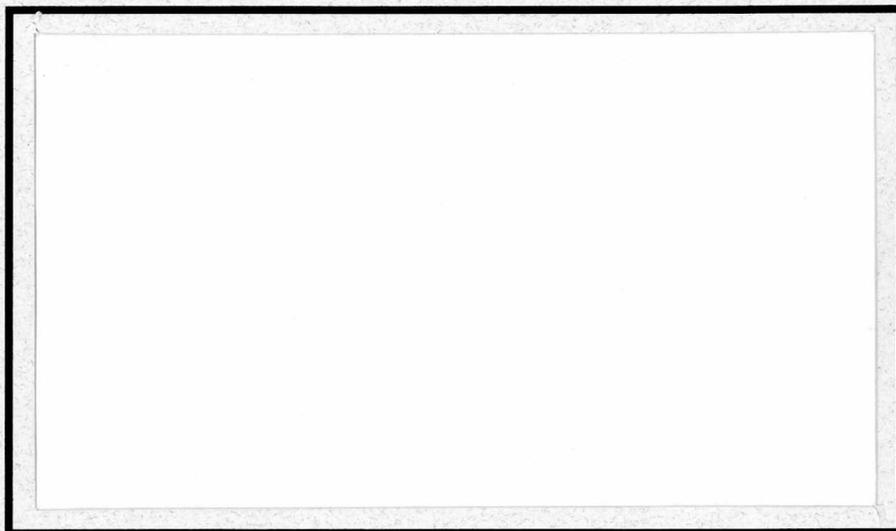


CAHIER DE ReCHERCHE

■



Crédoc - Cahier de recherche. N° 042.
Février 1993.

CREDOC•Bibliothèque



CRÉDOC

ENTREPRISE DE RECHERCHE

CREDOC

CAHIER DE RECHERCHE N°42

**Robert Rochefort
Jean-Luc Volatier**

DISPARITES, INEGALITES, INJUSTICE FACE AU SYSTEME DE SANTE

Robert ROCHEFORT

LES OPINIONS DES FRANCAIS SUR L'ACCES AU SYSTEME DE SOINS

Jean-Luc VOLATIER

COMPORTEMENTS CULTURELS ET BESOINS DES CONSOMMATEURS

Robert ROCHEFORT

FEVRIER 1993

142, rue du Chevaleret
7 5 0 1 3 - P A R I S

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
DISPARITES, INEGALITES, INJUSTICE FACE AU SYSTEME DE SANTE	3
LES OPINIONS DES FRANCAIS SUR L'ACCES AU SYSTEME DE SOINS	18
COMPORTEMENTS CULTURELS ET BESOINS DES CONSOMMATEURS	35

**CONTRIBUTION A LA REFLEXION DE L'ATELIER
DU COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN
SUR**

LES INEGALITES DANS LE SYSTEME DE SANTE

- en s'aidant notamment des idées de John RAWLS

R. ROCHEFORT

- à partir du système d'enquêtes "Aspirations"

J.L. VOLATIER

Février 1993

Dans le cadre des travaux menés sur la prospective du système de santé, deux notes ont été rédigées au CREDOC, destinées à nourrir la réflexion de l'atelier "inégalités dans le système de santé".

L'une porte sur une lecture possible des thèses de J. Rawls, dont on sait l'utilisation fréquente depuis quelques années en France dans les réflexions sur les thèmes de l'équité et de la justice. La difficulté résulte du fait que J. Rawls n'a pas de lui-même développé sa conceptualisation au cas de système de soins et que par ailleurs il est, par nature, réticent à toute instrumentalisation de sa pensée.

La seconde porte sur l'utilisation des données recueillies dans le cadre du système d'enquêtes "Aspirations et conditions de vie" afin de mesurer les opinions des Français et leurs variations à propos de l'inégalité éventuelle du système de soins.

CREDOC

Robert ROCHEFORT

DISPARITES, INEGALITES, INJUSTICE FACE AU SYSTEME DE SANTE

En s'aidant notamment des idées de
John RAWLS

Note réalisée pour l'atelier "Inégalités"
Groupe "Prospective du système de santé"
du Commissariat général du Plan

DISPARITES, INEGALITES, INJUSTICE FACE AU SYSTEME DE SANTE

En s'aidant notamment des idées de John RAWLS

La théorie de Rawls se propose de réconcilier liberté individuelle, efficacité économique et justice sociale. Pour cela, et à certaines conditions, des inégalités sociales peuvent être soit tolérées, soit reconnues positives par leur rôle moteur dans le développement économique général. Depuis quelques années, le cadre posé par Rawls est souvent retenu en France pour débattre sur les thèmes égalité/équité. Bien que Rawls parle très peu de la santé en tant que telle, est-il possible de s'aider de sa formalisation dans l'analyse des inégalités au sein du système de soins français ?

1. Le schéma de Rawls

1.1. Deux principes de base

Les thèses de Rawls reposent sur les deux principes qu'il formule de la façon suivante :

“En premier lieu : chaque personne doit avoir un droit égal au système le plus étendu de libertés de base égales pour tous qui soit compatible avec le même système pour les autres [égalités absolues].

En second lieu : les inégalités sociales et économiques doivent être organisées de façon à ce que, à la fois, (a) l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce qu'elles soient à l'avantage de chacun et (b) qu'elles soient attachées à des positions et à des fonctions ouvertes à tous” ()* [inégalités efficaces et égalité des chances].

Voici les exemples qu'il fournit des libertés de base :

(*) Tous les passages en italiques et entre guillemets sont des citations extraites de la “Théorie de la justice”.

“Les plus importantes sont les libertés politiques (droit de vote et d’occuper un poste public), la liberté d’expression, de réunion, la liberté de pensée et de conscience ; la liberté de la personne qui comporte la protection à l’égard de l’oppression psychologique et de l’agression physique (intégrité de la personne) ; le droit de propriété personnelle et la protection à l’égard de l’arrestation et de l’emprisonnement arbitraires”.

Il est tout à fait essentiel de comprendre que Rawls établit un ordre, qu’il qualifie de “lexical”, entre ces deux principes de la justice : le second est conditionné par le premier et, à l’intérieur du second principe, “l’égalité des chances” prime sur “le principe de différence”. En d’autres termes, le principe d’égalité doit s’appliquer sans restriction dans les secteurs des “libertés de base”, du moins sur le plan légal.

Pour Rawls, l’injustice débute lorsqu’existent des inégalités qui ne bénéficient pas à tous.

1.2. Biens premiers : sociaux et naturels

Rawls dénomme biens premiers *“tout ce qu’on suppose qu’un être rationnel désirera, quels que soient ses autres désirs”*. Ce sont en quelques sortes les conditions de son épanouissement et, à ce titre, c’est aux règles de leur répartition que doit s’attacher toute morale politique.

Certains sont des biens premiers “sociaux” en ce sens qu’ils sont liés très directement à la structure juridique de base de la société. Parmi ceux-ci, figurent :

- les droits et les libertés qui doivent être répartis également (premier principe) ;
- les revenus, la richesse, les “prérogatives de l’autorité” qui doivent être répartis équitablement, c’est-à-dire *“également, à moins qu’une répartition inégale de l’une ou de toutes ces valeurs ne soit à l’avantage de chacun”* (deuxième principe).

D’autres biens premiers sont “naturels” car leur répartition de départ entre les individus est inégale, mais pour des raisons sur lesquelles la société n’a pas contrôle : l’intelligence, la rigueur, l’imagination et la santé. (Bien qu’il existe des “héritages” sociaux, il subsiste une forte composante congénitale).

1.3. La contrainte de réalité impose une vision dynamique

Si la pensée de John Rawls a pu être qualifiée d’intrinsèquement idéaliste, elle est aussi profondément pragmatique et sa morale se range plutôt, selon la distinction de Max Weber, dans la catégorie de l’ “éthique de responsabilité”.

Ainsi, pour des raisons “économiques”, le premier principe, celui des libertés de base, ne peut pas toujours être instantanément satisfait sans contrecarrer la réalisation du deuxième et des arbitrages doivent alors être réalisés. Tel est évidemment le cas en ce qui concerne les “politiques publiques” : leur objectif consiste souvent à corriger les défauts de l’économie de marché en permettant, grâce à des prestations en nature ou en espèces, l’exercice effectif de nombreuses libertés de base, mais leur coût peut nécessiter des prélèvements fiscaux trop importants, c’est-à-dire de nature à freiner l’initiative économique. Rawls propose alors d’introduire dans son modèle une dimension “inter-temporelle” : les attentes qu’il convient de satisfaire dans le domaine des libertés de base peuvent être considérées comme des aspirations à long terme - qui incluent les futures générations - et leurs satisfactions, notamment à l’égard des personnes les plus défavorisées, peuvent ainsi ne plus apparaître en contradiction avec la nécessité de préserver à court terme le capital productif et de constituer en conséquence une “épargne” suffisante au détriment de la satisfaction immédiate des besoins. Dans cette acception des principes rawlsiens, la priorité de la liberté (premier principe) pourrait ne plus apparaître que comme une “tendance à long terme” et perdre beaucoup de son opérationnalité. Ce n’est pas le cas, car Rawls est sur ce point plus exigeant que la doctrine libérale classique : la croissance économique doit permettre une meilleure prise en compte effective du premier principe au fil du temps.

En d’autres termes, si certaines inégalités *sur des thèmes ressortissant au premier principe* peuvent être tolérées, bien qu’interdites en théorie, *celles-ci doivent se réduire au fil du temps, puis disparaître (exemple de l’esclavage qu’il cite souvent)*. D’où l’importance d’une mesure dynamique de ces inégalités.

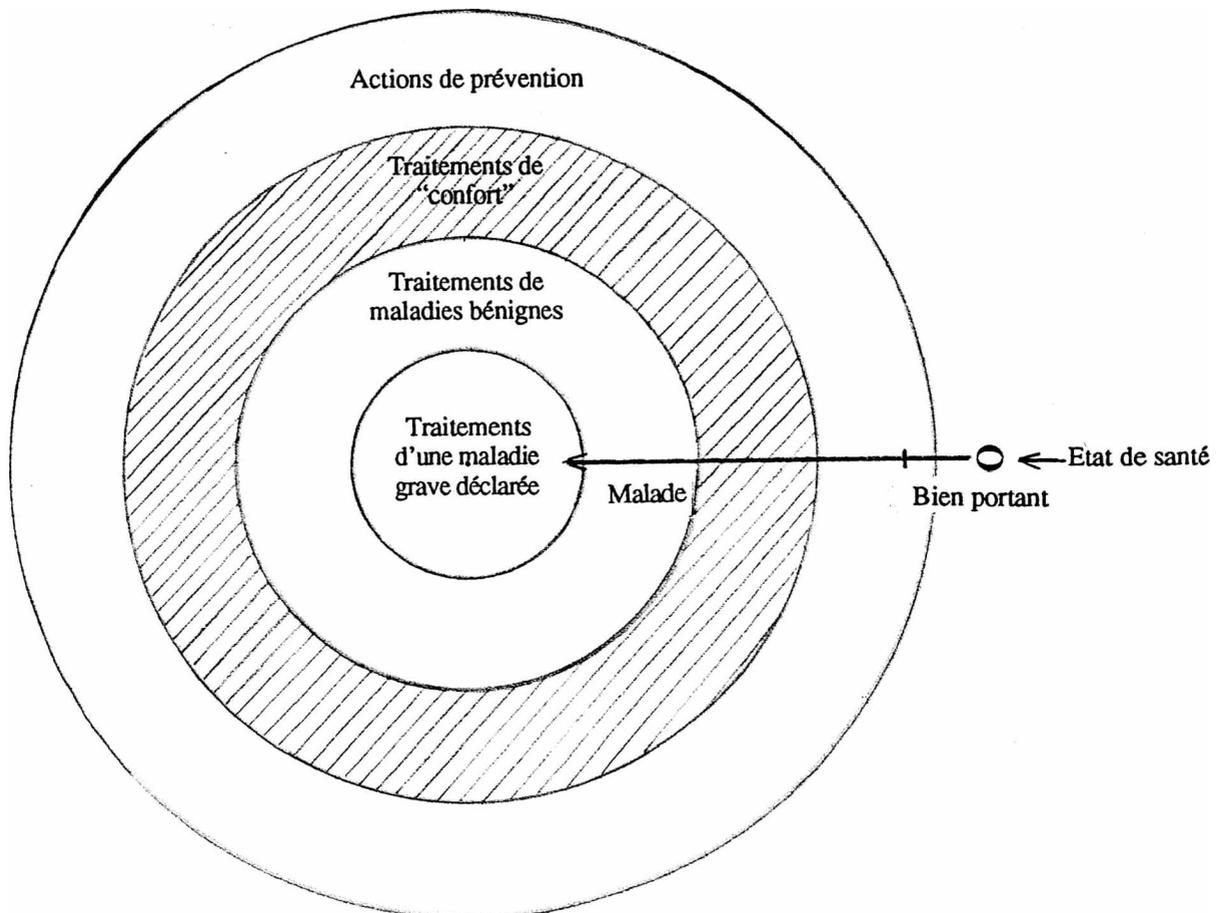
2. Interprétation dans le domaine de la santé

Dans tout domaine, le strict champ d’exercice du principe des libertés de base ne peut être défini qu’en faisant appel à un système de valeurs reconnu par la société dans son ensemble, dont Rawls pense que la constitution doit être dépositaire (“*Les libertés liées à l’égalité des citoyens doivent être incluses dans la constitution et protégées par elle*”). Celles des républiques françaises de 1946 et de 1958 retiennent dans leur préambule la formulation suivante : “*La Nation garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé*”. La santé est donc un bien premier naturel réparti inégalement entre les individus mais que la Nation s’engage à protéger. L’exercice des libertés de base en ce domaine résulte de la capacité à disposer, pour chacun et dans des conditions égales, de cette protection effective. Cela nécessite à la fois des dispositions concernant l’accès au système de santé d’une part et à son financement d’autre part.

2.1. L'accès au système de soins

L'application la plus immédiate du principe concerne **l'accès au système de soins d'une personne malade**. Si celle-ci souffre d'une pathologie qui peut être mortelle, ce principe rejoint le devoir d'assistance à personne en danger. Cependant, *la protection de la santé* ne peut se réduire à un cas extrême, car toute maladie, par principe, porte atteinte à la santé et la Nation se doit donc de garantir la mise en oeuvre de cette protection pour quiconque. De la même façon, la prévention, parce qu'elle concourt à protéger la santé, semble ressortir de cette formulation (L'O.M.S. a inscrit ceci dans sa charte sur la santé pour tous). A l'inverse, la médicalisation de la vie destinée à en améliorer le confort - à supposer que l'on sache précisément en définir le contour - peut être exclue de cette exigence.

Si l'on schématise de façon concentrique les différentes strates de l'activité médicale selon l'état du patient, le principe d'égalité rawlsien dans l'accès au système doit s'appliquer dans les parties non hachurées.



L'Etat notamment, grâce aux moyens de la carte sanitaire, se doit d'organiser ces libertés d'accès au système de santé.

2.2. Le dispositif financier

Il n'y a pas de droit effectif sans financement pour l'exercer. En conséquence, là où l'Etat se doit d'organiser une liberté d'accès au système de soins, il doit aussi garantir la mise à disposition d'une assurance maladie si le montant des dépenses la rend indispensable. La progression des cotisations en fonction du revenu, principe de base d'un système public d'assurance maladie, rend l'assurance obligatoire à la portée effective du salarié payé au taux le plus bas. De plus, la couverture s'étend aux conjoints et aux enfants et des dispenses de cotisations partielles ou totales sont prévues pour des populations aux revenus insuffisants (chômeurs, titulaires du RMI). Un système public d'assurance maladie est ainsi plus apte à satisfaire le premier principe de Rawls qu'un système privé dont les cotisations sont soit uniformes, soit liées aux risques encourus.

Pendant, les systèmes d'assurance maladie tendent au fil du temps à laisser une part de plus en plus grande des dépenses de santé à la charge directe des malades ou à celle des assurances complémentaires. Peut-on repérer à partir de quel stade cette évolution génère des inégalités inacceptables ? Compte tenu des remarques précédentes, cela est le cas dès que l'augmentation des financements privés implique la non délivrance de soins nécessaires à protéger l'état de santé. D'une façon générale, le traitement des maladies graves est presque toujours coûteux et il convient, pour des raisons de solvabilité, de maintenir un principe d'exonération du ticket modérateur.

Le traitement de maladies bénignes ainsi que les frais liés à la prévention peuvent entraîner un financement privé à la condition que son montant nominal soit à la portée des ménages les plus défavorisés (de la même façon que ceux-ci doivent faire face à des besoins élémentaires comme l'alimentation, le logement) où en cas contraire on doit prévoir un système de dispense du paiement de ces frais sur critère social (et non pas médical).

Le coût des traitements de confort peut être laissé au financement privé (direct ou par assurance complémentaire) car on peut penser qu'il ne s'agit pas là de l'exercice d'une liberté de base.

3. Les aspirations à l'égalité

Le système de valeurs sur lequel se définissent les libertés de base se fonde souvent sur un attachement très fort ressenti de façon assez homogène par la population. (A la suite d'une controverse, Rawls a convenu que le système des valeurs résultait également d'éléments "culturels" ou "historiques").

On constate ainsi empiriquement un attachement très marqué de la population à bénéficier d'une égalité de traitement médical que l'on peut formuler de la façon suivante : **A état pathologique donné, chacun a le droit de bénéficier des mêmes quantité et qualité de soins prodigués. Ceux-ci sont supposés être aux niveaux maximums que permettent l'organisation du système de soins et l'état de l'art médical.**

Il s'agit donc d'une aspiration à l'égalité qui vise à la fois l'accès au système de soins et les traitements subis.

Comment peut-on expliquer théoriquement cette aspiration égalitariste ? On peut formuler plusieurs réponses qui peuvent apparaître assez contradictoires à cette question. Ne sont-elles pas plutôt complémentaires ?

3.1. L'économie de l'incertain et l'aversion au risque : une explication libérale

Pour un individu en bonne santé - état de la majorité des personnes à un moment donné - la survenance individuelle de la maladie demeure un événement extrêmement aléatoire. C'est ainsi que si la consommation moyenne en dépenses de santé varie de 1 à 6 selon les âges, la "variance intra-classe" de cette grandeur est toujours supérieure à la "variance inter-classe". Si des corrélations statistiques sont mises en évidence (facteurs de risque), celles-ci ne sont pas prédictives des survenances individuelles (sauf lorsque la personne est déjà malade). De plus, s'il est possible de s'assurer au maximum sur le coût de la réparation de la maladie, il est quasiment impossible de s'exclure du risque de sa survenance. Par ailleurs, la probabilité croissante d'être malade au cours du cycle de vie ne peut faire oublier ce risque.

L'individu est ainsi - dans le cas le plus fréquent - devant l'un des exemples les plus significatifs d'absence d'information sur son avenir. (Il est face au "*voile d'ignorance*"). De plus, l'ampleur du risque peut légitimer une formalisation de comportements à fort niveau d'aversion à l'égard du risque (Neumann-Morgenstern).

La combinaison de ces deux facteurs aboutit alors à une aspiration égalitariste dont la conception restrictive débouche sur le système de "maximin" qui consiste à retenir, parmi les possibles, le système social dans lequel l'état des personnes les plus défavorisées est le mieux protégé.

Contrairement à l'idée qui sera développée au paragraphe suivant, on peut dire qu'il s'agit ici d'une tendance égalitariste non pas fondée sur une idée collectiviste, mais sur un "individualisme de précaution".

3.2. Idéal de fraternité et d'égalitarisme : une explication socialiste

“L'égalité est inscrite depuis plus de deux siècles au front des édifices publics” (Fournier-Questiaux-Delarue). Pour ces auteurs du célèbre “Traité du social”, celle-ci est maintenant confrontée à une meilleure connaissance des réalités liée à la diffusion des statistiques et il en découle la vision que *“l'inégalité sociale devant la mort, l'éloignement du système de soins dans certaines régions sont ressentis comme des atteintes du droit à la santé”*.

Rawls est plus mesuré : *“la répartition naturelle n'est ni injuste, ni juste, il n'est pas non plus injuste que certains naissent dans certaines positions sociales particulières. Il s'agit seulement des faits naturels. Ce qui est juste ou injuste, par contre, c'est la façon dont les institutions traitent ces faits”*. Au sein de la dialectique du naturel et du social, s'insère le politique et l'on constate encore ici combien la question d'importance est celle de la dynamique que réalise le système.

On peut considérer qu'il y aurait trois types de règles sociales dans lesquelles l'individu est plongé :

- celles des concurrences naturelles du marché et qui produisent globalement de l'“efficacité”, mais aussi des inégalités ;
- celles des corrections au marché par des politiques sociales de réparation (chômage) ou de substitution (retraite) mais qui ne lui sont pas antinomiques ;
- celles d'une “zone franche” dans laquelle les lois du marché ne sont plus applicables pour des raisons de représentations collectives.

Il peut exister d'autres exemples de la nécessité de disposer ainsi d'“exceptions” à l'application d'une règle du jeu. Ainsi, par analogie, les conventions de la guerre ne prévoient-elles pas que l'on arrête momentanément les hostilités pour évacuer les blessés et que l'on ne tire pas sur une ambulance ? La santé serait alors l'une des composantes essentielles de cette zone totalement pacifiée, à l'abri de la violence des règles économiques et sociales usuelles. La difficulté principale résulterait alors du fait qu'au fil du temps, la croissance du coût de la santé rendrait l'“exception” de plus en plus coûteuse et difficilement compatible avec la règle générale qui est celle du marché.

3.3. La faiblesse du malade interdit la situation d'“égalité des chances” : une explication républicaine

L'“égalité des chances” est la clef de voûte du modèle politique républicain et de la tradition économique libérale. Supposée réalisée, c'est elle qui peut légitimer de nombreuses différences inter-individuelles et inégalités socio-économiques. Or l'égalité des “chances”

suppose une certaine autonomie d'action de l'individu pour faire valoir ses efforts et aboutir en conséquence à certaines réussites méritées (Pour Rawls, le "principe de différence" ne doit pas conduire à une société de "méritocratie").

Face à la maladie avérée, l'autonomie d'action n'est plus possible. Le malade est un "patient", ce qui ne veut pas forcément dire "passif", mais sa marge de manoeuvre se réduit au fur et à mesure de la gravité de son état. Toute inégalité de traitement ne serait donc pas "équitable" et, en ce sens, elle ne peut être acceptée. (On peut rapprocher le fonctionnement de "l'école" et "du système de santé", deux institutions traversées par la préoccupation d'égalité. L'école doit établir une "égalité des chances" qui aboutit, au terme des études, à une inégalité des espérances de succès social des individus en fonction de leurs succès scolaires. Le système de soins voit arriver des individus sujets à des maladies face auxquelles nous sommes inégalement exposés pour des raisons diverses : génétiques, sociales, accidentelles, et se fixe comme objectif de "corriger" ou de "réparer" au maximum ces inégalités par la guérison).

La privatisation éventuelle de certains risques (pratiques sportives, par exemple) ou la "culpabilisation" à l'égard de certaines pratiques à risque (fumer, boire) va à l'inverse de cette logique. En attribuant la "responsabilité" de son état à chacun sur ce type de risque, on pourrait *d'un point de vue logique et à un stade ultime*, remettre en cause le principe d'égalité absolue. La question est alors de savoir si cette évolution est susceptible de convenir à la population.

3.4. La place de la maladie dans une société laïcisée : une explication "symbolique"

La maladie est intimement liée à la mort. L'hôpital est l'endroit où l'on naît et le lieu où l'on meurt. La peur de la mort, souvent cachée, amplifiée par l'effondrement des réponses que fournissait la religion, rappelle l'homme à sa destinée commune. Le vieil adage "tous égaux devant la mort" trouverait sa transposition naturelle : "tous égaux devant le traitement de la maladie". La montée des inquiétudes et des peurs à laquelle on assiste en profondeur amplifierait cette attitude.

4. Classement des inégalités en fonction des critères "rawlsiens"

Il existe diverses inégalités dans le domaine de la santé. Celles-ci peuvent être la conséquence des conditions de vie en général, ou s'observer soit au moment de la survenance de la maladie, soit au cours des traitements médicaux. On peut tenter une première classification de ces inégalités en discutant, pour chacune d'elles, leur compatibilité éventuelle avec les critères de Rawls. Signalons toutefois que nous n'échapperons pas à faire ainsi une lecture

“utilitariste” de Rawls, alors que lui-même prétend que sa théorie ne se prête pas à cela (Bien qu’il y ait une polémique sur ce point et que Rawls s’affirme clairement “anti-utilitariste”).

4.1. Exclusion de fait du système de santé

Une petite partie de la population la plus désavantagée socialement se trouve exclue de fait et non de droit du système de soins tant que la gravité de son état ne provoque pas une hospitalisation d’urgence. Ceci a été mis en évidence à partir du milieu des années 80 (“Médecins du Monde” a été l’une des premières associations à se mobiliser sur ce thème). L’exclusion résulte principalement de facteurs administratifs (nécessité de disposer d’une carte de droit, affiliation à un régime obligatoire d’assurance maladie) et de facteurs financiers complémentaires (tiers-payant, couverture complémentaire). Depuis la mise en place du R.M.I., une amélioration significative est probablement en cours, puisqu’il est prévu une affiliation systématique des allocataires. Il reste à démontrer l’efficacité de ces dispositions et, par ailleurs, nous savons qu’il existe des exclus du R.M.I., là aussi, pour des raisons de droit et de fait.

Incontestablement, cette inégalité est totalement contradictoire avec le premier principe de Rawls. De plus, facteur aggravant, elle a vraisemblablement eu tendance à augmenter au cours des années 80.

4.2. Inégalités géographiques inter-régionales

Depuis toujours, l’offre médicale - qu’elle soit hospitalière ou ambulatoire - est inégalement répandue sur le territoire national. Les disparités inter-régionales sont souvent issues du passé (tradition de facultés médicales) et résultent d’une mobilité relativement faible des médecins. Des facteurs liés à la demande (population âgée) contribuent parfois à expliquer ou à amplifier ces disparités. Par ailleurs, la mise en application des mesures de rééquilibrage des moyens hospitaliers a toujours été ralentie par la forte résistance à la fermeture des lits et des services.

D’un point de vue de rationalité pure et parfaite, ces disparités ne semblent pas se justifier. Elles résulteraient, selon Rawls, d’inégalités de “nature” et le rôle d’un Etat juste doit consister à en réduire l’importance au fil du temps, afin de tendre progressivement vers une plus grande égalité des chances (à supposer toutefois que l’on fasse l’hypothèse que l’on a moins de chances d’être bien soigné là où la densité médicale et hospitalière est minimale).

4.3. Inégalités géographiques intra-régionales

Les progrès de la médecine accroissent l'importance des plateaux techniques et de la concentration des savoirs par des équipes de praticiens de plus en plus spécialisés. On assiste ainsi à la constitution de pôles d'excellence qui se situent la plupart du temps dans les C.H.U. et dans certaines cliniques privées, lorsqu'il s'agit de spécialités "rentables". Ainsi, malgré une offre médicale que tout le monde s'accorde à reconnaître comme globalement suffisante - voire excédentaire -, s'accroît une inégalité géographique liée à la distance qui sépare chaque individu des structures pointues auxquelles il peut avoir besoin d'accéder.

Il peut s'agir ici d'une inégalité efficiente. Elle ne sera pas au désavantage des plus défavorisés si l'information sur la carte des spécialités fines qui se met ainsi en place est connue de tous et si les moyens de transport pour accéder à toutes ces structures sont à la portée de tous. Le problème s'apparente à celui de l'inégalité d'accès effectif à un bien collectif, qui est souvent rencontré en économie publique.

4.4. Inégalités d'espérance de vie à la naissance en fonction des classes sociales

Les tableaux mettant en évidence ce type d'inégalités sont bien connus en France (Guy Desplanques).

Ils ne peuvent être appréhendés, dans un cadre rawlsien, comme la représentation "de faits naturels", car il ne s'agit pas d'inégalités congénitales, mais d'inégalités sociales résultant des modes de vie et de la pénibilité des situations professionnelles.

Néanmoins, par construction, ces indicateurs sont calculés sur des vies terminées et la question essentielle concernant le système de santé est la suivante : celui-ci réduit-il les écarts ou, au contraire, les amplifie-t-il ? Dans le premier cas, son action - réductrice des inégalités - est conforme au principe de justice. (*"Puisque les inégalités de naissance et de dons naturels sont imméritées, il faut en quelque façon y apporter des compensations"*).

L'importance des actions de prévention sanitaire et sociale, pour corriger ces inégalités de durée de vie, réclame une grande attention. En effet, les messages de prévention doivent toucher de façon égale toutes les catégories sociales ; or cela n'est pas évident : 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 touchent qu'un public limité. De même, il semble exister des obstacles culturels à la diffusion, auprès des couches sociales peu favorisées, de la pratique de certains actes cliniques de prévention (toucher rectal,

par exemple). Si elle était confinée à un rôle mineur, ne bénéficiant pas d'un niveau de priorité budgétaire suffisant face à la logique de réparation, la prévention pourrait courir le risque de n'être intégrée que par les catégories culturellement favorisées, c'est-à-dire d'accroître les inégalités sociales plutôt que de les diminuer.

4.5. La diffusion du secteur des médecins à "honoraires libres"

La mise en place du "secteur 2" et sa prolifération sont souvent présentées comme un facteur aggravant les inégalités sociales. Il faut se garder d'une conclusion trop rapide, en effet :

- les médecins du secteur 2 sont plus fréquemment installés dans des secteurs "aisés" et, en moyenne, leur clientèle a "les moyens" de payer les dépassements tarifaires qu'ils pratiquent (En ce sens, le secteur 2 est une alternative à des tarifs de conventionnement qui seraient plus élevés et qui, s'ils devaient être appliqués uniformément, joueraient un rôle anti-redistributif !).
- d'une façon générale, le secteur 2 n'est critiquable que s'il interdit l'accès au système de soins de certaines populations défavorisées, mais il ne l'est pas "en soi".

Il convient, en conséquence, que la diffusion du secteur 2 soit contrôlée et que soit évités des effets de monopoles soit géographiques (car la sectorisation spatiale n'est heureusement jamais totale), soit de spécialité (gynécologues par exemple). Pour cela, on peut imaginer soit l'existence de quotas minimums de médecins du secteur 1, soit d'un nombre minimum d'actes réalisés au tarif conventionnel par tout praticien exerçant dans le secteur 2. (Cette dernière solution est peut-être préférable en termes d' "égalité", car elle tend à réduire le risque de la constitution d'un groupe de praticiens de ville rassemblant les plus expérimentés d'entre eux et hors de portée des plus démunis).

4.6. L'expérimentation de nouvelles thérapeutiques

Il s'agit d'un cas limite dans lequel des inégalités inter-individuelles sont maximales. Pour tester l'efficacité d'un nouveau produit ou d'une nouvelle technique, deux groupes de malades subissent des sorts thérapeutiques opposés : l'un seulement est soumis à l'expérience, le second, groupe témoin, continue à disposer des thérapeutiques traditionnelles.

L'acceptation par le corps social de cette règle du jeu repose sur l'application du second principe de Rawls : au terme de l'expérience, on sera en mesure de décider s'il convient ou non de généraliser ce traitement. Quelle que soit la réponse, celle-ci doit ensuite bénéficier à

l'ensemble du corps social. (Si la réponse est négative et si des "malades" ont eu à souffrir de l'expérience, par une aggravation de leur cas, on pourrait toutefois entrer en contradiction avec Rawls pour lequel il ne peut y avoir aucune logique de "sacrifice" de quelques-uns pour améliorer le sort du plus grand nombre).

Il convient toutefois de remarquer que cette procédure, qui peut être moralement douloureuse pour les malades, donne parfois lieu à des contestations : certaines associations de malades du Sida réclament ainsi le libre choix individuel d'utiliser ou non des produits qui ne sont pas encore arrivés au terme de leurs phases de test. *Pour un malade*, la dictature des protocoles peut apparaître *injuste*, et celui-ci peut lui préférer le libre exercice d'un principe de totale liberté. (Placé dans un cas extrême, n'ayant plus rien à perdre, un malade peut aspirer à vouloir prendre tous les risques).

Un autre cas d'inégalité inter-individuelle assez similaire peut se rencontrer dans le cas de la gestion des listes d'attente pour des greffes.

Ces questions ne mettent théoriquement pas en jeu de critères d'appartenance sociale.

5. Synthèse

La santé est au point de départ un “bien naturel” dont la distribution à la naissance est inégalitaire pour des raisons génétiques. Des facteurs sociaux, qui résultent des modes de vie, créent également des inégalités dans les espérances de vie. Face à cela, Rawls affirme que *“pour traiter toutes les personnes de manière égale, pour offrir une véritable égalité des chances, la société doit consacrer plus d’attention aux plus démunis quant à leurs dons naturels et aux plus défavorisés socialement par la naissance”*.

La société ne peut pas supprimer ces inégalités, mais le système de santé - ainsi que le système éducatif, par exemple - doit concourir à en réduire l’importance et à en contrecarrer les effets.

L’accès au système de santé afin d’obtenir “la protection de la santé” est une liberté fondamentale face à laquelle, au nom du premier principe de Rawls, nous devons être totalement égaux. Cela nécessite une carte sanitaire attentive aux secteurs insuffisamment équipés et une assurance maladie à la portée de tous. Divers facteurs - aversion au risque, “faiblesse” de la personne malade, idéal de fraternité - concourent à intensifier l’aspiration à une égalité de traitement dans le domaine de la santé. Bien que cela puisse heurter certaines habitudes, une participation financière significative des malades aux coûts de leurs soins n’est pas condamnable en soi (ne doit-on pas “payer” sa nourriture ?). On doit vérifier en revanche que celle-ci ne crée pas une entrave à la liberté d’accès au système de soins et à la délivrance des soins nécessités par la maladie. (L’exonération du ticket modérateur en cas de maladie longue et coûteuse se justifie pleinement dans une logique assurancielle. En revanche, dans une logique anti-inégalitaire, une exonération du ticket modérateur en fonction du revenu disponible serait plus justifiée).

L’activité médicale de confort est une consommation ordinaire qui ne doit pas bénéficier d’un traitement particulier mais dont la dynamique doit être celle “du marché”.

Certaines inégalités géographiques peuvent être efficaces si elles aboutissent à la constitution de plates-formes concentrant les plus hautes

compétences et bénéficient ainsi à l'intérêt général ; à condition toutefois que l'allongement du rayon d'action de chacune d'entre elles ne crée pas une exclusion des populations trop éloignées.

Du point de vue des inégalités, l'existence d'une assurance maladie obligatoire et gérée par un service public est une garantie de couverture du risque santé pour le plus grand nombre. (En dehors de toute mesure redistributive, la simple progression des cotisations en fonction du salaire rend la couverture maladie plus facilement accessible).

La mesure de l'inégalité d'accès au système de soins se doit d'être essentiellement dynamique, car si la société ne peut l'éliminer totalement, elle doit en favoriser la réduction au fil du temps.

CREDOC

Jean-Luc VOLATIER

LES OPINIONS DES FRANÇAIS SUR L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SOINS

Note réalisée pour l'atelier "Inégalités"
Groupe "Prospective du système de santé"
du Commissariat général du Plan

Les opinions des Français sur l'accès au système de soins

Résumé introductif

Cette note décrit l'évolution de 1978 à 1990 de deux opinions sur l'accès au système de soins, l'une générale, l'autre plus personnelle. On étudiera, dans une première partie, le sentiment très général d'existence ou d'absence d'inégalités d'accès aux soins de santé. Dans une seconde partie, seront analysées les restrictions sur les soins de santé que déclarent devoir s'imposer certains de nos concitoyens. Ces opinions ont été recueillies chaque année depuis 1978 dans le cadre du système d'enquêtes sur les "Conditions de vie et les Aspirations des Français". Chaque échantillon annuel, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, comprend environ 2000 individus.

Globalement, les opinions sur l'existence d'inégalités d'accès aux soins de santé restent stables de la fin des années 70 au début des années 90. Approuver l'existence d'inégalités d'accès aux soins de santé, c'est souvent manifester un mécontentement général vis-à-vis du fonctionnement de la société qui ne trouve pas forcément son origine dans le système de soins en particulier. C'est aussi témoigner parfois, pour les habitants des grandes agglomérations et de la région parisienne, de la possibilité de choisir des soins plus ou moins performants selon l'information et les moyens dont on dispose. Enfin, pour les rares personnes qui déclarent se restreindre sur les soins médicaux ou pour celles qui sont en situation d'invalidité ou de maladie chronique durable, cette opinion est sans doute plutôt le reflet d'une impossibilité personnelle d'accéder aux soins désirés.

C'est justement cette petite population (7% des Français) qui déclare se restreindre sur les soins médicaux, qui sera analysée dans la deuxième partie de cette note. Stable ou en très légère croissance depuis la fin des années 70, cette catégorie de population a des caractéristiques bien définies : chômeurs ou personnes vivant dans un ménage touché par le chômage, personnes ayant des difficultés à boucler leur budget, disposant de revenus faibles, se restreignant sur de multiples autres postes, ne partant pas en vacances. Les individus souffrant de maladies chroniques ou durables sont aussi plus nombreux dans cette catégorie, alors que les personnes âgées déclarent au contraire plus rarement se restreindre sur les soins médicaux. Par ailleurs, les ouvriers et les indépendants affirment plus souvent s'imposer des restrictions que les cadres et les employés.

1 - Perception générale des inégalités d'accès au système de soins

Les opinions des Français sur le caractère plus ou moins inégalitaire du système de santé sont globalement très stables de 1978 à 1990. Chacune des trois modalités¹ de la question étudiée ici obtient environ le même nombre de suffrages tout au long de la période.

Tableau 1

Certains pensent que, quand on a de l'argent et des relations, on est mieux soigné. Etes-vous ...

Années	en %												
	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
D'accord (1)	59	54	59	64	62	60	60	59	61	57	54	61	62
Pas d'accord	41	46	41	36	38	40	40	41	39	43	46	39	38
Ensemble (y c. non réponses)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) - Sommation des réponses "tout à fait d'accord" et "assez d'accord".

Source Crédoc, enquête "Aspirations et Conditions de vie"

La dénonciation d'inégalités dans l'accès au système de santé est associée à plusieurs facteurs assez différents les uns des autres :

- Un certain mécontentement vis-à-vis du fonctionnement général de la société. Celui-ci conduit à une réponse qui traduit plus une mauvaise humeur à l'égard des institutions qu'une analyse du fonctionnement du système de santé en particulier. Dans le début des années 80 notamment, la contestation des inégalités d'accès au système de santé était liée à un certain mécontentement "moderniste" vis-à-vis de la société. Les jeunes diplômés et les étudiants participaient alors à ce mouvement de contestation. Au début des années 90, les jeunes et les étudiants ne dénoncent plus particulièrement les inégalités du système de soins (graphique 3).

¹ La question utilisée dans ce chapitre est la suivante : "Certains pensent que, quand on a de l'argent et des relations, on est mieux soigné. Etes-vous ... Tout à fait d'accord, Assez d'accord ou Pas du tout d'accord". Cette formulation assez inhabituelle, avec trois items de réponse, peut paraître étrange, mais elle est simplement due à des circonstances historiques. Le commentaire des résultats d'une année isolée nécessite une certaine prudence, mais l'étude en évolution permet de dégager quelques enseignements.

- L'utilisation de soins spécialisés et de haut niveau. Ce n'est ici qu'une hypothèse, mais il est difficile d'expliquer autrement que les actifs de milieu socio-culturel élevé sont, sur toute la période, plus dénonciateurs des inégalités d'accès aux soins que les personnes âgées et les jeunes, ou que les habitants de la région parisienne le soient plus que les ruraux. Globalement, ces populations utilisent plus de soins spécialisés et cherchent sans doute plus que d'autres à s'informer et à bénéficier des techniques de pointe.
- La difficulté réelle à accéder au système de soins pour une petite minorité de la population : ceux qui se restreignent sur les soins de santé, les handicapés et les invalides, en bref, ceux qui subissent un mauvais niveau de remboursement pour tel ou tel soin précis.

Tableau 2

Présentation des groupes parmi lesquels on est plus souvent "tout à fait d'accord" avec l'assertion : "on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations":
(29 % en 1987-1990 dans l'ensemble de la population)

Mécontentement général :

Estime que la justice fonctionne très mal	39 %
Souhaite des réformes radicales pour changer la société	38 %
Considère que la diffusion de l'informatique est regrettable	39 %
Pense que les mesures de lutte contre le chômage ne sont pas du tout efficaces	38 %
N'est pas satisfait de son cadre de vie quotidien	38 %

Conditions de vie modestes :

Se restreint sur les soins médicaux	48 %
Appréciation du niveau de vie personnel depuis 10 ans : il va beaucoup moins bien	40 %
Appréciation de ses conditions de vie dans les 5 ans : vont beaucoup se détériorer	47 %
Se restreint sur l'habillement	33 %
Se restreint sur l'alimentation	36 %

Socio-démographie :

Homme de 40 à 59 ans	34 %
Plus de 40 ans et vit en région parisienne	36 %
Est séparé ou divorcé	38 %
Est ouvrier	33 %
Est sans religion	36 %

Problèmes de santé :

A un handicap ou une maladie chronique durable	32 %
Circonstances de cessation d'activité professionnelle : maladie	41 % (N=287)
Situation actuelle : inactif malade ou invalide	42 % (N=156)

Lecture : 39% des Français qui estiment que la justice fonctionne très mal, sont "tout à fait d'accord" avec le fait qu'on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations (contre 29% de l'ensemble des Français)

Tableau 3

Assez d'accord avec le fait qu'on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations :
(30 % en 1987-1990 dans l'ensemble de la population)

Intérêt pour le système médical :

La santé, c'est l'affaire des médecins : assez d'accord 36 %

Socio-démographie :

niveau d'études : Bac, études supérieures 36 %

Etudiant 38 %

Lecture : 38 % des étudiants sont assez d'accord avec le fait qu'on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations, contre 30 % de l'ensemble des Français.

Tableau 4

Pas du tout d'accord avec le fait qu'on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations :
(41 % en 1987-1990 dans l'ensemble de la population)

Satisfaction générale :

Estime que la justice fonctionne assez bien 47 %

Est très satisfait de son cadre de vie quotidien 46 %

Ne s'impose pas régulièrement de restrictions 45 %

Faible intérêt pour le système médical :

La santé, c'est l'affaire des médecins : pas du tout d'accord 53 %

Ruralité :

vit en milieu rural 47 %

exploitant agricole 55 % (N=310)

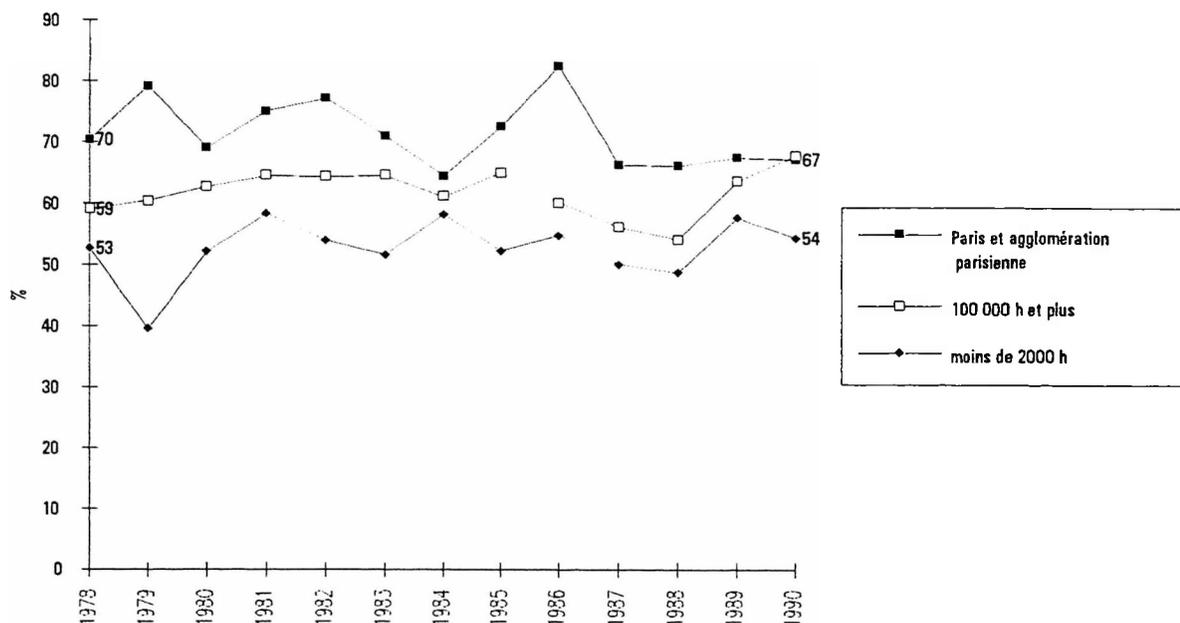
Lecture : 55 % des exploitants agricoles ne sont pas du tout d'accord avec le fait qu'on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations, contre 41 % de l'ensemble des Français.

Source : enquête "Aspirations et Conditions de vie 1987-90, Crédoc

Dans l'ensemble, cette question est assez peu liée aux caractéristiques socio-démographiques, surtout depuis 1982. Remarquons cependant que les opinions sur les inégalités d'accès au système de santé varient, sur l'ensemble de la période, avec le niveau d'urbanisation (et donc sans doute avec l'offre de soins) : les habitants de la région parisienne dénoncent plus fréquemment ces inégalités que les ruraux (graphique 1).

Graphique 1

Pourcentage d'accord avec l'assertion :
 "Quand on a de l'argent et des relations, on est mieux soigné"
 - Selon la taille d'agglomération -



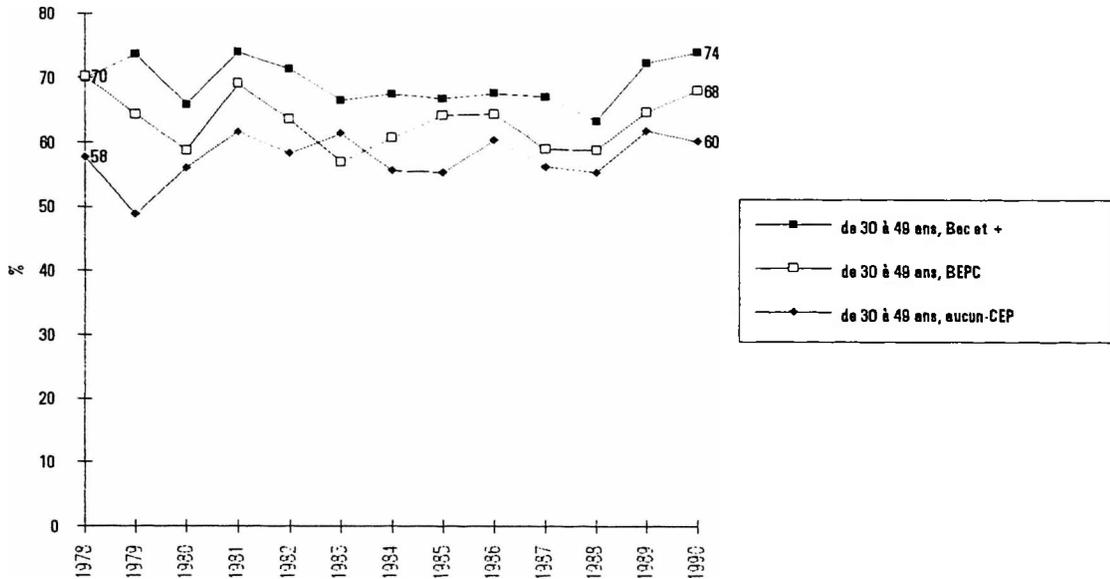
Source Crédoc, enquête "Aspirations et Conditions de vie"

Les diplômés d'âge moyen dénoncent plus souvent les inégalités d'accès au système de soins (graphique 2). On peut avancer au moins deux explications à ce phénomène :

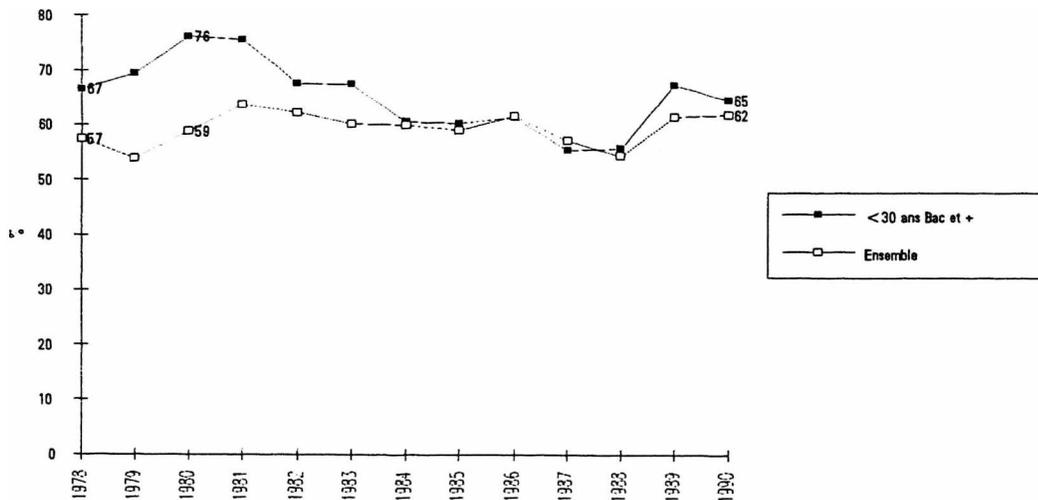
- Les diplômés sont plus souvent intéressés par les soins techniques dont ils connaissent plus facilement l'existence et la diffusion. Ils commencent aux âges médians à devoir assez fréquemment accéder à ces soins.
- Les diplômés de 30 à 49 ans, dans les années 80, appartiennent à une génération sensible aux problèmes d'inégalités.

L'hypothèse de l'existence d'un effet de génération semble confirmée par l'évolution des opinions des jeunes diplômés : nettement plus souvent dénonciateurs d'inégalités au début des années 80, ils ont des positions plus "moyennes" au début des années 90 (graphique 3).

Graphique 2
Pourcentage d'accord avec l'assertion :
"Quand on a de l'argent et des relations, on est mieux soigné"
 - selon l'âge et le diplôme -



Graphique 3
Pourcentage d'accord avec l'assertion :
"Quand on a de l'argent et des relations, on est mieux soigné"
 - selon l'âge et le diplôme -



La tendance actuelle des opinions est donc à la stabilité de la dénonciation des inégalités d'accès au système de santé. Cette stabilité s'explique par des évolutions contradictoires de la société, certaines qui contribuent à la diffusion du sentiment d'inégalités, d'autres qui freinent cette diffusion.

Parmi les évolutions qui freinent la diffusion de l'idée d'existence d'inégalités, il faut souligner le changement d'attitude des jeunes diplômés, changement d'autant plus notable que cette catégorie est en expansion démographique.

A l'opposé, parmi les tendances qui favorisent la diffusion de la sensibilité à l'existence d'inégalités, remarquons que les ruraux et les exploitants agricoles sont assez faiblement intéressés par la médecine technicienne et sont, sur toute la période étudiée, moins souvent dénonciateurs d'inégalités d'accès à la santé. Or, leur poids dans la population tend à diminuer pendant que celui des habitants des grandes agglomérations tend au contraire à augmenter. Cet effet de structure joue donc en faveur de l'accroissement du sentiment d'inégalités d'accès aux soins de santé.

Enfin, ce sentiment n'est sans doute pas perçu aujourd'hui avec une forte acuité, même s'il semble assez largement diffusé dans la population. Les réponses à une question ouverte sur les "transformations à apporter à la société" illustrent le faible niveau de citations des problèmes d'inégalités en général et à propos du système de santé en particulier (tableau 5)².

Tableau 5

Si vous deviez, comme cela, en quelques mots, citer deux améliorations qu'il faudrait apporter au fonctionnement de la société actuelle, lesquelles proposeriez-vous ? (printemps 1991)

Aider les personnes âgées, les familles, les femmes au foyer.	17 %
Du travail, surtout pour les jeunes	10 %
Augmenter les salaires	16 %
Améliorer la qualité et le niveau de vie	14 %
Résoudre le "problème du chômage" (et de l'immigration)	13 %
Changer les mentalités	12 %
Réformer le système éducatif	8 %
S'occuper plus des Français et moins des étrangers	4 %
Réduire les inégalités	1 %
Protéger l'environnement	1 %
Autres	4 %
Ensemble	100 %

Réponses relatives au système de santé et à la Sécurité sociale : 1 % des réponses classées, n=32

Source : enquête "Aspirations et Conditions de vie" du Crédoc, printemps 1991

² Pour une analyse complète de cette question, se reporter à : L. Clerc, A. Dufour, "Deux analyses lexicales", Cahier de recherche du CREDOC, n°22, janvier 92.

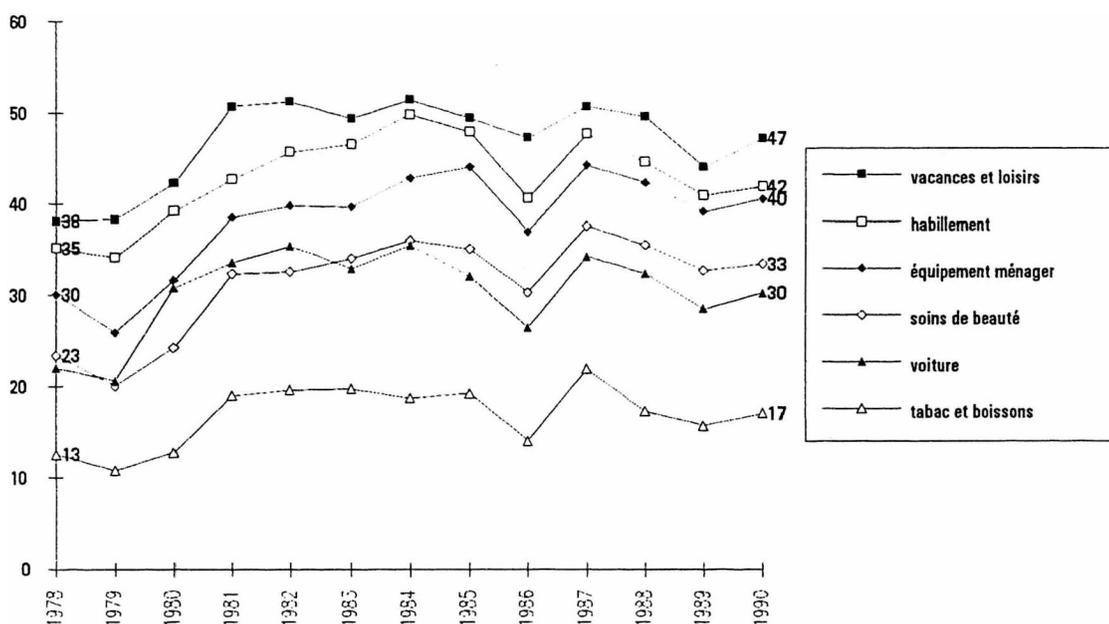
De l'analyse de ces souhaits de transformation de la société prononcés spontanément, il apparaît que les demandes de lutte contre les inégalités d'accès au système de soins sont marginales. Nuancions cependant ce propos en constatant que les demandes d'aides ("aider les personnes âgées, les familles, les femmes au foyer") sont en revanche assez fréquentes, même si elles sont assez générales et ne font pas référence à des difficultés à accéder aux soins médicaux en particulier.

2 - Le sentiment de se restreindre sur les soins de santé

La perception de restrictions régulières dans le domaine de la santé est très peu répandue dans la population ; c'est même le secteur de la consommation pour lequel le niveau de restriction est le plus faible³. Alors qu'en 1990, 60% des Français déclarent être obligés de s'imposer régulièrement des restrictions sur certains postes de leur budget, c'est le cas de 47% d'entre eux pour "les vacances et les loisirs" et de 7% seulement pour "les soins médicaux".⁴

Graphique 4

Part des Français qui déclarent s'imposer des restrictions
- évolution 1978-1990 -



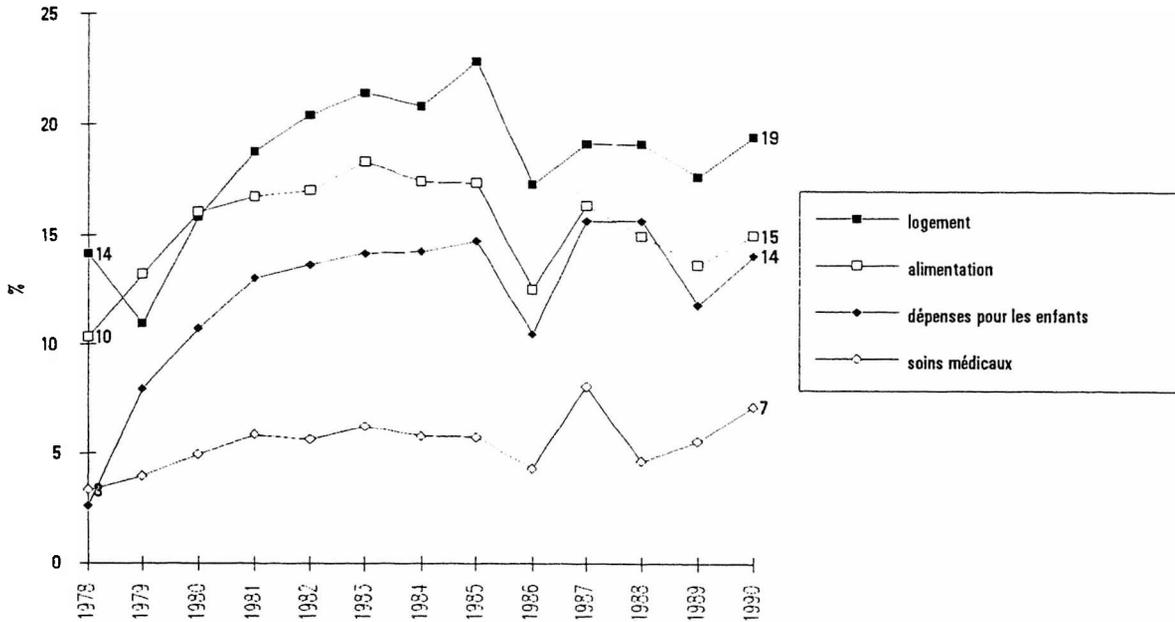
Source :Crédoc, enquête "Aspirations et Conditions de vie"

³ Cf. R. Rochefort "L'accès à la santé". Consommation et modes de vie, n°59. 15 mai 1991

⁴ L'intitulé exact de la question est le suivant : "Est-ce que vous (ou votre foyer) êtes obligé de vous imposer régulièrement des restrictions sur certains postes de votre budget ? Si oui : sur lesquels particulièrement ? (soins médicaux, voiture, achat d'équipement ménager, alimentation, soins de beauté, vacances et loisirs, habillement, logement, dépenses pour les enfants, tabac boisson)"

Graphique 5

Part des Français qui déclarent s'imposer des restrictions
évolution 1978-1990



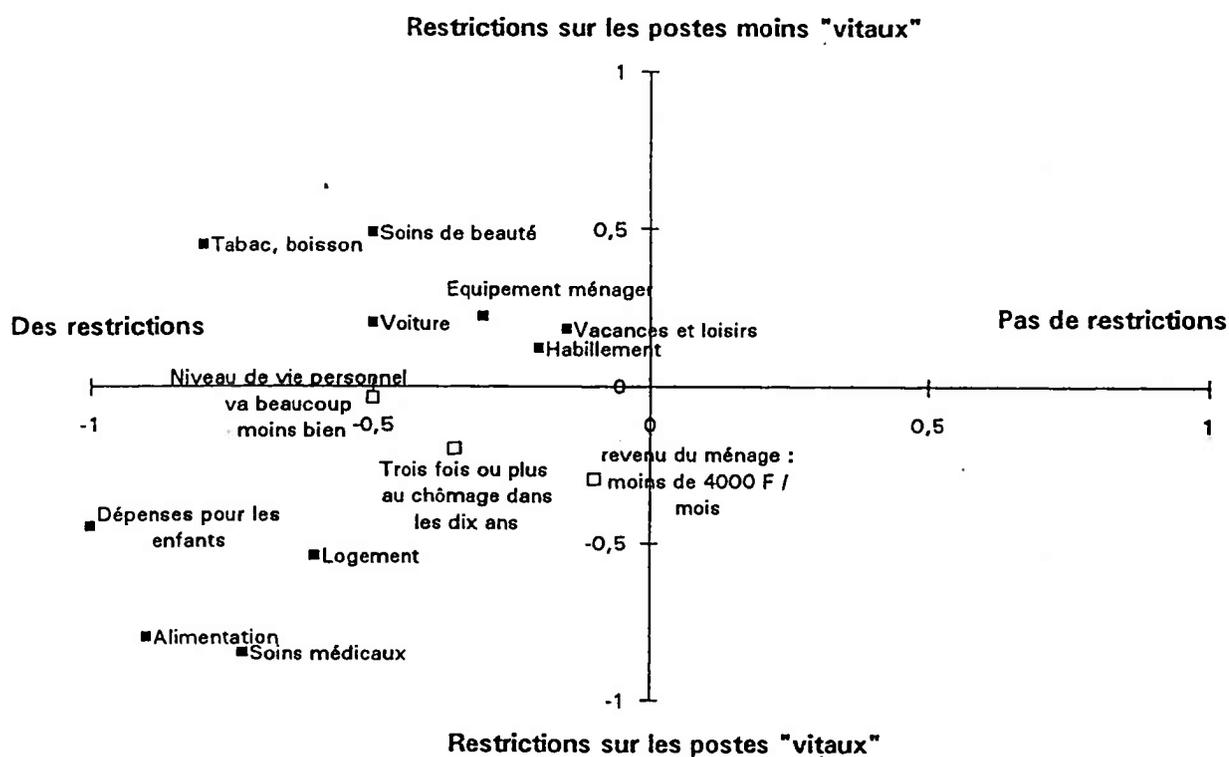
Source Crédoc, enquête "Aspirations et Conditions de vie"

On peut avancer trois explications à cette faible diffusion du sentiment de se restreindre sur les soins médicaux : en premier lieu, l'existence de financements collectifs, la Sécurité Sociale et les mutuelles. En second lieu, l'accès aux soins de santé est rarement très régulier, contrairement à d'autres types de consommation (alimentation...). L'obligation de se restreindre *régulièrement* peut donc s'avérer moins fréquente pour les soins de santé que pour d'autres secteurs de la consommation. En particulier, les prothèses dentaires et la lunetterie ne font pas partie des soins pour lesquels des *restrictions régulières* sont probables, alors que ponctuellement, on peut y renoncer ou préférer des substituts (simples soins dentaires par exemple).

La faible diffusion de ce sentiment de restriction a enfin une troisième explication : les soins médicaux font partie, avec l'alimentation, des consommations "vitales" que l'on sacrifie manifestement plus difficilement que d'autres types de consommation (vacances et loisirs, habillement, équipement ménager, soins de beauté, voiture, tabac et boissons). Une analyse factorielle permet ainsi de mettre en évidence que les restrictions régulières sur les soins médicaux sont plus fortement associées aux

restrictions sur l'alimentation que les autres consommations moins "vitales" (graphique 6).

Graphique 6
Restrictions associées : deux groupes de restrictions séparés
au moyen d'une analyse factorielle (AFC)



Source Crédoc, enquête "Aspirations et Conditions de vie"

Le caractère "extrême" du renoncement aux soins de santé par obligation financière explique d'ailleurs que la sous-population qui déclare s'imposer ce type de restriction est très caractéristique sur le plan socio-démographique (tableau 6).

Tableau 6

Catégories socio-démographiques ou groupes de personnes définis par une opinion, qui sont particulièrement nombreux à déclarer "être obligé de s'imposer régulièrement des restrictions sur les soins médicaux" : (6% de l'ensemble de la population en 1987-90)

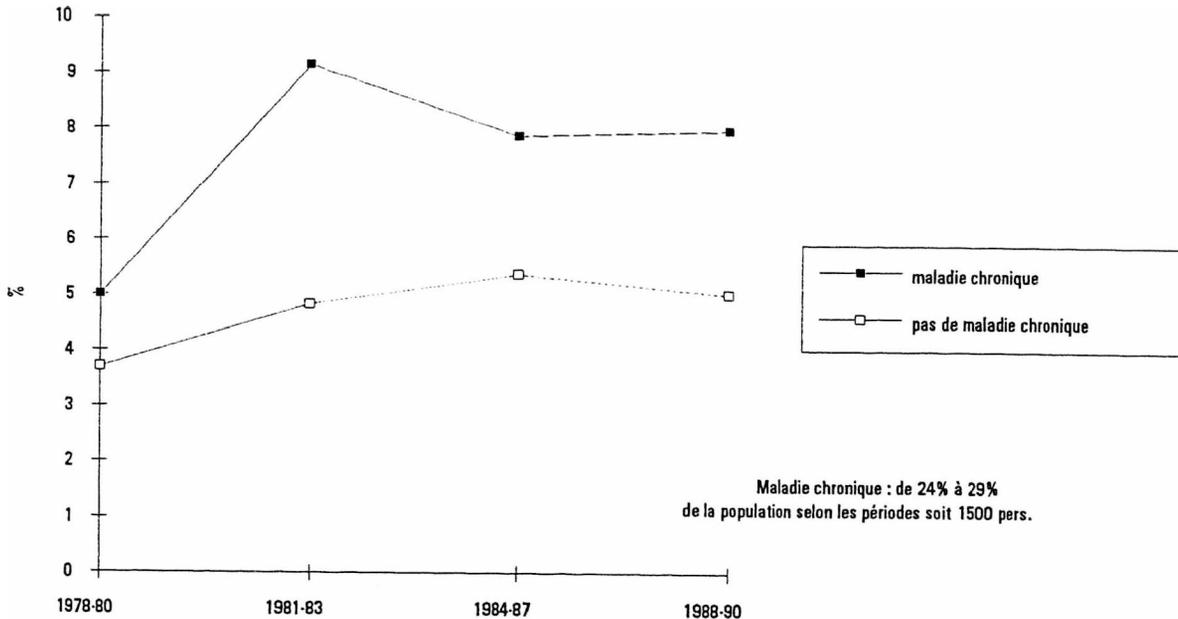
Appréciation du niveau de vie personnel : il va beaucoup moins bien	16 %
Ne possède pas de produit d'épargne liquide (livret...)	11 %
N'est pas parti en vacances au cours des 12 derniers mois	10 %
Un des membres du foyer est au chômage	13 %
Est lui-même chômeur	14 %
Estime que les dépenses de logement représentent "une très lourde charge"	16 %
Revenu du foyer inférieur à 35 000 F par an	15 %
On est mieux soigné quand on a de l'argent ou des relations : "tout à fait d'accord"	11 %
N'est pas du tout satisfait de son cadre de vie quotidien	15 %
Pense que la société doit être transformée par des réformes radicales	10 %
A un handicap, une infirmité ou une maladie chronique durable	9 %

Lecture : 16% des Français qui estiment que leur niveau de vie va beaucoup moins bien que dans les années passées, déclarent être obligés de s'imposer régulièrement des restrictions sur les soins médicaux, alors que 6% seulement de la population est dans ce cas.

La faiblesse des revenus et les difficultés budgétaires ou professionnelles sont en effet nettement plus souvent exprimées parmi les Français qui déclarent se restreindre sur les soins médicaux. La maladie chronique et l'invalidité forment, à travers les déclarations des interviewés, un autre type de situation factuelle liée aux restrictions sur la santé. Les Français qui affirment souffrir de handicap ou de maladies chroniques sont en effet plus nombreux à déclarer se restreindre sur les soins médicaux. Ce sentiment subjectif de se restreindre correspond-il à une difficulté réelle à se soigner suffisamment ? Dans tous les cas, ce phénomène est net, quelle que soit l'année d'observation (graphique 7).

Graphique 7

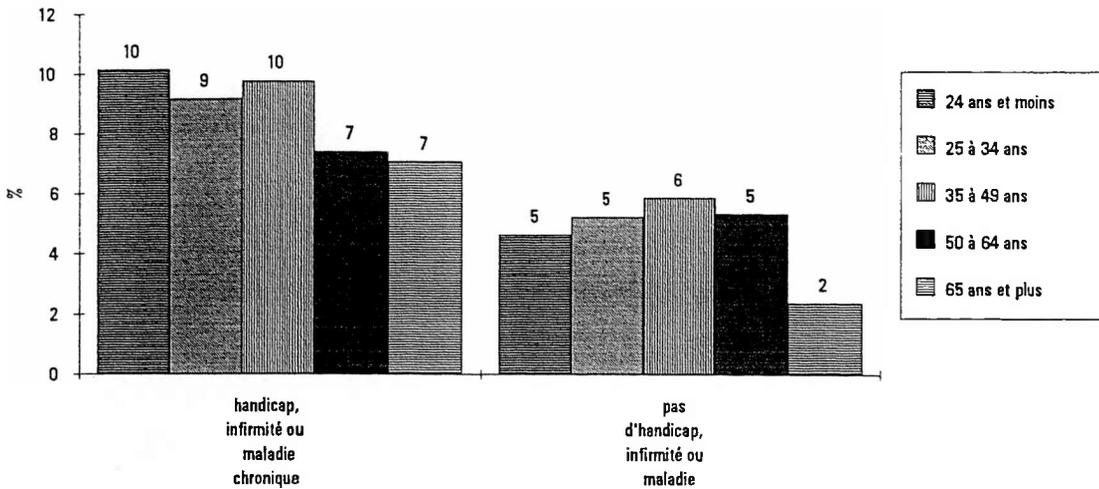
Part des Français qui déclarent s'imposer des restrictions sur les soins médicaux selon l'expression d'une maladie chronique, d'un handicap, d'une invalidité



On pourrait penser a priori que ce lien entre restrictions sur la santé et déclaration de morbidité "lourde" conduirait à de plus fortes restrictions chez les personnes âgées. Il n'en est rien. La perception de restrictions régulières ne s'accroît pas avec l'âge de l'interviewé : **les personnes âgées manifestent généralement peu de restrictions, pour les soins de santé comme pour les autres postes de consommation**, alors qu'elles sont assez nombreuses à déclarer un handicap ou une maladie chronique. Avoir vécu dans des conditions de vie plus "rudes" une partie de son existence peut sans doute freiner les souhaits de consommation. Il est possible aussi que la couverture maladie des personnes âgées et notamment la prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale, fréquente dans ces classes d'âge, permette d'éviter les restrictions. Mais comment expliquer alors que les malades "chroniques" affirment plus souvent se restreindre ? Si l'on distingue les malades chroniques parmi les personnes âgées d'une part, et les Français plus jeunes d'autre part, il apparaît que ce sont les adultes jeunes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap qui sont les plus nombreux à déclarer s'imposer des restrictions en matière de soins de santé (graphique 8). L'hypothèse d'un effet générationnel apparaît donc être la plus vraisemblable.

Graphique 8

Part des Français qui déclarent s'imposer des restrictions sur les soins de santé selon l'âge et la morbidité déclarée

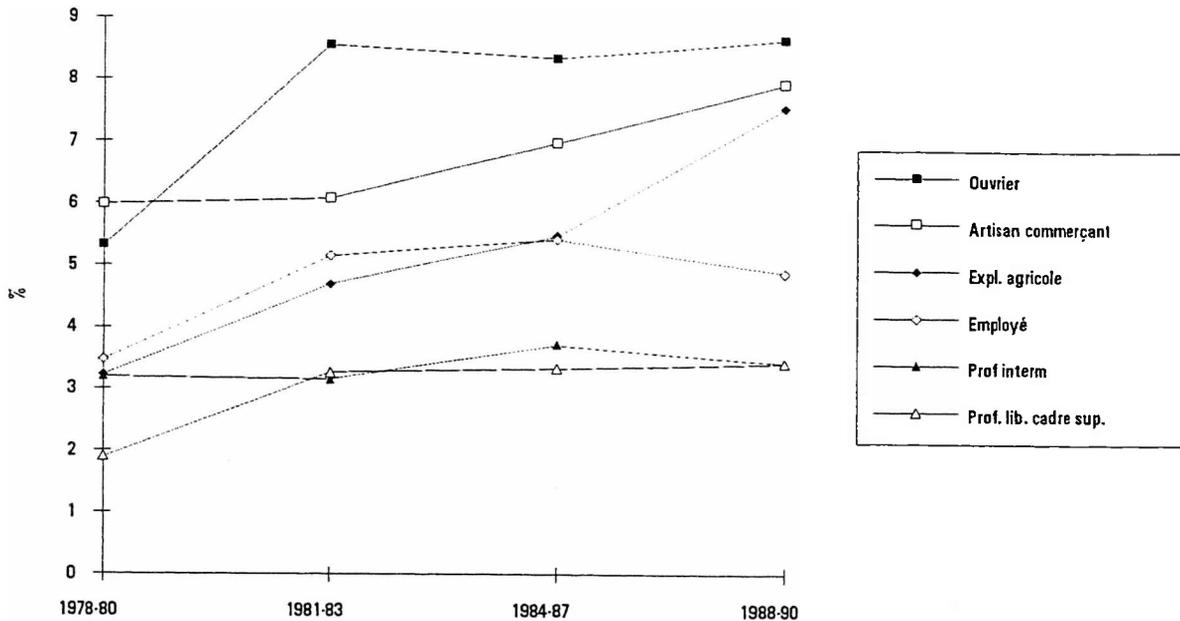


source Crédoc enquête "Aspirations et Conditions de vie"

Enfin, l'évolution des disparités de restrictions par PCS individuelle est marquée par une certaine stabilité depuis 1981-83, à l'exception des catégories d'indépendants. Les exploitants agricoles et les artisans-commerçants déclarent en effet de plus en plus souvent se restreindre (graphique 9).

Graphique 9

Part des Français qui déclarent s'imposer des restrictions sur les soins médicaux selon la PCS individuelle (actifs)



Source : Crédoc enquête "Aspirations et Conditions de vie"

Au début des années 90, deux groupes de professions se distinguent donc : d'un côté les "cols blancs", c'est-à-dire les employés, les professions intermédiaires, les cadres supérieurs et professions libérales, déclarent très peu souvent devoir se restreindre sur les soins de santé. De l'autre côté, les ouvriers et les indépendants (agriculteurs et artisans-commerçants) déclarent plus souvent devoir d'imposer de telles restrictions.

3 - Conclusion générale :

Deux niveaux de perception des inégalités d'accès aux soins de santé sont à distinguer nettement. D'une part, la dénonciation générale de telles inégalités est relativement répandue, mais perçue sans grande acuité. Elle semble être globalement liée à l'existence d'une offre médicale abondante et donc à la possibilité et la volonté de choisir des soins plus ou moins performants selon l'information dont on dispose et selon ses moyens financiers.

Les inégalités d'accès aux soins de santé sont aussi très ponctuellement dénoncées par une petite population (7% des Français en 1990) qui déclare s'imposer des restrictions sur les soins médicaux. Parmi cette petite population, on trouve plus souvent des chômeurs, des ménages à bas revenus, des individus qui s'imposent des restrictions sur des postes "vitaux" comme l'alimentation, des individus affirmant souffrir d'une maladie chronique ou d'un handicap, en particulier quand ces individus sont relativement jeunes. Ces restrictions sont aussi plus souvent déclarées par les ouvriers et, depuis peu, par les indépendants.

Les évolutions constatées dans les années récentes indiquent une stabilité générale de la perception des inégalités d'accès à la santé. Cette évolution finalement assez optimiste des opinions générales contraste avec la permanence de la petite minorité de population qui manifeste des difficultés professionnelles (chômage) ou budgétaires et affirme devoir se restreindre régulièrement sur les soins médicaux.

**COMPORTEMENTS CULTURELS ET
BESOINS DES CONSOMMATEURS**

Intervention de M. Robert ROCHEFORT, Directeur du CREDOC, au colloque du 8 et 9 janvier 1993, organisé par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

COMPORTEMENTS CULTURELS ET BESOINS DES CONSOMMATEURS

Intervention de M. Robert ROCHEFORT

« Comment les besoins des consommateurs peuvent-ils être identifiés et déboucher sur la mise en place de nouveaux services ? »

« Quelles sont les réticences, les difficultés qui peuvent exister et qui freineraient leur développement ? »

« Quels sont donc les ressorts de la "demande" et des marchés de consommation ? »

A la première question — les besoins des consommateurs —, il y a bien entendu des réponses spontanées, presque évidentes. Citons ainsi, en ce qui concerne les besoins non satisfaits, qu'ils soient anciens ou plus récents :

- un enfant sur deux seulement, de moins de trois ans, dispose d'une place de crèche ou de nourrice agréée. Pour suppléer ce manque, c'est « la course à la débrouille ». Tous les parents connaissent cette situation, en souffrent, mais en oublient très vite les inconvénients une fois la période passée. Peut-être est-ce pour cela que les choses ne s'améliorent qu'assez lentement. Il manque des structures d'accueil pour au moins deux cents mille enfants ;

- il y a aujourd'hui entre cinq cent et six cent mille personnes âgées dépendantes et ce nombre progressera de 10 % dans les dix ans à venir, et bien davantage au-delà. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, 60 % des Français se déclarent prêts à cotiser à une assurance-dépendance, même s'ils souhaitent que dans le même temps l'Etat fasse de gros efforts financiers à cet égard ;

- l'alimentation « hors domicile » occupe aujourd'hui 20 % du budget alimentaire des ménages. Ce poste progresse très vite et continuera à progresser car cela résulte, pour une très large mesure, de la biactivité dans les couples qui, si elle est généralisée dans les classes d'âge les plus jeunes, est encore

minoritaire chez les plus de 50 ans. Le glissement des générations fera que, dans les années à venir, cette situation sera répandue à la plus grande partie du cycle de vie.

Les nouveaux besoins

Vous connaissez les secteurs qui sont porteurs de l'écllosion de nouveaux besoins. Ce sont les loisirs, la santé, l'environnement, la sécurité, l'aménagement urbain et, on peut dire, malheureusement, «l'insertion sociale des plus démunis».

Prenons l'exemple des vacances et des loisirs. C'est le poste pour lequel les ménages déclarent se restreindre le plus (45 % sont dans ce cas). Dans nos enquêtes de consommation, c'est aussi le premier poste qui progresserait en cas d'augmentation du revenu (85 % des Français augmenteraient leur consommation dans ce domaine). Ce marché va donc continuer à croître, sous des formes d'ailleurs très variées ; il ne faut pas oublier par exemple qu'au cours des années quatre-vingts, c'est la montée de l'activité sportive qui est à l'origine du développement associatif. Les centres de vacances et de loisirs pour enfants et adolescents devraient également se développer car aujourd'hui, malgré la généralisation de la biactivité dans les couples, seulement 12 % des enfants âgés de 4 à 16 ans en sont utilisateurs.

Autre exemple : nous avons appelé une étude récente «Le Réveil des villes moyennes». Cette étude mettait en évidence qu'en trois ans, le mouvement général d'accroissement des services proposés dans les villes intermédiaires — de 20 000 à 100 000 habitants — était considérable. Les deux cents villes dans lesquelles nous avons enquêté déclarent vouloir continuer à s'équiper à l'horizon 1995, d'abord dans le domaine des infrastructures de loisirs (25 %), puis de l'environnement (16 %). Auparavant, on appréciait la ville à la prestance de son beffroi ou de sa mairie, comme dans une économie de cueillette. Désormais, le patrimoine qu'on apprécie comprend d'emblée toutes les productions nouvelles d'équipements et de services, que ceux-ci soient de nature publique ou privée.

Pour aller plus loin dans l'analyse et dans l'identification de ces nouveaux besoins, il faut insister sur un point très important : l'économie de marché dans laquelle nous vivons repose sur le ressort de la croissance et nécessite pour cela une recherche constante de nouveaux débouchés. Or, en ce qui concerne la consommation, ces nouveaux débouchés ne sont trouvés — pour aller un peu vite dans le raisonnement — qu'au prix d'un élargissement perpétuel de la sphère

marchande dans les modes de vie au détriment de la sphère privée. L'autoproduction est la caractéristique des économies traditionnelles. Le recul permanent de cette autoproduction est la caractéristique des économies modernes. Cela est vrai depuis longtemps et cela continue de l'être aujourd'hui encore.

Lorsque l'on dit que, pour développer notre économie, nous créons toujours de nouveaux besoins, ce n'est pas exact. En réalité, et dans une large mesure, nous faisons passer partiellement ou totalement dans la sphère marchande, parfois quasi marchande ou même publique, toujours davantage de satisfaction des besoins des individus et des sociétés. Pour l'avenir et au risque d'un certain schématisme, il ne s'agit donc pas tant de repérer quels seront les nouveaux besoins que de prévoir ce qui, dans les besoins, sera susceptible d'être un peu plus «marchandisé» et deviendra donc «nouvelle demande des consommateurs».

**La «marchandisation»
d'une partie
de la vie privée**

Ceci nous permet de fournir une première réponse à la seconde question. L'une des difficultés majeures, l'un des freins essentiels à la diffusion de nombreux nouveaux services, c'est la réticence des groupes sociaux à la «marchandisation» de tel ou tel aspect de leur vie qui jusqu'alors n'en faisait pas l'objet, c'est-à-dire qui était du ressort de leur vie privée, et presque de leur économie privée ou de leur économie domestique. Prenons un exemple qui est l'un des plus caractéristiques : de nombreuses innovations de services, ou même de biens de consommation, sont censées viser les personnes âgées et leurs besoins spécifiques : du portage des repas à domicile à la vente de certains plats cuisinés industriels, des systèmes de téléalarme à l'organisation d'une alternative médicale et sociale à l'institutionnalisation, etc.

Or, lorsque l'on propose ces nouveaux biens ou services aux personnes d'un certain âge, leur réticence est souvent très fréquente et leur réponse la plus usuelle est automatiquement : «Je n'en ai pas besoin». Que cache cette réponse apparemment si simple ? Leur point de vue conscient ou inconscient est bien souvent en réalité : «Je peux me débrouiller tout seul» ou même «Je dois me débrouiller tout seul». Il y a alors un conflit potentiel qui les oppose souvent à des gens plus jeunes — souvent leurs enfants — qui pensent que non, elles ne sont plus en état de le faire toutes seules ou bien qu'elles ont les moyens financiers de se faire aider pour telle ou telle activité. L'incompréhension est culturelle, elle résulte du fait que ce qui pour certains est considéré comme

un progrès — pouvoir externaliser la satisfaction d'un besoin — est perçu par les autres — les principaux concernés — comme une atteinte à leur sphère privée. En effet, le service, lorsqu'il se substitue à l'autoproduction, crée une dépendance à l'égard d'autrui, à l'égard du système économique et social. De ce point de vue, l'extension de la sphère marchande nous rend tous de plus en plus interdépendants. Evidemment, cette concession à autrui est mieux acceptée lorsqu'elle apparaît comme le prix à payer pour jouir soi-même d'un accroissement de son rôle social.

Ainsi, à tout moment, dans notre société, il se déroule un étrange combat entre une tendance à l'externalisation de la satisfaction des besoins, qui permet la croissance de l'économie, et une réticence culturelle, un réflexe de protection de chacun pour garder son autonomie, gage de préservation de son identité et de sa liberté.

C'est dans cette optique qu'il faut analyser l'évolution des modes de vie et l'importance croissante de la consommation.

Avant les Trente Glorieuses, la société était structurée autour de classes fondées sur une logique de production : les agriculteurs, les ouvriers, les commerçants. Pendant les Trente Glorieuses, ces modèles ont dû progressivement s'effacer pour laisser place à une standardisation des modes de vie, nécessaire à l'entrée dans la société de consommation, à la diffusion en grandes quantités de biens d'équipement produits en séries. Le modèle de la société est devenu celui d'une hiérarchisation unique, avec un désir d'ascension sociale ; c'était le « modèle » de la « société américaine ».

Vers l'individualisation de la consommation

Nous avons connu au cours des années quatre-vingts une nouvelle évolution : celle de l'individualisation de la consommation. On ne fournit plus un panier de consommation à un ménage, mais on tend à séduire chaque membre de la cellule familiale pris séparément : Par des segmentations très raffinées, la prolifération des références et l'illusion d'un produit ou d'un service presque personnalisé. C'est à ce prix que l'on a pu franchir une étape supplémentaire dans le processus marchand : satisfaire des besoins symboliques, immatériels en termes d'image de soi et de liberté individuelle.

Nous voici au début des années quatre-vingt-dix confrontés à un nouveau défi. Face à la fin des idéologies, face à l'indifférence religieuse et à la montée générale des doutes et des inquiétudes, les marchés de consommation flirtent aujourd'hui avec le désir de vendre du sens, de la valeur, du

politique et peut-être même, demain, de l'éthique. Benetton a sans conteste été le premier à offrir de l'antiracisme et de la culture résolument mondialiste, Rhône-Poulenc vend de l'écologie, Danone vend aujourd'hui de la recherche médicale, c'est-à-dire de la santé. Chaque année, un nombre croissant d'entreprises s'associent au téléthon. Dans le domaine humanitaire, *Télérama* vend les Restaurants du Cœur, etc.

Cette spirale a quelque chose d'inférieur. Il n'est pas sûr que nous ne soyons pas en train d'aller trop loin. Une partie de la crise de la consommation actuelle a d'ailleurs peut-être quelque chose à voir avec ces évolutions qui peuvent paraître suspectes au consommateur lui-même. D'autant plus qu'au cours des années quatre-vingts, le pouvoir d'achat s'est déplacé vers les plus de 50 ans, qui, comme nous l'avons déjà dit, nourrissent une certaine réticence à l'égard de ces consommations nouvelles. D'où le succès du retour aux produits simples ou traditionnels. Ils conviennent parfaitement aux consommateurs âgés et ils sont, pour les plus jeunes, davantage porteurs de valeurs qui rassurent.

Une double concurrence

Revenons-en aux services. Dans beaucoup de domaines, le transfert de la satisfaction des besoins vers la sphère externe se fait par le développement de l'activité marchande. Une fois les réticences dépassées pour en accepter le principe, comment cela se passe-t-il concrètement pour le consommateur ? Avant de consommer le service qui lui est proposé, celui-ci va arbitrer en fonction du prix proposé, et ce service va ainsi être confronté à une double concurrence.

La première de ces concurrences s'effectue entre biens et services marchands. En effet, l'une des caractéristiques de la modernisation des biens de consommation est liée à leur capacité à incorporer toujours davantage de fonctions de services. Ces biens sont souvent présentés à des prix très compétitifs car le service intégré est réalisé sur grande série, et la plupart du temps de façon automatisée : dans le domaine alimentaire, par exemple, cela va des légumes pelés et lavés aux plats vendus en kit, économisant le temps de préparation des repas, jusqu'à la réalisation de la recette et la vente du plat tout préparé.

La seconde concurrence se livre avec le consommateur lui-même. Au prix d'un appareillage modernisé, de l'acquisition d'un équipement spécialisé, il aura la possibilité de réaliser par lui-même le service marchand qui lui est proposé. C'est par exemple le cas du «bricolage» dans la maison, mais aussi, de plus en plus souvent, sur la voiture, etc. Bien

entendu, la comparaison des prix de revient est largement biaisée car, dans ce cas de figure, le consommateur ne valorise pas son temps à un prix de marché. De plus, cette solution est attractive culturellement car elle permet de combiner production industrielle de l'outil et du matériau, et production domestique du service, c'est-à-dire qu'elle valorise une action créatrice de l'individu au lieu de lui rappeler sa dépendance: dans nos enquêtes, les raisons invoquées pour le bricolage sont premièrement la «nécessité économique», puis l'«occupation et la distraction».

Ainsi, le nouveau service est-il soumis à de rudes obstacles avant de s'imposer. Réticence culturelle à l'externalisation de la satisfaction des besoins et obstacles de prix se combinent pour en freiner la diffusion. C'est donc sur ces deux critères qu'il faut peser.

Subventionner le service

Le second tout d'abord : le prix. Reconnaissons que, depuis longtemps, la solution semble avoir été trouvée en ne faisant payer au consommateur qu'un ticket modérateur souvent très éloigné du coût de revient du service proposé. Evidemment, la façon la plus classique pour ce faire est de subventionner le service, de le réaliser dans un cadre public ou parapublic. Une autre solution consiste tout simplement à mutualiser le coût, par exemple par un principe d'assurance, que celle-ci soit publique ou privée. Dans ce cas, lorsque le besoin revient chez le consommateur, le prix résiduel non pris en charge par l'assurance s'avère facilement compétitif. Encore faut-il préalablement avoir réussi à faire payer la cotisation en amont ! Dans le secteur des loisirs et des vacances, le financement par les comités d'entreprises a également permis que le consommateur ne paie que partiellement la prestation qu'il achète. Dans l'exemple de l'alimentation hors foyer, la mise en place des chèques-déjeuners participe du même principe.

En l'absence de mesure structurelle permanente pour abaisser le coût du facteur travail dans les services, il semblerait que pour stimuler le développement des nouveaux services, cette technique de paiement fractionné : une partie mutualisée et une partie payée directement par le consommateur, est souhaitable, au moins à leur lancement. Sinon, on se condamne à voir la diffusion des nouveaux services cantonnée aux catégories de consommateurs les plus aisées, c'est-à-dire à ceux qui valorisent à un taux suffisamment élevé leur temps disponible. Si cela était le cas, le marché s'avérerait très étroit et cela aboutirait à accroître les inégalités sociales en termes de consommation.

Notons que l'organisation partiellement collective que nécessite le paiement fractionné du coût du service, tel que nous venons de le décrire, peut parfois contribuer à réduire l'obstacle culturel à sa diffusion. En effet, il y a, par la médiation d'un collectif, une certaine atténuation de la violence de l'entrée de l'acte purement marchand dans la sphère privée. Sans être généralisables, les formes associatives de distribution de nouveaux services sont à ce titre particulièrement intéressantes : elles sont une forme idéale de médiation et, en combinant bénévolat et travail salarié, peuvent abaisser le coût du service proposé.

Apprivoiser le consommateur

Pour vaincre les réticences culturelles, le nouveau service doit apprivoiser le consommateur, il doit en termes de marketing éviter de se présenter sous la forme d'une prothèse, c'est-à-dire comme révélateur la carence d'autonomie du consommateur qu'il viendrait combler. Il doit au contraire insister sur la complémentarité qu'il propose au consommateur avec sa propre action. Il y a un retournement à établir : le service ne vient pas limiter l'autonomie de la personne, mais au contraire l'accroître en lui permettant par exemple de faire ensuite davantage de choses pour et par lui-même (c'est, par exemple, le cas pour les services de maintien à domicile des personnes âgées ou pour les aides ménagères familiales). Ce retournement est capital car l'état de «domesticité» dans lequel on semble cantonner parfois celui qui fait profession de procurer un service, et qui évidemment tend à lui procurer une médiocre considération, est une stratégie de défense de la part de celui qui, destinataire de ce service, n'y voit d'abord que le rappel de sa dépendance.

Pour terminer, il faut insister sur ce fait : parmi tous les nouveaux besoins que l'on peut percevoir, celui qui paraît aujourd'hui le plus fort et qui en englobe bien d'autres est celui de «réassurance». L'homme moderne est terriblement inquiet et lorsque la conjoncture économique paraît bien sombre, comme c'est le cas actuellement, ses inquiétudes finissent par le tétaniser complètement. Santé, écologie, sécurité des biens et des personnes sont autant de thèmes porteurs derrière lesquels, en réalité, le besoin profond est d'être rassuré.

Pour satisfaire ce besoin, c'est du lien social qu'il faut recréer et intensifier ; pour cela, reconnaissons que les services sont mieux placés que les biens de consommation. Car seul l'homme peut rassurer l'homme ; l'objet, lui, ne le peut pas.

