu'elle rend les gens de bonne humeur : “feel better”) et d'investissement pur (la santé augmente le nombre de jours de bonne santé disponible pour travailler et ainsi gagner des revenus) (FOLLAND ET AL., 2010, p. 163). Ce qui est de nature à rendre complexe l'interprétation des résultats relatifs à la proportion de personnes ayant ou pas accès aux services de santé. En la matière, le temps est un élément important de la demande de santé car la consommation des ser-

vices de soins de santé requiert parfois un temps considérable pour certains services et procédures (par exemple : durée de consultation, d'un examen médical ou technique, durée pour obtenir un rendez-vous, etc.).

L'analyse de la demande de soins de santé suggère aussi que les prix, le niveau de revenu, l'état de santé, le temps et la couverture d'assurance maladie influencent la consommation des services médicaux (FOLLAND ET AL., 2010). A ce titre, l'examen des raisons principales du non recours aux soins médicaux et dentaires est susceptible d'expliquer les taux des besoins de soins de santé non satisfaits de la population.

De nombreux travaux de recherche ont montré que le statut socioéconomique était un important facteur déterminant la manière dont les populations utilisent les services de santé (VAN DOORSLAER, KOOLMAN ET PUFFER, 2002 ; VAN DOORSLAER, KOOLMAN ET JONES, 2004 ; VAN OURTI, 2004, BAGO D'UVA ET JONES, 2006 ; DE LOOPER ET LAFORTUNE, 2009 ; etc.). Il ressort que les personnes appartenant aux groupes socioéconomiques plus élevés utilisent, en général, plus les services de soins de santé que les autres (ALLIN, MASSERIA ET MOSSIALOS, 2006 ; VAN DOORSLAER, MASSERIA ET AL., 2004 ; DE LOOPER ET LAFORTUNE, 2009,...). A contrario, les personnes appartenant aux groupes socioéconomiques plus bas sont plus susceptibles que les autres de renoncer aux soins de santé. Par exemple, le rapport inter-quintile de revenu concernant les besoins non satisfaits en matière de soins dentaires était égal à 4,8 pour les 20 pays de l'OCDE en 2006 (DE LOOPER ET LAFORTUNE, 2009). Cela signifie que le taux des besoins non satisfaits était 4,8 fois plus élevé parmi les personnes appartenant au 1^{er} quintile de revenu par rapport à celles appartenant au 5^e quintile de revenu. Mais, ces divers résultats varient en fonction du type de ressources de santé utilisé et selon le pays. Par exemple, VAN DOORSLAER ET AL. (2000) ont montré que dans la plupart des pays, les visites de médecins généralistes étaient plus intensément utilisées par les groupes de revenus bas, tandis que les services de spécialistes étaient disproportionnellement concentrés dans les groupes de revenus les plus élevés.

Selon BAGO D'UVA ET JONES (2006), l'effet du revenu sur l'utilisation de soins, conditionné aux facteurs de besoins, est central à l'analyse de l'inégalité socioéconomique, via le calcul des indices d'inégalité liés au revenu (VAN DOORSLAER,

KOOLMAN ET PUFFER, 2002 ; VAN DOORSLAER, KOOLMAN ET JONES, 2004 ; VAN OURTI, 2004).

VAN DOORSLAER, KOOLMAN ET JONES (2004) ont montré que l'éducation est, à côté du revenu, le plus important facteur socioéconomique (et non un facteur de besoin) contribuant à l'iniquité pro-riche pour les visites de spécialistes, et que des niveaux faibles d'éducation fournissent une plus grande contribution à l'iniquité pro-pauvre pour les visites de médecins généralistes que le revenu lui-même.

Pour DE LOOPER ET LAFORTUNE (2009, p. 11) les personnes plus pauvres ou moins éduquées, en dépit d'avoir des taux très élevés de maladie et de décès, ont souvent des difficultés à accéder aux services appropriés de spécialistes et de soins préventifs. Elles utilisent moins ces biens et services dont certains peuvent nécessiter de payer une part proportionnellement très élevée de leur revenu.

VAN DOORSLAER ET AL. (2002) ont montré que dans tous les pays, à l'exception du Luxembourg, les indices d'iniquité horizontale sont significativement positifs en ce qui concerne l'utilisation des services de spécialistes, ce qui révèle un degré élevé d'iniquité horizontale favorisant les nantis. Les indices de concentration de l'utilisation des services de spécialistes étaient négatifs et significatifs seulement en Belgique, au Luxembourg et en Grèce (VAN DOORSLAER ET AL. 2002, p. 259 IN OCDE 2002). Des pays comme l'Irlande, le Luxembourg et la Belgique sont réputés pour leur programme de partage des frais qui favorise certaines catégories à faible revenu eu égard à l'utilisation des services des omnipraticiens (VAN DOORSLAER ET AL., 2002).

KOOLMAN ET VAN DOORSLAER (2002) ont trouvé, sur des données de l'ECHP de la vague 3 (1996), que les indices de concentration associés aux visites dentaires étaient positifs et significativement différents de zéro, indiquant une inégalité pro-riche dans tous les pays.

Il existe une perception différente de la notion de besoins, de la demande ou de l'utilisation de services en fonction des caractéristiques individuelles (ROGERS ET AL. 1999). En effet, selon le modèle développé par ADAY ET ANDERSEN (1974), souvent utilisé dans les études portant sur l'accès aux services, le concept d'accès se subdivise en deux composantes, soit l'accès potentiel, qui fait référence aux caractéris-

tiques du système de santé et l'accès réalisé, qui englobe l'utilisation des services (ADAY ET ANDERSEN 1974, ADAY ET ANDERSEN 1981, OMS 2000) cité par ASSSM/DSP 2008, p. 4. Selon ASSSM/DSP 2008, KASPER (1998) identifie 3 types d'indicateurs d'accès, à savoir les indicateurs d'utilisation des services pour des besoins de soins, les indicateurs de structure et de processus et les indicateurs reflétant la perspective du consommateur sur l'accès.

DE LOOPER ET LAFORTUNE (2009, p14) estiment que les mesures les plus simples telles que les différences des taux et les ratios des taux seraient plus faisables pour une collecte régulière des données comme pour la base de données de l'OCDE (OECD Health Data).

Au total, diverses mesures d'inégalités sont retenues afin de rendre compte de l'ampleur des inégalités sociales liées, d'une part, au renoncement (ou non recours) aux soins, et, d'autre part, à l'utilisation des services de santé.

2 Approche méthodologique

2.1 Sources des données

Les données utilisées proviennent des enquêtes PSELL3/EU-SILC (2003 à 2008) réalisées chaque année par le CEPS/INSTEAD sur un échantillon représentatif de la population luxembourgeoise vivant en ménage privé. Les questions relatives au renoncement aux soins médicaux et dentaires, ainsi que les raisons principales de ce renoncement, font partie du «mini module» de l'enquête SILC et sont répétées chaque année. Par contre, les questions concernant l'utilisation des soins des médecins généralistes, des médecins-dentistes, des médecins spécialistes et des hospitalisations ont été introduites exclusivement pour le projet de recherche ESANDE («Etat de SANTé et ses DEterminants») en 2007 et 2008. La première série de questions permet d'identifier le taux de non recours aux soins et la seconde de définir des indicateurs d'utilisation des soins de santé. Ces indicateurs sont définis comme le pourcentage de personnes utilisant au moins une fois les services de médecins généralistes, de médecins-dentistes, de médecins spécialistes ou le pourcentage de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois au cours des douze derniers mois. Les indicateurs exprimant les besoins de soins de santé sont la perception d'un état

de santé général moyen ou mauvais, l'occurrence de maladies chroniques et des limitations d'activités pour cause de problèmes de santé.

Les données d'enquête concernant l'accès et l'utilisation des services de santé peuvent être sujettes à quelques biais de type culturel (comportement optimiste *versus* pessimiste), biais de sélection (les personnes vivant en institution sont exclues de l'enquête), etc.

2.2 Indicateurs socioéconomiques et démographiques

Les indicateurs socioéconomiques et démographiques retenus sont le revenu et le niveau d'études.

Le revenu équivalent est le revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Ce nombre est calculé selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée¹. Les personnes sont alors réparties en quatre quartiles de revenu équivalent. Le premier quartile comprend les 25% d'individus ayant le revenu équivalent le plus faible, et le quatrième quartile (classe de référence) comprend les 25% d'individus ayant le revenu équivalent le plus élevé.

Il est l'un des indicateurs socioéconomiques les plus couramment utilisés, grâce à la fois à sa portée opérationnelle permettant de distinguer, par exemple, les pauvres des non pauvres, et à l'aspect quantitatif de sa mesure qui permet d'obtenir une position hiérarchique dans l'échelle de revenus.

Le niveau d'étude, qui correspond au plus haut niveau d'éducation obtenu avec succès, comprend 3 catégories : l'enseignement primaire (ou premier cycle de l'éducation de base), l'enseignement secondaire (premier cycle de l'enseignement secondaire ou deuxième cycle de l'éducation de base, enseignement secondaire deuxième cycle, enseignement post secondaire qui n'est pas supérieur), et l'enseignement supérieur (1^{er} cycle de l'enseignement supérieur, 2^{ème} cycle de l'enseignement supérieur).

¹ Niveau de vie du ménage. Cette variable a été construite de la façon suivante : $\text{revenu disponible} / \text{nombre d'unités de consommation}$. Le nombre d'unités de consommation dans le ménage étant calculé comme suit : $(\text{nombre de personnes ayant 13 ans ou moins} * 0.3) + (((\text{nombre de personnes ayant 14 ans ou plus}) - 1) * 0.5) + 1$.

Dans la littérature internationale, le niveau d'éducation est souvent préféré à la profession, compte tenu du fait que a) il a une hiérarchie claire, b) un niveau d'éducation peut être appliqué pour toutes les personnes et c) il permet une comparaison internationale.

2.3 Définition des indicateurs d'accès aux soins et d'utilisation des services de santé

Les indicateurs d'utilisation des services de santé permettent de rendre compte de l'accès et/ou de l'utilisation des services de santé offerts par le système de santé. Ainsi, il est possible de mesurer le degré d'inégalité ou d'équité de santé parmi les individus face aux ressources du système de santé. Les ressources du système de santé dont il est question ici sont le médecin généraliste, le médecin-dentiste, le médecin spécialiste, le diététicien et l'hôpital.

Les indicateurs ci-dessous expriment la proportion de personnes qui ont utilisé ou renoncé à utiliser les services d'un professionnel de santé (en ce qui concerne le renoncement aux soins, un accent particulier est mis sur les raisons financières) :

- proportion de personnes ayant utilisé les services d'un médecin généraliste ;
- proportion de personnes ayant utilisé les services d'un médecin-dentiste ;
- proportion de personnes ayant utilisé les services d'un diététicien ;
- proportion de personnes ayant utilisé les services d'un médecin spécialiste ;
- proportion de personnes ayant été hospitalisées ;
- proportion de personnes ayant renoncé aux soins d'un médecin généraliste ;
- proportion de personnes ayant renoncé aux soins d'un médecin-dentiste ;
- proportion de personnes ayant renoncé aux soins d'un médecin généraliste pour des raisons financières ;
- proportion de personnes ayant renoncé aux soins d'un médecin-dentiste pour des raisons financières.

2.4 Analyses statistiques

Les analyses statistiques à mener sont variées mais ont pour objectif principal de rendre compte, d'une part, de l'accès et de l'utilisation des services de santé abordés au cours de cette recherche et, d'autre part, de mesurer l'ampleur des inégalités sociales de santé ainsi que leur évolution en ce qui concerne le non recours aux soins.

Il ne faut pas perdre de vue le fait que le projet ESANDE a comme objectif majeur de décrire/expliquer l'ampleur des inégalités socioéconomiques de santé (et/ou de consommation de soins) et de décrire/expliquer les changements possibles, dans le temps, de l'ampleur des inégalités socio-économiques.

2.5 Champ d'analyse

Chaque type d'analyse mobilise différents instruments de mesures des inégalités existant dans la littérature internationale.

L'accent est mis particulièrement sur les mesures synthétiques simples des inégalités sociales de santé développées notamment par KUNST, BOS ET MACKENBACH (1994), MACKENBACH ET KUNST (1997), KAKWANI ET AL. 1997, WAGSTAFF ET AL. (1991), PEARCY ET KEPPEL (2002). Il s'agit principalement des mesures d'inégalité suivantes :

- le ratio des taux ;
- la différence des taux (%) entre niveaux extrêmes ;
- l'indice de disparité ;
- l'indice de concentration relatif.

Chacune de ces mesures présente des avantages et des inconvénients. Nous repreneons ici la définition des deux dernières.

L'indice de disparité est la déviation moyenne des taux de groupe par rapport à un taux de référence choisi. Il somme la différence entre plusieurs taux de groupe et un taux de référence et exprime les différences sommées comme une proportion du taux de référence (PEARCY ET KEPPEL 2002 ; SHAW ET AL., 2007). Les auteurs recommandent que le meilleur taux du groupe soit utilisé pour la comparaison, puis-

qu'il représente le taux désirable pour tous les groupes à atteindre. L'une des principales limites de cet indice est le fait qu'il ne prend pas en compte la taille de la population dans chaque groupe.

L'indice de concentration relatif (ICR) est un exemple de mesure de disproportionnalité de l'inégalité qui mesure l'étendue avec laquelle la santé ou la maladie est concentrée parmi des groupes sociaux particuliers. L'ICR est calculé de manière similaire au coefficient de Gini mais il résulte d'une distribution bivariée plutôt que d'une distribution univariée de la santé et du classement des groupes sociaux. L'ICR doit seulement être utilisé avec des groupes sociaux qui ont un classement inhérent au revenu ou des groupes d'éducation (SHAW *ET AL.*, 2007, p. 171).

3 Résultats

Les résultats relatifs aux mesures des inégalités sociales liées à l'accès aux soins et à l'utilisation des services de santé sont présentés en deux parties. La première expose les inégalités sociales du non recours aux soins médicaux et dentaires, et la seconde présente celles concernant l'utilisation des services de santé.

3.1 Inégalités sociales du non recours aux soins de santé

Le non recours aux soins de santé, quelle qu'en soit la raison, correspond aux besoins de soins non satisfaits. Il est utilisé comme une mesure d'accès aux soins définie comme la proportion des personnes qui rapportent un besoin de soins non satisfait pour diverses raisons, soit pour une visite médicale, une consultation dentaire, une admission hospitalière ou tout autre type de soins (DE LOOPER ET LAFORTUNE, 2009, p. 37).

Dans cette partie, il s'agit de la mesure des inégalités sociales liées aux besoins de soins non satisfaits en matière de visite auprès du médecin et/ou du médecin – dentiste.

3.1.1 Inégalités sociales du non recours aux soins médicaux

Pour déterminer dans quelle mesure les personnes n'ont pas eu recours à un médecin alors qu'elles en auraient eu besoin, il leur a été demandé si, au cours des 12 derniers mois, elles ont dû renoncer à consulter un médecin (ou à suivre un traitement) alors que leur état de santé l'aurait nécessité. Dans l'affirmative, la raison principale pour laquelle la personne a dû renoncer était demandée.

Il en ressort qu'environ 3,7% seulement des personnes n'ont pas eu la possibilité de consulter un médecin (ou de suivre un traitement) alors que leur état de santé le nécessitait en 2008 contre 5,2% en 2004 (cf. tableau 1). Cette proportion est, chez les hommes, de 4,3% en 2008 contre 6,4% en 2004 et, chez les femmes, elle est respectivement de 3,1% contre 4,0%. Au total, on observe un changement relativement important de taux de renoncement aux soins médicaux entre les deux dates. Cette tendance s'observe aussi pour chaque classe d'âge (cf. tableaux 2 et 3). Chez les hommes, le changement le plus marquant concerne les personnes âgées de 39 à 49 ans (-4,5 points de pourcentage) et chez les femmes, cela concerne les personnes âgées de 25 à 34 ans (-2,2 points de pourcentage).

Tableau 1 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin

	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2004
Hommes	6,4	5,4	5,5	4,4	4,3	-2,1
Femmes	4,0	3,9	3,0	3,3	3,1	-0,9
Ensemble	5,2	4,6	4,2	3,8	3,7	-1,5

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004-2008. Calculs des auteurs.

Tableau 2 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin chez les hommes

	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2004
[16-24]	5,3	2,6	8,3	4,2	3,4	-1,8
[25-34]	7,7	8,2	7,6	3,7	4,7	-3,0
[35-49]	8,9	7,0	5,7	6,9	4,4	-4,5
[50-64]	4,5	4,8	3,9	3,2	6,1	1,6
> 64	3,4	2,2	2,8	1,7	1,5	-1,8
Ensemble	6,4	5,4	5,5	4,4	4,3	-2,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004-2008. Calculs des auteurs.

Tableau 3 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin chez les femmes

	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2004
[16-24]	4,0	1,7	3,3	1,7	2,5	-1,6
[25-34]	4,2	4,8	2,9	3,2	2,0	-2,2
[35-49]	5,4	5,5	3,3	4,9	4,6	-0,8
[50-64]	4,2	4,3	3,8	3,5	3,5	-0,6
> 64	1,6	1,9	1,3	1,7	1,6	0,0
Ensemble	4,0	3,9	3,0	3,3	3,1	-0,9

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004-2008. Calculs des auteurs.

Au cours de la période, la répartition des raisons principales invoquées pour n'avoir pas consulté un médecin s'est modifiée (cf. tableau 4). Pour l'ensemble des personnes, les raisons financières ne représentent qu'à peine 13,0% en 2008 contre 6,4% en 2004 tandis que la volonté d'attendre et de voir si la situation s'améliore d'elle-même représente près de la moitié des cas (49,1%) en 2008 contre 23,3% en 2004. Les hommes invoquent moins que les femmes les raisons financières pour expliquer le non recours aux soins médicaux. Sur la période, la part des personnes ayant renoncé aux soins médicaux pour des raisons financières a augmenté de 92,1% chez les hommes et de 104,0% chez les femmes.

Plus globalement, des raisons pouvant être imputées au système de santé (ressources faibles, liste d'attente trop longue, lieu de consultation trop éloigné) ne représentent en définitive qu'environ 14% en 2008. Ce constat est en phase avec le fait que le système luxembourgeois d'assurance maladie a un taux élevé de prise en charge des soins médicaux.

Tableau 4 Evolution des raisons principales de non recours aux soins médicaux, 2004-2008

	Raisons financières	Liste d'attente trop longue	Impossibilité de se libérer	Lieu de consultation trop éloigné ou absence de moyen de transport	Peur des médecins	Attendre et voir si la situation s'améliore d'elle-même	Pas de connaissance de bons médecins	Autres raisons	TOTAL
Hommes									
2004	3,8	1,8	9,9		8,9	23,8	1,3	50,5	100,0
2005	2,1	3,6	5,4	0,3	6,9	60,7	1,1	19,9	100,0
2006	2,5	2,2	14,4	1,2	7,9	43,8	3,1	24,9	100,0
2007	2,4	7,9	21,6	0,3	16,1	40,0	0,9	10,8	100,0
2008	7,3	1,6	15,1	1,6	13,7	50,0	1,7	9,0	100,0
2004 à 2008	3,5	-0,2	5,2	1,6	4,8	26,2	0,4	-41,5	
%2004 à 2008	92,1	-11,1	52,5	-	53,9	110,1	30,8	-82,2	
Femmes									
2004	10,1	3,3	15,2	2,1	6,0	22,7	3,7	36,9	100,0
2005	6,2	1,7	8,0	3,1	6,4	53,9	0,0	20,7	100,0
2006	7,9	5,2	9,3	2,0	17,9	28,3	2,7	26,7	100,0
2007	13,3	3,4	20,3	0,0	13,3	28,2	3,1	18,4	100,0
2008	20,6	0,7	11,8	0,0	4,1	47,8	1,4	13,6	100,0
2004 à 2008	10,5	-2,6	-3,4	-2,1	-1,9	25,1	-2,3	-23,3	
%2004 à 2008	104,0	-78,8	-22,4	-100,00	-31,7	110,6	-62,2	-63,1	
Ensemble									
2004	6,4	2,4	12,0	0,9	7,7	23,3	2,3	45,0	100,0
2005	3,8	2,8	6,5	1,5	6,7	57,8	0,7	20,3	100,0
2006	4,5	3,3	12,5	1,5	11,6	38,1	2,9	25,5	100,0
2007	7,2	5,9	21,0	0,2	14,9	34,8	1,9	14,2	100,0
2008	13,0	1,2	13,6	0,9	9,5	49,1	1,6	11,1	100,0
2004 à 2008	6,6	-1,2	1,6	0,0	1,8	25,7	-0,7	-33,9	
%2004 à 2008	104,1	-50,2	13,3	2,3	23,6	110,4	-30,5	-75,3	

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004-2008. Calculs des auteurs.

3.1.1.1 Evolution des inégalités du non recours aux soins médicaux liées au niveau d'études

Le taux de non recours aux soins médicaux par niveau d'études a beaucoup changé en valeur absolue entre 2004 et 2008. Il a baissé de -1,4 point de pourcentage entre 2004 et 2008 chez les personnes qui ont le niveau d'études primaire (-2,5 points pour les hommes et -0,7 point pour les femmes), de -1,8 et -1,3 point, respectivement chez les personnes ayant les niveaux d'études secondaires et supérieures (cf. tableau 5).

Cette évolution n'a que très peu modifié les écarts entre les personnes ayant le niveau d'études primaire et celles qui ont le niveau d'études supérieur. Par exemple, pour l'ensemble de personnes, le ratio des taux entre les personnes de niveau d'études primaire et celles de niveau d'études supérieur ayant renoncé aux soins médicaux est passé de 0,7 en 2004 à 0,6 en 2008. Tant chez les femmes que chez les hommes, l'évolution annuelle des écarts relatifs en termes de non recours aux soins entre les niveaux éducationnels extrêmes a abouti à une réduction inférieure ou égale à -0,2 point.

Tableau 5 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin selon le niveau d'études

	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2004
<u>Hommes</u>						
Primaire	5,3	4,4	3,9	3,5	2,8	-2,5
Secondaire	7,2	6,0	6,0	5,1	5,1	-2,1
Supérieur	5,8	4,8	6,2	3,7	4,0	-1,8
Ratio taux	0,9	0,9	0,6	0,9	0,7	-0,2
<u>Femmes</u>						
Primaire	3,3	3,9	3,7	2,7	2,6	-0,7
Secondaire	4,1	4,2	2,2	2,8	2,7	-1,4
Supérieur	5,6	3,5	3,7	5,7	4,8	-0,8
Ratio taux	0,6	1,1	1,0	0,5	0,5	-0,1
<u>Ensemble</u>						
Primaire	4,1	4,1	3,8	3,0	2,7	-1,4
Secondaire	5,7	5,2	4,1	4,0	3,9	-1,8
Supérieur	5,7	4,2	5,0	4,7	4,4	-1,3
Ratio taux	0,7	1,0	0,8	0,6	0,6	-0,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004-2008. Calculs des auteurs.

En examinant plus spécifiquement l'évolution de diverses mesures d'inégalités de non recours aux soins médicaux liés au niveau d'études, on s'aperçoit que les inégalités se sont accrues et sont en faveur des personnes ayant le niveau d'études primaire (cf. tableau 6). C'est-à-dire qu'elles renoncent le moins possible aux soins par rapport aux personnes ayant un niveau d'études plus élevé. En 2008, la valeur des mesures d'inégalités, comme la différence des taux et le ratio des taux, montrent clairement l'existence d'inégalités sociales entre les personnes appartenant aux niveaux éducationnels extrêmes, tant chez les hommes que chez les femmes. De plus, l'indice de disparité confirme cette tendance puisque l'inégalité moyenne à travers les trois niveaux d'études passe de 13,0% en 2004 à 20,2% en 2008 chez les hommes, et de 20,0% en 2004 à 28,0% en 2008 chez les femmes. Cela représente une augmentation importante de l'indice de disparité, tant chez les hommes (+54,8%) que chez les femmes (+39,8%). On notera aussi que l'augmentation des inégalités a été plus forte chez les femmes entre 2005 et 2008 (+367,6%).

Tableau 6 Evolution des inégalités en matière de renoncement aux soins liés au niveau d'études

	Mesures d'inégalités					
	Hommes			Femmes		
	DT	RT	ID	DT	RT	ID
2004	-0,5	0,9	13,0	-2,3	0,6	20,0
2005	-0,4	0,9	13,6	0,4	1,1	6,0
2008	-1,2	0,7	20,2	-2,2	0,5	28,0
<i>2004 à 2008</i>	<i>-0,7</i>	<i>-0,2</i>	<i>7,1</i>	<i>0,1</i>	<i>-0,1</i>	<i>8,0</i>
<i>% 2008-2004</i>	<i>140</i>	<i>-22,2</i>	<i>54,8</i>	<i>-4,4</i>	<i>-16,7</i>	<i>39,8</i>
<i>2004 à 2005</i>	<i>0,1</i>	<i>0,0</i>	<i>0,6</i>	<i>2,7</i>	<i>0,5</i>	<i>-14,0</i>
<i>%2004 à 2005</i>	<i>-20,0</i>	<i>0</i>	<i>4,3</i>	<i>-117,4</i>	<i>83,3</i>	<i>-70,1</i>
<i>2005 à 2008</i>	<i>-0,8</i>	<i>-0,2</i>	<i>6,58</i>	<i>-2,6</i>	<i>-0,6</i>	<i>21,98</i>
<i>%2005 à 2008</i>	<i>200,0</i>	<i>-22,2</i>	<i>48,5</i>	<i>-650,0</i>	<i>-54,5</i>	<i>367,6</i>

DT= Différence de taux ; RT= Ratio de taux ; ID= Indice de disparité

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004, 2005, 2008. Calculs des auteurs.

3.1.1.2 Evolution des inégalités du non recours aux soins médicaux liées au revenu par équivalent

Les taux de non recours aux soins médicaux par niveau de revenu constatés en 2008 sont inférieurs à ceux de 2004 (cf. tableau 7). La baisse de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter ou à suivre un traitement est plus forte chez les hommes, et concerne tous les quartiles de revenu.

Les valeurs annuelles des ratios des taux indiquent l'existence de fortes inégalités de non recours aux soins entre les personnes appartenant au quartile de revenu le plus bas et celles appartenant au quartile de revenu le plus élevé. Elles varient de 1,2 en 2004 à 1,3 en 2008 pour l'ensemble de personnes, mais avec un pic égal à 1,8 atteint en 2006. Chez les hommes, les ratios des taux varient de 1,2 en 2004 à 1,1 en 2008 tandis qu'ils sont de 1,2 en 2004 à 1,6 en 2008. Ces chiffres montrent que les personnes ayant des bas revenus renoncent plus aux soins médicaux que celles qui ont des revenus élevés. Au passage, on peut signaler toutefois l'absence de gradient social en la matière.

Tableau 7 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin par quartile de revenu équivalent

	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2004
<u>Hommes</u>						
1er quartile	6,5	4,5	7,9	4,9	3,7	-2,8
2e quartile	6,9	5,2	5,9	5,5	4,8	-2,1
3e quartile	7,0	8,4	3,7	4,4	5,3	-1,7
4e quartile	5,2	3,4	4,6	2,7	3,3	-1,9
Ratio taux	1,2	1,3	1,7	1,8	1,1	-0,1
<u>Femmes</u>						
1er quartile	5,0	3,5	4,5	3,7	4,1	-0,9
2e quartile	4,2	4,8	3,2	3,7	2,9	-1,3
3e quartile	2,8	5,1	2,2	2,7	2,9	0,1
4e quartile	4,2	2,1	2,1	3,2	2,5	-1,7
Ratio taux	1,2	1,7	2,2	1,1	1,6	0,4
<u>Ensemble</u>						
1er quartile	5,7	4,0	6,2	4,3	3,9	-1,8
2e quartile	5,5	5,0	4,6	4,6	3,8	-1,7
3e quartile	4,8	6,7	2,9	3,5	4,0	-0,8
4e quartile	4,7	2,8	3,4	3,0	3,0	-1,8
Ratio taux	1,2	1,4	1,8	1,4	1,3	0,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004-2008. Calculs des auteurs.

En ce qui concerne l'évolution des inégalités de non recours aux soins médicaux sur la période, on peut faire deux constats (cf. tableau 8).

Le premier constat porte sur l'évolution des inégalités chez les hommes. Celle-ci est marquée, d'une part, par une baisse des écarts absolus et relatifs entre les personnes appartenant aux groupes de revenu extrêmes, et, d'autre part, par une forte hausse des inégalités à travers les quatre groupes de revenus de l'ordre de 92,3%.

Le second consiste à relever le fait que les écarts absolus et relatifs ont augmenté respectivement de 100% et 33,3% chez les femmes tandis que l'inégalité moyenne entre les groupes est restée quasiment stable. Cependant, si l'on ne considère que la sous-période 2005-2008, les inégalités de non recours liées au revenu sont en baisse tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 8 Evolution des inégalités en matière de renoncement aux soins liés au revenu par équivalent

	Mesures d'inégalités					
	Hommes			Femmes		
	DT	RT	ID	DT	RT	ID
2004	1,3	1,2	9,4	0,8	1,2	16,3
2005	1,1	1,3	28,7	1,4	1,7	28,9
2008	0,4	1,1	18,0	1,6	1,6	16,1
<i>2004 à 2008</i>	<i>-0,9</i>	<i>-0,1</i>	<i>8,7</i>	<i>0,8</i>	<i>0,4</i>	<i>-0,1</i>
<i>% 2008-2004</i>	<i>-69,2</i>	<i>-8,3</i>	<i>92,3</i>	<i>100,0</i>	<i>33,3</i>	<i>-0,7</i>
<i>2004 à 2005</i>	<i>-0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>19,3</i>	<i>0,6</i>	<i>0,5</i>	<i>12,6</i>
<i>%2004 à 2005</i>	<i>-15,4</i>	<i>8,3</i>	<i>206,3</i>	<i>75,0</i>	<i>41,7</i>	<i>77,5</i>
<i>2005 à 2008</i>	<i>-0,7</i>	<i>-0,2</i>	<i>-10,7</i>	<i>0,2</i>	<i>-0,1</i>	<i>-12,72</i>
<i>%2005 à 2008</i>	<i>-63,6</i>	<i>-15,4</i>	<i>-37,2</i>	<i>14,3</i>	<i>-5,9</i>	<i>-44,1</i>

DT= Différence de taux ; RT= Ratio de taux ; ID= Indice de disparité

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2004, 2005, 2008. Calculs des auteurs.

3.1.2 Inégalités sociales du non recours aux soins dentaires

Pour déterminer dans quelle mesure les personnes n'ont pas eu recours à un dentiste alors qu'elles en auraient eu besoin, il leur a été demandé si, au cours des 12 derniers mois, elles ont dû renoncer à consulter un dentiste alors que leur état de santé l'aurait nécessité.

La réponse à cette question indique que 2,7% des personnes interrogées étaient dans ce cas en 2008 contre 4,8% en 2003 (cf. tableau 9). La propension à ne pas recourir à un dentiste est pratiquement identique chez les hommes et chez les femmes (respectivement 3% et 2,3%). Sur la période 2003–2008, la proportion de personnes qui ont renoncé à consulter un médecin – dentiste a baissé à un degré correspondant à -2,1 points de pourcentage tant chez les hommes que chez les femmes.

L'examen de cette évolution par classes d'âge montre des différences assez marquées telles que les baisses sont plus fortes chez les hommes de 50 à 64 ans (-3,9 points de pourcentage) et chez les femmes de plus de 64 ans (-4,3 points de pourcentage) (cf. tableaux 10 et 11). En fin de compte, la baisse du pourcentage de personnes qui renoncent aux soins dentaires concerne toutes les classes d'âge entre 2003 et 2008 mais avec des performances différentes.

En ce qui concerne les raisons principales invoquées pour expliquer le non recours aux soins du médecin–dentiste, leur poids varie d'une année à l'autre. En 2008, les raisons financières représentent 22,5% des cas contre 15,9% en 2003, la liste d'attente 4,1% contre 3% en 2003, l'impossibilité de se libérer 10,2% contre 13,9% en 2003, etc. (cf. tableau 12). La situation diffère selon qu'il s'agisse des hommes ou des femmes. Par exemple, les femmes déclarent plus que les hommes ne pas satisfaire leurs besoins de soins dentaires pour des raisons financières.

Tableau 9 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin - dentiste

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2003
Hommes	5,1	4,8	4,5	4,5	3,5	3,0	-2,1
Femmes	4,4	3,6	3,3	2,9	2,6	2,3	-2,1
Ensemble	4,8	4,2	3,9	3,7	3,0	2,7	-2,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.

Tableau 10 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin - dentiste chez les hommes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2003
[16-24]	4,0	3,3	3,7	7,9	2,7	4,5	0,5
[25-34]	5,1	8,8	4,5	5,6	4,6	2,1	-3,0
[35-49]	5,0	4,0	5,0	3,8	4,6	3,9	-1,1
[50-64]	6,9	4,7	3,6	3,3	2,4	3,1	-3,9
> 64	4,1	3,2	5,3	3,8	2,2	1,0	-3,1
Ensemble	5,1	4,8	4,5	4,5	3,5	3,0	-2,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.

Tableau 11 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin - dentiste chez les femmes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2003
[16-24]	4,2	1,0	2,4	1,3	2,7	2,0	-2,2
[25-34]	5,7	1,8	2,9	3,5	2,8	2,0	-3,7
[35-49]	3,5	4,3	3,9	3,3	2,8	3,0	-0,5
[50-64]	3,5	2,9	2,7	3,8	2,8	2,6	-0,9
> 64	5,7	6,9	4,1	1,6	1,9	1,4	-4,3
Ensemble	4,4	3,6	3,3	2,9	2,6	2,3	-2,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.

Tableau 12 Evolution des raisons principales de non recours aux soins dentaires, 2003-2008

	Raisons financières	Liste d'attente trop longue	Impossibilité de se libérer	Lieu de consultation trop éloigné ou absence de moyen de transport	Peur des médecins - dentistes	Attendre et voir si la situation s'améliore d'elle-même	Pas de connaissance de bons médecins - dentistes	Autres raisons	TOTAL
Hommes									
2003	14,4	4,1	16,9	0,1	-	-	-	64,5	100,0
2004	13,0	1,3	11,8	0,0	25,8	4,8	0,8	42,6	100,0
2005	6,0	0,1	7,0	0,0	23,0	10,8	6,3	46,9	100,0
2006	11,3	2,7	3,8	1,8	20,0	12,1	3,1	45,2	100,0
2007	10,2	5,8	7,7	1,4	47,0	11,3	2,5	14,2	100,0
2008	19,5	1,3	3,5	0,4	22,8	12,9	6,1	33,5	100,0
2003 à 2008	5,1	-2,8	-13,4	0,4	22,8	12,9	6,1	-31,1	
%2003 à 2008	35,4	-67,6	-79,1	450,0				-48,2	
Femmes									
2003	17,6	1,8	10,4	0,0	-	-	-	70,2	100,0
2004	15,8	1,4	2,7	0,0	23,9	2,2	2,5	51,4	100,0
2005	20,2	3,4	5,2	0,1	17,7	16,0	1,0	36,5	100,0
2006	25,0	4,3	2,4	0,0	21,6	5,5	1,5	39,7	100,0
2007	36,1	2,9	8,2	1,0	29,7	6,7	0,6	14,8	100,0
2008	26,2	7,7	18,5	0,8	14,0	15,9	2,5	14,4	100,0
2003 à 2008	8,6	5,9	8,1	0,8	14,0	15,9	2,5	-55,9	
%2003 à 2008	48,9	338,9	78,1					-79,5	
Ensemble									
2003	15,9	3,0	13,9	0,0	-	-	-	67,2	100,0
2004	14,3	1,4	7,7	0,0	24,9	3,6	1,6	46,5	100,0
2005	12,0	1,5	6,2	0,0	20,7	13,0	4,1	42,5	100,0
2006	16,9	3,4	3,2	1,1	20,6	9,4	2,4	43,0	100,0
2007	21,7	4,5	7,9	1,2	39,3	9,3	1,7	14,5	100,0
2008	22,5	4,1	10,2	0,6	18,9	14,2	4,5	25,0	100,0
2003 à 2008	6,6	1,1	-3,8	0,6	18,9	14,2	4,5	-42,1	
%2003 à 2008	41,5	37,3	-27,1	1400,0				-62,7	

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.

3.1.2.1 Evolution des inégalités du non recours aux soins dentaires liées au niveau d'études

Entre 2003 et 2008, la proportion de personnes qui renoncent aux soins dentaires a diminué dans l'ensemble quel que soit le niveau d'études. Cette diminution est cependant plus prononcée chez les personnes n'ayant atteint que le niveau d'études primaire (-3,1 points de pourcentage pour l'ensemble ; -3,5 et -2,9 points chez les hommes et les femmes, respectivement) (cf. tableau 13). En termes relatifs, la proportion de personnes n'ayant pas satisfait leurs besoins de santé a été divisée par deux en ce qui concerne les personnes ayant le niveau d'études primaire.

Ainsi, cette évolution a entraîné une réduction des écarts entre les personnes ayant le niveau d'études primaire et celles qui ont le niveau d'études supérieur. Par exemple, pour l'ensemble des personnes, le ratio des taux entre le pourcentage de personnes de niveau d'études primaire qui ont renoncé aux soins et celui de personnes de niveau d'études supérieur est passé de 1,6 en 2003 à 0,9 en 2008. L'évolution de la tendance est de 1,4 à 0,8 chez les hommes et de 2,2 à 1 chez les femmes (cf. tableau 13). En fait, il n'existe plus d'inégalités en matière de non recours aux soins dentaires liées au niveau d'études en 2008.

Tableau 13 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin-dentiste selon le niveau d'études

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2003
<u>Hommes</u>							
Primaire	6,0	4,8	6,6	6,1	3,9	2,5	-3,5
Secondaire	4,9	4,8	3,6	4,3	4,1	3,3	-1,5
Supérieur	4,3	4,7	4,0	3,6	1,8	3,0	-1,3
Ratio taux	1,4	1,0	1,7	1,7	2,2	0,8	-0,5
<u>Femmes</u>							
Primaire	5,3	5,1	3,7	3,6	2,2	2,4	-2,9
Secondaire	4,3	2,6	3,0	2,4	3,0	2,3	-2,1
Supérieur	2,4	3,2	3,3	2,6	2,1	2,3	-0,1
Ratio taux	2,2	1,6	1,1	1,4	1,1	1,0	-1,2
<u>Ensemble</u>							
Primaire	5,6	5,0	4,9	4,7	2,9	2,5	-3,1
Secondaire	4,6	3,7	3,3	3,3	3,6	2,8	-1,8
Supérieur	3,4	4,0	3,7	3,1	1,9	2,7	-0,8
Ratio taux	1,6	1,3	1,3	1,5	1,5	0,9	-0,7

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.

L'évolution des mesures d'inégalités en matière de non recours aux soins dentaires confirme ce constat (cf. tableau 14). En effet, chez les hommes, on observe les tendances suivantes : la différence de taux de renoncement aux soins a diminué de 129,4% entre 2003 et 2008, le ratio de taux de -42,9% et l'indice d'inégalité de -28,4%. Après une nette augmentation des inégalités d'accès aux soins liées au niveau d'études entre 2003 et 2005, celles-ci ont enregistré une forte diminution entre 2005 et 2008. Chez les femmes, la baisse des inégalités est soutenue au cours de la période et elle se traduit par des variations importantes de l'ampleur des inégalités de recours aux soins liées au niveau d'études.

Tableau 14 Evolution des inégalités en matière de renoncement aux soins liés au niveau d'études

	Mesures d'inégalités					
	Hommes			Femmes		
	DT	RT	ID	DT	RT	ID
2003	1,7	1,4	12,4	2,9	2,2	22,7
2005	2,6	1,7	25,9	0,4	1,1	7,1
2008	-0,5	0,8	8,9	0,1	1	1,4
2003 à 2008	-2,2	-0,6	-3,53	-2,8	-1,2	-21,3
% 2008-2003	-129,4	-42,9	-28,4	-96,6	-54,5	-93,6
2003 à 2005	0,9	0,3	13,5	-2,5	-1,1	-15,7
%2003 à 2005	52,9	21,4	108,8	-86,2	-50,0	-68,9
2005 à 2008	-3,1	-0,9	-17,0	-0,3	-0,1	-5,6
%2005 à 2008	-119,2	-52,9	-65,7	-75,0	-9,1	-79,5

DT= Différence de taux ; RT= Ratio de taux ; ID= Indice de disparité

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003, 2005, 2008. Calculs des auteurs.

3.1.2.2 Evolution des inégalités du non recours aux soins dentaires liées au revenu par équivalent

En 2008, on constate une forte baisse des taux de non recours aux soins dentaires pour tous les niveaux de revenus quel que soit le sexe, comparativement à l'année 2003. Les hommes appartenant au 1^{er} quartile (-2,7 points de pourcentage) et les femmes appartenant au 3^e quartile (-3,3 points de pourcentage) ont connu la diminution la plus importante (cf. tableau 15).

Par ailleurs, les écarts relatifs entre les groupes socioéconomiques extrêmes (1^{er} et 4^e quartiles) varient peu, à l'exception notamment au cours des années 2006 et 2007 chez les hommes et 2005 et 2006 chez les femmes. Ainsi, entre 2003 et 2008, les ratios de taux n'ont quasiment pas changé. Cependant, la valeur des ratios de taux indique la présence d'inégalités entre les groupes socioéconomiques. Mais, il n'existe pas de gradient social en matière de non recours aux soins dentaires associé au revenu par équivalent.

Tableau 15 Evolution de la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin-dentiste selon le niveau de revenu par équivalent

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008-2003
<u>Hommes</u>							
1er quartile	5,9	6,4	5,8	7,9	4,7	3,2	-2,7
2e quartile	5,9	5,3	6,6	4,4	4,3	4,8	-1,2
3e quartile	4,6	5,0	3,2	4,1	4,2	2,4	-2,1
4e quartile	4,3	2,5	2,4	2,1	0,9	1,8	-2,5
Ratio taux	1,4	2,5	2,4	3,8	5,1	1,8	0,4
<u>Femmes</u>							
1er quartile	6,0	4,1	4,6	6,7	3,7	3,4	-2,6
2e quartile	3,9	4,6	4,3	2,3	2,1	2,2	-1,7
3e quartile	4,5	2,6	2,9	1,0	2,7	1,2	-3,3
4e quartile	3,0	3,0	1,3	1,8	1,9	2,5	-0,5
Ratio taux	2,0	1,3	3,6	3,7	2,0	1,4	-0,7
<u>Ensemble</u>							
1er quartile	5,9	5,2	5,2	7,3	4,2	3,3	-2,6
2e quartile	4,9	4,9	5,4	3,4	3,1	3,4	-1,4
3e quartile	4,5	3,7	3,1	2,4	3,4	1,8	-2,7
4e quartile	3,7	2,8	1,9	2,0	1,4	2,1	-1,5
Ratio taux	1,6	1,9	2,8	3,7	3,0	1,5	-0,1

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003-2008. Calculs des auteurs.

En ce qui concerne les mesures d'inégalités et leur évolution, on s'aperçoit qu'elles montrent l'existence d'inégalités relativement importantes de non recours aux soins dentaires liées au revenu par équivalent. En 2008, le ratio des taux était de 1,8 contre 1,4 en 2003, l'indice d'inégalité était égal à 31,7% contre 14,2% en 2003 chez les hommes (cf. tableau 16). Chez les femmes, au cours de la même année, le ratio des taux était égal à 1,4 contre 2 en 2003, l'indice d'inégalité était égal à 27,2% contre 20,5% en 2003. Ainsi, en analysant l'évolution des mesures d'inégalités au cours de la période, il apparaît quelques résultats contrastés tant chez les hommes que chez les femmes (cf. tableau 3-16). D'abord, chez les hommes, l'évolution des ratios de taux (+28,6%) et des indices de disparité (+122,7%) indique un accroissement des inégalités alors que l'évolution des différences de taux de non recours tend à montrer le contraire. Ensuite, chez les femmes, ce sont les mesures de différences de taux (-70,0%) et de ratios de taux (-30,0%) qui indiquent une diminution des inégalités tandis que l'indice de disparité (+32,9%) penche pour un accroissement des inégalités. Mais, lorsque l'on découpe la période en deux, on remarque que les inégalités ont d'abord augmenté entre 2003 et 2005 (toutes mesures d'inégalités confondues) et ont ensuite baissé (également toutes mesures d'inégalités confondues) tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 16 Evolution des inégalités en matière de renoncement aux soins dentaires liés au revenu par équivalent

	Mesures d'inégalités					
	Hommes			Femmes		
	DT	RT	ID	DT	RT	ID
2003	1,6	1,4	14,2	3	2	20,5
2005	3,4	2,4	37,8	3,3	3,6	35,6
2008	1,4	1,8	31,7	0,9	1,4	27,2
2003 à 2008	-0,2	0,4	17,5	-2,1	-0,6	6,7
% 2008-2003	-12,5	28,6	122,7	-70,0	-30,0	32,9
2003 à 2005	1,8	1	23,6	0,3	1,6	15,2
% 2003 à 2005	112,5	71,4	165,7	10,0	80,0	74,1
2005 à 2008	-2	-0,6	-6,1	-2,4	-2,2	-8,4
% 2005 à 2008	-58,8	-25,0	-16,2	-72,7	-61,1	-23,7

DT= Différence de taux ; RT= Ratio de taux ; ID= Indice de disparité

Source : Enquêtes PSELL3/EU-SILC 2003, 2005, 2008. Calculs des auteurs.

En résumé, l'évolution des taux de non recours aux soins médicaux entre 2003 et 2008 révèle que ceux-ci sont devenus dans l'ensemble supérieurs aux taux de non recours aux soins bucco-dentaires en 2008. Mais, les inégalités sociales se manifestent un peu plus au niveau de l'accès aux soins bucco-dentaires qu'au niveau des soins médicaux. Les raisons financières sont plus invoquées quand il s'agit du non recours aux soins de médecins – dentistes.

3.2 Inégalités sociales d'utilisation des services de santé

Cette partie aborde la question des inégalités sociales d'utilisation des services de santé au Grand – Duché de Luxembourg à travers la consommation de cinq types de ressources de santé, à savoir : le diététicien, le dentiste, le médecin généraliste, le médecin spécialiste et l'hospitalisation. Les résultats sont présentés pour chaque type de ressource de santé en distinguant les inégalités d'utilisation liées au niveau d'études de celles liées au revenu par équivalent.

3.2.1 Utilisation des services de diététiciens

Dans une société où les problèmes de santé liés aux habitudes alimentaires sont de plus en plus diagnostiqués, il paraît utile de connaître l'ampleur du recours aux spécialistes des questions alimentaires. De la même manière, il est nécessaire de mesurer les disparités sociales associées à ce recours.

Auparavant, il importe de relever que le recours aux services de diététicien ne concerne que très peu de personnes au Luxembourg. En 2008, 2,8% des personnes âgées de plus de 15 ans avaient utilisé au moins une fois les services de diététiciens contre 2,5% en 1995. Les femmes ont tendance à en avoir recours plus souvent que les hommes.

Nous distinguons, d'une part, les disparités de recours aux services de diététiciens liées au niveau d'études, et d'autre part, les disparités de recours liées au niveau de revenu par équivalent. Elles sont analysées en fonction du sexe.

3.2.1.1 Les inégalités de recours aux services de diététiciens liées au niveau d'études

Le recours aux services de diététiciens est marqué par l'existence d'un gradient social positif. Cela signifie que l'utilisation de tels services évolue avec le niveau d'études. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, le ratio des taux illustre bien ce constat. La mesure des disparités sociales par les indices de disparité et de concentration relative indique, quant à elle, l'existence d'une plus forte inégalité dans le recours aux services de diététiciens liée au niveau d'études chez les hommes. Les indices de disparité et de concentration relative atteignent respectivement 29,6% et 16,4% chez les hommes contre 5,3% et 2,3% chez les femmes (cf. tableau 17). Chez ces dernières, le taux de recours étant proche entre les trois niveaux d'études, l'inégalité est très faible.

Tableau 17 Mesure des inégalités sociales de recours aux services de diététiciens, par sexe.
Année 2008

	Niveau d'études	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
Hommes	Primaire	1	1,00	29,6	0,164
	Secondaire	1,8	1,80		
	Supérieur	2,6	2,60		
Femmes	Primaire	3,5	1,00	5,4	0,023
	Secondaire	3,8	1,09		
	Supérieur	4,1	1,17		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC 2008, Calculs des auteurs

3.2.1.2 Les inégalités de recours aux services de diététiciens liées au revenu équivalent

Le niveau de revenu semble agir de manière plus importante dans le recours aux services de diététiciens chez les femmes car, non seulement il existe un gradient de recours lié au revenu, le ratio des taux indique des écarts élevés de recours entre les différents groupes de revenu et l'inégalité moyenne y est égale à 30,9% (cf. tableau 18). L'indice de concentration relative, de signe positif et égal à 18,7%, montre que le recours aux services de diététiciens est beaucoup plus concentré parmi les femmes appartenant au quartile de revenu le plus élevé. Chez les hommes, au contraire, il n'existe pas de gradient de recours lié au revenu mais les inégalités de recours sont présentes.

Tableau 18 Mesure des inégalités de recours aux services de diététiciens liées au revenu équivalent, par sexe

	Revenu équivalent	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
Hommes	1er quartile	1,7	1,00	29,2	0,084
	2e quartile	2,6	1,53		
	3e quartile	1,1	0,65		
	4e quartile	2,3	1,35		
Femmes	1er quartile	2,4	1,00	30,9	0,187
	2e quartile	3,2	1,33		
	3e quartile	3,6	1,50		
	4e quartile	6,3	2,63		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC 2008, Calculs des auteurs

3.2.2 Utilisation des services de soins des médecins-dentistes

En 2008, 80,3% des personnes ont déclaré avoir consulté un médecin-dentiste au moins une fois (dont 43,7% plusieurs fois) au cours des douze derniers mois.

3.2.2.1 Inégalités d'utilisation liées au niveau d'études

La proportion de personnes interrogées ayant consulté au moins une fois un médecin-dentiste varie en fonction du niveau d'études et suit un gradient social. C'est-à-dire que la proportion des personnes qui consultent augmente au fur et à mesure que le niveau d'études est élevé. Chez les hommes, le ratio des taux indique que les personnes ayant atteint le niveau d'études supérieur sont proportionnellement plus nombreuses à consulter au moins une fois un médecin-dentiste que celles qui n'ont atteint que le niveau d'études primaire (1,27) et l'indice de concentration relative (0,046) confirme l'existence d'une inégalité en faveur des personnes ayant le niveau d'études plus élevé (cf. tableau 19). L'inégalité moyenne entre les niveaux éducationnels est modérée et atteint 8,8% du taux de recours aux soins de médecins-dentistes de l'ensemble des hommes. Chez les femmes, les résultats sont très proches de ceux observés chez les hommes puisque le ratio des taux est de 1,28, l'indice de concentration relative de 0,049 et l'indice de disparité est de 9,8% (cf. tableau 20).

Au sein de chaque groupe d'âge, il existe un gradient social d'utilisation des services de médecins-dentistes associé au niveau d'études. Ce gradient social existe tant chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, chez les 35-49 ans, le ratio des taux d'utilisation des soins entre les personnes ayant un niveau d'études supérieur et celles ayant un niveau d'études primaire est de l'ordre de 1,15 pour les hommes et de 1,12 pour les femmes. Chez les personnes âgées de plus de 64 ans, le pourcentage de celles qui ont consulté au moins une fois un médecin-dentiste est le plus bas des personnes ayant un niveau d'études primaire tant chez les hommes que chez les femmes. Le ratio des taux est de 1,40 pour les hommes et 1,56 pour les femmes.

Le ratio des taux varie de 1,15 chez les 35-49 ans à 1,40 chez les plus de 64 ans pour les hommes et de 1,10 chez les 25-34 ans à 1,56 chez les plus de 64 ans pour les femmes. Les écarts de taux d'utilisation des soins de médecins-dentistes sont plus importants chez les différents groupes d'âge concernant les hommes, à l'exception des plus de 64 ans chez qui ce sont les femmes qui enregistrent l'écart relatif le plus élevé. En ce qui concerne l'ICR, sa valeur varie de 0,018 chez les 16-24 ans à 0,062 chez les plus de 64 ans pour les hommes et de 0,012 chez les 25-34 ans à 0,070 chez les plus de 64 ans pour les femmes, confirmant le fait que ce sont les personnes ayant un niveau d'études élevé qui utilisent le plus les soins de médecins-dentistes. Les valeurs des indices de disparité et de concentration relative montrent que les inégalités de recours aux soins de médecins-dentistes liées au niveau d'études sont faibles.

Tableau 19 Mesure des inégalités sociales de recours aux soins de médecins-dentistes,
Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Niveau d'études				
[16-24]	Primaire	67,6	1,00	7,4	0,018
	Secondaire	81,2	1,20		
	Supérieur	84,5	1,25		
[25-34]	Primaire	66,9	1,00	7,4	0,033
	Secondaire	81,5	1,22		
	Supérieur	79,5	1,19		
[35-49]	Primaire	70,6	1,00	5,1	0,024
	Secondaire	78,4	1,11		
	Supérieur	81,5	1,15		
[50-64]	Primaire	67,6	1,00	11,1	0,057
	Secondaire	84,1	1,24		
	Supérieur	94,0	1,39		
>64	Primaire	58,1	1,00	12,8	0,062
	Secondaire	64,2	1,10		
	Supérieur	81,3	1,40		
Ensemble	Primaire	65,9	1,00	8,8	0,046
	Secondaire	78,9	1,20		
	Supérieur	84,0	1,27		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 20 Mesure des inégalités sociales de recours aux soins de médecins-dentistes,
Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Niveau d'études				
[16-24]	Primaire	80,3	1,00	6,0	0,020
	Secondaire	86,2	1,07		
	Supérieur	95,1	1,18		
[25-34]	Primaire	82,5	1,00	3,6	0,013
	Secondaire	90,7	1,10		
	Supérieur	90,5	1,10		
[35-49]	Primaire	82,0	1,00	4,1	0,018
	Secondaire	89,9	1,10		
	Supérieur	91,5	1,12		
[50-64]	Primaire	74,3	1,00	8,1	0,040
	Secondaire	91,1	1,23		
	Supérieur	88,5	1,19		
>64	Primaire	57,6	1,00	21,3	0,070
	Secondaire	72,7	1,26		
	Supérieur	90,0	1,56		
Ensemble	Primaire	70,8	1,00	9,8	0,049
	Secondaire	87,5	1,24		
	Supérieur	90,9	1,28		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

3.2.2.2 Inégalités d'utilisation des soins liées au revenu équivalent

Le pourcentage des personnes ayant consulté au moins une fois un médecin-dentiste augmente aussi en fonction du quartile de revenu équivalent, tant chez les hommes que chez les femmes (cf. tableaux 21 et 22). Le rapport interquartile est égal à 1,38 chez les hommes et 1,18 chez les femmes. Cela indique que les inégalités liées au revenu équivalent sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes. L'indice de concentration relative montre des résultats allant dans le même sens, en confirmant le fait que, d'une part, les personnes appartenant au quartile de revenu le plus élevé sont plus enclines à consulter un médecin-dentiste que celles appartenant au premier quartile, et, d'autre part, les inégalités sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Les valeurs des indices de disparité et de concentration relative s'élèvent à 11,5% et 0,067 chez les hommes et respectivement à 9,9% et 0,038 chez les femmes.

En se référant à chaque groupe d'âge, l'on constate que le gradient social n'est pas présent partout car il existe un léger effet de clocher qui apparaît parfois chez les hommes et chez les femmes. Le ratio des taux varie de 1,31 chez les 50-64 ans à 1,55 chez les plus de 64 ans pour les hommes et de 1,12 chez les 25-34 ans à 1,41 chez les plus de 64 ans pour les femmes. L'ampleur des inégalités dans l'utilisation des soins de médecins-dentistes est quasiment semblable dans chaque groupe d'âge chez les hommes sauf chez les plus de 64 ans. Chez les femmes, les inégalités sont un peu plus élevées chez celles qui sont âgées de plus de 64 ans (ICR=0,065).

Tableau 21 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins-dentistes liées au revenu équivalent, Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	68,7	1,00	11,8	0,050
	2e quartile	86,7	1,26		
	3e quartile	74,1	1,08		
	4e quartile	94,0	1,37		
[25-34]	1er quartile	63,9	1,00	13,4	0,068
	2e quartile	68,0	1,06		
	3e quartile	87,2	1,36		
	4e quartile	86,1	1,35		
[35-49]	1er quartile	61,8	1,00	10,4	0,061
	2e quartile	76,5	1,24		
	3e quartile	86,5	1,40		
	4e quartile	84,0	1,36		
[50-64]	1er quartile	71,8	1,00	10,8	0,063
	2e quartile	71,3	0,99		
	3e quartile	85,0	1,18		
	4e quartile	94,0	1,31		
>64	1er quartile	48,0	1,00	17,4	0,093
	2e quartile	57,1	1,19		
	3e quartile	74,8	1,56		
	4e quartile	74,4	1,55		
Ensemble	1er quartile	63,3	1,00	11,5	0,067
	2e quartile	71,8	1,13		
	3e quartile	83,1	1,31		
	4e quartile	87,3	1,38		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 22 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins-dentistes liées au revenu équivalent, Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	83,0	1,00	8,9	0,036
	2e quartile	76,3	0,92		
	3e quartile	95,2	1,15		
	4e quartile	94,9	1,14		
[25-34]	1er quartile	84,7	1,00	4,4	0,026
	2e quartile	86,0	1,02		
	3e quartile	91,3	1,08		
	4e quartile	95,0	1,12		
[35-49]	1er quartile	80,4	1,00	4,7	0,024
	2e quartile	90,2	1,12		
	3e quartile	92,9	1,16		
	4e quartile	91,0	1,13		
[50-64]	1er quartile	74,8	1,00	7,3	0,044
	2e quartile	80,0	1,07		
	3e quartile	87,2	1,17		
	4e quartile	92,4	1,24		
>64	1er quartile	54,8	1,00	12,5	0,065
	2e quartile	60,3	1,10		
	3e quartile	69,7	1,27		
	4e quartile	77,5	1,41		
Ensemble	1er quartile	76,9	1,00	6,9	0,038
	2e quartile	78,2	1,02		
	3e quartile	87,1	1,13		
	4e quartile	91,0	1,18		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Au total, les inégalités sociales de recours aux soins de médecins-dentistes semblent plus prononcées pour les hommes que pour les femmes lorsque l'on se réfère aux valeurs respectives des différentes mesures des inégalités associées aux deux facteurs socioéconomiques que sont le niveau d'études et le revenu équivalent. Dans l'ensemble, les personnes ayant un niveau d'études élevé ou appartenant au groupe de revenu le plus élevé utilisent plus que d'autres les services de médecins-dentistes mais l'ampleur des inégalités reste de manière générale modérée à travers les groupes d'âges. On se trouve en présence d'une utilisation pro-riche parce que celle-ci se concentre parmi les personnes ayant le statut socioéconomique plus élevé. Cela est confirmé par les valeurs des rapports de cote associés au niveau d'études et au revenu lorsque l'on prend en compte l'état de santé. Mais les rapports de cote montrent plutôt l'existence de fortes inégalités entre les catégories extrêmes. Ainsi, les personnes ayant un niveau d'études supérieur avaient 2,5 fois plus de chance de consulter un médecin – dentiste par rapport à celles qui ont le niveau d'études primaire [RC²=2,5 ; IC³=1,69 – 2,52]. Celles qui appartiennent au quartile supérieur ont 3,3 fois plus de chance de recourir aux soins d'un médecin – dentiste par rapport aux personnes qui appartiennent au quartile le plus bas [RC=3,3 ; IC=2,72 – 3,94].

3.2.3 Utilisation des services de soins des médecins généralistes

En 2008, 86% des personnes interrogées ont utilisé les services de médecins généralistes au moins une fois au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Chez les hommes, ce sont 84% de personnes qui ont consulté au moins une fois un médecin généraliste. La proportion de personnes qui ont eu recours aux soins de médecins généralistes varie de 82% parmi les 16-24 ans à 94% parmi les 65 ans et plus. Chez les femmes, 88% ont consulté au moins une fois un médecin généraliste. Elles sont 83% parmi les 16-24 ans et 95% parmi les 65 ans et plus. Au sein de chaque groupe d'âge, à l'exception des 16-24 ans, les personnes ayant atteint le niveau d'études supérieur ont le plus faible pourcentage de recours aux soins de médecins généralistes chez les hommes et le pourcentage le plus élevé chez les femmes.

² RC = Rapport de Cote

³ IC = Intervalle de Confiance

3.2.3.1 Inégalités d'utilisation liées au niveau d'études

L'utilisation des soins de médecins généralistes est marquée par un recours proportionnellement plus important des personnes ayant un faible niveau d'études tant chez les hommes ($RT^4=0,91$) que chez les femmes ($RT=0,92$) (cf. tableaux 23 et 24). Il existe globalement un gradient social inverse au niveau du recours aux soins des médecins généralistes dans la mesure où la proportion des personnes ayant consulté au moins une fois diminue au fur et à mesure que le niveau d'études atteint s'élève. Les indices de concentration relative chez les hommes (-0,016) et chez les femmes (-0,016) sont identiques, traduisant des inégalités sociales en faveur des personnes n'ayant atteint que le niveau d'études primaire de même ampleur.

L'examen du recours aux soins des médecins généralistes en fonction des groupes d'âge montre plutôt un effet de clocher dans ce recours entre les différents niveaux d'études tant chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, la proportion des personnes ayant consulté un médecin généraliste est plus élevée chez les personnes de 35 à 49 ans qui ont atteint le niveau d'études secondaire comparativement à celle des personnes du même groupe d'âge mais de niveau d'études différent. Les indices de concentration relative indiquent l'existence de faibles inégalités sociales liées au niveau d'études tant chez les hommes que chez les femmes. On observe même une situation de quasi égalité sociale de recours aux soins médicaux du généraliste chez les 16-24 ans (0,006) et les plus de 64 ans (-0,000) parmi les hommes et chez les 35-49 ans (-0,006) et les plus de 64 ans (-0,003) parmi les femmes. Les valeurs des indices de disparité révèlent de faibles inégalités entre les niveaux éducationnels dans chaque groupe d'âge et selon le sexe.

⁴ RT = Ratio des Taux

Tableau 23 Mesure des inégalités sociales de recours aux soins de médecins généralistes,
Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
[16-24]	Niveau d'études				
	Primaire	83,4	1,00	3,3	0,006
	Secondaire	81,2	0,97		
Supérieur	88,0	1,06			
[25-34]	Primaire	78,0	1,00	2,9	-0,012
	Secondaire	82,0	1,05		
	Supérieur	76,4	0,98		
[35-49]	Primaire	80,8	1,00	5,2	-0,019
	Secondaire	83,1	1,03		
	Supérieur	72,0	0,89		
[50-64]	Primaire	90,6	1,00	2,4	-0,012
	Secondaire	88,6	0,98		
	Supérieur	84,9	0,94		
>64	Primaire	95,2	1,00	2,8	0,000
	Secondaire	95,7	1,01		
	Supérieur	88,9	0,93		
Ensemble	Primaire	86,4	1,00	3,7	-0,016
	Secondaire	85,4	0,99		
	Supérieur	78,5	0,91		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 24 Mesure des inégalités sociales de recours aux soins de médecins généralistes,
Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
[16-24]	Niveau d'études				
	Primaire	77,7	1,00	5,8	0,020
	Secondaire	82,4	1,06		
Supérieur	91,4	1,18			
[25-34]	Primaire	93,8	1,00	5,7	-0,019
	Secondaire	80,8	0,86		
	Supérieur	83,0	0,88		
[35-49]	Primaire	83,0	1,00	4,1	-0,006
	Secondaire	88,8	1,07		
	Supérieur	80,9	0,97		
[50-64]	Primaire	94,4	1,00	3,0	-0,013
	Secondaire	91,7	0,97		
	Supérieur	86,5	0,92		
>64	Primaire	95,8	1,00	1,1	-0,003
	Secondaire	93,8	0,98		
	Supérieur	96,4	1,01		
Ensemble	Primaire	91,6	1,00	2,9	-0,016
	Secondaire	87,7	0,96		
	Supérieur	84,4	0,92		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

3.2.3.2 Inégalités d'utilisation des soins liées au revenu équivalent

Le recours aux soins médicaux de généralistes en fonction du revenu équivalent fait apparaître de manière globale de faibles écarts entre les différents groupes de revenu tant chez les hommes que chez les femmes (cf. tableaux 25 et 26). Les différences des taux d'utilisation entre les groupes extrêmes sont de l'ordre de +4,4 points de pourcentage pour les hommes et +3,8 points de pourcentage pour les femmes. Le ratio des taux ou rapport interquartile est égal à 1,06 chez les hommes contre 1,04 chez les femmes. Les valeurs des indices de concentration relative laissent penser à une quasi absence d'inégalités de recours aux soins médicaux de généralistes liées au revenu tant chez les hommes que chez les femmes.

A travers les différents groupes d'âge transparaissent quelques disparités relatives à la proportion des personnes ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Le ratio des taux varie de 0,96 chez les 25-34 ans à 1,21 chez les 16-24 ans pour les hommes et de 0,96 chez les 50-64 ans à 1,15 chez les 25-34 ans pour les femmes. Les indices de disparité et de concentration relative confirment l'existence de très faibles inégalités entre les groupes de revenu des différentes classes d'âge chez les hommes et chez les femmes. Le recours aux soins médicaux de généralistes ne se fait pas cependant de la même manière selon la classe d'âge considérée et selon le sexe. Ainsi, chez les hommes, on constate que les personnes appartenant au groupe de revenu le plus élevé (4^e quartile) ont proportionnellement plus utilisé les soins médicaux de généralistes que celles appartenant au groupe de revenu le plus bas (1^{er} quartile) parmi les 16-24 ans, 35-49 ans et les 50-64 ans. Chez les femmes, cela se passe dans les groupes d'âge de 16-24 ans, 25-34 ans, et 35-49 ans.

Tableau 25 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins généralistes liées au revenu équivalent, Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	72,7	1,00	6,3	0,033
	2e quartile	87,5	1,20		
	3e quartile	81,8	1,13		
	4e quartile	87,8	1,21		
[25-34]	1er quartile	75,4	1,00	6,3	-0,010
	2e quartile	86,9	1,15		
	3e quartile	82,6	1,10		
	4e quartile	74,0	0,98		
[35-49]	1er quartile	74,1	1,00	3,5	0,009
	2e quartile	85,0	1,15		
	3e quartile	79,5	1,07		
	4e quartile	79,6	1,07		
[50-64]	1er quartile	87,4	1,00	1,8	0,010
	2e quartile	85,6	0,98		
	3e quartile	87,4	1,00		
	4e quartile	90,5	1,04		
>64	1er quartile	95,8	1,00	1,2	-0,007
	2e quartile	94,3	0,98		
	3e quartile	93,2	0,97		
	4e quartile	92,5	0,97		
Ensemble	1er quartile	79,5	1,00	2,6	0,007
	2e quartile	87,7	1,10		
	3e quartile	84,3	1,06		
	4e quartile	83,9	1,06		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 26 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins généralistes liées au revenu équivalent, Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	70,4	1,00	10,3	0,047
	2e quartile	89,0	1,26		
	3e quartile	96,1	1,37		
	4e quartile	80,5	1,14		
[25-34]	1er quartile	78,9	1,00	3,7	0,027
	2e quartile	85,1	1,08		
	3e quartile	84,1	1,07		
	4e quartile	90,4	1,15		
[35-49]	1er quartile	85,7	1,00	2,4	0,007
	2e quartile	81,6	0,95		
	3e quartile	89,3	1,04		
	4e quartile	85,9	1,00		
[50-64]	1er quartile	94,1	1,00	3,1	-0,011
	2e quartile	95,4	1,01		
	3e quartile	87,3	0,93		
	4e quartile	90,8	0,96		
>64	1er quartile	98,6	1,00	1,9	-0,002
	2e quartile	92,9	0,94		
	3e quartile	95,2	0,97		
	4e quartile	96,6	0,98		
Ensemble	1er quartile	85,2	1,00	1,7	0,010
	2e quartile	88,4	1,04		
	3e quartile	90,3	1,06		
	4e quartile	89,0	1,04		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

3.2.3.3 Un recours plus facile pour tous aux soins de généralistes mais des demandes différenciées en fonction du besoin de santé

En toute logique, les personnes qui déclarent une moins bonne santé que les autres, à savoir une perception moyenne ou mauvaise de l'état de santé, le fait de souffrir de maladies chroniques et de connaître des limitations d'activité pour cause de problème de santé, sont proportionnellement plus nombreuses à consulter un médecin généraliste. Ce constat est valable tant chez les hommes que chez les femmes, et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée. Toutefois, des écarts sont parfois très faibles pour être significatifs à certaines tranches d'âge comme celle des 35-49 ans chez les hommes en ce qui concerne les maladies chroniques (81% et 79%, respectivement pour les personnes souffrant de maladies chroniques et celles n'ayant pas de maladies chroniques) et les limitations d'activité (Oui : 79% et Non : 80%).

Cependant, en comparant la situation des hommes avec celle des femmes, il apparaît que pour un besoin de santé similaire, les femmes utilisent plus souvent que les hommes les soins du médecin généraliste. A titre d'exemple, 97% de femmes âgées de 50-64 ans déclarant souffrir de maladies chroniques ont eu recours au médecin généraliste contre 89% d'hommes de la même tranche d'âge. De même, 96% de femmes âgées de 35-49 ans ayant connu une limitation d'activité à cause de problèmes de santé ont consulté un médecin généraliste contre 79% d'hommes de la même tranche d'âge. Les hommes et les femmes, pris dans leur globalité, semblent avoir un comportement similaire quelle que soit leur tranche d'âge.

De manière générale, et sur la base des mesures d'inégalités retenues, l'utilisation des services de médecins généralistes est caractérisée par une quasi absence d'inégalités sociales tant chez les hommes que chez les femmes. Lorsque le niveau d'études est le facteur socioéconomique retenu, l'inégalité de recours aux soins de médecins généralistes a tendance à être pro-pauvre, globalement et selon les différentes classes d'âge, à l'exception de celle des 16-24 ans. Mais, quand il s'agit du revenu par équivalent, l'inégalité tendrait plutôt à être pro-riche même si ce n'est pas le cas pour toutes les classes d'âge.

Ces tendances se retrouvent aussi lorsque l'on considère l'ensemble de la population et l'on tient compte de l'état de santé dans un processus de modélisation logis-

tique de la probabilité de consulter au moins une fois un médecin généraliste. En effet, les personnes ayant le niveau d'études primaire auraient plus de chance de consulter par rapport à celles qui ont le niveau d'études supérieur [RC=1,3 ; IC=1,08 – 1,60]. A l'opposé, celles qui appartiennent au quartile supérieur (4^e) ont plus de chance par rapport aux personnes appartenant au 1^{er} quartile [RC=1,4 ; IC=1,19 – 1,73].

3.2.4 Utilisation des services de soins des médecins spécialistes

3.2.4.1 L'utilisation des soins des médecins spécialistes : une demande dominée par les femmes

En 2008, 70% des personnes interrogées ont utilisé les soins des médecins spécialistes au moins une fois au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Chez les femmes, 82% d'entre elles ont consulté au moins une fois un médecin spécialiste. Les femmes âgées de 50 à 60 ans (88%) ont davantage eu recours aux soins d'un médecin spécialiste que celles âgées de plus de 64 ans (81%) ou celles âgées de 16 à 24 ans (74%). Chez les hommes, 58% seulement ont consulté un médecin spécialiste et les taux de recours aux soins pour les différentes tranches d'âge sont globalement inférieurs à ceux observés chez les femmes, à l'exception des hommes de plus de 64 ans. Les hommes plus jeunes consultent moins souvent un médecin spécialiste (47% chez les 16-24 ans, 40% chez les 25-34 ans et 52% chez les 35-49 ans).

En ce qui concerne les taux d'utilisation des soins de médecins spécialistes en fonction des besoins de santé, ceux-ci sont bien entendu plus élevés parmi les personnes qui se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé (90% chez les hommes et 93% chez les femmes) ou déclarent souffrir de maladies chroniques (80% chez les hommes et 88% chez les femmes) que parmi celles déclarant le contraire. Plus globalement, quelle que soit la tranche d'âge, les écarts de taux d'utilisation des soins du médecin spécialiste en fonction du besoin de santé sont plus importants chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, chez les hommes âgés de 50 à 64 ans, 84% de ceux souffrant de maladies chroniques ont consulté un médecin spécialiste contre 64% de ceux qui n'en souffrent pas tandis que chez les femmes appartenant à la même tranche d'âge, les chiffres sont respectivement de 92% et 86%.

3.2.4.2 Inégalités d'utilisation des soins de médecins spécialistes liées au niveau d'études

Le niveau d'études est aussi une source de disparité dans le recours aux soins du médecin spécialiste, tant chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes, les personnes ayant un niveau d'études primaire (64%) consultent plus le médecin spécialiste que celles ayant atteint le niveau d'études secondaire (58%) ou le niveau d'études supérieur (53%) (cf. tableau 27). Le ratio des taux d'utilisation entre les niveaux d'études extrêmes indique un écart relatif de 0,82 traduisant le fait que les personnes n'ayant atteint que le niveau d'études primaire consultent en moyenne 1,23 fois plus que celles ayant atteint le niveau d'études supérieur. Cela est confirmé par la valeur négative de l'indice de concentration relative qui s'établit à -0,042. Quant à l'indice de disparité, il s'élève à 7,1% et correspond plutôt à une inégalité moyenne modérée entre les différents niveaux d'études. Toutefois, cette situation n'est cependant pas homogène au sein des différentes tranches d'âge. Les inégalités d'utilisation semblent relativement plus fortes parmi les hommes âgés de 16 à 24 ans puisque l'indice de disparité est égal à 21,4% et l'indice de concentration relative est égal à 0,054.

Chez les femmes, ce sont celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur qui consultent le plus le médecin spécialiste (cf. tableau 28). La situation contraire est toutefois observée chez les femmes âgées de plus de 64 ans. Les valeurs des trois mesures de l'inégalité considérées suggèrent que le recours aux soins de médecins spécialistes se fait à peu près équitablement entre les différents niveaux d'études.

Tableau 27 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins spécialistes liées au niveau d'études, Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Niveau d'études				
[16-24]	Primaire	31,6	1,00	21,4	0,054
	Secondaire	46,3	1,47		
	Supérieur	61,3	1,94		
[25-34]	Primaire	44,2	1,00	6,9	-0,052
	Secondaire	40,1	0,91		
	Supérieur	36,2	0,82		
[35-49]	Primaire	54,0	1,00	2,4	-0,014
	Secondaire	52,3	0,97		
	Supérieur	50,3	0,93		
[50-64]	Primaire	78,4	1,00	7,6	-0,039
	Secondaire	68,7	0,88		
	Supérieur	63,3	0,81		
>64	Primaire	83,0	1,00	3,2	0,007
	Secondaire	89,1	1,07		
	Supérieur	84,1	1,01		
Ensemble	Primaire	64,5	1,00	7,1	-0,042
	Secondaire	57,8	0,90		
	Supérieur	52,6	0,82		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 28 Mesure des inégalités sociales de recours aux soins de médecins spécialistes, Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Niveau d'études				
[16-24]	Primaire	70,2	1,00	7,0	0,026
	Secondaire	72,4	1,03		
	Supérieur	84,1	1,20		
[25-34]	Primaire	72,5	1,00	8,0	0,040
	Secondaire	76,1	1,05		
	Supérieur	87,6	1,21		
[35-49]	Primaire	81,8	1,00	2,8	0,012
	Secondaire	82,1	1,00		
	Supérieur	87,4	1,07		
[50-64]	Primaire	85,1	1,00	2,3	0,011
	Secondaire	89,8	1,06		
	Supérieur	89,7	1,05		
>64	Primaire	80,1	1,00	5,9	0,000
	Secondaire	83,0	1,04		
	Supérieur	71,1	0,89		
Ensemble	Primaire	80,5	1,00	3,0	0,012
	Secondaire	81,1	1,01		
	Supérieur	86,8	1,08		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

3.2.4.3 Inégalités d'utilisation des soins de médecins spécialistes liées au revenu équivalent

L'utilisation des soins de médecins spécialistes présente une spécificité qui semble tenir plus du sexe des personnes que de leur appartenance à l'un ou l'autre groupe de revenu. En effet, chez les hommes, en moyenne, les personnes appartenant au premier quartile de revenu ont utilisé plus souvent les services de médecins spécialistes que celles appartenant au quartile de revenu le plus élevé (4^e quartile) (cf. tableau 29). Tandis que chez les femmes, c'est l'inverse, ce sont celles qui appartiennent au groupe de revenu le plus élevé qui recourent le plus aux services de médecins spécialistes (cf. tableau 30).

Cependant, l'examen des inégalités de recours par classes d'âge fait ressortir quelques particularités tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au niveau des hommes, le taux de recours aux soins est plus concentré parmi les personnes appartenant aux groupes de revenu élevé (ICR = 0,026). Au niveau des femmes, c'est parmi les personnes âgées de 50 à 64 ans que l'on trouve un recours aux soins légèrement favorable aux personnes appartenant au groupe de revenu le plus bas (1^{er} quartile). Les indices de disparité et de concentration relative sont respectivement égaux à 2,6% et -0,003.

De manière générale, force est de constater que les inégalités sociales de recours aux soins de médecins spécialistes sont très faibles au Luxembourg. Même une analyse plus détaillée par classes d'âge ne permet pas de différencier fondamentalement les comportements de recours à ce type de services de santé. On notera le fait que l'utilisation des soins de médecins spécialistes est globalement pro-pauvre chez les hommes que ce soit avec le niveau d'études qu'avec le revenu par équivalent, et pro-riche chez les femmes. Mais, il s'agit à chaque fois de faibles écarts. D'ailleurs, ces résultats sont confirmés par une autre mesure d'inégalité, à savoir le rapport de cote, qui est obtenu au moyen de la régression logistique. En tenant compte de l'état de santé, il apparaît que les personnes ayant un niveau d'études supérieur ou celles appartenant au 4^e quartile ont 1,3 fois plus de chance de recourir aux soins de médecins spécialistes par rapport à, respectivement, celles qui ont un niveau d'études primaire [RC=1,3 ; IC=1,10 – 1,51] ou qui appartiennent au 1^{er} quartile de revenu [RC=1,3 ; IC=1,14 – 1,54].

Tableau 29 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins spécialistes liées au revenu équivalent, Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	43,3	1,00	3,8	0,026
	2e quartile	46,2	1,07		
	3e quartile	50,0	1,15		
	4e quartile	48,0	1,11		
[25-34]	1er quartile	38,7	1,00	3,1	-0,002
	2e quartile	41,5	1,07		
	3e quartile	41,0	1,06		
	4e quartile	38,8	1,00		
[35-49]	1er quartile	53,6	1,00	10,0	-0,038
	2e quartile	61,7	1,15		
	3e quartile	46,5	0,87		
	4e quartile	48,0	0,90		
[50-64]	1er quartile	74,6	1,00	6,3	-0,011
	2e quartile	63,6	0,85		
	3e quartile	73,7	0,99		
	4e quartile	67,1	0,90		
>64	1er quartile	89,7	1,00	2,8	-0,010
	2e quartile	87,0	0,97		
	3e quartile	82,0	0,91		
	4e quartile	87,2	0,97		
Ensemble	1er quartile	58,0	1,00	2,9	-0,013
	2e quartile	61,7	1,06		
	3e quartile	57,8	1,00		
	4e quartile	56,0	0,97		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 30 Mesure des inégalités de recours aux soins de médecins spécialistes liées au revenu équivalent, Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	64,9	1,00	11,3	0,059
	2e quartile	67,3	1,04		
	3e quartile	86,6	1,33		
	4e quartile	79,2	1,22		
[25-34]	1er quartile	70,1	1,00	7,1	0,055
	2e quartile	80,7	1,15		
	3e quartile	80,1	1,14		
	4e quartile	92,2	1,31		
[35-49]	1er quartile	77,0	1,00	4,6	0,029
	2e quartile	82,6	1,07		
	3e quartile	86,2	1,12		
	4e quartile	88,6	1,15		
[50-64]	1er quartile	91,3	1,00	2,6	-0,002
	2e quartile	84,1	0,92		
	3e quartile	89,6	0,98		
	4e quartile	87,8	0,96		
>64	1er quartile	86,4	1,00	7,5	0,011
	2e quartile	72,5	0,84		
	3e quartile	83,5	0,97		
	4e quartile	87,5	1,01		
Ensemble	1er quartile	77,4	1,00	5,6	0,030
	2e quartile	78,3	1,01		
	3e quartile	85,6	1,11		
	4e quartile	88,1	1,14		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

3.2.5 Utilisation des soins hospitaliers

En 2008, la proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois au cours des douze derniers mois s'élève à 14,7% alors qu'elle était estimée à 13,7% treize ans plus tôt. Bien entendu, la proportion de personnes hospitalisées augmente avec l'âge et cela peut varier du simple au triple en ce qui concerne l'ensemble de la population mais varie du simple au quintuple chez les hommes en 2008.

3.2.5.1 Inégalités d'utilisation des soins hospitaliers liées au niveau d'études

En matière d'hospitalisation, il existe un gradient lié au niveau d'études, tant chez les hommes que chez les femmes, qui n'est cependant pas systématique à travers les diverses classes d'âge.

Chez les hommes, dans leur ensemble, le pourcentage de personnes ayant été hospitalisées est de 19,4% parmi celles qui n'ont atteint que le niveau d'études primaire contre 8,2% parmi celles qui ont atteint le niveau d'études supérieur (cf. tableau 31). Le ratio des taux de ces deux groupes éducationnels égal à 0,42 signifie que les personnes ayant un niveau d'études primaire sont 2,4 fois plus hospitalisées que celles qui ont le niveau d'études supérieur. Les indices de disparité (31,0%) et de concentration relative (-0,158) indiquent la présence de fortes inégalités entre les personnes de différents niveaux d'études et celles-ci sont plutôt en faveur des personnes ayant un faible niveau d'études. L'examen de la situation par classe d'âge confirme le fait que le recours aux soins hospitaliers est concentré parmi les personnes ayant un niveau d'études moins élevé que les autres. Ainsi, les inégalités de recours aux soins hospitaliers liées au niveau d'études sont les plus faibles chez les personnes âgées de plus de 64 ans et les plus fortes chez celles âgées de 16 à 24 ans.

Tableau 31 Mesure des inégalités de recours aux soins hospitaliers liées au niveau d'études, Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
[16-24]	Primaire	10,2	1,00	68,7	-0,163
	Secondaire	5,1	0,50		
	Supérieur	0,0	0,00		
[25-34]	Primaire	12,4	1,00	42,8	-0,181
	Secondaire	5,4	0,44		
	Supérieur	5,1	0,41		
[35-49]	Primaire	14	1,00	22,4	-0,113
	Secondaire	11,6	0,83		
	Supérieur	7,2	0,51		
[50-64]	Primaire	23,2	1,00	31,1	-0,153
	Secondaire	13,4	0,58		
	Supérieur	10,9	0,47		
>64	Primaire	28,1	1,00	9,5	-0,022
	Secondaire	29,0	1,03		
	Supérieur	21,5	0,77		
Ensemble	Primaire	19,4	1,00	31,0	-0,158
	Secondaire	12,1	0,62		
	Supérieur	8,2	0,42		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 32 Mesure des inégalités sociales de recours aux soins hospitaliers, Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
[16-24]	Niveau d'études			33,0	-0,109
	Primaire	9,8	1,00		
	Secondaire	10,1	1,03		
[25-34]	Supérieur	2,4	0,24	16,4	-0,047
	Primaire	23,4	1,00		
	Secondaire	15,4	0,66		
[35-49]	Supérieur	16,9	0,72	19,3	-0,085
	Primaire	17,8	1,00		
	Secondaire	12,0	0,67		
[50-64]	Supérieur	11,3	0,63	16,5	-0,082
	Primaire	20,4	1,00		
	Secondaire	16,9	0,83		
>64	Supérieur	12,2	0,60	24,5	-0,025
	Primaire	25,4	1,00		
	Secondaire	26,8	1,06		
Ensemble	Supérieur	9,0	0,35	22,0	-0,113
	Primaire	21,6	1,00		
	Secondaire	14,9	0,69		
	Supérieur	12,3	0,57		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Chez les femmes, le gradient social existe aussi, les personnes ayant le niveau d'études primaire sont plus hospitalisées que les autres (cf. tableau 32). Le ratio des taux entre les deux types de niveaux éducationnels extrêmes, qui est égal à 0,57, traduit un écart relatif important correspondant à une hospitalisation plus forte de l'ordre de 1,8 fois supérieure parmi les femmes n'ayant atteint que le niveau d'études primaire. Les indices de disparité (22,0%) et de concentration relative (-0,113) montrent l'existence d'inégalités sociales élevées. Et l'ampleur de telles inégalités varie en fonction de la classe d'âge. Ainsi, l'indice de disparité varie de 16,4% chez les 25-34 ans à 33,0 chez les 16-24 ans tandis que l'indice de concentration relative varie de -0,025 chez les personnes âgées de plus de 64 ans à -0,109 chez les 16-24 ans.

Les inégalités de recours aux soins hospitaliers sont moins élevées parmi les femmes comparativement à celles observées parmi les hommes.

3.2.5.2 Inégalités d'utilisation des soins hospitaliers liées au revenu équivalent

L'examen du recours aux soins hospitaliers en fonction du niveau de revenu équivalent fait apparaître des inégalités d'ampleur différente selon qu'il s'agisse des hommes ou des femmes.

Chez les hommes, les indices de disparité (14,9%) et de concentration relative (-0,074) montre l'existence d'un niveau modéré d'inégalités d'utilisation de soins hospitaliers liées au niveau de revenu (cf. tableau 33). Toutefois, l'on observe, en particulier, le fait que l'ampleur des inégalités (mesurée par l'indice de disparité) varie inversement à l'augmentation de l'âge. Autrement dit, l'ampleur des inégalités d'utilisation des soins hospitaliers diminue au fur et à mesure que l'âge augmente, passant ainsi de 62% chez les 16-24 ans à 11,8% chez les plus de 64 ans. La valeur des indices de concentration relative dans chaque tranche d'âge étant négative, cela confirme le fait que ce sont les personnes appartenant aux quartiles de revenu les plus bas qui utilisent le plus les soins hospitaliers.

Tableau 33 Mesure des inégalités de recours aux soins hospitaliers liées au revenu équivalent, Hommes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	8,5	1,00	62,0	-0,128
	2e quartile	3,1	0,36		
	3e quartile	0,3	0,04		
	4e quartile	7,3	0,86		
[25-34]	1er quartile	11,4	1,00	35,8	-0,139
	2e quartile	5,0	0,44		
	3e quartile	3,6	0,32		
	4e quartile	6,6	0,58		
[35-49]	1er quartile	13,5	1,00	25,9	-0,136
	2e quartile	14,3	1,06		
	3e quartile	8,8	0,65		
	4e quartile	7,6	0,56		
[50-64]	1er quartile	16,0	1,00	22,7	-0,106
	2e quartile	19,0	1,19		
	3e quartile	18,7	1,17		
	4e quartile	9,8	0,61		
>64	1er quartile	22,9	1,00	11,8	-0,001
	2e quartile	32,9	1,44		
	3e quartile	25,2	1,10		
	4e quartile	27,1	1,18		
Ensemble	1er quartile	14,1	1,00	14,9	-0,074
	2e quartile	15,8	1,12		
	3e quartile	12,0	0,85		
	4e quartile	10,2	0,72		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Tableau 34 Mesure des inégalités de recours aux soins hospitaliers liées au revenu équivalent, Femmes

Classes d'âge	Facteurs socioéconomiques	Taux (%)	Ratio des taux	Indice de Disparité (%)	Indice de Concentration Relative
	Revenu équivalent				
[16-24]	1er quartile	9,7	1,00	18,8	0,008
	2e quartile	7,3	0,75		
	3e quartile	7,4	0,76		
	4e quartile	11,6	1,20		
[25-34]	1er quartile	19,1	1,00	16,1	-0,006
	2e quartile	16,8	0,88		
	3e quartile	11,8	0,62		
	4e quartile	20,8	1,09		
[35-49]	1er quartile	15,2	1,00	27,5	-0,106
	2e quartile	13,7	0,90		
	3e quartile	17,1	1,13		
	4e quartile	5,4	0,36		
[50-64]	1er quartile	26,8	1,00	24,0	-0,123
	2e quartile	15,7	0,59		
	3e quartile	14,8	0,55		
	4e quartile	14,2	0,53		
>64	1er quartile	30,1	1,00	23,4	-0,061
	2e quartile	23,2	0,77		
	3e quartile	29,3	0,97		
	4e quartile	12,9	0,43		
Ensemble	1er quartile	19,3	1,00	11,3	-0,071
	2e quartile	16,4	0,85		
	3e quartile	17,0	0,88		
	4e quartile	12,5	0,65		

Source : Enquête PSELL3/EU-SILC, 2008, calculs des auteurs

Chez les femmes, dans leur ensemble, les inégalités d'utilisation des soins hospitaliers sont presque de même ampleur que celles observées chez les hommes. Les indices de disparité (11,3%) et de concentration relative (-0,071) font apparaître l'existence d'inégalités modérées (cf. tableau 34). Cependant, la situation est assez contrastée lorsque l'on se réfère aux différentes classes d'âge. Ainsi, par exemple, les inégalités sont relativement fortes parmi les personnes âgées de 35 à 49 ans et celles âgées de 50 à 64 ans. Elles sont plutôt quasiment inexistantes parmi les 16-24 ans et les 25-34 ans si l'on se réfère seulement aux valeurs de l'indice de concentration relative. Ce dernier cas de figure invite à faire la remarque suivante : les différences constatées entre les valeurs des indices de disparité et les indices de concentration relative lorsque ces derniers indiquent presque une distribution équitable voire égale du recours aux soins hospitaliers entre les groupes de revenu viendraient principalement du mode de leur calcul. En effet, l'indice de concentration relative tient compte de la taille des groupes tandis que l'indice de disparité ne le fait pas.

En résumé, les mesures d'inégalités montrent que les personnes ayant un faible niveau d'études ou appartenant au quartile de revenu le plus bas sont plus hospitalisées que les autres, tant chez les hommes que chez les femmes.

4 Conclusion

Les résultats de cette recherche livrent plusieurs enseignements concernant, d'une part, la problématique du non recours aux soins médicaux et dentaires, et d'autre part, celle de l'utilisation des services de santé.

Pour ce qui est du non recours aux soins, les changements au cours de la période 2003 – 2008 sont plus prononcés au niveau des taux des personnes ayant renoncé à consulter un médecin – dentiste. La part des cas de non recours aux soins pour des raisons financières a globalement augmenté, tant pour les soins médicaux que pour les soins dentaires, entre 2003 et 2008. L'évolution des inégalités en matière de renoncement aux soins médicaux et dentaires est contrastée en fonction du facteur socioéconomique retenu. En effet, les inégalités de non recours aux soins médicaux liées au niveau d'études augmentent entre 2003 et 2008 chez les femmes et

chez les hommes tandis que celles liées au revenu n'augmentent que pour les hommes. Et les inégalités de non recours aux soins dentaires liées au niveau d'études diminuent chez les femmes et les hommes tandis que celles liées au revenu augmentent.

La mesure des inégalités sociales de l'utilisation des soins de santé à travers les cinq types de prestataires de soins (diététiciens, médecins-dentistes, médecins généralistes, médecins spécialistes et hôpitaux) montre que celles-ci sont d'ampleur différente selon le sexe, l'âge et le type de prestataires de soins. Alors, quelques faits saillants susceptibles de caractériser la situation du Grand – Duché de Luxembourg peuvent être relevés ici. Il s'agit notamment du fait que :

- i. L'ampleur des inégalités de recours aux soins est en moyenne plus élevée avec le niveau d'études qu'avec le revenu équivalent chez les hommes, excepté dans le cas des soins auprès des médecins-dentistes ;
- ii. L'ampleur des inégalités sociales de recours a tendance à être plus faible chez les femmes comparativement à celle observée chez les hommes ;
- iii. Les inégalités sociales de recours aux soins sont globalement modérées. Elles sont quasiment inexistantes tant chez les hommes que chez les femmes en ce qui concerne le recours aux soins de médecins généralistes et sont très faibles en ce qui concerne les médecins spécialistes.
- iv. Les inégalités sociales de recours sont chez les hommes pro-pauvres en ce qui concerne les soins hospitaliers, les soins de médecins spécialistes et les médecins généralistes, et pro-riches s'agissant du recours aux soins de médecins-dentistes et de diététiciens. Chez les femmes, elles sont pro-pauvres en ce qui concerne les soins hospitaliers et les médecins généralistes et elles sont pro-riches pour les autres types de soins.

Ces résultats inédits au Luxembourg sont cohérents avec ceux relatifs à la problématique de l'accès aux soins appréhendés au travers de la mesure des besoins non satisfaits. En effet, le pourcentage des personnes qui renoncent aux soins chaque année est très faible.

Les conditions d'accès au système de santé luxembourgeois, notamment le libre choix du médecin, et le niveau de la prise en charge des soins font de celui-ci un système jugé généreux. Toutefois, les résultats le montrent : même un système de santé qui n'a pas de barrières à l'accès aux soins ne suffit pas à garantir l'égalité des soins et des inégalités sociales plus ou moins prononcées apparaissent à certaines tranches d'âge. C'est particulièrement le cas pour le recours aux soins dentaires, tant chez les hommes que chez les femmes.

Enfin, il faut garder à l'esprit le fait que l'utilisation des soins repose sur deux principes essentiels, à savoir la demande et l'offre de santé. Nous avons expressément mis l'accent du côté de la demande en mettant en avant les caractéristiques individuelles des personnes interrogées, à savoir le sexe, l'âge, le niveau d'études et le niveau de revenu par équivalent exprimé en quartile.

Références

- ADAY L.A., AND ANDERSEN R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974; 9(3) : 208-220.
- AGENCE DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL/DSP (2008). Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal. Analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé.
- ALLIN S., MASSERIA C., ET MOSSIALOS E., (2006) Inequality in health care use among older people in the United Kingdom : an analysis of panel data. Working Paper N°1/2006, 23 pages
- BAGO D'UVA, T., JONES A.M. (2006). Health care utilization in Europe : new evidence from the ECHP. HEDG Working Paper 06/09, 2006, University of York.
- DE LOOPER M., AND LAFORTUNE, G. (2009). Measuring disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries. DELSA/HEA/WD/HWP(2009)2, 09/03/2009, 55 pages.
- FOLLAND, GOODMAN, AND STANO (2010) : The Economics of Health and Health Care, 6th edition, p.194
- GROSSMAN M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, vol.80 (2), March/April, 223-255.
- KAKWANI N.C., WAGSTAFF A., AND VAN DOORSLAER E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation and statistical inference. *Journal of Econometrics*, 1997, 77(1):87-104.
- KUNST A.E., BOS V., MACKENBACH J.P. (1994). Monitoring of socioeconomic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. Rotterdam. Erasmus MC.
- MACKENBACH J.P., KUNST A.E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc. Sci. Med.* 1997 Mar;44(6):757-71.
- SHAW M., GALO BARDES B., LAWLOR D.A., LYNCH J., WHEELER B., DAVEY SMITH G. (2007). The Handbook of inequality and socioeconomic position : concepts and measures. Bristol: The Policy Press, 238 pages.
- PEARCY J.N., KEPPEL K.G. (2002). A summary measure of health disparity. *Public Health Rep*;117(3):273-280.
- VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X. ET JONES A. (2004) Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health economics* 13(7): 629-647.
- VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X., PUFFER F. (2002): "L'équité en matière d'utilisation des visites médicales dans les pays de l'OCDE : A-t-on atteint l'équité de traitement à besoin équivalent ? In OCDE (2002) : Être à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, pp. 243 – 271.

VAN DOORSLAER E., MASSERIA C., and the OECD Health Research Group members 2004. Income-related inequality in the use of medical in 21 OECD countries. Paris, OECD.

VAN OURTI T. (2004) Measuring horizontal inequity in Belgian health care using a Gaussian random effects two part count data model. *Health economics* 2004; 13:705-724.

WAGSTAFF A., PACI P., VAN DOORSLAER E. (1991). On the measurement of inequalities in health, *Social Science and Medicine*, vol. 33, 545-57.

WAGSTAFF A. AND VAN DOORSLAER E. (2002). Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations.

CEPS
I N S T E A D

B.P. 48
L-4501 Differdange
Tél.: +352 58.58.55-801
www.ceps.lu