

### L'accès à la santé

Peu d'inégalités sociales dans l'ensemble,  
mais une situation préoccupante pour les plus démunis

Robert Rochefort

**La santé est l'un des secteurs pour lequel on aspire à la plus grande égalité d'accès et de traitement. Cela est-il le cas ?**

**Par rapport aux autres secteurs de la consommation, la situation est plutôt rassurante. C'est dans le domaine des soins que les niveaux de consommation sont les moins inégaux entre les groupes sociaux et, cela allant de pair, que les privations déclarées sont minimum.**

**Des signes d'inquiétude sont pourtant perceptibles : la mauvaise santé est un facteur de précarisation sociale et, parmi le groupe des plus défavorisés, les déclarations de restriction face aux soins jouent un rôle plus important aujourd'hui qu'il y a dix ans. Alors qu'au cours des décennies 60 et 70, la tendance avait été à la réduction des inégalités sociales dans les consommations de santé, celle-ci semble avoir été stoppée dans la décennie 80.**

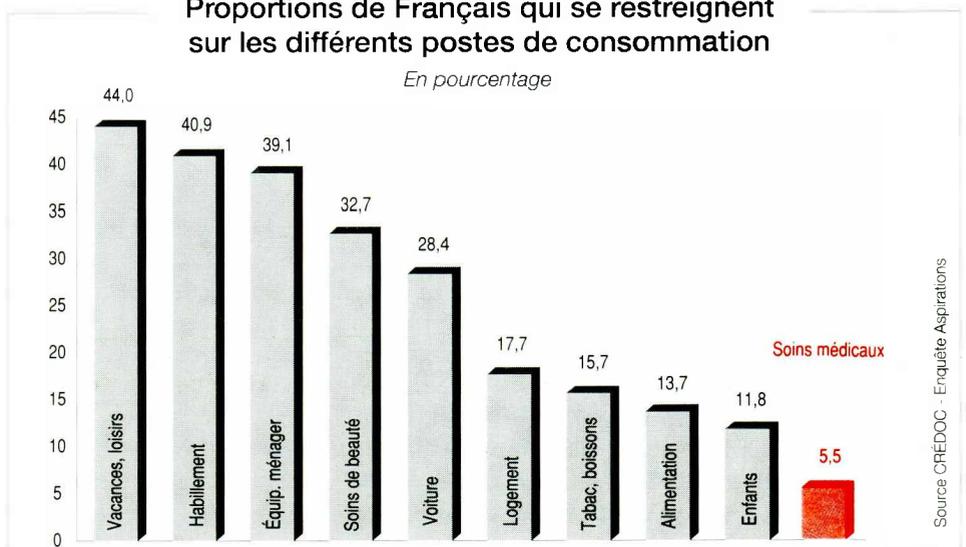
**Par ailleurs, l'opinion selon laquelle « on est mieux soigné si on a des relations et de l'argent » recueille aujourd'hui 62 % d'avis positifs sans toutefois que ce résultat n'ait varié significativement au cours des dix dernières années.**

Les inégalités sociales sont-elles en progression ? Toute inégalité entraîne-t-elle forcément une injustice ? Certaines différences ne sont-elles pas efficaces et donc nécessaires ? Telles furent quelques-unes des questions au cœur du débat public il y a quelques mois. L'égalité absolue entre les individus, « l'utopie égalitaire », ne possède plus aujourd'hui beaucoup de défenseurs. Il y a cependant un secteur dans lequel on ne tolère pas, par principe, l'existence d'inégalités sociales, c'est celui de l'accès aux soins. Le droit à la santé, qui est explicitement énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, dans les préambules constitutionnels de la France, recouvre un champ très ambitieux : on attend du système de santé qu'il corrige, grâce aux soins, certaines iné-

galités face à la maladie, dont un certain nombre — pas toutes — résultent d'abord des différences dans les conditions de vie et de travail. Le système de santé parvient-il à cet objectif ? Les Français en ont-ils la perception ?

Le graphique ci-dessous met en évidence que la santé est le poste à l'égard duquel la proportion de Français déclarant se restreindre est minimale : 6 %, contre 20 % pour le logement et 44 % pour les vacances. Notons qu'au cours de la décennie passée, les taux de restriction déclarés ont diminué sur tous les postes sauf sur celui des soins médicaux. De plus, comme cela est repris en dernière page, la proportion des personnes déclarant se restreindre à l'intérieur des groupes les plus défavorisés tend, quant à elle, à augmenter.

Proportions de Français qui se restreignent sur les différents postes de consommation



## Les différentes formes d'inégalités dans le domaine de la santé

On peut distinguer au moins trois niveaux d'approche : l'inégalité face à la maladie, l'inégalité dans la consommation médicale, et, enfin, l'inégalité dans le niveau de la couverture sociale qui, dans certains cas, peut déboucher sur une inégalité dans l'accès au système de santé. Ces trois notions ne sont pas toujours identifiables les unes par rapport aux autres ; leurs effets ne sont pas indépendants mais, bien au contraire, très souvent cumulés.

### L'inégalité face à la maladie

Pour beaucoup, celle-ci demeure, au final, inhérente à la condition humaine. Il est vrai que si les études sur les facteurs de risque sont aujourd'hui courantes, la survenance individuelle de la maladie reste cependant bien souvent mystérieuse.

Il s'agit pourtant du plus difficile à traiter des quatre niveaux d'inégalités mis en évidence, et ceci pour une tout autre raison : une bonne part des inégalités sociales en ce domaine ont trait aux modes de vie. Lorsque ce sont les conditions de travail qui sont en cause, par l'exposition à des substances dangereuses, par la pénibilité de la tâche, des progrès sont possibles : l'objectif peut être clairement identifié et les moyens envisagés (ce qui ne signifie pas qu'ils soient automatiquement mis en œuvre). Lorsqu'au contraire les corrélations observées ont trait à ce qui constitue les modes de consommation, les formes de vie privées, il est plus difficile de légitimer une intervention qui est toujours susceptible d'apparaître normative socialement ou de porter atteinte à la liberté individuelle.

Ainsi, la différence des taux de mortalité en fonction des classes sociales et de l'état matrimonial est connue depuis longtemps. Chez les hommes, la situation de célibataire accroît la mortalité, quelle que soit la classe socioprofessionnelle, avec toutefois une tendance à l'amplification des écarts inversement proportionnelle à l'échelle sociale : les écarts de mortalité entre mariés et célibataires sont plus élevés chez les ouvriers que chez les cadres. Les facteurs de risque de mortalité prématurée chez les célibataires sont notamment liés à leur surconsommation de produits dont l'abus est dangereux, en

## Les niveaux de consommation effectifs confirment les opinions exprimées sur les restrictions

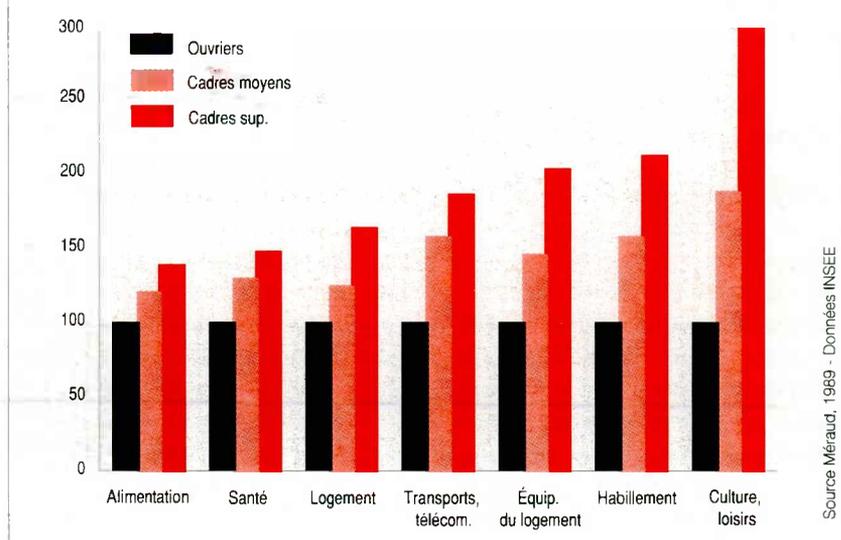
La confrontation des données subjectives et de celles résultant d'observations factuelles est au cœur de la problématique du CRÉDOC depuis de nombreuses années. On observe ici un exemple — mais il y en a de nombreux autres — dans lequel les unes et les autres sont très cohérentes.

Les postes pour lesquels les proportions de personnes se restreignant sont les plus élevées présentent des inégalités maximales dans les indices de consommation : culture, loisirs, habillement, équipement du logement.

À l'inverse, l'alimentation et la santé sont à la fois les secteurs aux déclarations de restriction minimales et aux inégalités de consommation les plus faibles.

### Alimentation et santé, proches dans ce graphique, n'obéissent pas à la même logique

Indices de variation des consommations  
(Base 100 = la dépense des ménages ouvriers)



Si la consommation alimentaire est devenue si peu variable en volume global selon les catégories sociales des ménages, cela tient au fait que le besoin qu'elle satisfait tend à devenir « saturé ». Or, moins le besoin est proche de la saturation, plus on observe des écarts importants de niveaux de consommation. La santé échappe à ce schéma. Sa prise en charge financière par les mécanismes de la protection sociale (74 % en moyenne), sa régulation qui ne passe pas d'abord par le marché assurent non seulement la solvabilisation des malades face au système de soins, mais une réelle démocratisation. De ce point de vue, les inégalités relatives sont assez faibles en ce qui concerne la santé.

l'absence d'une cellule familiale apte à soutenir les individus face à la vie et à ses difficultés.

Prévoir la survenance des maladies constitue l'un des axes essentiels de la santé publique. Cette orientation constitue un facteur de réduction des inégalités à trois conditions :

- le coût des actes de prévention ne doit pas revenir pour une part trop importante aux budgets privés ;
- les messages de prévention doivent

toucher de façon égale toutes les catégories sociales. Si une publicité rendant attractif un produit à risque touche tout le monde, les explications d'un médecin sur ses méfaits dans une émission de télévision programmée à 23 heures ne toucheront qu'un public limité ;

- les obstacles culturels à la diffusion, auprès des couches sociales défavorisées, de la pratique de certains actes cliniques de prévention doivent être pris en compte (toucher rectal par exemple).

## L'inégalité dans la consommation médicale

Au regard des autres postes de la consommation des ménages, les inégalités sociales dans le volume global de la consommation de soins sont parmi les plus faibles. Il semble cependant qu'après avoir diminué au cours des années 60 et 70, elles tendent aujourd'hui plutôt à augmenter.

C'est davantage dans la structure de la dépense médicale que se situent les disparités dans ce domaine. En effet, le recours aux spécialistes dans un cadre ambulatoire ainsi qu'aux dentistes et, dans une moindre mesure, aux laboratoires, est plus fréquent dans les familles de cadres. Les agriculteurs et les ouvriers ont plus souvent recours à l'hospitalisation. Plus attentifs à leur santé, les cadres consultent plus fréquemment dans un but de prévention, ils ont plus souvent recours à l'achat de médicaments sans ordonnance. Là encore, le simple constat des différences ne suffit pas, celles-ci peuvent s'expliquer par des risques de maladie qui ne sont pas identiques.

Dans une étude récente, le CRÉDES donnait une estimation de l'écart de consommation en soins de ville entre groupes sociaux extrêmes. La dépense médicale hors hôpital d'un ménage dont le chef est cadre supérieur est plus élevée d'environ 50 % que la moyenne. Néanmoins, cet écart est plus important lorsque l'on corrige des effets d'âge et de morbidité et atteindrait presque 60 %.

## L'inégalité dans le niveau de la couverture sociale

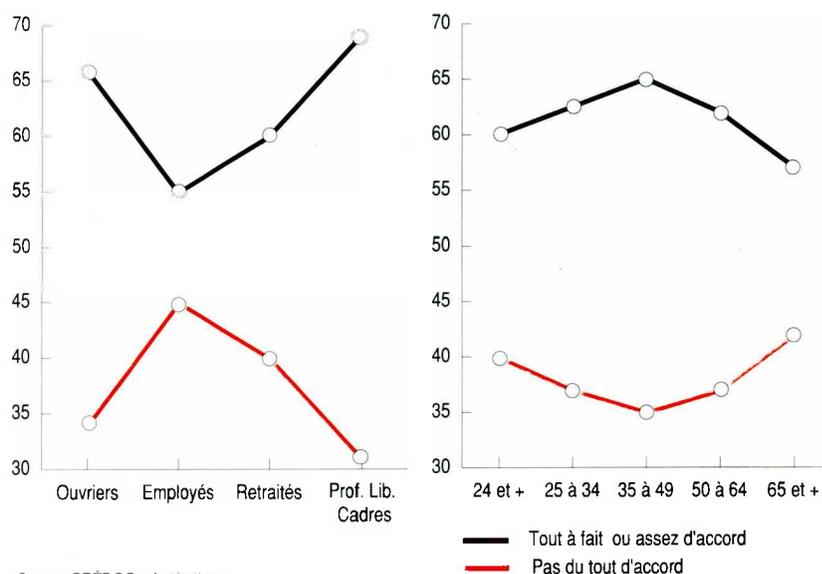
En 1990, 74 % du financement de la dépense de santé ont été assurés par la Sécurité sociale, 6 % par les mutuelles et 19 % par les ménages et les compagnies d'assurance. On assiste, depuis 1979, à une forte tendance à l'augmentation des taux du ticket modérateur (proportion de la dépense non remboursée par l'assurance maladie) : médicaments, actes d'auxiliaires et de laboratoires. Ces effets se sont cumulés avec ceux résultant du développement du secteur des médecins libéraux à honoraires libres (c'est-à-dire pouvant pratiquer des dépassements de tarifs non remboursés par la Sécurité sociale) et avec la mise en place du forfait journalier à l'hôpital. Il est courant de considérer que ce

## Un indicateur de perception subjective des inégalités

Un peu plus de 1 Français sur 3 (38 %) n'est pas du tout d'accord avec l'assertion selon laquelle « on est mieux soigné si on a des relations et de l'argent ». En revanche, 62 % des enquêtés se déclarent « tout à fait d'accord » (29 %) ou « assez d'accord » (32 %) avec cette assertion. Les réponses à cette question n'ont pas significativement évolué au cours de la décennie. Les termes précis de cette question incitent probablement à recueillir plus de réponses affirmatives que négatives. De plus, le sentiment majoritaire d'inégalités — qui est à tempérer par les résultats exposés plus haut sur les privations — ne doit pas être interprété seulement comme une accusation à l'égard des professionnels de la santé. Avoir des relations, de l'argent, peut aussi être interprété comme « mieux savoir se débrouiller », y compris par soi-même. Les avis sur ce thème divergent sensiblement selon différentes caractéristiques de la population.

### Les ouvriers et les cadres supérieurs, les 35 - 49 ans, sont les plus nombreux à avoir une perception inégalitaire

Pensez-vous que l'on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations ?



Source CRÉDOC - Aspirations

moindre remboursement des soins par la protection sociale obligatoire aurait des conséquences économiques et sociales limitées grâce à la large diffusion des mutuelles ou assurances complémentaires. Cet argument n'est pas toujours valable. Si elle est brutale et significative, et si elle touche plutôt un groupe de population peu mutualisée, la baisse des remboursements peut entraîner des réductions du volume de la consommation de soins. C'est ce qui a pu être observé avec le Plan Séguin en 1987, notamment chez les personnes âgées.

Au fil du temps, la protection complémentaire tend à se généraliser (80 % de la population en bénéficient aujourd'hui, contre 50 % il y a dix ans). Cependant, les plus démunis constituent le groupe des laissés-pour-compte de ce transfert de charges.

Ainsi, dans le Panel du CRÉDOC composé de 2 000 allocataires du revenu minimum d'insertion, les chiffres sont inversés : actuellement, seuls 14 % de RMIstes disposent d'une mutuelle, contre 84 % qui n'en ont pas. ■

## Santé et précarité

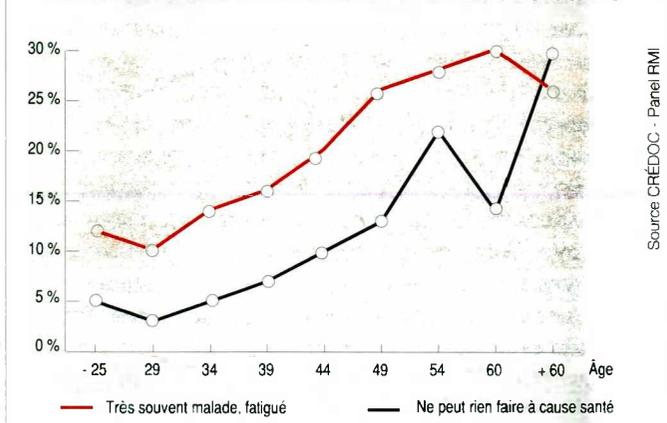
Si, pour la plus grande partie de la population, la santé n'est pas un facteur principal d'inégalités, en revanche elle joue un rôle très important pour les groupes les plus démunis. Une mauvaise santé peut faire basculer dans la précarité et, inversement, les populations les plus pauvres peuvent parfois se sentir exclues du système de soins.

Deux approches issues de travaux récents du CRÉDOC viennent l'illustrer.

### Santé et RMI

La santé arrive au quatrième rang des préoccupations principales des bénéficiaires du RMI enquêtés dans le Panel CRÉDOC mis en place pour la Commission nationale d'évaluation, derrière le besoin immédiat d'argent, le manque de travail et de logement. Environ 1 allocataire du RMI sur 4 est dans un état de santé dégradé. Il se déclare « très souvent malade, fatigué » dans 18 % des cas ou « ne pouvant rien faire à cause de sa santé » dans 10 % des cas.

Les allocataires du RMI en mauvaise santé



Bien entendu, ces problèmes sont plus intenses dans certains groupes d'allocataires. L'âge est ici déterminant ; après 60 ans, plus d'1 bénéficiaire du RMI sur 2 est dans l'un ou l'autre des cas évoqués ci-dessus.

L'entrée dans le dispositif d'insertion a permis à certains allocataires d'améliorer leur situation à l'égard de la santé : 12 % ont été affiliés à l'assurance maladie personnelle, 14 % ont bénéficié d'une visite médicale préventive ou d'un bilan de santé, 9 % se sont vu délivrer des lunettes, un appareil auditif ou une autre prothèse. Face à cela, on peut considérer que les contrats d'insertion ont peut-être tendance à sous-estimer l'importance des questions de santé puisque, selon les estimations, ceux-ci n'incluent une démarche liée à la santé que dans 4 à 15 % des cas, soit moins souvent que le problème ne se pose.

### Santé et ménages défavorisés

Dans le cadre de ses études sur l'évolution générale des inégalités, le CRÉDOC a mesuré les principales différences concernant les caractéristiques des ménages les plus défavorisés à la fin des années 80 par rapport à ceux de la fin des années 70. Ces groupes représentent de 6 à 7 % de la population française.

En 1979-80, 3 personnes sur 4 de ce groupe souffraient d'un handicap ou d'une maladie chronique. Il n'y en a plus que 2 sur 3 dans ce cas en 1987-88.

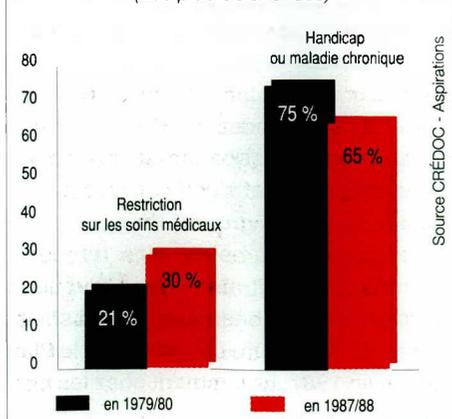
Cette diminution révèle une amélioration de l'état de santé des plus défavorisés qui tient, pour une large part, à la diminution de la proportion des retraités au sein des ménages les plus défavorisés au cours de cette décennie.

Plus préoccupante cependant est la progression de la proportion des ménages défavorisés qui déclarent se restreindre sur les soins médicaux : celle-ci a progressé de 10 % et concerne, en fin de période, presque 1 enquêté sur 3.

renseignent se restreindre sur les soins médicaux : celle-ci a progressé de 10 % et concerne, en fin de période, presque 1 enquêté sur 3.

### Deux caractéristiques face à la santé

(Les plus défavorisés)



## Pour en savoir plus

● Les données du CRÉDOC présentées ici sont issues de deux systèmes d'informations :

— l'enquête sur « Les aspirations et les conditions de vie des Français », effectuée de la fin 1989 à début 1990 (échantillon représentatif de 2 000 personnes) ;

— la première vague du panel RMI du CRÉDOC mis en place à la demande de la Commission nationale d'évaluation du RMI auprès d'un échantillon de 2 000 allocataires.

On pourra se reporter aux deux rapports suivants : « Les inégalités en France et leur évolution depuis une dizaine d'années » (février 1990, n° 83), « Panel RMI-CRÉDOC, points de départ » (avril 1991, n° 98).

● L'intégralité du rapport de M. Jacques Méraud, présenté au nom du Conseil économique et social, sur « L'évolution et les perspectives des besoins des Français et leur mode de satisfaction » est parue au *Journal officiel* (mardi 30 octobre 1989).

● Les données du CRÉDES proviennent de : « Évolutions récentes d'accès aux soins » par A. et A. Mizrahi, *Socio-économie de la santé*, 1990/1-2.

● Sur la diminution des taux de remboursements : « L'évaluation du plan Séguin ou la mesure des effets d'une politique du ticket modérateur » (Robert Rochefort), in *Des remèdes pour la santé*, sous la direction de Robert Launois, *Economica*, Institut La Boétie, 1989.

● Une présentation synthétique des matériaux présentés dans ce numéro de *Consommation et Modes de Vie* a donné lieu à une intervention au colloque d'éthique médicale organisé par le Conseil de l'Ordre des médecins en mars 1991.

### Consommation et Modes de Vie

Publication du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CRÉDOC)

Directeur de la publication : Robert Rochefort

Rédacteur en chef : Yvon Rendu

Relations publiques : Brigitte Ezvan

142, rue du Chevaleret, 75013 Paris  
Tél. : (1) 40 77 85 00

Diffusion par abonnement uniquement  
160 francs par an - Environ 10 numéros.

Commission paritaire n° 2193 - AD/PC/DC

Réalisation : La Souris : 45 21 09 61