



Commissariat général du Plan

SANTÉ 2010

"Les inégalités sociales de santé"

Rapport de l'Atelier n° 2

Président : Robert Rochefort

Rapporteur : Christine Meyer

Sou1993-831

Santé 2010 - Les inégalités
sociales de santé - Cgp - Rapport
de l'atelier n° 2 / Robert Rochefort
et Christine Meyer. Juin 1993.

CREDOC•Bibliothèque



Juin 1993

1

AVANT-PROPOS

par

Robert Rochefort
Directeur du CRÉDOC

La nécessaire régulation du système de soins doit être soucieuse de ne pas aggraver les inégalités sociales face à la santé.

L'égalité d'accès au système de soins est un objectif largement réalisé et constitue un puissant facteur de cohésion sociale indispensable à préserver. Toutefois, le développement d'une médecine de plus en plus spécialisée et technicienne tend à favoriser l'apparition de nouvelles inégalités en ce domaine liées à la constitution de filières d'excellence vers lesquelles peuvent s'orienter plus rapidement ceux qui en connaissent l'existence.

Les inégalités sociales dans les états de santé continuent d'être vives. Elles sont les conséquences d'une exposition - très variable selon les groupes de population - aux différents facteurs de risque, que ceux-ci soient liés aux aspects matériels ou psychologiques des modes de vie et de consommation ou aux conditions de travail, mais aussi à l'affaiblissement des liens de cohésion sociale dans la vie familiale, professionnelle ou sociale. Bien entendu, le système de soins ne peut être rendu responsable de l'existence de ces inégalités. Il se doit pourtant de tout mettre en œuvre pour en atténuer les effets tant sur le plan des thérapeutiques dispensées que sur celui des pratiques de prévention engagées.

D'une façon générale, la question des inégalités face à la santé est loin d'être dépassée. La santé, un secteur "à part", fortement investi symboliquement est une fonction collective qui coûte de plus en plus cher tandis que la survenance individuelle de la maladie demeure toujours aléatoire et qu'à ce titre, elle constitue l'une des "peurs" les plus fortes auxquelles chacun a à faire et qui s'amplifie en vieillissant. Ces facteurs accentuent l'aspiration à l'égalité que confirment les études les plus récentes : dans l'esprit de nos concitoyens, plus la société est difficile et "concurrente", plus il importe qu'il demeure une zone d'exception, au sein de laquelle le seul principe appliqué soit celui de la plus grande égalité. La

santé est ce secteur. Les Français souhaitent que cette égalité soit absolue dans l'accès au système de soins et utopie qu'elle le devienne dans les états de santé eux-mêmes : dans notre société, la maladie est toujours perçue comme une certaine forme d'"injustice".

Cependant, cette aspiration ne doit pas servir d'argument intempestif pour refuser, dans son principe, toute politique de régulation de la dépense de santé : ce refus serait, à terme, source d'inégalités supplémentaires (le système de santé américain - très peu régulé - n'est-il pas à la fois le plus coûteux et le plus inégalitaire ?). À l'inverse, cependant, les politiques de régulation, quelles qu'elles soient, risquent toujours d'aggraver les inégalités si elles ne sont pas complétées par des dispositions particulières : sur le versant de la demande, elles risquent, en alourdissant les tickets modérateurs, d'exclure les assurés sociaux de catégories modestes et inférieures qui ne disposent pas d'assurance complémentaire ; menées sur le versant de l'offre, c'est-à-dire en restreignant la prolifération des actes et des équipements, elles risquent de provoquer des files d'attentes et de donner une "prime" aux catégories les mieux informées sur les différences d'équipements d'une structure d'offre à l'autre. Les politiques de régulation médicalisées négociées, en concertation avec les pouvoirs publics, entre les Caisses d'assurance-maladie et les professionnels du secteur qui sont souvent évoquées présenteraient l'avantage indéniable d'être plus égalitaires dans leurs effets attendus auprès des malades. Malheureusement, jusqu'à présent ces politiques n'ont eu que peu d'effets sensibles au niveau macro-économique, surtout en ce qui concerne l'activité médicale libérale.

Le système statistique, beaucoup trop exclusivement centré sur la mesure des seules quantités réalisées par les producteurs de soins, ne fournit pas d'éclairage satisfaisant sur les profils et les trajectoires des malades dans le système, sur les besoins médicaux non satisfaits et, en conséquence, sur les inégalités effectives. Tout au plus fournit-il, essentiellement grâce à des enquêtes intermittentes, des éclairages sur les disparités dans les niveaux et les structures de consommation par groupes sociaux, sans qu'il soit possible de déterminer si celles-ci sont d'une façon ou d'une autre liées, (cause ou conséquence), aux différences d'états de santé. Leur mesure se limite d'ailleurs, le plus souvent, à l'observation des courbes d'espérance de vie et à l'étude des données de mortalité.

Des risques de fractures à l'horizon d'une quinzaine d'années sont perceptibles. Il est inutile de revenir sur celles, déjà signalées plus haut, qui résulteraient de l'application brutale de la contrainte financière ; elles sont susceptibles de s'intensifier avec la mise en place de l'UEM. Certaines ruptures peuvent survenir du changement d'attitude du patient devenant de plus en plus un "consommateur averti", susceptible de contourner ce qui apparaîtrait comme des "contingentements" et de mettre en place des stratégies très individualisées pour mieux maîtriser les réseaux d'accès aux soins. D'une façon générale, le développement de la médecine hyper-spécialisée, parcellisée et technicienne

s'accompagne d'un risque de progression très forte des inégalités d'information. Savoir, ou ne pas savoir - que l'on soit de la famille du patient ou son généraliste - où se situent les services hospitaliers d'excellence pour une pathologie donnée, bien souvent non encore diagnostiquée, peut s'avérer déterminant pour l'avenir du malade. Ces inégalités-là ne se mesurent pas ! Elles tendent par ailleurs à accroître la pression sur les traitements des soins aigus au détriment des prises en charge de malades chroniques dont la recherche médicale s'occupe encore trop peu.

L'attention au thème des inégalités de santé et aux enjeux pour le futur amène alors à formuler des règles de base et des recommandations essentielles.

- C'est bien entendu, avant toute autre chose, l'égalité d'accès au système de soins qu'il convient de préserver. L'égalité de santé en tant que telle n'existe pas. Des facteurs génétiques et sociaux continueront de façonner des "situations de risque diversifiées". Les progrès prévisibles de la médecine de prédiction peuvent conduire d'ailleurs à croire à l'utopie d'une possibilité de capital-santé idéal et égal pour tous à la naissance. On voit les risques de dérapage vers une forme d'"eugénisme" qu'une telle croyance pourrait nourrir. De la même façon, en arrière-plan des progrès amorcés de la médecine génétique, se réactualise l'idée d'une éradication possible de toutes les maladies ; ce mythe puissant nourrit la difficulté de maîtriser les dépenses de santé et ne tend pas à favoriser un comportement de responsabilité de la part des acteurs du système, que ceux-ci soient producteurs ou consommateurs.
- Il n'est pas possible d'appliquer des règles d'égalité si l'on n'a pas défini strictement le champ dans lequel elles s'appliquent. Préserver l'égalité pour les soins - vitaux et coûteux - fait l'unanimité. En revanche, des problèmes surgissent dès lors que l'on est dans ce que l'on a pu appeler la médecine de "confort", qui est appelée à se développer, ou encore pour des soins non coûteux, voire des traitements culturellement et économiquement accessibles au plus grand nombre, sans risque pour la santé publique. On pourrait envisager que ceux-ci soient traités comme l'ensemble des dépenses ordinaires de consommation des ménages à l'égard desquelles la lutte contre les inégalités est régulée par les politiques de redistribution des revenus, qu'elles soient fiscales ou sociales. On doit toutefois prendre garde de laisser accréditer l'idée que, parce qu'elles sont aujourd'hui scandaleusement mal remboursées, les prothèses dentaires et les lunettes puissent être rangées dans la catégorie des soins de confort, catégorie dont d'ailleurs tout le monde s'accorde à reconnaître la fragilité.

Dans plusieurs pays engageant des réformes de leurs systèmes de santé, se pose cette question de la définition des "frontières" du panier des biens et services de santé pris en charge par la collectivité. Définir des principes mêlant judicieusement les critères de gravité (actuels critères d'exonération du ticket

modérateur) et sociaux (prise en compte des ressources) permettrait sans doute de progresser dans l'équité sociale de notre système.

Les scénarios de régulation des dépenses de santé qui accordent beaucoup de place à la montée des responsabilités sur le plan régional doivent s'interroger sur la façon de traiter les fortes inégalités inter-régionales dans l'offre de soins et dans les niveaux de consommation constatées aujourd'hui. Les entériner paraît illégitime, mais à l'inverse, envisager des financements de rattrapage pour les régions défavorisées ne risque-t-il pas de cautionner et de généraliser les situations de sur-équipement constatées dans les régions riches ? Ne faudrait-il pas réfléchir plutôt à des schémas de complémentarité, reconnaissant les potentialités de certaines structures d'offre et étudier la façon dont elles pourraient étendre leur champ géographique à plusieurs régions limitrophes, voire à l'ensemble du territoire ? Il convient de prendre en compte une aspiration peu connue à l'égard du système de santé : les secteurs économiques et sociaux à l'égard desquels les Français sont majoritairement convaincus des bienfaits de la construction européenne sont encore peu nombreux, mais la santé en fait partie. Ceci tient probablement au fait que, depuis longtemps déjà, la notion de frontière politique n'a plus de sens en matière de contagion, de même que l'idée d'une recherche à l'échelle planétaire concernant les molécules pharmaceutiques va aujourd'hui de soi. Ainsi, l'aspiration à disposer de soins de proximité s'accompagne-t-elle d'une acceptation de ce que des pôles de très haute compétence puissent être constitués ; le regroupement géographique pourrait être inter-régional, voire européen.

La politique actuelle d'exonération du ticket modérateur est incohérente et peu lisible. Ne conviendrait-il pas de la réorganiser autour d'un principe d'exonération sur la base du seul coût global des soins, quitte à ce que le seuil à partir duquel interviendrait l'exonération soit modulé en fonction du revenu des consommateurs ? Bien entendu, il peut apparaître choquant de faire intervenir le critère de ressources à la fois dans le prélèvement (les cotisations sont proportionnelles au salaire) et dans le remboursement. Indiquons toutefois que l'un des résultats présentés dans ce rapport concerne la mise en évidence du caractère faiblement régressif (et non pas progressif) du système de prélèvement actuel et le caractère nettement régressif des paiements directs. Il convient donc, à terme relativement rapproché, d'élargir ou de déplaçonner l'assiette des ressources de l'assurance-maladie aux revenus non salariaux. Pour limiter le déséquilibre des comptes sociaux, la politique d'augmentation de la part de financement privé des dépenses de santé n'a des vertus qu'à court terme ; à long terme, elle ne permet pas d'infléchir le rythme de progression de la dépense de santé. Si elle devait être poursuivie, on voit mal comment il serait possible de corriger ses effets néfastes, en termes d'inégalités, autrement que par une modulation des taux de participation des ménages aux coûts des soins.

Afin de limiter le développement des inégalités d'information qui se développent du fait de la complexité croissante des savoirs, le rôle du médecin généraliste - qui est l'interlocuteur médical le plus souvent utilisé par les classes les moins favorisées - doit être davantage modernisé. À la nécessaire intensification de la politique de formation permanente, doit s'adjoindre la volonté d'une meilleure circulation des informations disponibles. Les réseaux, les filières, pour se faire bien soigner, doivent être objectivés grâce au développement de l'évaluation de la qualité des soins, alors qu'il s'agit encore aujourd'hui d'un sujet tabou. (C'est à la fois une façon de lutter contre les inégalités, mais aussi de mieux réguler le système dans son ensemble).

Là où la concurrence ne peut s'effectuer par les prix payés par le consommateur, il y a au moins intérêt à ce qu'elle se fasse au grand jour par la transparence sur la qualité, à condition toutefois que l'on ait la volonté d'en tirer ensuite les conséquences en fermant les structures aux performances médiocres. Médecins conseils de l'assurance-maladie et cadres des services de l'État devraient davantage unir leurs efforts en ce sens.

Le rapport de cet Atelier commence par porter un diagnostic sur le système d'aujourd'hui. Il apparaîtra tout d'abord au lecteur que malgré le niveau très élevé des attentes en terme d'égalité, le bilan est somme toute positif eu égard aux objectifs internes du système. En effet, les inégalités de niveaux de consommation entre catégories professionnelles ont été largement réduites. S'il subsiste des disparités d'offre de soins entre les régions, le système permet un large accès aux soins de haute technicité ; les disparités ne sont d'ailleurs peut être que des écarts vis-à-vis des régions surdotées. Enfin, le dispositif du RMI et la réforme de l'aide médicale gratuite ont permis de trouver pour les bénéficiaires "sans couverture sociale" un remède à la plupart des problèmes d'ouverture de droits.

Et s'il faut faire le constat que les inégalités face à la mort demeurent, de même d'ailleurs que des disparités inter-régionales de morbidité ou d'états de santé, il faut bien vite reconnaître que les systèmes de soins et d'assurance-maladie ne sauraient être seuls responsables de cet état de fait. La contribution du système de soins à l'évolution des états de santé est d'ailleurs bien mince. Ainsi et cela va de soi, la lutte contre les inégalités de ce type ne peut se faire sans mobiliser les autres domaines de l'action sociale (lutte contre le chômage, lutte contre l'exclusion...).

Il paraît ainsi fondé d'être plutôt "satisfait" au regard des objectifs initiaux d'équité des systèmes sociaux construits tout au long des années de croissance économique. Ce "satisfecit" est pourtant fragile dans le contexte économique et social d'aujourd'hui. Tout d'abord, les critères du jugement sont insuffisants : la mesure de l'égalité se fait sur des critères purement quantitatifs (de niveaux de dépenses d'offre médicale, etc.), qui ne préjugent en rien de la qualité réelle des

soins dispensés. Signalons ensuite que notre réflexion débouche sur la nécessité absolue de coordonner les politiques sanitaires et sociales, au regard de l'objectif d'équité, alors que celles-ci restent bien trop fortement cloisonnées.

Ne pas nier les acquis tout en posant au système de soins la question inhabituelle mais essentielle de sa contribution à la cohésion sociale, et envisager comment les politiques sociales devraient savoir mieux prendre en compte la dimension "santé", telles sont donc les ambitions de ce rapport.

Remercions tous ceux qui, dans les administrations de la santé et de la protection sociale, traitent des questions d'inégalités de santé ou d'exclusion sociale et qui ont contribué à cette réflexion, de même que les chercheurs ou les praticiens qui ont été sollicités régulièrement ou occasionnellement pour cet Atelier. Je voudrais mentionner tout particulièrement la contribution d'Alain Jourdain de l'École nationale de la santé publique qui a bien voulu actualiser et enrichir à plusieurs reprises les calculs qu'il avait effectués antérieurement et bien évidemment Christine Meyer, chargé de mission au Commissariat général du Plan qui a su aller bien au-delà de son rôle de rapporteur dans l'élaboration de notre réflexion et dans sa mise en œuvre.

Sommaire

INTRODUCTION	127
CHAPITRE PREMIER - MESURES ET FAITS D'AUJOURD'HUI ...	133
1. Les insuffisances de l'appareil statistique pour mesurer les inégalités	133
2. Les inégalités socio-démographiques de consommation de soins de santé	135
2.1. Sur le long terme, la réduction des niveaux de disparités de consommation entre grandes catégories sociales est manifeste ..	135
2.2. Toutefois, de nouveaux risques de mise à l'écart sont apparus au cours des années 1980	138
3. Les montants et les formes des paiements directs par les consommateurs peuvent créer des inégalités	141
4. Les disparités géographiques d'offre médicale et de financement des soins sont importantes et subsistent	143
4.1. Connues depuis longtemps, les disparités interrégionales se perpétuent et se renouvellent	143
4.2. Les disparités intra-régionales, voire intra-départementales ou même intra-urbaines	152
5. Des écarts importants de mortalité persistent selon les groupes sociaux et selon les régions	153
5.1. La mortalité différentielle des adultes selon les catégories professionnelles, la situation matrimoniale, le niveau de diplôme	153
5.2. Les différences inter-régionales	160
5.3. Les causes de mortalité expliquent-elles les disparités ?	161
6. Des disparités existent dans les modes de recours aux soins et dans les prises en charge médicales	165
6.1. Approfondir l'analyse des consommations par groupes sociaux en introduisant la morbidité	165

6.2.	S'interroger sur l'expression sociale du symptôme et les conduites de maladie que sa perception et son énoncé impliquent	166
6.3.	Des filières de prises en charge médicales ?	168
7.	Financement et prise en charge médicale et sociale des difficultés de santé des personnes en situation d'insertion	169

CHAPITRE II - COMMENT DÉFINIR L'ÉQUITÉ

FACE A LA SANTÉ ?		173
1.	Le système est-il juste ? Deux résultats issus d'études récentes . . .	174
1.1.	L'évaluation du degré d'équité des systèmes	174
1.2.	Le système de soins français est-il perçu comme équitable ?	180
2.	Disparités, inégalités et injustices face au système de santé : recherche d'un cadre théorique à partir de J. Rawls	183
3.	Les inégalités sociales en santé : "principes de l'égalité des chances" préconisés par l'OMS	186
4.	Les inégalités sociales en santé comme marqueur des difficultés de la cohésion sociale	188
4.1.	Sur le long terme, l'amélioration de l'état de santé n'est que pour partie due au progrès médical	190
4.2.	Les nouvelles difficultés de la cohésion sociale facteur d'inégalités en santé	192

CHAPITRE III - ENJEUX PROSPECTIFS 197

1.	Le contexte socio-démographique et technologique	197
2.	Usagers et professionnels face à la technique : nouveaux acteurs, nouveaux pouvoirs	200
3.	Les enjeux de la cohésion sociale	204
3.1.	Les tensions liées à l'évolution des conditions de travail	205
3.2.	La santé des personnes exclues : bénéficiaires du RMI et chômeurs de longue durée	205
3.3.	Les effets de la relégation spatiale	206
3.4.	SIDA, tuberculose, toxicomanie : problèmes de santé syndrome de l'exclusion sociale ?	207
4.	Les enjeux d'équité des nouvelles régulations possibles	207
4.1.	Le niveau global et la répartition des ressources affectées à la santé	208

4.2.	Comment définir les frontières de la prise en charge collective obligatoire ?	209
4.3.	Quelles précautions prendre, face aux nouvelles formes de régulation ?	210

CONCLUSION GÉNÉRALE	213
---------------------------	-----

ANNEXES	217
---------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	219
MANDAT	223
COMPOSITION DE L'ATELIER	227

RÉSUMÉ	229
--------------	-----

INTRODUCTION

L'égalité des situations individuelles de santé n'existe pas ; pourtant, *"les inégalités de santé demeurent un des marqueurs les plus violents des inégalités entre les hommes"*⁽¹⁾. En effet, au-delà des différences naturelles, dont chacun sait bien qu'elles sont inévitables, il n'est pas aisé de différencier les inégalités "évitables et injustes" imputables au fonctionnement de la société - sur lesquelles on pourrait agir - de celles qui sont inévitables.

Selon le contexte social, selon la richesse des pays et des régimes sociaux, selon les connaissances scientifiques, les termes de ce débat évoluent. Même si l'on progresse dans l'identification des déterminants biologiques, la connaissance des influences sociales voire géographiques de la mortalité ainsi que celle des comportements dits à risque reste essentielle pour comprendre les inégalités de santé.

L'équité face à la santé constitue un objectif majeur des systèmes de santé. Mais en définir les ambitions, les moyens, les limites n'est pas chose aisée.

Ainsi, les États qui adhèrent à la "Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé" de l'OMS en 1986 s'engagent entre autres à *"réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et à offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé"*.

L'exigence d'équité *"au moment de l'introduction des grands programmes d'assurance-maladie, consistait de façon opérationnelle à rendre accessibles à chacun tous les services que la profession médicale jugeait adéquate. Aujourd'hui, on considère qu'un système de santé est équitable s'il permet à tous l'accès aux services de santé qui contribuent dans le temps et dans l'espace à une amélioration*

(1) LAZAR (P.), préface à l'ouvrage de AÏACH (P.) et coll. : *"Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne"*, Édit. INSERM, La Documentation française, 1987.

de la santé de la population et à une égalisation de la santé des individus dans une société ¹.

Les politiques de santé devraient ainsi permettre à chacun de disposer, à morbidité équivalente, des mêmes soins, en quantité et en qualité.

L'amélioration de l'accès aux soins constitue un résultat incontestable des systèmes de protection sociale d'après guerre. Mais il faut se garder d'interprétations trop rapides à partir des statistiques disponibles sur les consommations de soins : l'égalité dans les niveaux moyens de dépenses ou de recours entre deux groupes sociaux ne préjuge en rien de la qualité des soins dispensés ni des comportements. Ainsi :

- les traitements les plus onéreux ne sont pas forcément les meilleurs ;
- l'inégalité sociale en matière de soins peut se traduire par la prescription de traitements inadéquats ou obsolètes ;
- les consommateurs "avisés", privilégiés, ne sont pas forcément ceux qui recourent le plus rapidement ou recherchent les prestations techniques les plus lourdes.

La définition proposée ci-dessus confère au système de santé la responsabilité très ambitieuse d'agir sur les inégalités d'états de santé. Cela doit bien entendu se faire en coordination avec toutes les autres politiques sociales, car leur succès (notamment dans le domaine de l'insertion) aura des effets induits sur l'état de santé de la population.

En tous cas, l'évolution des systèmes de soins (et notamment de leurs coûts) confrontée à celle des états de santé de la population n'amène pas à conclure sur leur réelle capacité à réduire les inégalités de santé.

Dans le cadre de cette réflexion prospective, les conséquences sur les inégalités sociales de santé des progrès scientifiques et technologiques biomédicaux ainsi que d'un certain nombre d'évolutions de la société devaient être tout particulièrement explorées.

En effet, la diversité des traitements, la connaissance plus approfondie des phénomènes biologiques, l'augmentation du nombre de malades au long cours sont autant de risques de différenciation sociale et de pressions financières pour le système. Là résident vraisemblablement les difficultés de demain. En revanche, même si les résultats obtenus dans le cadre des travaux de séquençage du génôme humain permettent à horizon de vingt ans de mieux identifier des

(1) CONTANDRIOPOULOS (A.-P.) : "Coûts et équité des systèmes de santé", communication au séminaire "La santé internationale ; un champ d'étude et de pratique professionnelle", Québec, mars 1991.

probabilités individuelles de risque, il est absurde de croire que l'on pourrait proposer une gestion de la maladie (et donc une réduction des inégalités) sur seul critère individuel : à l'exception des maladies monogéniques, les maladies pour lesquelles un facteur génétique est en cause sont multifactorielles : gènes, comportements, histoire individuelle, environnement se mêlent. Ainsi, *pour de longues années encore c'est sur le caractère social des inégalités en santé que les systèmes de santé et de protection sociale pourront agir.*

Ces liens profonds entre les contraintes financières, les caractéristiques économiques de la santé, les objectifs d'équité et de solidarité justifient enfin que les objectifs de réduction des inégalités, la politique de maîtrise de l'évolution de la dépense de soins et la régulation du système de santé soient gérés en cohérence ¹ :

- l'absorption croissante de richesses par le système de soins soustrait des ressources au système économique comme aux politiques sociales. Ces arbitrages par défaut aggravent à terme le gradient social des états de santé. N'est-ce pas l'une des conclusions implicites du rapport de préparation du XI^e Plan sur la cohésion sociale ? ² ;
- une lutte contre les inégalités faisant fi du contexte financier et de l'optimisation dans la répartition des ressources crée à terme des inégalités bien plus importantes encore. Augmenter les ressources consacrées à la santé pour pouvoir servir sans discrimination - et sans procédures de choix - des prestations de soins se fait au détriment des autres besoins collectifs, et à terme au détriment de la santé : pour s'imposer, les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent pouvoir proposer des priorités internes hiérarchisées dans le système de soins ; elles peuvent également contribuer à rechercher la meilleure efficacité économique et sociale des dispositifs ;
- une politique de maîtrise de l'évolution des dépenses et de régulation du système de santé ne s'attachant pas explicitement à respecter certains critères d'équité pourrait, implicitement ou explicitement, effectuer des arbitrages au détriment des maillons les plus faibles du système de santé et du système

(1) *Sur les relations entre la maîtrise financière de la dépense de soins, l'équité et la cohésion sociale, voir EVANS (R.-G.) et STODDART (G.) : "Producing Health, Consuming Health Care", Canadian Institute for Advanced Research, Population Health Program, Working Paper n° 6, avril 1990. Cette synthèse a été établie par BERTHOD-WURMSER (M.), chef de la Mission interministérielle "Recherche-Expérimentation" (MIRE), ministère des Affaires sociales et de la Solidarité et reproduite avec l'aimable autorisation de la revue "Hospitalisation nouvelle" n° 206, février 1993.*

(2) *"Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", rapport de la Commission "Cohésion sociale" du XI^e Plan, présidée par FRAGONARD (B.), La Documentation française, 1993.*

économique : exclus, personnes âgées ou handicapées dont les besoins sont plus médico-sociaux que "hyper techniques" ; la pression sur l'hospitalisation sociale pourrait, à terme - si ce n'est déjà -, poser des problèmes.

Politiques de réduction des inégalités en santé, systèmes de droits sociaux, mécanismes de transferts sociaux sont interdépendants.

De nombreuses questions se sont fait jour : y a-t-il des limites aux mécanismes de solidarité intergénérationnelle, entre actifs et inactifs, entre non malades et malades ? Mais a contrario, jusqu'où les classes aisées peuvent-elles consommer plus de soins ? Un système de contribution assis aujourd'hui sur les seuls revenus du travail, à l'exclusion des revenus du patrimoine est-il équitable ? Les systèmes de participations financières directes doivent-ils, comme les cotisations, être progressifs ? Peut-on évoluer vers un système universel de couverture ? Ainsi, ne peut-on éviter de préciser le champ de la solidarité nationale auquel les principes d'équité s'appliquent : les activités médicales, les populations, le territoire couverts.

Note-t-on pour les années à venir des déplacements de ces frontières, des intolérances ou des solidarités nouvelles moins institutionnalisées ?

Le travail de cet Atelier s'est bien souvent situé sur ces frontières. Les inégalités en santé ont des causes sociales, économiques et culturelles ; mais, a minima, les systèmes de soins et d'assurance-maladie doivent pouvoir offrir les mêmes chances thérapeutiques à morbidité équivalente : est-ce vraiment le cas ?

Ce rapport retrace les auditions, travaux et compilations réalisées dans l'Atelier :

- Un certain nombre d'éléments factuels devaient être rappelés. Malgré le caractère parfois ancien des données disponibles, elles constituent un tout cohérent : bien que les disparités de consommation se soient progressivement réduites, un très fort gradient social persiste dans la mortalité, la morbidité voire finalement les recours au système de soins.

Le niveau géographique mêle intimement le niveau socio-économique et ses caractéristiques structurelles, les disparités sociales internes et les écarts relatifs. Les disparités géographiques ne suffisent pas à porter un diagnostic d'inégalités sur le système ; pourtant, si on peut considérer que les écarts en matière d'offre de soins contribuent aux écarts de moyens financiers affectés aux soins d'une population d'une région à l'autre, elles ne sauraient ni les justifier, ni même suffire à les expliquer. Ainsi, il a été établi dans cet Atelier qu'entre le Nord-Pas-de-Calais et la Corse, les écarts à la moyenne, entre les prestations versées et celles qu'une répartition de la masse globale des prestations attribuerait à chacune des régions compte tenu de sa population, varient de 0,8 à 1,2. Alors que des scénarios de responsabilité locale dans le

système de soins sont envisagés ça et là, ce résultat constitue un premier sujet pour la lutte contre les inégalités dans les années à venir.

- . Dans un second chapitre, on rappellera les principes qui peuvent fonder le diagnostic d'équité et les politiques de lutte contre les inégalités.
- . Enfin, dans le troisième et dernier chapitre, on s'attachera à repérer les enjeux prospectifs.

Dans un système de soins où le progrès technique appelle à diversifier les protocoles, les modes de recours, le risque de voir les réponses du système de soins s'ajuster aux situations financières et sociales des personnes est réel.

Ainsi, dans une société en voie de dualisation, comme la société française de la fin du XX^e siècle où les forces d'exclusion économique et de disparité sociale sont puissantes, les risques d'inégalités sociales de santé sont accrus.

Ceci nous fournira des éléments permettant de bien situer les finalités d'équité et les risques d'inégalités sociales de santé dans les évolutions sociales et les scénarios alternatifs de régulation macro et micro-économique du système de santé.

CHAPITRE PREMIER

MESURES ET FAITS D'AUJOURD'HUI

Les disparités de consommation, d'offres de soins et d'état de santé aujourd'hui

Avant d'énoncer et de discuter les principes d'un système équitable liant les structures sociales, les situations de santé et les comportements de recours aux soins, il convient de dresser le tableau des disparités et des inégalités actuelles, ainsi que celui de leurs évolutions les plus récentes, telles que les statistiques et les études disponibles le permettent.

Des travaux épars coexistent, souvent produits à partir d'enquêtes ponctuelles. Ils fournissent le tableau de la consommation de soins des différents groupes sociaux, et des comparaisons dans le temps et dans l'espace de ces principaux indicateurs de consommation. Il est en revanche plus difficile de dresser le tableau des disparités d'état de santé si ce n'est celles saisies à travers la mortalité et ses causes.

Il est cependant tout à fait saisissant de constater à quel point, malgré l'objectif très explicite d'équité des systèmes de protection sociale, l'effort n'a pas porté, ni dans notre pays, ni dans les pays voisins, sur la création de systèmes d'informations qui permettent d'en mesurer la réalisation. Il est vrai toutefois, et nous y reviendrons plus loin, qu'il n'est pas aisé de définir les concepts adéquats à une telle mesure.

1. Les insuffisances de l'appareil statistique pour mesurer les inégalités

L'appareil statistique, dans le domaine de la santé, est destiné à mesurer la production de soins et les flux monétaires qui les financent ; c'est là l'information minimale pour la gestion des systèmes de soins et de protection sociale.

Les enquêtes décennales de l'INSEE et celles du CREDES chaînées avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux de la CNAMTS, ainsi que des enquêtes à caractère plus ponctuel comme l'enquête sur les conditions de vie de

l'INSEE fournissent des données générales de consommation de soins par catégories démographiques et sociales. Le relevé annuel des causes de mortalité de l'INSERM ainsi que l'observation de certains groupes de malades contribuent de leur côté à l'étude épidémiologique.

Néanmoins, en règle générale, on compte des séjours, des actes médicaux, des malades voire des maladies, sans toutefois disposer d'informations sur les environnements socio-économiques susceptibles d'expliquer des comportements différents en matière de demande de soins de la part du consommateur et dans la prise en charge du malade. L'appareil statistique français ne permet pas d'appréhender les filières de prise en charge des malades dans le système ; il reproduit les cloisonnements existants entre les différentes structures de soins : médecine hospitalière et médecine libérale par exemple.

Il serait essentiel d'inverser cette logique et de disposer enfin d'un système d'information statistique traçant les "profils types" des malades et décrivant leurs filières de prise en charge effectives. L'intérêt d'un tel système ne se limiterait pas à la fourniture d'un éclairage sur les inégalités, mais serait utile à l'ensemble des responsables des politiques de santé dans l'exercice de leurs responsabilités de régulation : en effet, comment peut-on gérer un système dans lequel on ne sait pas réellement "qui consomme quoi ?". Il existe un argument récurrent pour expliquer l'absence d'un tel système : mettre davantage en lumière l'existence de gros consommateurs de soins risquerait d'entraîner, comme effet pervers, l'apparition d'un racisme anti-malades. Il est temps de récuser définitivement cet argument. *On ne peut en appeler à la responsabilisation de tous les acteurs du système, consommateurs y compris, tout en continuant de les priver de l'information nécessaire à la bonne compréhension du fonctionnement du système.*

La situation actuelle de notre système d'information est révélatrice de la priorité politique et administrative accordée à la gestion de l'offre de soins au détriment d'un regard suffisant sur les questions d'état de santé et de leurs déterminants¹. Dès lors, rien d'étonnant à ce que dans notre système, la question des inégalités en santé soit fréquemment réduite à la seule étude des disparités de consommation de ressources médicales, alors que fondamentalement les unes ne sauraient se réduire aux autres.

(1) Bien qu'elle ne soit pas propre au système français, cette conception de la prise en charge est pour nous presque exclusive et se manifeste aussi bien dans les logiques institutionnelles que financières, à la différence d'autres pays de l'OCDE dans lesquels la prise en charge de la santé de la population est présente (Royaume-Uni par exemple). Cependant, bien que conçus selon des logiques proches, les systèmes d'information des différents pays ne permettent pas d'établir de réelles comparaisons ; des indicateurs élémentaires communs manquent.

Le bilan des disparités en santé doit donc distinguer le système de protection contre la maladie et l'analyse des états de santé :

- le système de protection sociale a l'ambition première de garantir un égal niveau d'accès aux soins : les résultats de consommation et la répartition des moyens d'offre ou des financements sur le territoire constituent une façon d'évaluer la réalisation de cet objectif ;
- il subsiste néanmoins des disparités majeures dans les situations de santé, auxquelles le système médical ne peut que partiellement répondre. Deux questions se posent alors : le système médical répond-il équitablement aux situations d'inégalités qu'il rencontre ? Le système de santé et de protection sociale contribue-t-il - in fine - à la réduction des écarts d'état de santé ?

2. Les inégalités socio-démographiques de consommation de soins de santé

Les disparités socio-démographiques de consommation sont mesurées à travers les enquêtes santé décennales (1970-1980-1991) ¹ pilotées par l'INSEE et, depuis 1988, par des enquêtes annuelles du CREDES auprès d'un échantillon permanent d'assurés sociaux du régime général (enquête Santé Protection Sociale - ESPS -).

2.1. Sur le long terme, la réduction des niveaux de disparités de consommation entre grandes catégories sociales est manifeste

Les évolutions de la consommation médicale entre 1960 et 1991 sont marquées par l'élargissement de l'accès aux soins pour l'ensemble de la population couverte par l'assurance-maladie et, au cours de la dernière décennie, par la moindre croissance de la consommation de ceux qui y avaient déjà largement accès ². Ce double phénomène se solde ainsi par une réduction générale sur longue période des disparités sociales en matière de consommation de soins.

(1) La troisième enquête décennale a été effectuée de mars 1991 à mars 1992. Les premiers résultats sont tout juste disponibles.

(2) MIZRAHI (AN. et AR.) : "Évolutions à long terme des disparités des dépenses médicales en France 1960-1970-1980", CREDES, 1986.

2.1.1. Les disparités selon l'âge

La consommation médicale varie avec l'âge selon une courbe en J, connue de longue date : les moments de forte consommation se situent dans la prime enfance et aux âges les plus avancés. En 1960, cette croissance était pourtant cassée en son extrémité, la consommation s'arrêtant de croître au-delà de 80 ans. Au cours des vingt dernières années, les personnes âgées ont eu une consommation médicale croissante, même au-delà de 80 ans pour les soins de médecins. Aujourd'hui toutes les générations vivantes sont familiarisées avec la médicalisation de leur existence courante.

Les résultats du CREDES pour 1990 ¹, montrent une très forte croissance des séances de spécialistes et de généralistes à domicile pour les hommes et des séances de généralistes à leur cabinet pour les femmes et les hommes de plus de 80 ans. En revanche, les analyses et actes d'imagerie continuent de décroître à ces âges, semblant indiquer qu'il existe encore une réticence à la diffusion des actes les plus techniques. Ceci pourrait s'estomper dans les années à venir.

Les variations dans le temps de la consommation médicale des personnes âgées traduisent aussi l'amélioration de leur niveau de revenu (le nombre de bénéficiaires du Fonds national de solidarité a été divisé par deux en 25 ans), et la modification culturelle des pratiques de consommation médicale. Pour la santé, comme pour leur revenu, les personnes âgées ne sont plus globalement les plus pauvres du corps social. Ces évolutions sont aussi marquées par le meilleur suivi des personnes maintenues à domicile.

Les premiers résultats de l'enquête décennale 1991 indiquent que *"les effets du vieillissement de la population entre 1980 et 1991 ont été pratiquement nuls : si les consommations étaient restées identiques dans chaque groupe d'âge, la consommation globale serait restée stable. La croissance des soins provient donc uniquement de l'évolution des recours"* (i.e. aux différents âges de la vie) ². Les plus forts accroissements sont notés chez les moins de quinze ans et chez les femmes de tous âges. La consommation des hommes adultes (y compris âgés) serait quasiment stable.

(1) MIZRAHI (AN. et AR.) : *"Quelques données sur la consommation médicale en 1990"*, CREDES, 1992.

(2) MORMICHE (P.), BONNAUD (C.) : *"Le recours aux soins se ralentit"* ; INSEE Première n° 238, décembre 1992.

2.1.2. Les écarts de consommation entre les groupes socio-professionnels se sont réduits de façon continue entre 1960 et 1991 ¹

Jusqu'en 1980, la consommation médicale des exploitants et salariés agricoles ainsi que celle des professions indépendantes, faible en 1960, s'est accrue plus vite que celle des groupes les plus consommateurs : cadres supérieurs, professions intermédiaires et employés. Les écarts se sont ainsi resserrés autour de la moyenne.

La médicalisation des modes de vie s'est poursuivie, y compris pour les groupes sociaux des catégories les plus populaires et pour les professions ayant traditionnellement un accès moins facile aux soins.

Ainsi, au début des années 1990 :

1. Le système généralisé de protection sociale contre la maladie a permis à l'ensemble des groupes sociaux couverts de bénéficier progressivement de l'accès aux soins.

Pour presque toutes les consommations de soins de ville, les écarts (mesurés après neutralisation des effets de sexe et d'âge) se sont réduits par un double mouvement de rattrapage (des écarts à la moyenne) des indépendants (agriculteurs, commerçants, artisans) et de resserrement des écarts parmi les catégories de salariés. Mais si le recours au secteur à honoraires libres s'élève fortement avec le niveau de revenu, il n'y a eu ni aggravation ni réduction des disparités selon les tranches de revenu.

Ces mouvements se notent également pour les recours à visée préventive (contrôles préventifs de cancers du sein ou de l'utérus, problèmes circulatoires, etc.).

Quant aux consommations d'hospitalisation, si les différences entre les groupes sociaux se maintiennent, elles ne s'accroissent pas.

Les écarts persistants entre les groupes sociaux semblent traduire avant tout des différences culturelles aux conséquences ambivalentes sur le plan financier. C'est

(1) Ce paragraphe s'appuie sur les travaux connus et largement publiés des enquêtes décennales 1970-1980 et les premiers résultats de l'enquête 1991 (en cours de publication). Si ces résultats sont validés pour la période antérieure à 1980, des différences apparaissent pour la fin de la décennie entre les premières données INSEE et les résultats des enquêtes ESPS du CREDES - qui établissent un accroissement des disparités au cours des années 1980 -. La comparaison de long terme et l'homogénéité méthodologique des enquêtes INSEE nous ont conduit à retenir ces résultats mêmes provisoires : la méthode d'enquête, le champ sont en effet les mêmes d'une enquête à l'autre.

ainsi que les plus consommateurs ne sont pas nécessairement les plus aisés : dans les classes moins aisées on recourt plus spontanément à l'hôpital ; les employés sont en 1991 la seule catégorie pour laquelle l'écart au nombre de consultations de la population moyenne a augmenté (6 % en 1980, 8 % en 1991).

2. Les écarts peuvent se creuser et les difficultés d'accès persister pour des prestations mal couvertes comme la dentisterie.

Les soins dentaires sont le seul poste sur lequel on note des accroissements significatifs des écarts : les agriculteurs ne rattrapent pas leur retard, les ouvriers non plus. Chez les adultes, le taux de recours aux prothèses dentaires varie fortement selon la tranche de revenu.

Les premiers résultats de l'enquête 1991 indiquent une diminution du nombre de recours aux dentistes. Plusieurs causes peuvent y concourir et si les deux premières sont "rassurantes", la troisième l'est beaucoup moins sans que l'on soit toutefois capable de mesurer la contribution relative de chacune d'entre elles :

- le progrès technique, lorsque pour traiter une dent, le nombre de séances nécessaire diminue ;
- les soins antérieurs, dès lors que la prévention chez les enfants a des effets sur l'état de la dentition des jeunes adultes ;
- l'éviction financière, puisque le coût des soins dentaires et surtout des prothèses reste prohibitif et très mal remboursé pour un grand nombre de personnes. Dans cette situation, il est urgent que professionnels et assureurs sociaux négocient enfin des prix acceptables et correctement remboursés. La diminution des recours sera peut-être de nature à exercer sur l'ensemble de la chaîne professionnelle la pression nécessaire.

2.2. Toutefois, de nouveaux risques de mise à l'écart sont apparus au cours des années 1980

Au cours des années 1980, l'aggravation de la situation économique des chômeurs, l'introduction de tarifs libres pratiqués par certains médecins libéraux et l'inégale vitesse de diffusion de la couverture maladie complémentaire constituent autant de facteurs générateurs de nouvelles segmentations de consommation et de risques de développement des inégalités.

Le chômage : dans l'enquête santé, pour les familles de chômeurs dont le revenu est inférieur au revenu médian des ménages, le déficit de recours au médecin a plus que doublé entre 1980 et 1991, à âge et sexe comparables. La comparaison

de la consommation des ménages chômeurs à celle des actifs montre également des baisses de consommation sur tous les postes chez les chômeurs ;

Le niveau de revenu : c'est principalement le développement du secteur 2 qui explique que le revenu reste pour les actes médicaux un facteur discriminant entre les consommations des ménages puisque si une consultation sur trois est effectuée auprès de médecins à honoraires libres dans les ménages à hauts revenus, cette proportion tombe à un sur sept parmi les ménages à bas revenus ;

Les taux de couverture : la généralisation de la couverture sociale obligatoire a manifestement contribué au resserrement des éventails de consommation (les groupes dont la consommation a le plus progressé dans la dernière décennie sont aussi ceux qui ont bénéficié le plus tard de systèmes obligatoires de couverture sociale) ; au début comme à la fin des années 1980, un peu moins de 10 % des assurés sociaux bénéficient d'une couverture à 100 %. La proportion des personnes couvertes par une assurance complémentaire a notablement augmenté : de 73 % à 86 % au cours de ces dix ans. Là encore, ce sont surtout les agriculteurs, les commerçants et les artisans, moins bien couverts au début de la décennie 1980, qui ont amélioré leur situation. Globalement, la proportion de personnes ne disposant que de la seule couverture par l'assurance-maladie est passée de 23 % à 12 %.

La couverture complémentaire, qui tend à se généraliser, demeure aujourd'hui un domaine inégalitaire dans le système : elle n'offre pas les mêmes garanties d'un assuré à l'autre et notamment, elle peut faciliter pour certains groupes l'accès aux prestations pas ou peu couvertes - en diminuant d'autant la pression à ce que celles-ci soient mieux prises en charge par les régimes obligatoires pour ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire -.

Chez les salariés, l'existence et les modalités d'une couverture complémentaire dépendent souvent d'autres critères que le seul groupe professionnel (voir graphique n° 1 page suivante) comme la branche professionnelle ou la taille de l'entreprise. De 1980 à 1990 ¹, la couverture complémentaire des ouvriers spécialisés n'a pas progressé alors que ceux-ci avaient déjà le taux le plus bas parmi les actifs occupés (67,5 %). Les cadres supérieurs bénéficient désormais d'un taux de couverture supérieur à 90 %. Cette couverture complémentaire est négociée avec l'assureur et prise en charge pour partie par l'entreprise ; elle constitue donc un nouvel avantage social.

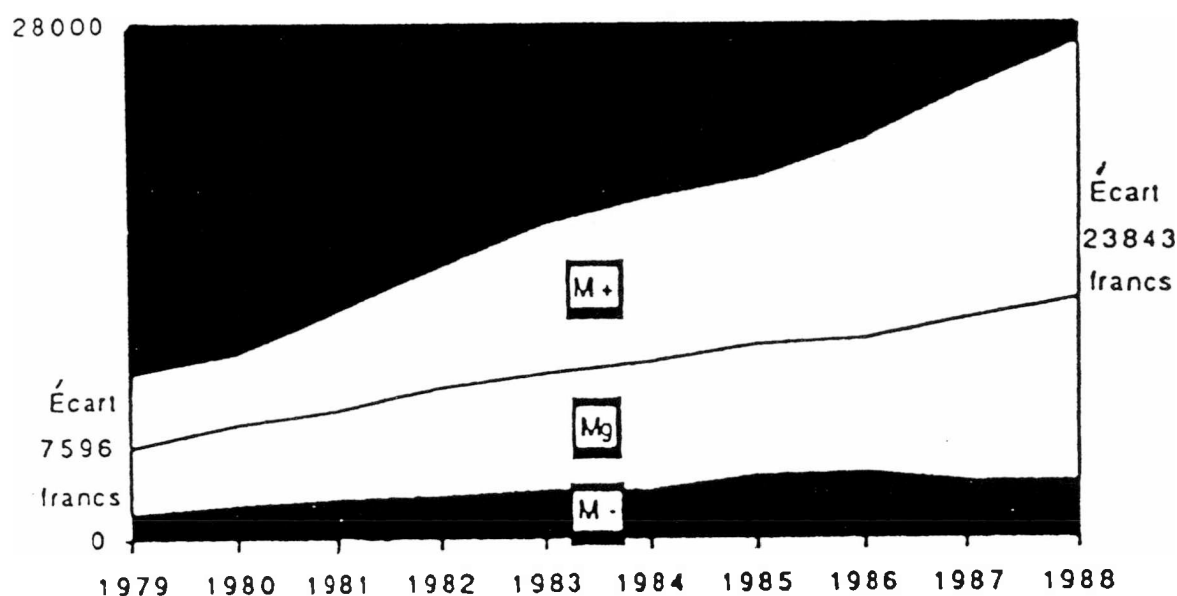
(1) BOCOgnANO (A.) : "Évolution de la protection sociale en 1980 et 1990", CREDES, 1992.

Graphique n° 1 Taux de prestations complémentaires

(charges non obligatoires)
(francs/salarié/an)

Une nouvelle source d'inégalité

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Moyenne supérieure	8951	10118	12468	14861	17171	18561	19719	20656	24448	27985
Moyenne générale	5103	6144	7023	8240	8992	9737	10480	10995	13057	13502
Moyenne inférieure	1355	1798	2071	2435	2642	2692	3381	3547	3134	3415
Écart (sup./inf.)	7596	8320	10397	12426	14529	15869	16338	17109	21314	24570



L'étude des bilans sociaux d'un échantillon de 360 entreprises (plus de 300 salariés) montre que la protection complémentaire ¹ a crû de 60 % dans les secteurs les plus performants contre seulement 28 % en dix ans dans les entreprises des secteurs les moins performants.

Les dépenses de protection sociale, non obligatoires, prises en charge par les entreprises sont devenues tout au long de la décennie une nouvelle source d'inégalité intersectorielle. Lorsque les entreprises des secteurs performants dépensent en 1988 près de 28 000 francs par salarié (+ 60 % en 10 ans), les entreprises des secteurs les moins performants dépensent, elles, 3 415 francs par salarié (+ 28 % en 10 ans). L'éventail n'a cessé de s'accroître tout au long de la période.

Source : Enquête de l'Institut ADIA sur "dix années de gestion des ressources humaines", 1990

(1) Incluant des contrats de protection maladie, de retraite surcomplémentaire...

3. Les montants et les formes des paiements directs par les consommateurs peuvent créer des inégalités ¹

Les acquis du système de protection sociale sont manifestes ; mais le régime des paiements directs des usagers, remboursés ou non, et le système de la prise en charge à 100 % pour ceux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur semblent aujourd'hui dépassés et susceptibles de faire perdurer certaines inégalités.

Dans une large mesure, le système de santé et d'assurance-maladie français conserve le principe de l'avance des frais par les assurés et le remboursement ex-post par la Caisse. Des conventions de tiers payant prévoient la "dispense d'avance des frais" en cas de recours à l'hôpital public, en hospitalisation privée, dans les pharmacies et dans les sites de service public. De telles conventions restent rares avec le secteur libéral ambulatoire attaché à la médecine à l'acte.

Les paiements "résiduels" concernent :

- le ticket modérateur, c'est-à-dire la part du prix du médicament ou de l'acte médical remboursable laissée à la charge de l'assuré social après remboursement par la caisse d'assurance-maladie. Le ticket modérateur est bien sûr calculé sur la base du "tarif de responsabilité" de l'assurance-maladie (tarif conventionnel et prix public) ;
- les dépassements d'honoraires ;
- à l'hôpital, le forfait journalier, en 1992 : 50 francs (qui s'impute toutefois sur le ticket modérateur lorsque celui-ci est perçu) ;
- le paiement des actes et produits non remboursés : actes, médicaments, et produits non remboursables, auto-médication.

Plusieurs remarques peuvent être développées sur les paiements résiduels.

1. La France est le seul des pays de l'OCDE à demander une contribution proportionnellement élevée pour l'accès à la médecine de première ligne. Le système du ticket modérateur pose deux problèmes :

(1) Ce point sera ici juste évoqué. Il est longuement traité et débattu dans le rapport de l'Atelier n° 4 "Rémunérations des producteurs et participations financières des usagers", p. 237.

- le montant nominal du ticket modérateur est le même pour toute personne quelle que soit sa situation financière. Ainsi le ticket modérateur pourra être modérateur (c'est-à-dire freiner la consommation) pour certains, pas du tout pour d'autres plus aisés ;
- le ticket modérateur s'entend évidemment hors de la prise en charge complémentaire. Celle-ci couvre en général pour les bénéficiaires de l'assurance complémentaire le ticket modérateur, assez souvent le forfait hospitalier et parfois, les dépassements. Or, on a rappelé que la couverture complémentaire est inégalement répartie.

2. Les mécanismes de prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie (c'est-à-dire la dispense du ticket modérateur) ne font pas intervenir la solvabilité réelle des usagers et sont parfois sans rapport avec le montant des dépenses d'assurance-maladie réellement constaté.

3. Les participations hospitalières aboutissent à des montants particulièrement contrastés et vraisemblablement injustes pour les malades non exonérés du ticket modérateur. S'appliquent (en assurance-maladie) soit le ticket modérateur dont la dispense éventuelle se fait généralement sur critère d'intensité technique de l'acte pratiqué ($K > 50$), soit le forfait journalier, sans aucun critère.

4. Dans certaines grandes villes, la pratique du secteur 2 est tellement répandue que le montant des dépassements représente des contributions importantes pour une partie des usagers (sans que l'on sache si ce surcoût est effectivement la contrepartie d'un service rendu).

Le système institutionnel français, largement centré sur la prise en charge socialisée des dépenses médicales, a manifestement atteint un premier but essentiel, celui de l'homogénéisation des niveaux de consommation médicale et de l'accès facile pour le plus grand nombre aux structures de soins.

Cependant, dans ce système, des risques inégalitaires pointent, vraisemblablement nés de ce que le système de régulation n'a pas su efficacement maîtriser l'évolution de la dépense :

- des dépenses sont transférées sur les ménages alors que leur couverture complémentaire est inégalement répartie ;

- tous les groupes fragilisés par les conditions économiques actuelles et ceux qui rencontrent des difficultés pour se faire ouvrir leurs droits (ménages à faibles revenus, chômeurs) pourraient voir, si l'on n'y prend garde, le niveau et la structure de leur consommation de soins s'aligner sur leurs niveaux de ressources.

Par-delà l'homogénéisation émergent des problèmes de répartition. Ils se concentrent dans la répartition géographique de l'offre de soins et des dépenses d'assurance-maladie.

4. Les disparités géographiques d'offre médicale et de financement des soins sont importantes et subsistent

La difficulté d'établir un score des régions en matière d'offre de soins et d'en proposer une interprétation a conduit l'Atelier à rechercher la construction, à partir des prestations d'assurance-maladie, d'un indicateur global des dépenses par tête. Celui-ci constitue une sorte d'état des transferts consacrés aux prestations de soins selon les régions.

4.1. Connues depuis longtemps, les disparités interrégionales se perpétuent et se renouvellent

Ces disparités posent un problème général d'évaluation : doit-on les considérer comme des inégalités ? Si l'on considère que le système de soins est globalement en équilibre (quantités de ressources/besoins), dès lors, les disparités sont des inégalités.

Si l'on porte, en revanche, un diagnostic de sur-équipement global, dès lors, les points supérieurs signalent et localisent des foyers de gaspillage des ressources collectives. Conserver, comme objectif, le rattrapage des régions les moins équipées sur le standard des régions les plus médicalisées, reviendrait ainsi à souhaiter la généralisation des gaspillages !

Et ce d'autant que le niveau d'équipement ne garantit pas le niveau de prise en charge, et moins encore l'amélioration de l'état de santé : le département où l'espérance de vie est la plus longue est en effet parmi les moins équipés en offre de soins.

De plus, ces disparités devraient être appréciées au regard des politiques publiques mises en œuvre.

Aucune contrainte ou incitation n'existe ou n'a même été envisagée pour répartir la démographie médicale sur le territoire selon les "besoins" ou pour réduire les disparités. La situation est complètement différente en ce qui concerne l'offre hospitalière. La politique de carte sanitaire engagée dès 1970 visait dans un premier temps à garantir la présence de l'offre de soins hospitaliers et techniques lourds sur l'ensemble du territoire. Dans un second temps (en fait dès qu'elle a été intégralement élaborée, en 1978), la carte sanitaire a été le moyen de continger la croissance de l'offre et, par des révisions d'indices, à partir du début des années 1980 d'engager la réduction du parc. Le diagnostic de suréquipement global est porté depuis plus de dix ans, tandis que depuis plus de vingt ans, on a voulu mieux répartir l'offre disponible.

4.1.1. L'offre de soins

Le tableau n° 1, établi d'après P. Crépon¹, dresse la situation de l'offre de soins dans les régions à travers la mesure d'un écart à la moyenne nationale. L'offre est ici saisie à travers le nombre de lits de court séjour et l'ensemble des médecins libéraux exerçant dans une région. Les densités régionales sont standardisées sur la structure sexe/âge de la population. Il apparaît :

- 9 régions où la densité d'offre de soins est inférieure à la densité moyenne, aussi bien pour l'hospitalisation que pour le nombre de médecins libéraux en exercice : Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Centre, Bretagne, Rhône-Alpes et Franche-Comté ;
- 6 régions pour lesquelles l'équipement en court séjour est supérieur à la moyenne nationale, mais la densité médicale inférieure (ou juste égale) : Basse-Normandie, Auvergne, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Lorraine, Alsace ;
- 7 régions dans lesquelles l'équipement hospitalier de court séjour et la densité médicale sont supérieures à la moyenne nationale : Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

L'analyse des résultats concernant les seuls médecins libéraux généralistes et spécialistes n'offre pas un tableau très différent : les régions sont moins dotées ou plus dotées aussi bien en médecins généralistes que spécialistes, sauf pour l'Ile-de-France où la densité de généralistes est inférieure à la moyenne nationale et l'Auvergne, le Poitou et le Limousin qui ont des densités supérieures de généralistes et inférieures de spécialistes.

(1) CRÉPON (P.), DARDEL (L.) : "Les inégalités régionales d'accès aux soins", DEA Politiques sociales, université de Paris-I, 1991.

Tableau n° 1

**Disparités régionales de l'offre de soins
Lits de court séjour et médecins**

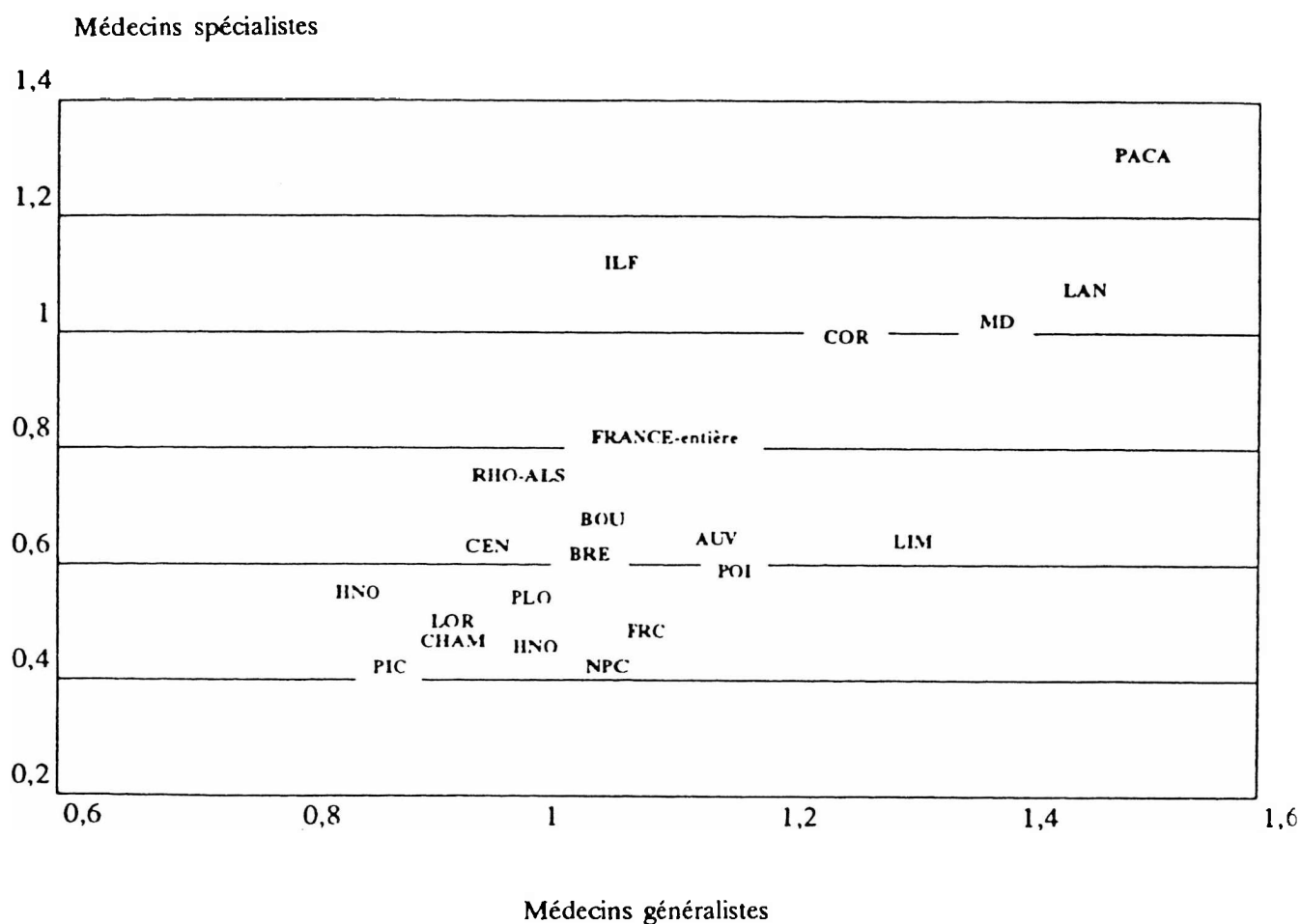
Régions	Densités régionales/densité France entière (1)					
	Médecins libéraux		Total médecins	Lits de court séjour		
	généralistes	spécialistes		public	privé	Total
Picardie	0,80	0,51	0,72	0,95	0,52	0,79
Nord-Pas-de-Calais	0,87	0,59	0,77	0,84	0,79	0,82
Pays de la Loire	0,88	0,68	0,80	0,88	0,75	0,83
Poitou-Charentes	1,06	0,74	0,90	1,02	0,57	0,85
Haute-Normandie	0,78	0,68	0,75	0,94	0,72	0,86
Centre	0,87	0,76	0,83	0,99	0,66	0,87
Bretagne	0,94	0,76	0,88	1,01	0,72	0,90
Rhône-Alpes	0,91	0,90	0,94	1,04	0,75	0,93
Franche-Comté	0,91	0,64	0,83	1,16	0,57	0,94
FRANCE	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ile-de-France	0,97	1,45	1,21	0,86	1,33	1,03
Basse-Normandie	0,85	0,61	0,78	1,29	0,60	1,04
Auvergne	1,04	0,76	0,92	1,16	0,84	1,04
Champagne-Ardenne	0,82	0,62	0,75	1,20	0,78	1,04
Midi-Pyrénées	1,33	1,26	1,24	1,02	1,13	1,06
Aquitaine	1,20	1,21	1,07	1,01	1,24	1,09
Bourgogne	0,96	0,80	0,87	1,23	0,89	1,11
Lorraine	0,82	0,64	0,84	1,05	1,23	1,11
Languedoc-Roussillon	1,39	1,30	1,20	0,98	1,36	1,12
Alsace	0,91	0,86	0,99	1,26	0,95	1,15
Limousin	1,25	0,83	1,09	1,46	0,82	1,22
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,41	1,64	1,39	1,03	1,57	1,23
Corse	1,21	1,21	1,09	1,16	1,60	1,32

(1) Densités standardisées sur la structure âge/sexe de la population

Ces résultats montrent que dans une région une offre déficitaire par rapport à la moyenne nationale dans une catégorie est rarement compensée par une offre excédentaire dans une autre (médecins x hospitalisation ; spécialistes x généralistes). Ils incitent plutôt à faire l'hypothèse inverse selon laquelle "l'offre appelle l'offre" (graphiques n° 2 et n° 3).

Graphique n° 2

**Disparités régionales de l'offre de soins
Médecins spécialistes et médecins généralistes**

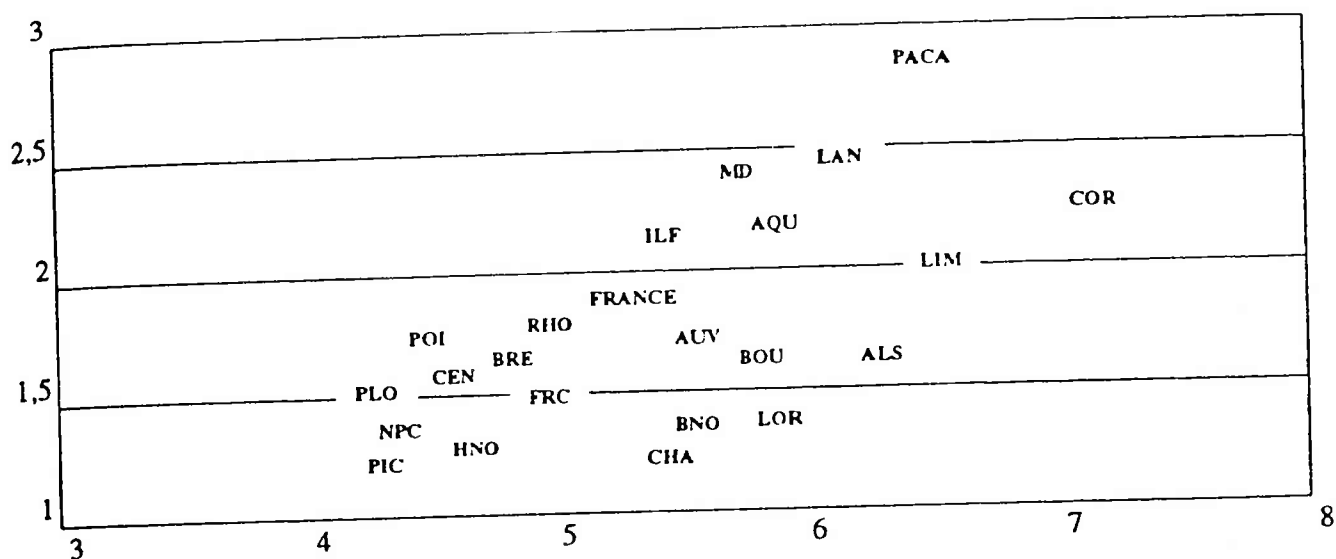


Données standardisées selon la structure âge/sexe de la population

Graphique n° 3

Disparités régionales de l'offre de soins Lits d'hospitalisation de court séjour et médecins libéraux

Médecins libéraux



Lits de court séjour

Densités standardisées

ALS	Alsace	COR	Corse	NPC	Nord Pas-de-Calais
AQU	Aquitaine	FRC	Franche-Comté	PACA	Provence-Alpes Côte d'Azur
AUV	Auvergne	HNO	Haute-Normandie	PIC	Picardie
BNO	Basse-Normandie	ILF	Ile-de-France	PLO	Pays de la Loire
BOU	Bourgogne	LAN	Languedoc-Roussillon	POI	Poitou-Charentes
BRE	Bretagne	LIM	Limousin	RHO	Rhône-Alpes
CEN	Centre	LOR	Lorraine		
CHA	Champagne	MID	Midi-Pyrénées		

4.1.2. D'importants écarts dans les niveaux de prestation d'assurance-maladie

Un calcul de dotation régionale théorique des prestations d'assurance-maladie a été établi en appliquant aux prestations effectivement versées par les grands régimes ¹ la méthode de standardisation de la procédure britannique RAWP ².

Cette procédure utilisée jusqu'à la récente réforme du NHS permettait de calculer les dotations budgétaires théoriques dont les autorités régionales du National Health Service devaient disposer pour fournir, à tous, les mêmes services, à besoins supposés identiques.

Le calcul est effectué après redressement des données démographiques brutes de chaque région pour tenir compte de certaines caractéristiques structurellement corrélées aux besoins (âge, sexe de la population) et à l'état de santé (taux de mortalité).

Le calcul montre de fortes disparités régionales puisque selon les régions, l'écart entre les prestations versées et ces dotations théoriques varie de 0,80 à 1,20.

Le rapport entre les prestations effectivement versées et cette dotation théorique - telle qu'une allocation fondée sur des critères de "population" et d'état de santé la définirait -, est (tableau n° 2 et graphique n° 4) :

- supérieur à 110 % dans quatre régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Ile-de-France et Corse ;
- inférieur à 90 % dans trois régions : Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Bretagne. Ces régions sont aussi celles où les taux comparatifs de mortalité sont élevés ;
- compris entre 90 et 100 % dans 13 régions ².

(1) Régime général, régime des non salariés non agricoles, régime agricole, régime des mines. L'estimation de l'effet des régimes non pris en compte est tout à fait marginale ; elle ne modifie pas le classement final des régions et ne modifie que très marginalement l'ampleur des écarts.

(2) JOURDAIN (A.) : "Peut-on "rawper" les inégalités de santé en France ?", *Cahiers de sociologie et démographie médicale*, 31 [4] : 309-344, octobre-décembre 1991.

TECHNIQUE DE CALCUL

On a ici comparé les prestations réelles versées aux habitants d'une région (Cr) par les caisses d'assurance-maladie - régime général, régime des non salariés non agricoles, régime agricole, régime des mines - avec les prestations optimales (Cr) que ces habitants recevraient s'il était tenu compte de la structure par âge de la population et de la mortalité différentielle. Ces valeurs sont exprimées en pourcentage de la somme nationale.

On dispose de la valeur moyenne des prestations versées aux assurés sociaux de chaque groupe d'âge à l'échelon national (Di). Connaissant le nombre d'habitants de la région (Pi), on standardise la somme des prestations qui seraient reçues par les habitants s'il y avait égalité de traitement entre les citoyens, quelle que soit la région de résidence.

($\sum Di Pi$). $\sqrt{SMR}$ est le montant optimal prenant en compte la structure par âge et la mortalité (SMR_r) spécifiques à la région.

La distribution optimale Or de chaque région représenterait la fraction suivante des prestations versées au niveau national :

$$Or = \frac{(\sum_i Di Pi) \cdot \sqrt{SMR_r}}{\sum_i (\sum_i Di Pi) \cdot \sqrt{SMR_r}} \quad \text{et l'indice} \quad \frac{Or}{Cr} \cdot 100$$

L'indice est l'indice de sous ou sur-dotation de la région.

($\sqrt{SMR}$) est utilisé "comme mesure de l'effort financier à faire pour tenir compte de l'état de santé dans la région", NHS 1987.

Tableau n° 2

**Disparités régionales des prestations
d'assurance-maladie
1990**

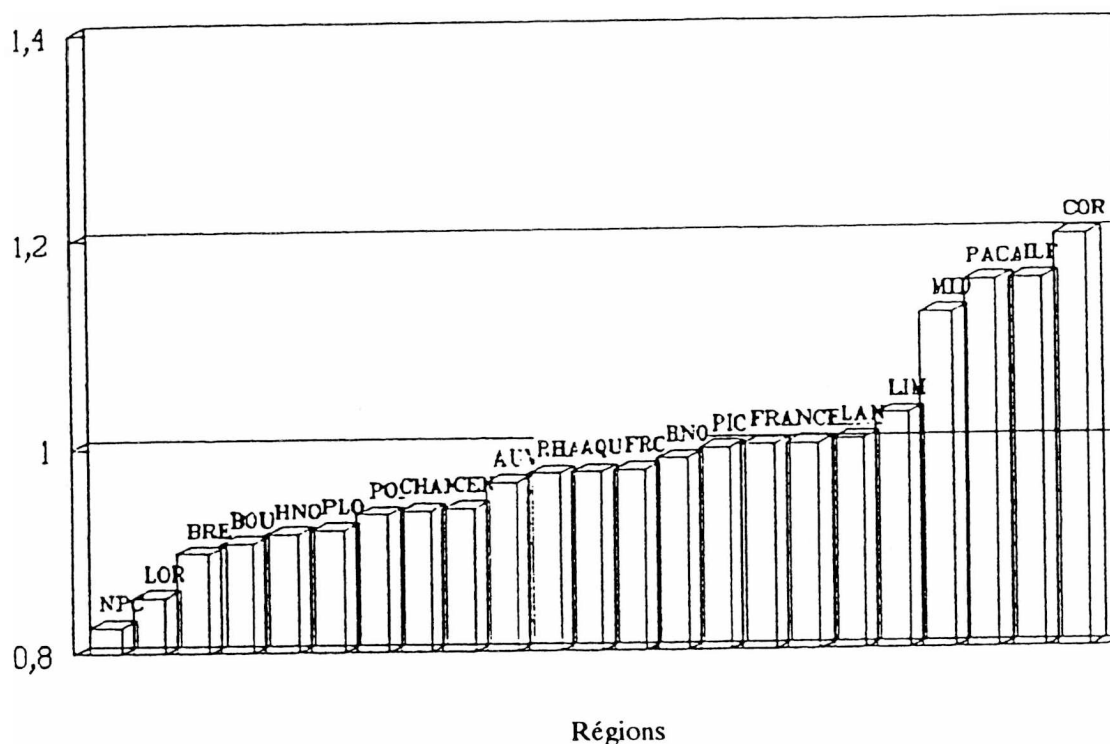
Régions	Répartition de la dépense effective %	Répartition de la dépense potentielle %	Dépenses effectives/ dépenses potentielles
Nord-Pas-de-Calais	6,07	7,35	82,6
Lorraine	3,61	4,23	85,4
Bretagne	4,82	5,38	89,6
Haute-Normandie	2,78	3,04	90,6
Bourgogne	2,66	2,94	91,4
Alsace	2,98	2,98	91,9
Champagne-Ardenne	2,22	2,37	93,4
Pays de la Loire	4,87	5,30	93,7
Auvergne	2,41	2,50	93,9
Picardie	3,22	3,23	96,4
Franche-Comté	1,88	1,93	97,3
Centre	3,90	4,15	97,4
Poitou-Charentes	2,66	2,85	97,6
Basse-Normandie	2,47	2,49	98,6
Rhône-Alpes	8,94	9,19	99,6
Aquitaine	4,97	5,11	99,8
FRANCE	1,00	1,00	1,0
Languedoc-Roussillon	3,88	3,86	100,4
Limousin	1,44	1,40	102,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,84	7,66	112,4
Midi-Pyrénées	4,94	4,39	115,4
Ile-de-France	19,88	17,20	115,6
Corse	0,55	0,46	119,8

Guide de lecture : actuellement le Nord-Pas-de-Calais consomme 6,07 % de la dépense effective d'assurance-maladie. Il "devrait" - sur la base d'une "allocation" homogène sur le territoire national - en consommer 7,35 %. Il apparaît ainsi un déficit relatif de 17,4 % (100 % - 82,6 %).

Graphique n° 4

Écarts selon les régions entre les prestations versées et les dotations potentielles

Prestations versées/dotations potentielles



France entière = 1

Résultats établis après standardisation des données selon la structure âge/sexe de la population et le SMR.

Intitulés des régions graphique n° 3

Dès lors que des solutions de déconcentration des financements sont évoquées, l'existence de ces disparités ne peut être négligée. Leur atténuation est délicate à mettre en œuvre : les régions les moins bien dotées pourraient revendiquer un "droit au rattrapage". Peut-on, à l'inverse, imposer aux régions les plus fortement consommatrices des mesures structurelles destinées à "raboter" leur situation apparemment excédentaire ? Le transfert d'une partie substantielle des responsabilités de régulation des dépenses de santé à des instances régionales, s'il est éventuellement de nature à rapprocher l'échelon de décision de la pratique quotidienne, doit être accompagné de procédures de péréquations financières inter-régionales.

4.2. Les disparités intra-régionales, voire intra-départementales ou même intra-urbaines

Les différences de composition sociale des communes induisent des inégalités locales perceptibles sur les indicateurs de santé et d'accès aux soins. S'opposent ainsi les banlieues aisées et les villes ouvrières, les centres urbains et leurs périphéries, les localités selon leurs activités dominantes : tertiaire, industrie, commerce ¹.

En Ile-de-France, on rencontre un éventail très large de ces inégalités dans l'offre de soins comme dans les indicateurs de mortalité (voir cartes n° 1 et n° 2). L'inégale répartition des généralistes est particulièrement nette entre l'intérieur de Paris et les départements de la première couronne.

Ces disparités posent essentiellement deux questions :

- quels sont leurs effets en termes de satisfaction des besoins de santé ?
- dans l'absolu, de quelles ressources sanitaires un secteur géographique donné doit-il pouvoir disposer au minimum et ne doit-on pas s'assurer dans la répartition géographique de l'offre de soins que celles-ci sont effectivement présentes ?

Prendre en compte dans la planification des systèmes de santé les besoins de la population selon sa répartition géographique n'a de sens qu'à deux conditions :

- disposer de références sur les niveaux nécessaires des différents types de services de santé et sur leurs substitutions éventuelles les uns aux autres (ce que des références internationales et des évaluations devraient permettre de faire aujourd'hui) ;
- rechercher une procédure de redistribution (de redéploiement) des ressources, selon des niveaux géographiques et des critères qui restent à définir et qui seraient politiquement réalistes.

L'ensemble des résultats ayant trait aux disparités géographiques, inter et intrarégionales, sont connus et ne s'atténuent que très peu au fil du temps.

(1) TONNELIER (F.) : "Villes du Nord, villes du Sud, inégalités régionales, inégalités sociales d'accès aux soins", CREDES, colloque "Espaces urbains et géographie des soins", 1991 ; FAURE (H.), TONNELIER (F.) "Espace, classes sociales et santé", CREDES, 1991.

Les écarts de distribution mis en évidence ne peuvent se justifier ni par la structure de la population puisque ceux-ci demeurent avec des données standardisées, ni par une hypothèse de répartition interrégionale des ressources sur la base de "grandes régions" puisque la France apparaît en quelque sorte coupée en deux entre le Sud, globalement favorisé et le Nord relativement peu doté.

Cependant, des disparités de santé importantes persistent d'une région à l'autre. Il semble que le niveau et l'intensité de l'offre de soins ne soient pas clairement corrélés aux états de santé constatés notamment par les indicateurs de mortalité. En effet, dans notre pays, les écarts de mortalité adulte s'accroissent.

5. Des écarts importants de mortalité persistent selon les groupes sociaux et selon les régions

Tous les travaux démontrent nettement que les risques de mortalité, mesurés dans la population adulte, varient selon les catégories professionnelles et selon les régions.

5.1. La mortalité différentielle des adultes selon les catégories professionnelles, la situation matrimoniale, le niveau de diplôme

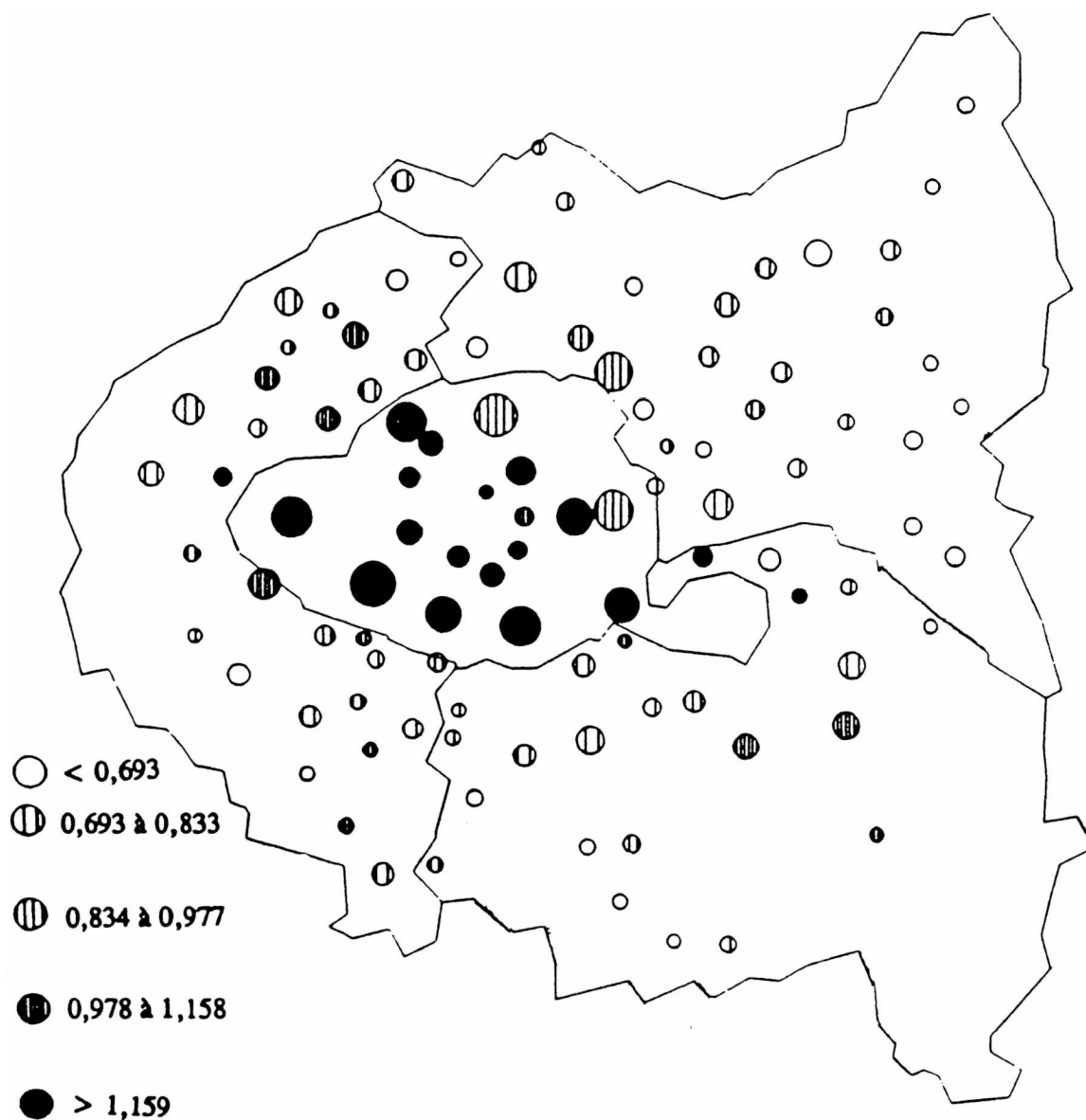
Les travaux de Guy Desplanques restent en France, dans ce domaine, la référence. Deux études longitudinales (et leur actualisation) ¹ ont permis d'établir que la mortalité des adultes diffère très sensiblement selon la catégorie professionnelle.

À 35 ans, sur un échantillon constitué en 1975 et étudié pour la période 1980-1989, l'écart d'espérance de vie est de 8 ans entre l'ensemble des cadres supérieurs et les manoeuvres ; à 60 ans il est de 4,5 ans. Ces écarts sont supérieurs aux écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes - toujours cités comme élevés - qui sont de 7 ans à 35 ans et de 3 ans à 60 ans.

(1) DESPLANQUES (G.) : "La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales" (période 1955-1980), INSEE, Collections D 102, janvier 1985 ; et actualisation des résultats dans "L'évolution des disparités de mortalité suivant le milieu social", communication pour le colloque européen de démographie, Paris, 21-25 octobre 1991.

Carte n° 1

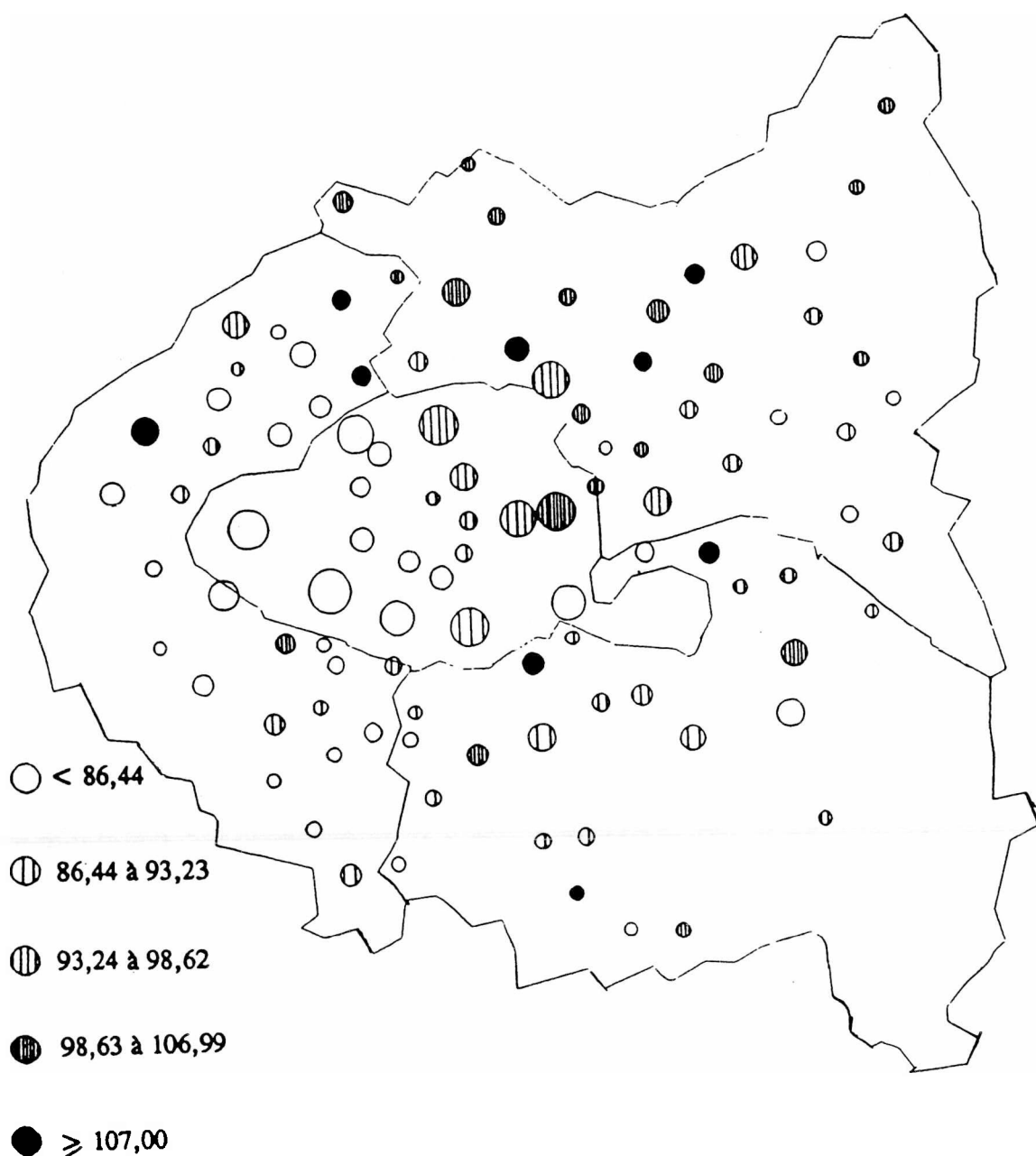
**La densité de généralistes pour 1 000 habitants
dans les villes de plus de 20 000 habitants
de la Région Parisienne
(Paris et 1^{re} couronne) 1982**



Source : Faure (H.), Tonnellier (F.) : "Espace, classes sociales et santé, CREDES, juin 1991

Carte n° 2

**Indice comparatif de mortalité
des villes de plus de 20 000 habitants
de la Région Parisienne
(Paris et 1^{re} couronne) 1982**



Source : Faure (H.), Tonnellier (F.) : "Espace, classes sociales et santé, CREDES, juin 1991

Au cours des années récentes deux évolutions sont apparues :

- la baisse de la mortalité concerne toutes les catégories sociales, mais elle est plus nette pour les groupes du haut de l'échelle (+ 2,3 ans en vingt ans pour les uns, contre seulement + 1,5 ans pour les autres). Le fossé s'est donc légèrement creusé ;
- le classement des groupes professionnels se modifie au fil du temps reflétant par là même une évolution des places sociales respectives des différentes professions (résultats 1980-1989 sur les graphiques n° 5 et n° 6) : si dans les années 1955-1960 les instituteurs avaient la plus faible mortalité, ils sont aujourd'hui au quatrième rang ; comme le précise G. Desplanques, *"leur place dans la hiérarchie sociale s'est dégradée, en même temps que le métier s'est féminisé. De la même façon, la mortalité des professeurs, même s'ils restent en tête par leur faible mortalité, a évolué plus lentement que celle des ingénieurs, des techniciens ou des artisans"*. D'autres évolutions sont notables : ainsi les employés ont rejoint les ouvriers, alors que le risque résultant de leur activité professionnelle est plus faible.

Outre la hiérarchie des professions, ces évolutions relatives traduiraient également des effets peu attendus liés aux mutations de la population active : *"les progrès ont été plus sensibles pour les métiers de l'industrie aux effectifs en déclin, que pour ceux du tertiaire, de plus en plus nombreux. Tout s'est passé comme si ceux qui avaient quitté l'industrie pour le tertiaire, ouvriers devenant employés le plus souvent, étaient les plus fragiles"*.

Mise à part la situation professionnelle, d'autres facteurs jouent un rôle pour expliquer les écarts de taux de mortalité adulte. Chez les hommes, le diplôme et la situation de famille semblent avoir des effets cumulatifs : les plus mal lotis professionnellement ont le moins de diplôme et sont plus fréquemment célibataires - tous facteurs aggravants -.

Pour les femmes, on peut également décliner une hiérarchie des taux de mortalité adulte, bien que les écarts soient beaucoup moins importants et que l'ordre ne soit pas aussi évidemment commandé par la hiérarchie des métiers : en effet, pour les femmes, le critère d'activité professionnelle et la situation matrimoniale sont des facteurs très discriminants ; ils ne sont pas strictement superposables à l'échelle professionnelle : ce sont les femmes diplômées qui sont le plus souvent célibataires ; tandis que les femmes actives même dans les catégories les plus défavorisées ont une mortalité plus basse que l'ensemble des inactives. Ce sont ainsi, dans l'ordre croissant, les institutrices, les cadres supérieurs, les agricultrices, les techniciennes, les cadres moyens et les employées qui ont un taux de mortalité inférieur au taux moyen des femmes, tandis que les ouvrières qualifiées, les artisans commerçants, les ouvrières spécialisées et

manœuvres ainsi que celles exerçant un métier de personnel de service ont un taux de mortalité supérieur à ce taux moyen.

Deux évolutions notables apparaissent dans les résultats de mortalité des femmes : d'une part, les employées régressent du premier au cinquième rang entre les résultats de 1980 et ceux de 1989 (confirmant les résultats des hommes) ; d'autre part, les agricultrices seraient désormais parmi les professions où les femmes ont les taux de mortalité les plus faibles (et inférieur à celui de la moyenne des actives).

Les résultats de 1980 indiquaient une forte mortalité des femmes inactives. Ceci s'expliquerait par de mauvais états de santé plus fréquents (excluant une partie d'entre elles du marché de l'emploi ¹). Comme pour les hommes on doit bien sûr faire l'hypothèse qu'il existe un chômage lié au mauvais état de santé mais on peut aussi penser que, à l'inverse, la non insertion professionnelle, parfois davantage subie que voulue, puisse avoir des effets défavorables sur la santé.

De nombreux autres paramètres - logement, environnement, conditions de vie, niveau d'activité - sont mis en relation avec ces données de mortalité. Il s'en dégage une grande complexité d'interprétation, du fait notamment de la dépendance de toutes les variables.

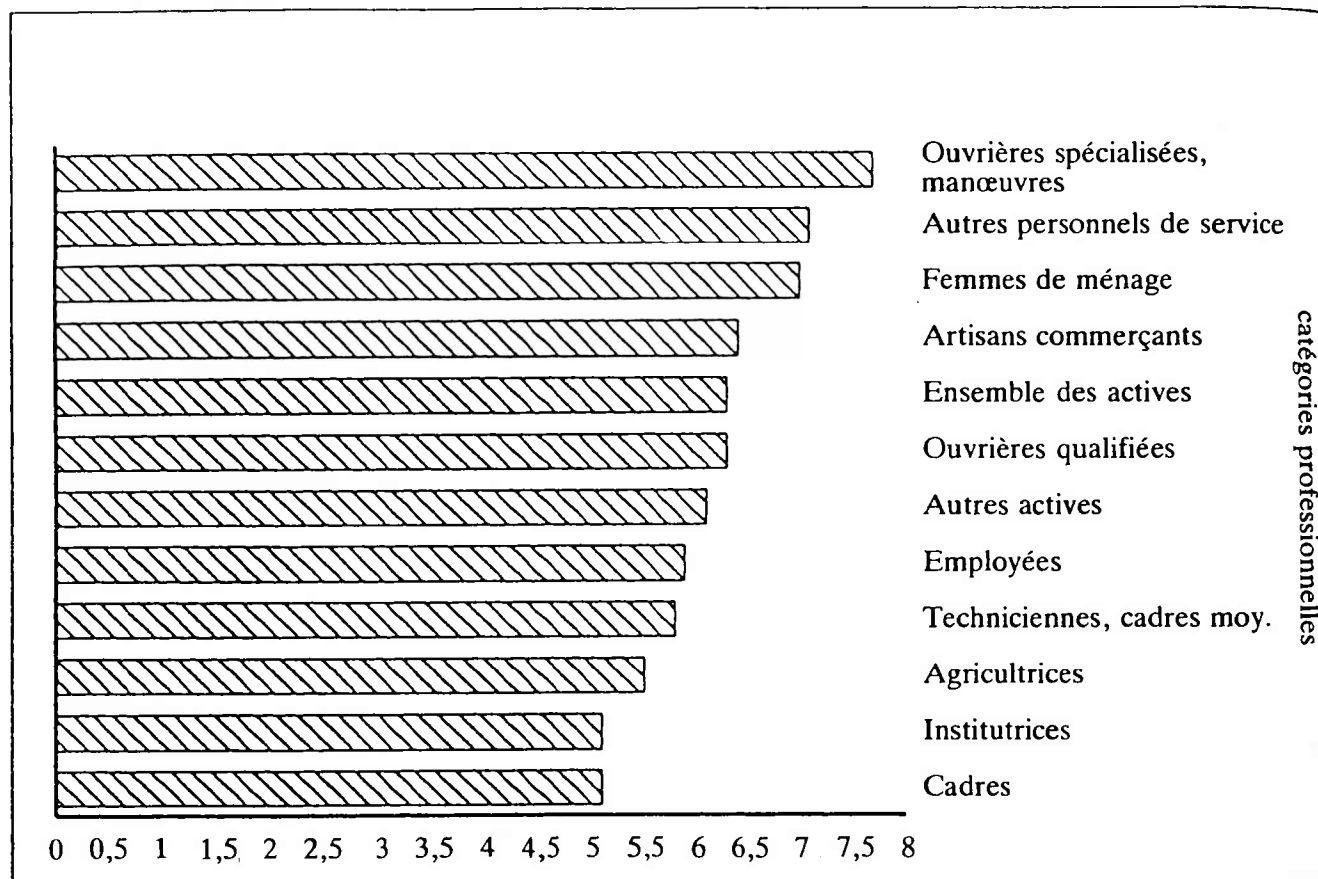
Exemple de cette complexité, en 1980, les résultats de mortalité des ouvriers adultes diffèrent selon les branches d'activité, les régions, et le niveau de qualification : la mortalité est plus élevée dans les services marchands (où l'emploi est peu qualifié), et dans la fonderie ou la construction électronique (ces activités sont surtout implantées dans les régions du Nord et de la Lorraine qui sont pour toute la population des régions de forte mortalité). En revanche, la mortalité est plus faible dans les industries de biens de consommation, la construction navale et l'aéronautique (qui sont, elles, implantées dans le Sud, régions de faible mortalité), et l'imprimerie (branche où les emplois sont plus qualifiés).

(1) BOURGET-DEVOUASSOUX (J.) : "Regards sur les inégalités sociales en santé", *Agora*, février 1990.

Graphique n° 5

Probabilité de décès des femmes actives entre 35 et 60 ans selon les catégories socio-professionnelles

(période 1980-1989)



Taux de mortalité

Nombre de décès observés entre 1980 et 1989 dans la tranche d'âge 35-60 ans dans l'échantillon

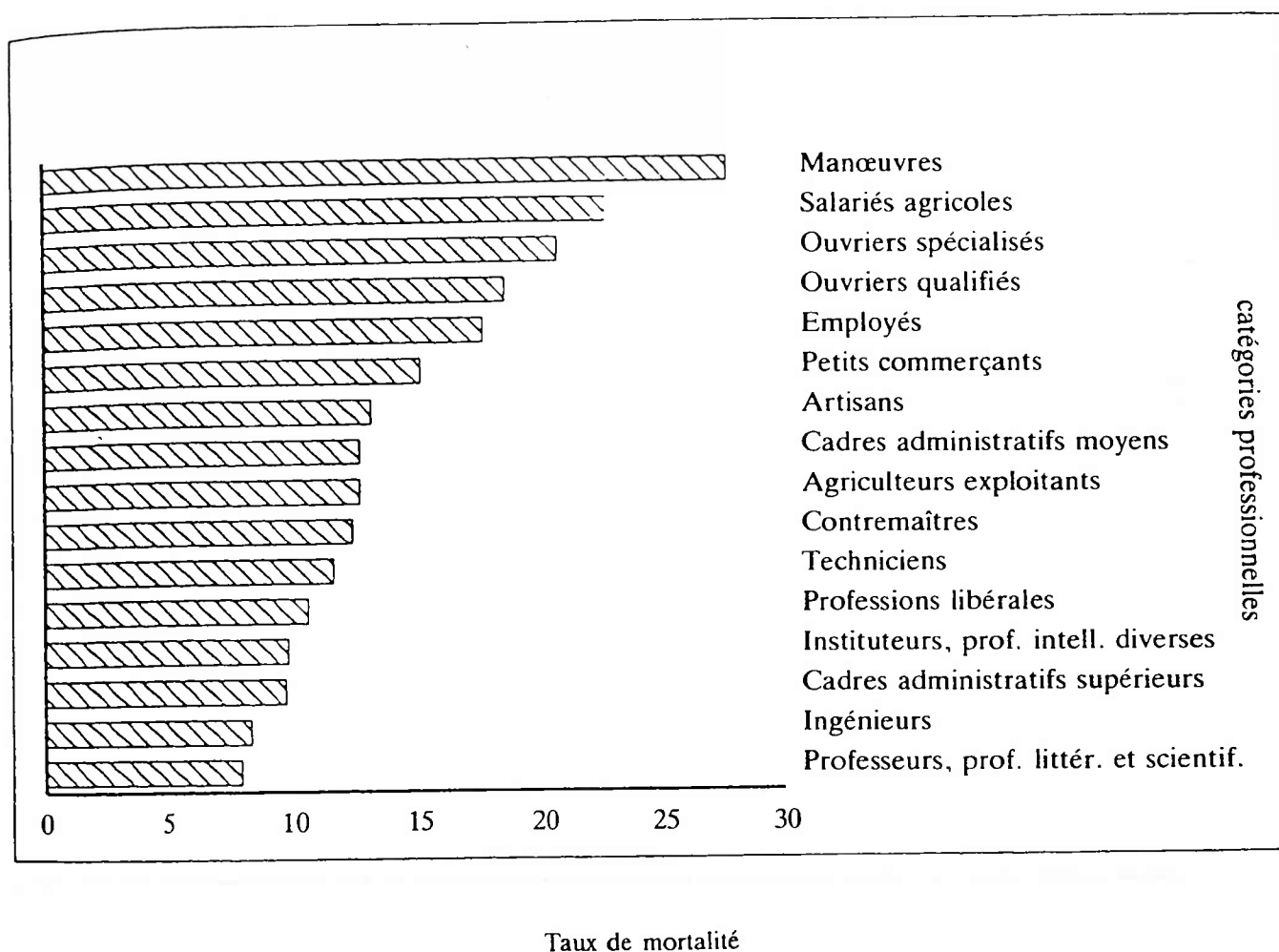
Le graphique se lit : entre 1980 et 1989, 7 % des femmes de ménage ayant entre 35 et 60 ans sont décédées.

Source : échantillon de 1975, INSEE

Graphique n° 6

Probabilité de décès des hommes actifs entre 35 et 60 ans selon les catégories socio-professionnelles

(période 1980-1989)



Nombre de décès observés entre 1980 et 1989 dans la tranche d'âge 35-60 ans dans l'échantillon

Le graphique se lit : entre 1980 et 1989, 15 % des petits commerçants ayant entre 35 et 60 ans sont décédés.

Source : échantillon de 1975, INSEE

5.2. Les différences inter-régionales

Les données géographiques de mortalité fournissent un matériau alimentant de nombreux travaux. Les données de mortalité adulte et les SMR (données corrigées des effets de structures d'âge et de sexe ¹) ont été analysées en 1990 par B. Garros et M.-H. Bouvier-Colle ² selon les régions et les mouvements migratoires.

Deux éléments majeurs se dégagent :

1. En France, comme dans tous les pays étudiés, les situations relatives de mortalité varient peu.

En France, on peut ainsi :

- tracer un croissant de forte mortalité ; l'espérance de vie à la naissance y est faible ; il s'étend du Massif central à la Savoie, en passant par :
 - . la Bretagne (taux brut de mortalité élevé),
 - . le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace (TBM faible) ;
- établir le triangle d'or d'une faible mortalité : là l'espérance de vie à la naissance est plus élevée ;
 - . Bassin parisien (TBM faible),
 - . Pyrénées, Alpes-Maritimes (TBM élevé).

Comme on le voit, ces écarts ne traduisent pas seulement l'importance de la population jeune ou âgée, puisque les taux bruts de mortalité peuvent varier alors que les espérances de vie sont proches.

2. Les situations géographiques apparaissent extrêmement déterminantes : *dans les départements où la mortalité est forte, la surmortalité masculine est plus forte*, et logiquement, dans les départements à faible mortalité, les couples ont, en moyenne, une longévité plus grande (on sait que l'isolement est un facteur aggravant de la morbidité et de la mortalité).

(1) SMR : Standardized Mortality Rates : modalité de calcul d'un taux comparatif de mortalité (TCM). Comme l'espérance de vie, les TCM permettent d'analyser la mortalité après élimination de l'influence de l'âge et du sexe. On établit également le taux brut de mortalité (TBM) qui à l'inverse reflète directement le poids de la population âgée.

(2) GARROS (B.), BOUVIER-COLLE (M.-H.) : "Variations géographiques de la mortalité", in "Mortalité et causes de décès en France", BOUVIER-COLLE (M.-H.), Éd. INSERM, Doin, 1990.

5.3. Les causes de mortalité expliquent-elles les disparités ?

Un "écheveau de causes ¹" contribue à expliquer les disparités actuelles de la mortalité. Aucune n'est suffisante à elle seule.

5.3.1. Les disparités entre groupes professionnels

L'analyse des données 1980-1989 par G. Desplanques fournit là encore à la fois des résultats bruts et des clés pour la compréhension des évolutions du système de santé, comme du système social.

Les résultats confirment que certaines professions ont des risques majorés de mortalité par tumeurs, maladies de l'appareil digestif ou maladies de l'appareil respiratoire. Ceux-ci peuvent être cumulatifs (voir graphique n° 7) et, pour les tumeurs par exemple, très spécifiques. La mortalité par tumeur du larynx ou du pharynx, les maladies de l'œsophage, les pathologies liées à l'alcoolisme (cirrhose, démences...) sont des causes de mortalité pour lesquelles les écarts sont très importants entre les groupes (voir graphique n° 8).

La mortalité accidentelle et les maladies infectieuses ne semblent plus marquées du seul sceau de la pauvreté (comme il y a vingt ans les accidents de la route et la tuberculose) ; ce sont aujourd'hui les classes supérieures qui sont les plus touchées par la pathologie infectieuse mortelle (SIDA) et les accidents de la route (ainsi, dans une enquête récente, les cadres supérieurs considéraient que les mesures de limitation de vitesse ne les concernaient pas) ².

5.3.2. Les disparités géographiques

Les causes de ces écarts semblent connues : la surmortalité des uns reflète la forte prévalence des tumeurs liées à l'alcool (Ouest), ou des maladies cardio-vasculaires et des tumeurs du poumon (Est), à moins que l'on ne cumule les deux (Nord). En revanche, un cercle vertueux se présente dans les autres régions, alcoolisme faible, faible mortalité cardio-vasculaire (Ile-de-France) et cancéreuse (Sud). Mais ces données de morbidité apparaissent comme des conséquences des modes de vie (alcoolisme), des habitudes alimentaires (graisses animales au nord et végétales au sud), des conditions de travail et peut-être de la situation socio-économique.

(1) NOIN (D.), CHAUVIRÉ (Y.) : *"La population de la France"*, Masson, 1991.

(2) Rapporté par DESPLANQUES (G.).

Le niveau d'études est un facteur explicatif des comportements face à la maladie et aux soins dont les effets peuvent être recherchés. La géographie de la mortalité a profondément changé depuis le siècle dernier et certains progrès peuvent être rapprochés de la progression du niveau moyen d'éducation¹. Si, au début du XIX^e siècle, le niveau scolaire était plus élevé au nord de la France, cette situation s'est inversée au milieu du XX^e siècle et a précédé la forte progression du sud dans le classement des régions selon l'espérance de vie. Dans le même temps, les départements du Nord et de l'Est régressaient dans ce classement. Tout se passe comme si - en termes relatifs - l'amélioration du niveau moyen de scolarisation était une condition pour la réduction de la mortalité.

En revanche, tenter d'expliquer les écarts de mortalité par ceux de la densité de l'offre de soins est peu concluant ; ainsi, d'après les calculs effectués par B. Garros et M.-H. Bouvier-Colle (sur des données de 1975) :

- les trois groupes de départements à forte mortalité (Ouest, Nord, Est) ont des densités de médecins ou de lits hospitaliers plus faibles que la moyenne nationale (sauf la densité de lits à l'Est) ;
- dans les groupes à faible mortalité, la situation est plus complexe : pour les groupes du Sud et de l'Ile-de-France, densités médicales et équipements hospitaliers sont plus élevés que la moyenne nationale, tandis que dans le Centre, coexistent sous-équipement et sous-mortalité.

En fait, le plus paradoxal concerne sans doute le caractère extrêmement dominant de ces situations régionales sur les résultats de mortalité.

Ainsi, toujours d'après ces auteurs, l'étude des quotients de mortalité par catégorie professionnelle montre que *"la catégorie sociale ne fait qu'accentuer ou minimiser la sur ou sous mortalité globale, sans modifier le classement (entre régions)"* : par exemple, les quotients de mortalité des cadres supérieurs de Bretagne, Alsace ou du Nord sont supérieurs à ceux de la même catégorie socio-professionnelle en Ile-de-France, Centre ou Midi-Pyrénées. La seule exception est celle des manœuvres d'Ile-de-France.

(1) TONNELIER (F.) : *"Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIX^e siècle en France"*, CREDES, 1992.

L'étude des migrants, d'une zone à l'autre, fournit de fort curieux résultats. Elle incite en effet les chercheurs à constater - même avec une extrême prudence - qu'"en général, ces différences dans la mortalité des migrants, selon leur lieu de naissance, suivent les mêmes schémas que dans le cas de non-migrants, bien que les taux de mortalité des migrants soient meilleurs que ceux des non-migrants. Il existerait donc entre le lieu de résidence et la mortalité, une relation qui s'établirait à un stade précoce de la vie ¹".

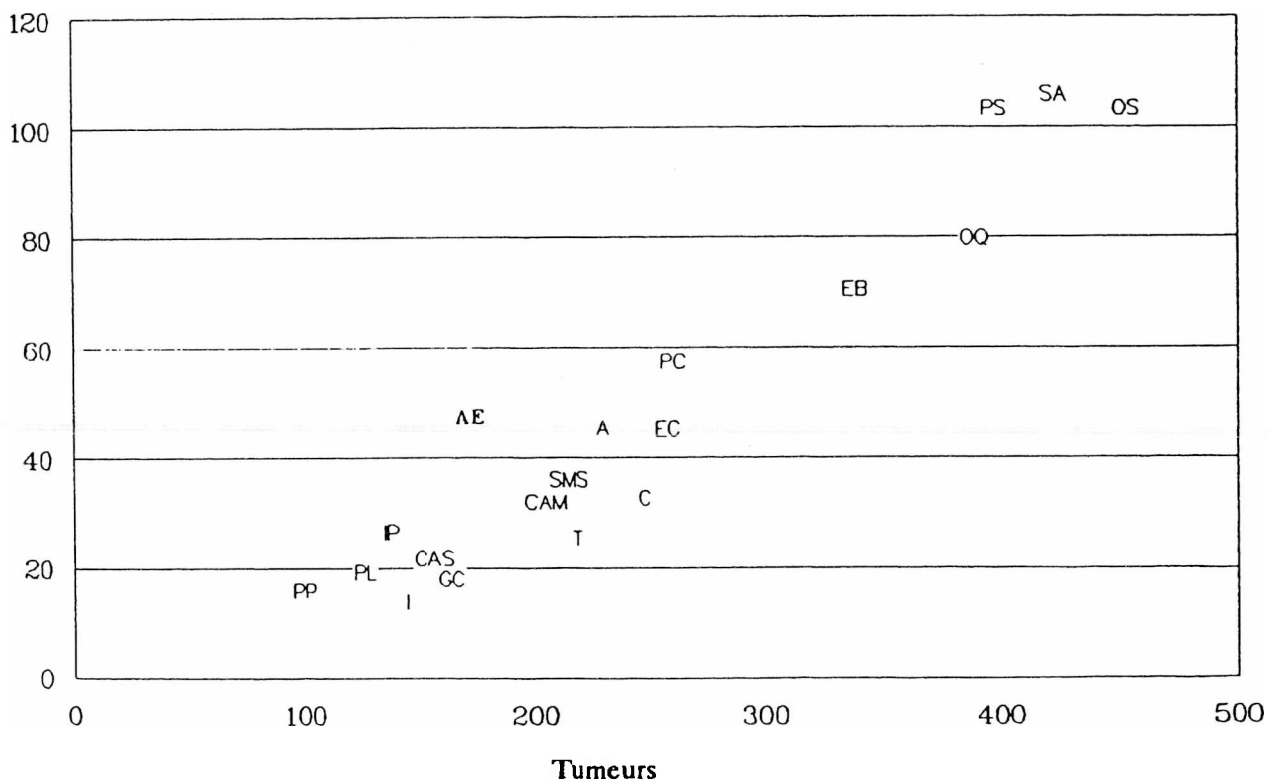
Graphique n° 7

Mortalité des hommes de 45-54 ans, selon la cause et la catégorie socio-professionnelle

Tumeurs et maladies de l'appareil digestif

1980-1989

Maladies de l'appareil digestif



Intitulés des catégories socio-professionnelles, voir p. 164

(1) AÏACH (P.), CARR-HILL (R.), CURTIS (S.), ILLSLEY (R.) : "Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne". Analyse et étude comparative. Éd. INSERM, La Documentation française, 1987.

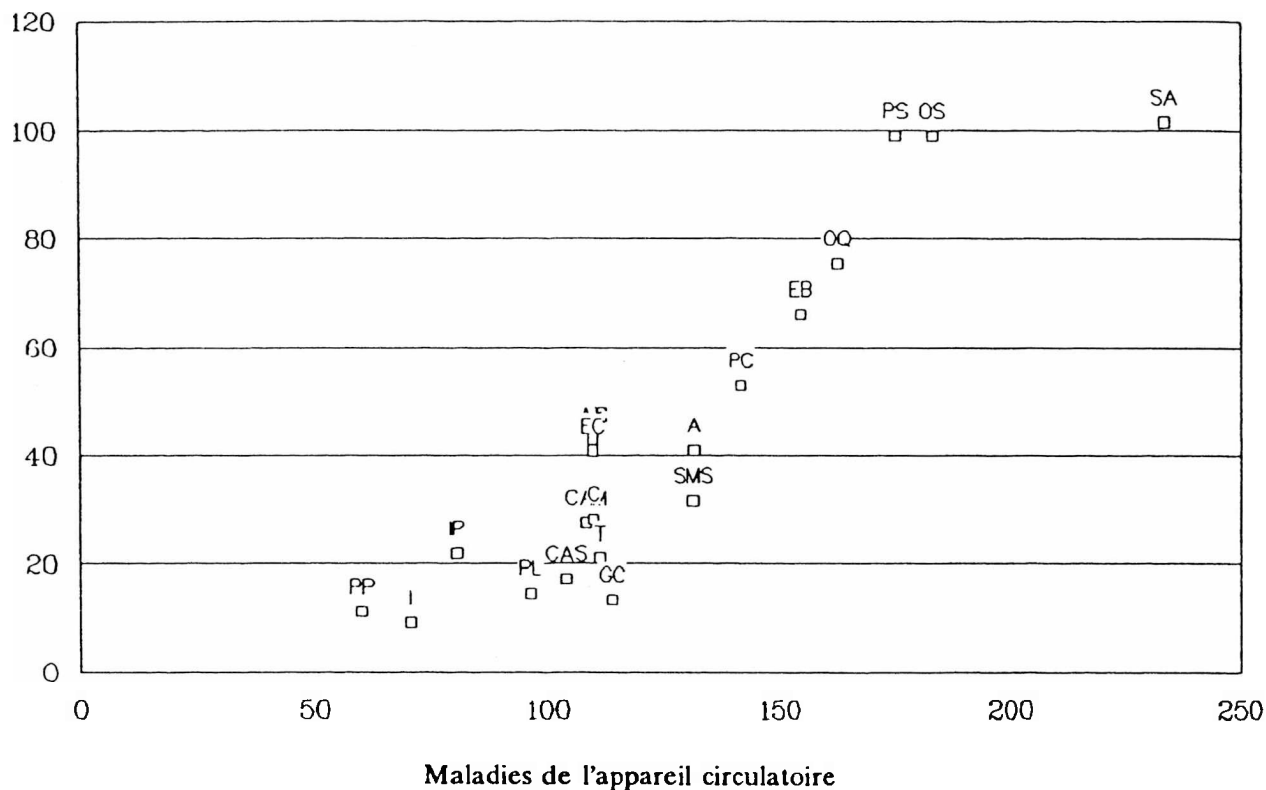
Graphique n° 8

Mortalité des hommes de 45-54 ans, selon la cause et la catégorie socio-professionnelle

Maladies de l'appareil circulatoire ou digestif

1980-1989

Maladies de l'appareil digestif



PS	Personnel de service	A	Artisans	I	Ingénieurs
OS	Ouvriers spécialisés	SMS	Services médicaux et sociaux	T	Techniciens
SA	Salariés agricoles	IP	Instituteurs, pro. intell diverses	CAM	Cadres administratifs moyens
OQ	Ouvriers qualifiés	CAS	Cadres administratifs supérieurs	C	Contremaîtres
EB	Employés de bureau	PL	Professions libérales	AE	Agriculteurs exploitants
PC	Petits commerçants	GC	Gros commerçants		
EC	Employés de commerce	PP	Professeurs, professions littéraires et scientifiques		

6. Des disparités existent dans les modes de recours aux soins et dans les prises en charge médicales

Les enquêtes de consommation médicale présentent pour le lecteur et pour les pouvoirs publics l'avantage d'être directement accessibles. Cependant, on oublie le plus souvent que lorsqu'il y a consommation de soins, c'est au terme d'un processus déjà complexe.

Il est donc important de ne pas en rester à la seule description des différences constatées "ex-post" sur les niveaux de consommation mais de tenter de procéder à des analyses faisant intervenir des données sur la santé et la morbidité. De ce point de vue, trois observations peuvent être faites :

- les enquêtes de consommation incluent fréquemment l'interrogation des enquêtés sur leurs situations de morbidité ressenties ou connues par eux-mêmes, qui peuvent donc rendre possibles certaines analyses médicalisées ;
- des travaux ont montré la diversité des comportements de recours aux soins devant une même situation de morbidité : les disparités de consommation expriment des gestions très différentes de la maladie et des symptômes, selon les groupes sociaux ou les traditions culturelles ;
- enfin, l'analyse de prescriptions et de choix thérapeutiques dans des situations morbides définies, montre que subsistent parfois dans le système des disparités sociales dans les filières de soins et les prises en charge médicales (le traitement de la tuberculose en constitue un exemple).

6.1. Approfondir l'analyse des consommations par groupes sociaux en introduisant la morbidité

Le CREDES a construit un indicateur de morbidité qui permet de redresser les résultats de consommation de la gravité des morbidités. Ainsi, les écarts des indices de dépense observée varient de 82 pour les indépendants à 118 pour les exploitants agricoles ; une fois ces résultats bruts redressés, à partir de l'âge et de la morbidité, on constate que la dépense en médecine de ville varie de 79 pour les indépendants à 122 pour les cadres supérieurs. À "maladies" quasi-constantes en terme de gravité, l'écart des consommations tend donc à se creuser encore davantage.

L'analyse de la morbidité dans les enquêtes de consommation pose néanmoins des problèmes méthodologiques et conceptuels¹ qui incitent à considérer ces résultats avec prudence.

6.2. S'interroger sur l'expression sociale du symptôme et les conduites de maladie que sa perception et son énoncé impliquent

P. Aïach s'est attaché depuis une dizaine d'années à rechercher les éléments permettant d'expliquer en quoi la perception et l'énoncé d'un symptôme entraînent ou non un recours médicalisé : *"L'examen attentif des conduites à partir de symptômes spécifiques révèle des attitudes très complexes qui peuvent certes se différencier selon des catégories sociales d'appartenance et conduire à des actes de consommation médicale, mais qui n'ont rien de systématique car tantôt la tendance d'une classe sociale sera au recours, tantôt elle sera au contraire à l'abstention ou au laisser-faire"*.

Les résultats de ces travaux invalident l'idée habituelle (dans les milieux médicaux, comme dans ceux de la recherche) d'une *"perception plus lente, plus différée des troubles et des symptômes dans les milieux populaires"*.

Il propose in fine de distinguer six catégories de symptômes : les symptômes "fonction naturelle", "signal d'alarme", "fièvre", "expression des conditions de vie", "liés à l'apparence corporelle", "psychologiques". Il analyse la déclaration de ces

(1) Comme l'analyse AÏACH (P.) : "si ce qu'il importe de connaître c'est le facteur déclenchant du recours aux soins, (...) ce qui compte avant tout, c'est la possibilité d'établir des liaisons statistiques entre séries de maladies et séries d'actes médicaux et de dépenses de santé. (...) Si la recherche porte sur la pathologie d'une population dont on veut mesurer au plus près l'état de santé, (...) on sait que s'adresser à la population par questionnaire interposé pose des problèmes difficiles. (...) Les enquêtes extensives recueillant au moyen de listes une pathologie à forme multiples et variées ne permettent absolument pas d'étudier, par exemple, les inégalités sociales de santé dans la mesure où les formes graves sont confondues avec d'autres moins graves ou bénignes ; il en résulte peu ou pas de différences entre catégories socio-professionnelles, alors que des enquêtes à questionnaire ouvert sans liste de présentation, (...) mettent en évidence les formes plus graves et handicapantes de la morbidité avec des différences nettes entre classes sociales". AÏACH (P.) ET CÈBE (D.) : "Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation", Édit. INSERM, Doin, Paris, juin 1991.

Caractéristique des enquêtes de consommation française, cette pratique de la liste, et les surévaluations qu'elle induit, rend en outre difficile les comparaisons avec des enquêtes internationales où la morbidité ressentie est mesurée avec un indicateur bimodal : "allez-vous bien ? oui/non".

symptômes et les conduites de maladies (morbidity ressentie et décisions de recours) des personnes enquêtées.

Ainsi, la perception du symptôme "fièvre" est très dépendante du capital culturel. C'est dans le groupe de niveau supérieur que l'appréciation de la gravité et le recours au médecin sont les plus faibles. Ce n'est qu'associé à d'autres qu'il devient alarmant. A contrario, plus on est en milieu populaire, plus la fièvre paraît acquérir le statut de symptôme à part entière.

En revanche, en ce qui concerne les symptômes "expression des conditions de vie" correspondant aux symptômes "fonctionnels", la participation de facteurs culturels est faible dans l'énoncé et l'interprétation (comme d'une façon générale lorsque l'on se situe dans le domaine chronique et organique). La plus grande fréquence de déclaration dans les milieux populaires correspond aux conditions de vie et aux contraintes professionnelles.

Enfin, on peut également évoquer les symptômes "liés à l'apparence corporelle" où les écarts entre les sexes sont les plus importants. Les enquêtes montrent une sensibilisation toute particulière des employés pour les symptômes ayant une dimension esthétique. *"C'est dans ce groupe que l'on observe la plus forte tendance à médicaliser les symptômes et à se conformer aux normes sociales"*.

Aux deux extrémités du spectre, les symptômes de "fonction naturelle" semblent présenter une plus grande tolérance pour les enquêtés de milieu populaire qui les déclareront moins, mais ignoreront aussi qu'ils peuvent pour certains d'entre eux constituer des signes d'appels pour d'autres pathologies plus graves (envie fréquente d'uriner et envie de boire en permanence comme signes de diabète par exemple).

Tandis que les symptômes "psychologiques" sont un domaine d'interprétation complexe : ils sont moins déclarés en milieu populaire (mais plus sur présentation d'une liste, et plus par les femmes), tandis que les cadres supérieurs qui pour ces symptômes auront moins l'intention de consulter que les employés, sont aussi ceux qui recueillent le plus de diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux.

Si l'observation du niveau de consommation médicale est nécessairement la base des analyses socio-économiques de répartition de la dépense, les études sur les conduites sociales face aux maladies devraient être davantage comprises et prises en compte dans des programmes locaux de santé publique et de lutte contre les inégalités ¹.

(1) Ainsi, AÏACH (P.) souligne la possibilité de proposer des éléments pour une politique sanitaire en fonction du caractère de gravité attribuée aux différents symptômes : accès facilité pour les symptômes les plus graves, "auto-prise en charge" pour les symptômes jugés mineurs, identification du mal pour éviter un "recours inutile ou tardif".

6.3. Des filières de prises en charge médicales ?

Aujourd'hui, des différences majeures peuvent persister dans les traitements proposés pour une même situation de morbidité.

L'analyse du traitement de la tuberculose en Seine-Saint-Denis, menée par A. Thebaud-Mony et C. Lepetit en fournit un exemple ¹.

La chimiothérapie correctement prescrite et observée permet aujourd'hui de traiter la tuberculose respiratoire (en 6 ou 9 mois) à domicile ; le malade n'est plus contagieux au bout de deux ou trois semaines d'un traitement ambulatoire, simple, peu coûteux et légalement couvert à 100 %. Pour les médecins, la tuberculose reste la maladie des pauvres. Elle est aussi, et ce dans de nombreux pays, celle de communautés d'origine étrangère.

L'analyse des traitements et des filières de soins en Seine-Saint-Denis en 1984 a montré que 45 % des malades ont séjourné en sanatorium ; il s'agissait d'assurés sociaux, d'origine algérienne ou malienne et de chômeurs. La décision du médecin ou de l'assistante sociale était sans appel (l'argument le plus fréquemment employé étant celui de la contagion). Les malades français envoyés en sanatorium allaient à la montagne plus fréquemment que les autres. Pour les 21,5 % de personnes malades qui n'ont qu'un traitement ambulatoire on rencontre deux populations : des femmes françaises, suivies par leurs médecins libéraux traitants et des non-assurés sociaux traités en dispensaire, avec des médicaments gratuits.

Non seulement les malades envoyés en sanatorium ont des coûts de traitement jusqu'à 20 fois supérieurs à ceux des prises en charge ambulatoires, mais les conséquences de telles décisions médicales et sociales peuvent être graves : isolement (et ennui) pendant de longs mois, pertes importantes de revenu, risque de perdre son emploi.

Cette étude fournit un éclairage prospectif des disparités qui pourraient se développer dans les années à venir : les inégalités mises en évidence ne sont pas financières, bien au contraire. L'"aisance relative" dans laquelle baigne notre système de prise en charge sociale amène à prescrire des traitements longs et des séjours en institution qui ne sont justifiés que par les seules représentations des médecins sur les malades qu'ils ont en face d'eux. Seuls les plus armés face aux médecins parviennent à résister et négocier.

(1) LEPETIT (C.), THEBAUD-MONY (A.) : "La tuberculose en Seine-Saint-Denis : les cas mis au traitement en 1984 - résultats du traitement", *Revue française des maladies respiratoires* 1988 n° 5, p. 129-136 et 1989 n° 6, p. 451-456. Voir également : THEBAUD-MONY (A.) : "Inégalités sociales et tuberculose en Seine-Saint-Denis dans les années 1980", *Sociétés contemporaines* n° 3, septembre 1990.

7. Financement et prise en charge médicale et sociale des difficultés de santé des personnes en situation d'insertion ¹

Les personnes désinsérées économiquement (perte d'emploi) et socialement (isolement, absence de logement) ont de graves problèmes de santé ². Ces problèmes de santé peuvent être à l'origine d'un licenciement, ou d'une rupture de tout ordre ou renforcer l'exclusion liée à cette rupture.

Les problèmes de santé des plus pauvres que le dispositif du RMI devait contribuer à résoudre étaient triples :

1. Difficultés pour se faire ouvrir des droits ou les faire valoir ; depuis le rapport Revol ³, ces difficultés avaient été bien identifiées, mais étaient loin d'être résolues.

2. Problèmes de santé particuliers ; d'une part, le taux de mortalité des bénéficiaires du RMI est 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population générale ; d'autre part, ceux-ci présentent des troubles dentaires, des problèmes aigus de santé mentale, des pathologies ostéo-articulaires avec des fréquences élevées. Les pathologies liées aux conditions de vie défavorables (pathologies respiratoires et cutanées) sont également fréquentes. Enfin, par-delà le constat de situations de morbidité particulières ou d'états de santé fragiles, les personnes en situation de désinsertion sociale ont des comportements considérés comme "à risque" pour la santé : consommation d'alcool et de tabac au premier chef.

Dostoïevski, Dickens, la littérature est riche de tableaux où maladie et pauvreté sont imbriqués. Pourtant, le système de soins contemporain tente d'échapper à cette réalité sociale forte et toujours en partie d'actualité. On peut considérer que jusqu'au début des années 1970, l'hôpital était le lieu d'accueil des malades de la misère. Mais, incité au "recentrage sur son plateau technique", contraint à une productivité accélérée, l'hôpital ne veut ou ne peut plus jouer ce rôle.

(1) *Bénéficiaires du RMI.*

(2) VANLERENBERGHE (P.) : "RMI, le pari de l'insertion", rapport de la Commission nationale d'évaluation du RMI, 2 tomes, La Documentation française, 1992.

(3) REVOL (J.) : "L'accès aux soins des personnes en situation de précarité", IGAS, novembre 1987.

3. Accès aux soins ; les problèmes de santé des personnes défavorisées ont été soulignés au milieu des années 1980, lorsque les associations humanitaires ont ouvert des centres de soins gratuits. La mise en place du RMI a montré que les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires ne résultaient pas seulement des problèmes d'ouverture de droits, ni même des participations demandées (TM et avance des frais).

La mise en place dans de nombreux départements de "carte santé" constitue indiscutablement un progrès administratif et technique : elle permet de simplifier l'accès à l'aide médicale, de faire l'avance des frais, et de prendre en charge le ticket modérateur. Cependant, son élargissement en juillet 1992 avec la réforme de l'aide médicale donne à la question de l'effectivité du droit beaucoup plus d'ampleur et/ou plus d'acuité ; notamment certaines difficultés réelles d'accès persistent :

- le problème est crucial dans les structures libérales, qui sont pour ces publics, comme pour les autres, des structures de proximité ; l'accès aux généralistes s'avère difficile. Nombreux sont les médecins qui restent réticents à recevoir des populations en difficulté (risques de fuite de la clientèle classique) ; certains organisent des jours spéciaux de consultation. Le problème de l'accueil reste donc un vrai problème ;
- des soins essentiels restent non couverts : prothèses, lunettes sont financièrement inaccessibles ; or, comment retrouver du travail lorsque l'on a des problèmes de vision ou qu'il vous manque des dents ?

Nombreux sont les allocataires qui ont dans un premier temps largement profité des contrats "santé", débouchant d'ailleurs sur des rattrapages de consommation. Pourtant, les travailleurs sociaux savent que la démarche de santé fait rapidement "long feu". En effet, la question se pose de savoir quelle est la place du contrat santé dans la démarche d'insertion : un préalable, ou un pis aller. Pour certains, la croissance du nombre des contrats santé traduirait en fait l'utilisation de procédures "bas de gamme" qui dévalorise l'utilité même de ces contrats au lieu qu'ils soient proposés à ceux qui en ont réellement et spécifiquement besoin. Pour d'autres, la prise en compte des besoins de santé dans les contrats d'insertion est encore très insuffisante au regard de l'importance des problèmes.

Cependant, malgré cette contractualisation, les bénéficiaires du RMI continuent à fréquenter les centres de soins gratuits. L'action de ces centres ne diminue pas. Le suivi de traitements de longue durée par les allocataires du RMI s'avère très difficile, ainsi que leur réinsertion dans les structures générales de soins.

Au-delà de l'idée que la pauvreté progresse, il faut y voir le signe que la réponse au coup par coup donnée par ces centres correspond à l'attente de ces publics et à leur difficulté d'établir des projets (de vie, de santé ou de traitement).

Il faut également rappeler les conditions de plus en plus difficiles d'accès aux soins des personnes "sans papiers", ceux dont les hôpitaux anticipent que leur prise en charge pourrait devenir une créance irrécouvrable à charge de l'hôpital. Les travailleurs immigrés clandestins, les familles regroupées sans autorisation ne peuvent être reçus qu'en situation d'urgence médicale. En région parisienne, le problème est maintenant d'importance. Dès lors, certaines femmes enceintes ne sont pas suivies pendant leur grossesse ; elles accouchent en accueil d'urgence. Naissances prématurées, fragilité des enfants à la naissance, risques accrus pour la mère sont des situations quotidiennes.

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, on notera donc que le bilan est relativement contrasté.

1. Le système d'offre de soins permet aujourd'hui un très large accueil des populations résidentes et disposant des droits ouverts à l'assurance-maladie.

Aucun problème quantitatif d'accès n'a été signalé pour ces personnes et les enquêtes nationales confirment que les niveaux de consommation médicale se sont rapprochés.

En revanche, d'un groupe social à l'autre les recours sont spécifiques et les médecins peuvent avoir des comportements thérapeutiques différents : si ces disparités ne sont pas nouvelles, elles semblent désormais davantage masquées par les égalités quantitatives et formelles de consommation. Elle recèlent des inégalités d'information, dont on peut craindre l'accroissement dans l'avenir.

De plus, les investissements financiers considérables faits dans le système de soins n'ont pas permis d'atténuer les écarts de santé, de contribuer à l'égalisation progressive des situations de santé.

2. Ainsi, des problèmes surgissent dont il faut envisager les effets pour l'avenir.

La lutte contre l'exclusion, et le renforcement des moyens donnés aux personnes en situation d'insertion pour accéder aux structures de soins sont encore d'actualité. Le dispositif du RMI, la diffusion des "cartes santé" ont réglé certains problèmes d'ouverture de droits ; il faut s'en féliciter. Les problèmes majeurs sont ceux de l'accès aux soins et de l'effectivité du droit. La contrainte financière qui pèse sur les hôpitaux et qui vise à contenir la fonction sociale de l'hôpital se

répercute directement sur ces populations. Or, des enquêtes ont pu montrer que l'hôpital reste la structure de premier recours : les travailleurs sociaux adressent de façon privilégiée les personnes en situation d'insertion dans les structures hospitalières¹, de même, pour plusieurs groupes culturels, le recours aux soins est d'abord hospitalier.

La répartition de l'offre sur le territoire des structures spécialisées et des équipements techniques montre que tous n'ont, de fait, pas le même accès sans que l'on puisse dire pour autant qu'il serait légitime que les régions les moins équipées quantitativement doivent se fixer comme objectif d'atteindre le niveau de celles qui le sont le mieux. Dès lors, des inégalités surgissent liées à l'information disponible auprès des professionnels ou du fait des assurés eux-mêmes.

3. Le fonctionnement financier du système a produit tout au long des années 1980 des déséquilibres progressifs entre la prise en charge par l'assurance et les paiements résiduels. Ceux-ci ont été compensés pour la majorité de la population par le recours à la couverture complémentaire, mais de façon très disparate selon les groupes professionnels, voire les secteurs d'activité ; alors que le recours au système hospitalier qui dispense de l'avance des frais et souvent des frais résiduels devenait plus technique, moins social.

Au-delà du constat et avant de s'interroger sur le devenir de l'équité du système et de ses conséquences sur les états de santé, quels principes peuvent nous permettre de juger de ces disparités ?

(1) BOURRET (P.), MOSSÉ (P.) : "L'hôpital investi par le secteur social", communication aux Journées de l'AES, Toulouse, septembre 1992.

CHAPITRE II

COMMENT DÉFINIR L'ÉQUITÉ FACE À LA SANTÉ ?

Pour de longues années encore c'est sur les caractéristiques sociales des inégalités en santé que les systèmes de santé et de protection sociale pourront agir¹. Cependant, selon l'analyse des disparités que l'on propose, selon les principes et les critères d'équité que l'on retient, les choix diffèrent.

On peut ainsi retenir des critères sociaux d'équité ne souffrant aucune exception : la couverture maladie gratuite des plus démunis ; les moduler entre des objectifs sociaux et médicaux ; définir des priorités de santé publique (accès à la médecine de première ligne, vaccinations et dépistages gratuits ou facilités pour certains groupes). On peut enfin s'accorder sur les effets bénéfiques pour la santé de politiques sociales et environnementales ambitieuses (prévention des accidents du travail, sécurité routière, conditions de vie des femmes enceintes, socialisation dès le premier âge, logement des personnes âgées, architecture urbaine...).

L'énoncé des critères de décision publique et de leurs conséquences sur les acteurs locaux deviendra nécessaire, de même que l'évaluation de la mise en œuvre de ces règles de décision.

Aujourd'hui, la réflexion sur les contraintes et les marges de manœuvre disponibles pour agir sur les inégalités de santé se situe à plusieurs niveaux :

- définir des critères d'équité intrinsèques au système de protection sociale (redistributivité et progressivité des cotisations et des financements) et étudier et comparer le degré d'équité interne des systèmes nationaux ;
- s'interroger sur les principes généraux de justice sociale, rechercher un cadre théorique adéquat et réfléchir à sa traduction dans le domaine de la santé.

(1) Il demeurera, longtemps encore, des différences interpersonnelles, traversant toutes les couches sociales de probabilité d'être malade et de guérir, différences que tous s'accordent à reconnaître comme injustes, mais à ce jour inévitables.

L'analyse proposée par J. Rawls et largement utilisée depuis quelques années dans notre pays dans la réflexion sur l'équité vise à fonder une conduite sur des principes de justice sociale : certaines inégalités sont "inacceptables", d'autres inégalités peuvent être nécessaires à la poursuite d'objectifs d'efficacité économique eux-mêmes au service d'un meilleur partage réalisé entre tous au fil du temps. On est alors en mesure, comme le propose l'OMS, de délimiter les inégalités de santé inacceptables et évitables ;

- s'interroger sur le statut des inégalités en santé dans l'ensemble des disparités sociales dont elles seraient à la fois le signe visible, et le "marqueur violent". On passe alors d'une analyse selon laquelle les inégalités de santé étaient l'un des facteurs du caractère cumulatif des inégalités sociales (hypothèse qui sous-tend le premier chapitre) à l'idée que le niveau de disparités dans le système de santé est un indicateur du degré de cohésion sociale d'une société ¹. Ainsi, lorsque la cohésion sociale est compromise, c'est à la fois la demande de santé des populations - notamment des classes moyennes - qui augmente par la montée des incertitudes et des angoisses et l'état de santé objectif des populations les plus démunies qui se dégrade. Les inégalités en termes de santé font alors doublement pression sur le système de prise en charge sociale : tensions financières et mise en cause des mécanismes de solidarité.

1. Le système est-il juste ?

Deux résultats issus d'études récentes

1.1. L'évaluation du degré d'équité des systèmes

Suivant une méthodologie internationale, une recherche ² a été menée visant à *décrire et à mesurer le degré d'équité des systèmes de santé d'un certain nombre de pays participants*. Cette recherche, centrée essentiellement sur les aspects distributifs en matière d'assurance-maladies'articule en deux volets. Elle propose

(1) DE KERVASDOUÉ (J.) : "La cohésion sociale, facteur-clé de l'égalité devant la santé", in "Le Monde", 2 juillet 1992.

(2) ROCHAIX (L.), LACHAUD (C.) : "Une analyse de l'équité dans le financement et la prestation de soins en France - Une approche par courbes de concentration", présentation à l'Atelier n° 2, février 1992.

LACHAUD (C.), ROCHAIX (L.) : "Equity in the Finance and the Delivery of Health Care in France", in "Equity in Finance and Delivery of Health Care : an International Perspective". VAN-DOORSLAER (E.), WAGSTAFF (E.), A. and Frutten (edit) Oxford University Press, Oxford, janvier 1993.

une mesure de la progressivité du système de financement ¹ analysé suivant un critère d'équité verticale (selon lequel les individus possédant d'inégales capacités contributives contribuent inégalement au système, à travers les cotisations sociales, les primes d'assurances et les charges résiduelles). Elle mesure d'autre part le degré d'équité horizontale du système de prestations de soins (selon l'équité horizontale, les individus ayant un besoin de santé égal reçoivent des traitements pour un même montant, quel que soit leur statut économique).

Les mesures sont effectuées à partir de courbes de Lorenz généralisées et d'indices de concentration, pour chacune des deux parties de l'analyse ².

1.1.1. Le système de financement en 1984-1985

Utilisant les données de l'enquête INSEE "Budget des ménages 1984-1985" cette recherche démontre que le financement de la santé est globalement faiblement régressif (en particulier le dernier quintile de revenus - les revenus les plus élevés - finance 20,21 % des paiements alors qu'il totalise 24,32 % des revenus). Cette faible régressivité d'ensemble est due à celle des cotisations d'assurance-maladie, et notamment au double plafonnement des cotisations des indépendants (les cotisations d'assurance-maladie du régime général étaient déjà déplafonnées en 1984-1985). Par ailleurs, les paiements directs sont assez fortement régressifs, de même d'ailleurs que les primes d'assurance complémentaire. Le résultat est largement confirmé par l'exploitation de l'enquête ESPS en 1988.

1.1.2. Le système de prestations en 1980

Pour le système de prestations, les chercheurs ont élaboré une méthode de mesure de l'équité horizontale par standardisation de la consommation suivant des caractéristiques démographiques et d'état de santé. *À caractéristiques démographiques et à état de santé constants, un système équitable de prestations de soins aboutirait à ce que la part de dépenses médicales de chaque groupe de revenu*

(1) Le système est dit proportionnel si la proportion du revenu consacrée aux paiements est la même pour tous les niveaux de revenu ;

Le système est dit progressif si la proportion du revenu consacrée aux paiements augmente avec le revenu ;

Le système est dit régressif si la proportion du revenu consacrée aux paiements diminue avec le revenu.

(2) LACHAUD (C.) : "Équité dans le financement et les prestations des soins de santé en France : une approche par courbes de concentration", diplôme de doctorat d'économétrie, UCB Lyon-1, 8 avril 1992.

soit égale à la part de la population qu'il représente (soit 20 % pour un quintile de revenu).

Les calculs ont été réalisés à partir des données statistiques de l'enquête santé 1980 de l'INSEE. Les dépenses médicales ont été mesurées à travers les séances de généralistes, de spécialistes et les journées d'hospitalisation ; l'état de santé est approché par plusieurs indicateurs de morbidité.

Pour les affections les plus graves (c'est-à-dire celles mettant en danger la vie du patient et situant a priori les recours dans la zone des soins hospitaliers), un gradient de morbidité est mis en évidence en défaveur des plus bas revenus (premier quintile). Le premier quintile de revenu représente 24 % des malades alors que le dernier quintile représente 16 % des malades (voir tableau n° 3). Le calcul des dépenses standardisées, c'est-à-dire redressées de ces variations de morbidité permet de mettre en évidence une inéquité horizontale en "faveur" du premier quintile de revenu : celui-ci consomme plus, à morbidité et à caractéristiques démographiques constantes, que l'ensemble de l'échantillon. Il réunit en effet 25 % de ces dépenses alors qu'il possède un poids démographique de 20 %. En d'autres termes, à morbidité comparable, les moins aisés consomment davantage.

Tableau n ° 3

**Dépenses médicales (distribution standardisée)
et distribution de morbidité sévère
(mettant en danger la vie du patient)**

Quintiles de revenu par unité de consommation (pers. de plus de 16 ans)	Dépenses médicales standardisées suivant le sexe, l'âge et l'état de santé (en %)	Malades (en %)
1	26	24
2	18	22
3	19	19
4	17	19
5	20	16
100 %	100 %	100 %

Lecture du tableau : les personnes qui cumulent 20 % des plus faibles revenus (quintile n°1) représentent 24 % des malades en situation de morbidité sévère ; leur traitement correspond à 26 % des dépenses médicales de cette classe de morbidité

Source : L. Rochaix et C. Lachaud

Ces résultats devraient, pour véritablement qualifier le niveau et le contenu des inégalités, pouvoir être complétés par une analyse plus qualitative de l'ensemble de la filière de soins et notamment des recours qui précèdent l'hospitalisation.

Lorsqu'on n'est pas en situation de morbidité sévère, les filières de soins sont fortement déterminées par le poids relativement plus important des dépenses d'hospitalisation chez les plus pauvres sans que celui-ci signifie que le volume des soins soit plus fort. Ces chiffres révèlent par ailleurs un manque de recours au système de soins ambulatoires à un stade précoce d'apparition de la maladie.

L'actualisation de ces résultats a été entreprise avec les données de l'enquête ESPS du CREDES ¹. Les premiers résultats obtenus sur les consommations de médecine ambulatoire permettent de tirer quelques conclusions.

1.1.3. Des effets-prix dans la consommation de médecine ambulatoire en 1988 ?

Dans une distribution des consultations de médecins sur la base du tarif de la Sécurité sociale ², on note une consommation plus importante en valeur pour les hauts revenus ; ce gradient positif en faveur des hauts revenus s'explique essentiellement par le fait que ceux-ci consomment plus d'actes de spécialistes (plus chers) (tableau n° 4). Ce résultat était déjà établi à partir des enquêtes antérieures.

La répartition des consultations selon les prix coûtants indique une consommation en valeur plus importante pour les plus hauts quintiles de revenu. Ce gradient positif en faveur des plus hauts revenus (4 et 5) confirmerait leur recours plus important à des médecins du secteur 2.

(1) ROCHAIX (L.), LACHAUD (C.), LARGERON (C.) : "La participation financière des usagers au système de soins : mesures et simulations", rapport d'étude en cours pour la Direction de la Prévision et le Commissariat général du Plan pour affiner la méthodologie européenne et préciser les composantes de la participation résiduelle des ménages.

L'étude doit permettre d'individualiser la médecine ambulatoire et les consommations hospitalières, les parts payées par l'assurance-maladie et les usagers ; elle prend aussi en compte les moins de 17 ans. Enfin, le champ de services en ambulatoire est plus large que dans l'enquête décennale de l'INSEE. Les données utilisées ici de l'enquête ESPS (1988) concernent la médecine ambulatoire.

(2) Pour mettre en évidence des effets-prix strictement liés à la présence du secteur 2, deux distributions de dépenses standardisées d'actes de médecins (généralistes et spécialistes (C, V, K, Z) ont été définies sur la population totale : la première valorise les actes sur la base du tarif conventionnel, la seconde les valorise au prix effectivement payé par le patient, en tenant compte cette fois des dépassements.

Tableau n° 4

**Distribution de dépenses médicales standardisées
(actes de médecins généralistes et spécialistes)
selon le quintile de revenu et en %**

(1988)

Quintile	Dépenses médicales au tarif Sécurité sociale	Dépenses médicales au prix payé par le patient
1	13,1	11,7
2	18,4	17,8
3	21,9	23,3
4	23,5	24,8
5	23,1	22,4
	100,00	100,00

Lecture du tableau : les consultations médicales de ville des 20 % de la population qui touchent les revenus les plus bas représentent 13,1 % des dépenses occasionnées par ces actes valorisés au tarif de la Sécurité sociale et 11,7 % au prix payé par le patient.

1.1.4. La régressivité des financements résiduels par les ménages en 1988 ¹

On retient le concept d'équité verticale - à capacités contributives différentes, paiements différents - pour comparer une distribution de paiements directs avec celle que l'on obtient si l'on calcule les revenus par unités de consommation (UC au sens de l'INSEE).

La part résiduelle des ménages (tickets modérateurs et dépassements) [avant remboursement par les assurances complémentaires] a été calculée sur les dépenses ambulatoires.

(1) L'enquête ESPS permet une connaissance plus rapide de la participation financière des ménages en ce qu'elle précise la variable "débours" utilisée jusqu'ici dans les enquêtes de l'INSEE : la variable débours retrace l'ensemble des paiements des ménages, sans préciser s'il s'agit du ticket modérateur ou de l'intégralité de la somme payée. Or certains soins bénéficient du tiers payant de telle sorte que le patient est dispensé de l'avance des frais.

La comparaison des deux distributions met en évidence le degré de régressivité des paiements résiduels (tableau n° 5).

Tableau n° 5

Distribution des revenus (par UC) et des paiements résiduels

(par quintile de revenu et en %)

Quintiles de revenu	Paiements résiduels	Revenus par UC
1	10,5	8,1
2	16,2	13,3
3	20,9	17,4
4	27,1	22,4
5	25,2	38,9

Lecture du tableau : les 20 % de la population qui perçoivent les revenus les plus bas, touchent (par unité de consommation) 8,1 % des revenus et acquittent 10,5 % des paiements ; mais ceux qui disposent (par UC) de 38,9 % des revenus n'acquittent que 25,2 % des paiements résiduels.

Mais comme cette distribution inclut les dépassements, il est clair qu'une partie de cette régressivité est liée au recours plus fréquent au secteur 2 des plus hauts revenus ; en revanche, il est probable que la régressivité "réelle" est sous évaluée : si les remboursements par les assurances complémentaires pouvaient être décomptés, les hauts revenus verraient probablement leur contribution diminuer (l'assurance complémentaire est concentrée vers le haut de l'échelle des revenus).

Enfin, il convient de remarquer que c'est dans la quatrième tranche de revenu que les écarts sont les plus élevés.

Quelques résultats européens pour le système de financement

Résultat 1 : Plus la part du financement public croît, plus la progressivité du système croît ;

Résultat 2 : Les systèmes à dominante public-impôt sont plus progressifs que ceux basés sur l'assurance sociale ;

Résultat 3 : Parmi les systèmes à dominante public-impôt, les degrés de progressivité varient entre pays ;

Résultat 4 : Les impôts indirects sont clairement régressifs, sauf pour l'Espagne et le Portugal qui ont imposés certains biens de luxe ;

Résultat 5 : Les paiements résiduels à la charge des ménages s'avèrent être la forme de participation la plus régressive ;

Résultat 6 : Lorsque l'assurance privée est souscrite par les classes favorisées, elle est progressive. Toutefois, si elle est généralisée à l'ensemble de la population, elle tendra à devenir régressive.

Source : L. Rochaix et C. Lachaud

Selon ces travaux, le système de protection contre la maladie apparaît donc respecter des critères de justice dans ses principes ; il serait globalement plutôt équitable dans sa mise en œuvre si ce n'est par l'importance croissante donnée aux paiements résiduels par les usagers et le recours croissant à la fiscalité indirecte.

1.2. Le système de soins français est-il perçu comme équitable ?

L'enquête du CRÉDOC "aspirations et conditions de vie des Français", permet de savoir si le système de santé est aujourd'hui perçu comme inégalitaire.

Deux questions recueillent la perception globale qu'ont les Français de la justice du système :

- "Êtes-vous d'accord avec l'assertion : "On est mieux soigné si on a de l'argent et des relations ?" L'étude sur douze ans (1978-1990) de cette question permet de juger de la perception des inégalités d'accès au système de soins dans la population française. Sur douze ans, la réponse est très stable : bien que

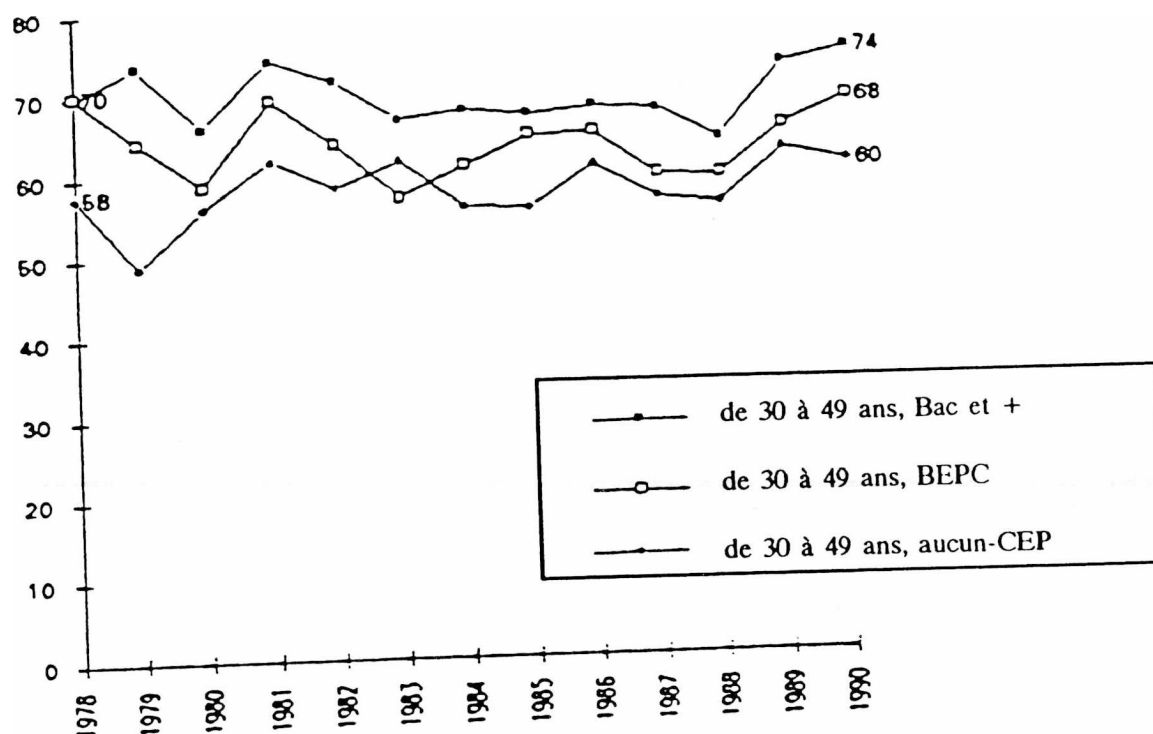
présent, et de manière diffuse, le sentiment d'inégalité ne s'accroît pas. Il est néanmoins assez perceptible, puisque 30 % de l'ensemble de la population sont "tout à fait" de cet avis, 31 % "assez" de cet avis et 40 % "pas du tout" de cet avis. On notera sur le graphique n° 9 que l'on est d'autant plus d'accord avec cette assertion que l'on a un niveau de diplôme élevé, de même d'ailleurs que l'on est d'autant plus d'accord que l'on habite une grande agglomération, voire l'agglomération parisienne.

Graphique n° 9

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)

(En %)



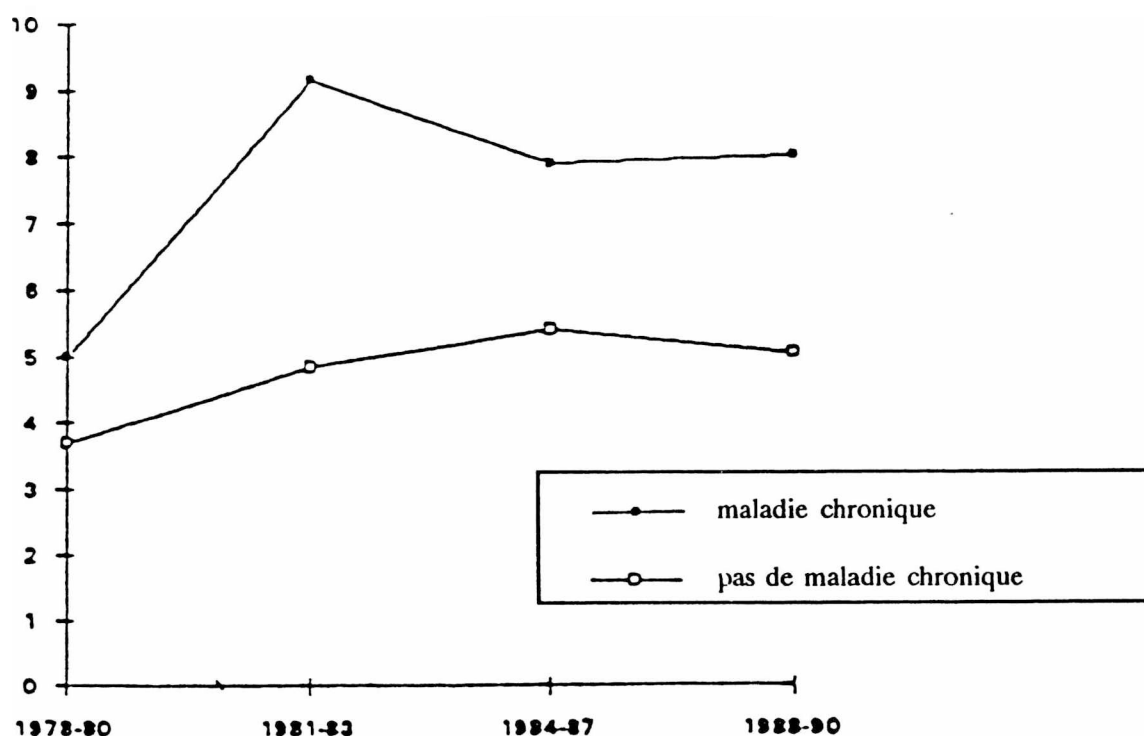
- "Êtes-vous obligé de vous imposer régulièrement des restrictions dont, sur les soins médicaux ?" Là encore, les réponses sont relativement stables au fil du temps, légèrement croissantes pour la PCS "indépendants" ; les soins médicaux constituent la catégorie de consommation pour laquelle la restriction semble la plus tardive : 7 % de la population pour les soins médicaux donnent une réponse positive contre par exemple 47 % pour les vacances et loisirs. Les résultats du CERC à partir d'une enquête faite auprès des personnes âgées confirment ce résultat.

Les résultats sur longue période de cette question de l'enquête font apparaître que l'âge n'est pas le critère le plus discriminant ; les personnes qui déclarent le plus se restreindre sur les soins médicaux sont les personnes atteintes de maladie chronique (de 24 % à 29 % de la population) et parmi elles, les jeunes adultes (graphique n° 10).

Graphique n° 10

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)



Maladie chronique : de 24 % à 28 % de la population selon les périodes, soit 1 500 personnes

2. Disparités, inégalités et injustices face au système de santé : recherche d'un cadre théorique à partir de J. Rawls

La théorie de J. Rawls 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 pour leur rôle moteur dans le développement économique général.

Les thèses de Rawls reposent sur deux principes :

"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.

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 ¹."*

L'égalité absolue dans le champ des libertés de base prime sur le principe d'égalité des chances et celui-ci sur le principe de différence (inégalités efficientes).

Selon Rawls, la santé est au point de départ un "bien naturel" dont la distribution à la naissance est inégalitaire. Cependant :

- d'une part, l'accès au système de santé pour obtenir la "protection de la santé" est une liberté fondamentale face à laquelle, au nom du premier principe de Rawls, tous doivent être égaux ;
- d'autre part, "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".

(1) RAWLS (J.) : "Théorie de la justice", 1971 - traduction française, Le Seuil, 1987.

J. Rawls considère que les entraves au principe d'égalité absolue - ici l'accès au système de soins - ne sont tolérables que si elles se réduisent au fil du temps. Enfin, les inégalités d'accès aux soins peuvent être "efficientes" si elles contribuent à la réduction des inégalités générales et acceptables si elles maximisent la situation des plus défavorisés.

Que peut-on tirer de ce cadre théorique pour juger de l'équité du système français dans le domaine de la santé ?

1. La Constitution française (de 1946 et de 1958) garantit la "protection de la santé" ¹. La santé est donc un bien naturel, inégalement réparti, mais protégé. L'exclusion totale du système de soins constitue une privation de la liberté de base. Implicitement, ce qui est garanti, c'est la réparation ; et éventuellement la prévention dans la mesure où elle concourt à protéger la santé. En revanche, la réponse médicalisée à certains problèmes, non essentiellement de santé, ce que l'on considère parfois comme du confort, ne sont pas couverts par cette garantie. Ainsi, en appliquant les critères de Rawls, le marché pourrait y subvenir en laissant jouer la dynamique des préférences individuelles.

2. L'existence de systèmes publics d'assurance-maladie garantit la modulation des cotisations en fonction des capacités contributives - mécanisme essentiel pour rendre l'assurance accessible à tous - ; pourvu que la part laissée à charge des personnes malades ne risque pas de créer des difficultés d'accès pour les soins essentiels.

3. Si les inégalités inter-régionales semblent a priori injustifiées, une inégale répartition de l'offre de soins, résultant d'une spécialisation des établissements hospitaliers à l'intérieur d'une région, peut permettre en revanche de mettre à disposition de chacun des équipements plus expérimentés et plus performants selon ses besoins. Il est vrai que cela se fera au prix de distances accrues à parcourir pour se faire soigner mais il s'agit d'un exemple d'inégalité au service de tous.

4. La lutte contre certaines inégalités sociales, largement répercutées dans le système de santé (inégalités d'espérance de vie), nécessite des politiques de prévention. D'après les principes de Rawls, il ne serait pas équitable que celles-ci ne bénéficient qu'aux seules couches aisées, or, c'est le risque pour des politiques de prévention "saupoudrées" et indifférenciées selon les populations, par exemple.

(1) Et non pas le "droit à la santé" comme certains le croient parfois.

5. Enfin, l'existence de plusieurs prix d'accès aux services de santé (secteur des honoraires libres en médecine de ville, par exemple) pourrait se justifier d'un point de vue rawlsien, pourvu que ne se constituent pas des monopoles ou des secteurs (géographiques ou selon les spécialités médicales) interdisant de fait l'accès à ceux qui ne peuvent payer les tarifs majorés.

La théorie de Rawls permet ainsi de balayer les grands mécanismes financiers et assurantiels du système. Les grands principes de justice sociale, tels que définis par Rawls, permettent d'aborder cette question des disparités en santé avec, une fois encore, un a priori théorique plutôt positif sur le système français : celui-ci conserve un très large principe d'égalité d'accès aux soins, organise centralement la répartition des équipements, couvre par les systèmes de solidarité nationale tous les gros risques et s'en remet au marché pour un certain nombre d'options plus individuelles de confort ou d'exigence particulière ; même si ceci se fait souvent empiriquement, sans résulter de choix politiques clairement explicités.

À l'aune des critères de Rawls, un certain nombre de questions surgissent :

- peut-on accepter que l'exercice des libertés de base ne soit plus garanti lorsque, sous contrainte financière, certains hôpitaux prient les médecins de ne pas traiter les malades sans couverture sociale, au motif que les créances seront irrecevables ?
- peut-on croire que les médecins pratiquant les honoraires libres acceptent de s'en remettre aux règles du marché lorsque dans une circonscription géographique, tous les médecins d'une spécialité pratiquent des dépassements ?
- comment juger de la mise en œuvre de certains protocoles d'expérimentations de la recherche médicale et scientifique, par définition inégalitaires au regard des situations de santé, quoique heureusement indépendants des situations sociales ? Les évaluations des médicaments en phase III ou IV par exemple peuvent être refusées au nom de la perte de chance que constitue pour le malade le fait d'être dans le groupe témoin (exemples du Centoxin, du DDI, etc.) ?

3. Les inégalités sociales en santé : "principes de l'égalité des chances" préconisés par l'OMS

Le but n° 1 de la stratégie de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé précise que : *"d'ici l'an 2000, les différences effectives d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient être réduites d'au moins 25 %, grâce à une amélioration de la santé des nations et des groupes défavorisés"*.

Sept grands facteurs d'inégalités en santé sont identifiés par l'OMS ¹ ; ils sont ensuite classés selon qu'il s'agit d'inégalités inévitables ou inacceptables. Ceci permet de préciser qu'*"une politique d'égalité des chances en matière de santé ne sera pas d'éliminer toutes les disparités de santé en vue de donner à chacun le même état et la même qualité de santé, mais de réduire ou d'éliminer les disparités qui résultent de causes jugées évitables et injustes"*.

Sept grands facteurs sont à l'origine des inégalités de santé

Classification OMS

1. Les variations biologiques naturelles.
2. Les comportements dangereux librement consentis, tels que la participation à certains sports et activités de loisirs.
3. L'avantage temporaire en matière de santé que détient un groupe par rapport aux autres lorsqu'il est le premier à adopter un comportement favorable à la santé.
4. Les comportements nuisibles pour la santé dans des situations où l'individu n'a que très peu de choix en matière de mode de vie.
5. L'exposition à des conditions de vie et de travail insalubres ou engendrant le stress.
6. L'accès insuffisant aux services de santé essentiels et autres services publics fondamentaux.
7. La sélection naturelle et la mobilité sociale liée à la santé faisant que les personnes malades tendent à régresser dans l'échelle sociale.

(1) WHITEHEAD (M.) : "Principes de l'égalité des chances", OMS, Copenhague (Danemark), 1991.

Un consensus s'est dégagé, parmi les experts consultés :

- les inégalités de santé dues aux facteurs 1 à 3 ne sont normalement pas à classer comme injustes ;
- les inégalités de santé résultant des facteurs 4 à 6 sont considérées comme évitables et injustes ;
- en ce qui concerne le septième facteur d'inégalité, le mauvais état de santé peut être inévitable, mais la pauvreté qui en résulte est à la fois évitable et injuste.

Ainsi, l'appréciation des disparités selon le degré de choix dont disposent les personnes pour les éviter est le critère dominant de cette proposition.

L'égalité en matière de soins se définit comme :

1. L'égalité d'accès aux soins disponibles pour des besoins équivalents.
2. L'égalité d'utilisation des soins pour des besoins équivalents.
3. L'égalité de qualité des soins.

Le rapport de l'OMS fournit des précisions tirées d'observations étrangères qui éclairent certains aspects de l'inégalité d'accès aux soins :

1. Égalité d'accès : Dans la plupart des pays européens, on ne risque plus de laisser mourir des victimes d'accidents parce qu'elles ne peuvent pas payer un traitement d'urgence. Mais, les travailleurs migrants sont exclus des services couverts par l'assurance dans certains pays ; des obstacles financiers, administratifs et culturels peuvent de fait annuler le droit d'accéder aux soins : horaires d'ouverture, barrières linguistiques et culturelles peuvent représenter des obstacles majeurs.

2. Égalité dans l'utilisation : si des conditions défavorables limitent l'utilisation, il faudra s'efforcer de parvenir à une même utilisation pour des besoins équivalents, par exemple, en réalisant une discrimination positive si cela est nécessaire pour des services de vaccination.

3. Égalité de qualité des soins : que tous puissent bénéficier du même degré de professionnalisme ; que chacun puisse être traité selon ses besoins : ce point est critique lorsque les ressources sont particulièrement rares. Par exemple, dans beaucoup de pays, les services de réadaptation sont réservés à la population active, au détriment des chômeurs, des retraités et des femmes au foyer ; en situation de pénurie de lits hospitaliers (Pologne), ou de restrictions budgétaires (Pays-Bas), les classes sociales favorisées sont sur-représentées parmi les admissions, tendance qui se corrige lorsque la capacité hospitalière est excédentaire.

Mais les principes comme les résultats doivent être étudiés en dynamique, c'est-à-dire au fil du temps. Devant l'accroissement des inégalités sociales observées au cours des années 1980, résultant de la crise de l'emploi que traversent les pays occidentaux, comment peut s'envisager d'une manière prospective, l'équité dans les systèmes de santé ?

Si globalement le système peut sembler équitable, le constat du premier chapitre a montré que des disparités importantes perdurent sans qu'aucun correctif majeur n'ait été mis en place au cours des années récentes pour en corriger les effets (à l'instar par exemple de la procédure Rawp en Angleterre).

Au-delà des garanties d'équité d'accès aux soins, qu'en est-il de la capacité du système de santé à réduire les inégalités d'état de santé ?

La persistance d'importantes disparités régionales dans la répartition des moyens d'offre, des exemples comme celui exposé plus haut sur le traitement de la tuberculose et surtout l'accentuation des écarts de mortalité montrent à quel point le diagnostic sur la contribution du système de soins à réduire les inégalités de santé doit être mesuré.

Pour une large part, les inégalités en santé résultent de disparités sociales beaucoup plus globales. Dès lors, la meilleure action permettant de réduire les inégalités en santé serait celle que la société déciderait d'entreprendre pour atténuer les inégalités sociales en général.

4. Les inégalités sociales en santé comme marqueur des difficultés de la cohésion sociale

Les résultats de travaux nationaux ou internationaux sur les déterminants de la santé imposent de relativiser le poids du système médical dans l'amélioration des états de santé ainsi que le rôle qu'il peut jouer dans les inégalités en santé tant pour les fabriquer que pour les réduire : celles-ci dépendent avant tout du système social et des conditions de vie. Mais dès que l'on analyse le caractère

4.1. Sur le long terme, l'amélioration de l'état de santé n'est que pour partie due au progrès médical

Rappelons certains résultats importants, parfois quelque peu déconcertants ¹.

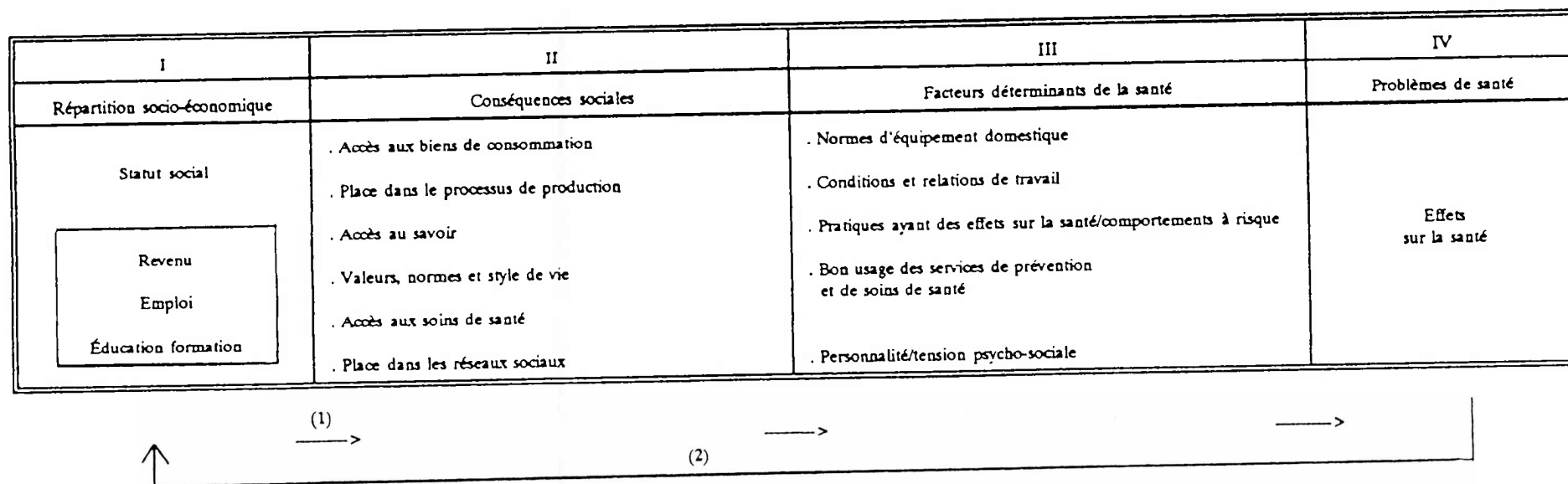
1. Il n'y a pas de corrélation entre le niveau de dépense et les résultats en termes d'état de santé d'une population.
2. La prospérité économique explique largement les améliorations de santé ; mais on peut chercher à se situer au-delà de l'idée que pour améliorer l'état de santé, il suffit d'accroître le PIB.
3. Il convient peut-être de définir, dans le système de soins, des secteurs prioritaires de dépenses où l'efficacité marginale de la dépense médicale serait la plus élevée.
4. Il existe un certain nombre de gradients sociaux des comportements à risque pour la santé (alcoolisme, tabagisme, toxicomanies, etc.).
5. L'environnement social, les réseaux de sociabilité, la densité des relations sociales ont des effets positifs sur l'état de santé ².
6. Les pays dans lesquels les écarts de mortalité sont les plus importants sont aussi ceux dans lesquels les disparités sociales sont les plus fortes.

(1) Cf. notamment ICRA : "Les déterminants de la santé", 1992.

(2) VILLENEUVE (A.) et alii "La mesure des inégalités sous son aspect multidimensionnel" ; enquête "Étude des conditions de vie 1986-1987" ; documents de travail n° F 9105, INSEE, juin 1991.

Les auteurs effectuent une analyse factorielle des correspondances multiples sur 19 indicateurs. L'axe 1, qui est donc le plus explicatif, pourrait être celui des âges. La traditionnelle tétralogie, "vieux, pauvre, seul et malade" ne semble plus du tout vraie : "si l'axe comporte nettement un aspect plutôt jeunes/plutôt vieux, l'aspect d'argent n'y tient aucun rôle. L'axe exprime la seule et fréquente association de l'isolement et du mauvais état de santé. Association résultant surtout mais non exclusivement de la variable d'âge qu'on s'est d'ailleurs refusé à considérer comme intrinsèquement facteur propre d'inégalité par lui-même. Telle est la première, et somme toute simple, orientation de l'espace des inégalités".

Tableau n° 6
Modèle explicatif possible des relations
existant entre le statut socio-économique
et les problèmes de santé



- (1) Les problèmes de santé résultent de trois niveaux de difficultés socio-économiques
- (2) Les problèmes de santé ont des effets directs sur le premier niveau socio-économique (revenu - emploi - éducation)

Source : d'après Illsley, La Hague, 1989

4.2. Les nouvelles difficultés de la cohésion sociale facteur d'inégalités en santé

4.2.1. La dualisation du tissu économique et social ¹

Les conditions de travail constituent un déterminant majeur de la santé des personnes et de l'ensemble de leur insertion sociale ; cependant, il faut bien voir comment aujourd'hui, les contraintes économiques donnent au problème une dimension nouvelle.

Une récente étude ² analyse l'effet des conditions de travail du secteur des transports sur la santé et la vie sociale des salariés. Horaires atypiques et travail de nuit structurent le transport et plus encore, l'alternance entre services de nuit ou de jour ou travail de nuit et repos de jour. Ces rythmes ou plutôt cette absence de rythme a "des effets néfastes et destructeurs du sommeil, des équilibres hormonaux, des rythmes biologiques, du fonctionnement nerveux ou gastro-intestinal ; aucune adaptation de l'organisme ne peut se faire. Les personnes travaillant de nuit, sont exposées au choc répétitif de l'adaptation biologique à l'activité nocturne, qui se fait progressivement, et de la rupture cyclique du repos, qui entraîne une remise au rythme diurne immédiate de l'horloge biologique".

Les conséquences sur la santé psychique de l'individu sont d'autant plus fortes quand la vie professionnelle suppose l'isolement prolongé (conducteur de véhicules ou de train) ou la surveillance d'installations de régulation ; on peut penser que de telles conditions dégradent à terme les aptitudes relationnelles de l'individu.

Ces conditions sont aussi "un facteur de dislocation sociale" : les horaires perturbent évidemment la "vie familiale et sociale", mais plus encore, le CNT envisage "les conséquences sociales au sens large, de telles contraintes individuelles des salariés des transports : conjuguées aux assouplissements d'horaires pratiqués dans l'industrie, dans les commerces, aux temps de trajets supportés dans les mégapoles par les habitants des quartiers excentrés, il n'est sans doute pas exagéré de dire que dans les grandes villes, elles participent à la déstructuration de la vie sociale et de l'environnement éducatif".

(1) Voir les travaux préparatoires du XI^e Plan : rapport de l'Atelier "Entreprises contre l'exclusion", président : RÉMY (P.-L.), rapporteur : PRIESTLEY (T.), de la Commission "Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", in "Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", La Documentation française, février 1993. Et rapport de l'Atelier "Compétitivité", animateur : LEBAUDE (A.), rapporteur : PRIESTLEY (T.), de la Commission "Compétitivité française", in "France : le choix de la performance globale", La Documentation française, décembre 1992.

(2) "Comment favoriser une nouvelle dynamique sociale dans les transports ?", Conseil national des transports, novembre 1992.

Pour répondre à la contrainte de compétitivité, les entreprises industrielles ou de services performantes développent des stratégies d'investissement, d'organisation qualifiante du travail, d'amélioration des statuts d'emploi. Les autres, peu qualifiées ou en situation de fragilité et de dépendance économique (souvent des sous-traitants ou prestataires de services aux entreprises) répercutent la contrainte sur le coût et les conditions du travail, la formation professionnelle et les statuts des salariés. Ainsi se dualise lentement et de façon profonde le tissu économique et social.

Dans les structures d'emploi peu intégrantes et non performantes les handicaps se cumulent par itérations "infernales" entre l'absence de qualification, la perte d'intérêt pour le travail, des carrières plates, la précarisation de l'emploi, l'absentéisme et des états pathologiques aggravés (voir graphique CRÉDOC, n° 11).

Le tracé de la frontière entre le versant socialement favorisé du système socio-productif et son versant défavorisé est mouvant : il traverse parfois l'entreprise elle-même ; il a cependant de plus en plus tendance à isoler *"dans la partie aride du système socio-productif, des territoires géographiques, des secteurs d'activité, des catégories d'entreprises et des catégories de salariés (âge, profil socio-culturel, niveau de formation, et parfois manière d'être)"*.

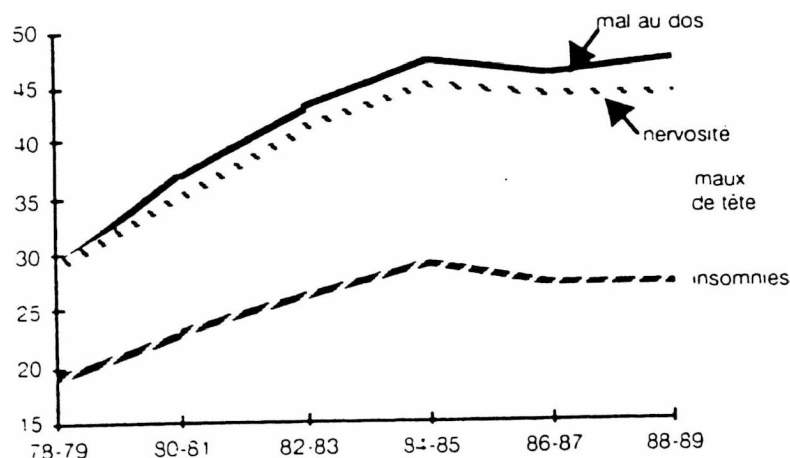
Plus encore, les contraintes de performance liées aux exigences accrues de délais et de qualité pèsent de plus en plus sur la santé des salariés dans tous les cas où elles ne sont pas allégées par de nouvelles organisations du travail. Elles peuvent donc conduire non seulement à l'augmentation du nombre des accidents du travail comme dans le secteur du bâtiment, mais aussi à l'absentéisme pour raisons de santé et à des déviations comportementales (toxicomanie, stress, apathie) qui peuvent s'analyser comme autant de ruptures avec la situation au travail, et ce dans toutes les catégories d'entreprises. Leur émergence lente mais régulière est ainsi le signe que certains secteurs ne peuvent répondre aux nouvelles contraintes de compétitivité qu'au prix notamment de cette forme d'auto-exclusion progressive des salariés. Cette nouvelle pathologie au travail s'ajouterait ainsi à celle traditionnellement liée à l'emploi de type taylorien qui diminue dans l'industrie mais est encore très présent dans les services.

La dualisation des statuts d'emploi accentue ainsi les disparités sociales entre les salariés : couverture sociale plus ou moins efficace, effets directs ou indirects sur l'état de santé de l'intensification de la productivité du travail, de la sélectivité à l'emploi au détriment des plus fragiles, de travail démotivant, stressant, usant.

Graphique n° 11

Les révélateurs des difficultés professionnelles

Proportion de Français déclarant avoir souffert de certains troubles au cours des quatre dernières semaines



En dix ans, la proportion de Français déclarant souffrir de mal au dos (45 % en 1988-1989), de nervosité (44 %) ou d'insomnies (28 %) a progressé environ de moitié. La fréquence de personnes souffrant de maux de tête (35 %) n'est, quant à elle, en croissance "que" de 20 %. Les morbidités ressenties, les symptômes de ce que l'on appelle les maladies du siècle apparaissent clairement corrélés avec l'état de la situation économique ou, en tout cas, avec sa perception.

On assiste à une stabilisation, voire à une légère décroissance, de leur déclaration au cours des quatre dernières années. Véritable indice du "mal de vivre", la reconnaissance de ces morbidités est maximale chez les "employés". À l'inverse, les cadres dont le "stress" est souvent mis en avant de façon "positive", déclarent en souffrir beaucoup moins.

Source : ROCHEFORT (R.) "Argent, stress, individualisme, uniformisation", *Consommation et modes de vie*, CRÉDOC, n° 54, décembre 1990

4.2.2. De nouvelles difficultés de la cohésion sociale et la lente dilution des principes de solidarité ¹

L'instabilité familiale, l'accès plus tardif à l'indépendance des jeunes, l'affaiblissement des liens sociaux communautaires sont autant de formes nouvelles des difficultés de la cohésion sociale.

Par exemple, les démographes notent l'"émergence de la famille incertaine", monoparentale (1/5 des familles allocataires du RMI), la fréquence des difficultés et des conflits dans les séparations, la difficulté de faire valoir des droits sociaux - y compris obligation alimentaire - et de tenir effectivement compte dans les dispositifs des difficultés des personnes, de leur isolement... Bien évidemment, toutes les formes de regroupement et de séparation plus volontaires que contractuelles ne donnent pas lieu à une demande sociale d'accompagnement, mais des ruptures des liens familiaux peuvent assez fréquemment faire partie des facteurs aggravant d'exclusion, d'isolement et de leurs conséquences sur la santé des personnes.

Les situations des personnes peuvent ainsi ne plus correspondre au droit social : l'accusation d'abus sera d'ailleurs vite prononcée à l'égard de ceux dont la situation n'est pas exactement conforme à celle qui donne juridiquement droit à la prestation. Les accusations sur les faux chômeurs, les familles cumulant les prestations... agitent périodiquement les médias ; sans nier que certains cas anormaux existent, ces allégations traduisent aussi, et c'est ce qui nous intéresse ici, la lente dilution des solidarités, l'adresse de plus en plus fréquente au recours assurantiel, le risque, dans un avenir incertain, au repliement sur soi.

Conclusion

L'analyse des caractéristiques du système de soins et de protection contre la maladie incite à fournir un bilan plutôt encourageant au regard des critères théoriques d'équité des systèmes.

Sans contredire fondamentalement ceci, le bilan effectué en première partie invite à une certaine prudence : des mécanismes non pas de discrimination mais de différenciation subsistent. Sur le long terme, les systèmes de protection sociale ont permis une lente réduction des disparités de niveau de consommation.

(1) À partir des travaux de la Commission "Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", travaux préparatoires du XI^e Plan.

Pourtant, les écarts de mortalité entre groupes sociaux persistent durablement de même que les disparités géographiques.

L'offre de soins est aujourd'hui pléthorique ; les ajustements quantitatifs et qualitatifs de son volume et de sa structure s'effectueront dans un contexte de contraintes financières et avec la préoccupation de garantir une certaine efficacité des structures et des investissements. Pour que ces redéploiements s'opèrent sans créer de nouvelles difficultés d'accès, une vigilance particulière sera nécessaire.

D'une part, on l'a noté, le mouvement de réduction de l'offre hospitalière et le développement de prises en charge de plus en plus extra-institutionnelles pèsent nécessairement davantage sur les catégories sociales qui recourent plus facilement à l'hôpital (que ce soit pour des raisons financières ou culturelles).

D'autre part, comme le souligne l'OMS, les exemples étrangers ont montré que, en période de contraction de l'offre de soins, notamment hospitalière, les arbitrages qui pouvaient être opérés par les structures sur le terrain ne respectent pas nécessairement les critères d'équité (exemple de la rééducation fonctionnelle) : les arbitrages peuvent répondre à des préoccupations d'efficacité économique (exclusion des "improductifs"), ou laisser jouer des préférences financières (rentabilité de certains malades), voire professionnelles (considérations de prestige par exemple).

Dans l'enquête du CRÉDOC, les malades se déclarant "chroniques" sont ceux qui disent le plus fréquemment se restreindre sur les soins. Ces restrictions portent-elles sur des soins essentiels, des demandes excessives ou des soins inadéquats ? Sans pouvoir répondre vraiment à cette question, mais pour y faire écho, on citera les observations de médecins néonatalogistes¹ : l'évolution vers l'hôpital "plateau technique" incite gestionnaires et professionnels à une très forte préférence pour la technique et la prise en charge médicale de l'épisode aigu. Se retrouvent ainsi laissés largement pour compte du système médico-technique de pointe enfants handicapés et malades chroniques.

Ainsi, pour l'avenir, les enjeux d'équité du système se situeraient dans trois champs :

- *les arbitrages liés à la pression d'efficacité et d'économicité du système ;*
- *l'évolution technologique et médicale de la prise en charge des malades ;*
- *les liens entre le système médical, le système de santé et les évolutions du corps social, les dispositifs de lutte contre l'exclusion, les besoins profonds de cohésion et l'adaptation nécessaire du système de solidarité.*

(1) DEHAN (M.), chef de service à l'Hôpital Antoine-Béclère à Clamart.

CHAPITRE III

ENJEUX PROSPECTIFS

La montée des inégalités d'information, et les enjeux de la cohésion sociale : principes d'équité pour des régulations alternatives

La régulation du système de soins et de l'évolution des dépenses de santé reste largement à faire. Des pressions considérables de développement du système de santé s'exerceront dans les années à venir. Le progrès des techniques et la montée des demandes - résultant de l'évolution de la morbidité et de l'émergence probable d'un comportement de consommateur "actif" - se heurteront à des contraintes budgétaires intensifiées par la concurrence internationale et la difficulté de retrouver un sentier de croissance économique fort sur longue période.

Les arbitrages qui devront être opérés, par l'État, les collectivités territoriales, les gestionnaires sociaux, les professionnels de la santé, et les usagers devront se faire dans un esprit de grande vigilance quant au maintien des règles d'équité dans le système.

Les inégalités sociales de santé de demain peuvent résulter de décisions excluant de fait telle ou telle catégorie de population de certaines zones du système de soins ou se creuser insidieusement parce que l'on aura refusé d'arbitrer.

1. Le contexte socio-démographique et technologique

L'analyse de la société française des années à venir conduit à évoquer plusieurs points :

- notre société sera vieillissante ; de nombreux travaux tendent à démontrer que les effets directs du vieillissement seront minimes sur la progression des dépenses de santé car les phénomènes démographiques sont lents. Il n'est pas sûr que les effets indirects de ce vieillissement ne soient pas quant à eux beaucoup plus sensibles. Rappelons que la "peur de la maladie grave", qui est

l'un des motifs d'inquiétude les plus répandus dans la société française progresse très significativement au long du cycle de vie et atteint des niveaux très élevés chez les plus âgés. Cette inquiétude est l'un des facteurs subjectifs qui alimentent la progression de la demande de santé ¹ ;

- un nombre non négligeable de personnes, *malades chroniques*, sera en permanence confronté au système de soins et de prise en charge (dans l'enquête du CRÉDOC, en 1990, près de 30 % des personnes interrogées se disent "malades chroniques, invalides ou dépendants"). Ceux qui vivront avec une préoccupation de maladie et une demande médicale au long cours seront donc de plus en plus nombreux ² ;
- des *innovations médicales de haut niveau* devront être financées. La technique (spécifiquement médicale ou non) pourrait même dans les années à venir constituer un puissant facteur de différenciation sociale ; ainsi coexistent ceux qui peuvent s'en passer, développant une certaine austérité technologique, les consommateurs et surconsommateurs de technologie, les exclus de la technique ;
- la fonction santé gardera ainsi une *place majeure dans l'économie* élargie à des préoccupations sociales, d'autonomie, de bien-être. Elle pourrait accroître son poids dans les fonctions collectives et dans la consommation des ménages (9 % du PIB aujourd'hui, 1 point à 2 points supplémentaires dans 20 ans). Les contours de cette fonction santé évoluent, sous le double effet du progrès médical et des représentations sociales. La frontière qui sépare la prise en charge collective par la solidarité nationale de ce qui restera du domaine du financement privé devra être plus clairement tracée qu'aujourd'hui : elle bornera aussi dans le domaine de la santé le champ des inégalités sociales

(1) Cf. ROCHEFORT (R.) : "La maladie grave fait de plus en plus peur", *Consommation et modes de vie*, CRÉDOC, 1990.

(2) Sans développer plus avant, précisons que le poids des maladies chroniques dans la demande au système médical et médico-social est certainement un des faits majeurs de la demande de santé des années à venir. Elle n'est pas aujourd'hui chiffrée (problème de définition bien sûr, mais aussi difficulté de considérer le problème en tant que tel). Les malades chroniques peuvent être lourdement handicapés et appareillés (insuffisance respiratoire), faire l'objet de surveillance médicale continue (diabète) ou simplement savoir qu'ils vivent avec tel ou tel problème de santé qu'il leur appartient de surveiller (hypertension artérielle). Le poids croissant des maladies chroniques est à la fois un effet du vieillissement et un résultat des progrès que la médecine a faits en matière de dépistage ou de traitement. On pourrait évidemment argumenter qu'il n'y a probablement pas beaucoup plus de malades chroniques dans la population adulte aujourd'hui que par le passé, la différence étant qu'aujourd'hui ils se considèrent comme malades alors qu'hier ils se pensaient peut-être déjà vieillissant mais en bonne santé.

injustes et inacceptables. À défaut, la pression sur les régimes sociaux s'exercera très massivement et indistinctement ;

- des *poches de pauvreté* subsisteront ; des situations d'exclusion sociale nouvelles pourraient apparaître ; or les dispositifs sociaux ne savent pas y remédier complètement ; le taux de chômage devrait se maintenir au-dessus de 10 % de la population active ; si aucune inflexion n'est donnée, les stratégies d'emploi des entreprises risquent d'accentuer la dualisation économique et sociale, de fragiliser les personnes non qualifiées, accélérant le vieillissement physique et intellectuel prématuré du capital humain.

Trois mouvements de long terme des systèmes de santé sont à prendre en considération :

- la *désinstitutionnalisation* et les *mouvements de transferts sur la médecine de ville des prises en charge hospitalière* : l'externalisation des activités de soins est inéluctable, différemment menée, accompagnée ou freinée par les politiques conjoncturelles. Aujourd'hui la médecine sait déjà quasiment tout traiter hors de l'hôpital, la seule limite est financière et institutionnelle. Or l'hôpital continue d'être pour certains groupes sociaux le lieu de premier recours, soit par habitude culturelle, soit par ce qu'il est le lieu où l'on peut répondre à une demande multiforme, médicale, sociale. Les catégories populaires plus fréquemment tournées vers la structure hospitalière sauront-elles demain emprunter systématiquement le chemin de la médecine de ville et devront-elles toujours y faire l'avance des frais ?

Le modèle de la consommation médicale du cadre supérieur (plus de médecine spécialisée, peu de médecine générale, hospitalisation pour les situations graves) n'est-il pas la référence continue, le modèle de consommation vers lequel les évolutions naturelles et organisées du système convergent ? Les généralistes sont, plus que les spécialistes, soumis à des pressions concurrentielles et l'hospitalisation sociale est la première visée par le redéploiement de l'hôpital.

- l'*accroissement des participations résiduelles* et le *transfert sur les ménages* d'une partie de l'augmentation des revenus des professionnels est une évolution générale dans tous les systèmes de santé des pays développés. Mais diverses formes de participation sont possibles. L'effet d'éviction pour les catégories les moins aisées que peut constituer l'obligation d'avance des frais dans le système libéral a été amplifié depuis dix ans par la pratique des dépassements dans les grandes agglomérations ;
- le développement de la *responsabilité des collectivités territoriales locales* dans la gestion de la santé est un mouvement général dans les pays de l'OCDE ; il semble aujourd'hui plus mûr puisque pour un tiers des Français, la santé

devrait être mise en œuvre de façon prépondérante par les collectivités territoriales (commune = 13,8 ; département = 8,9 ; région = 11,1) ¹.

Pour l'avenir, l'étude des disparités en santé nous a amené à identifier des enjeux d'équité dans trois domaines. Ceux-ci seront éclairés plus précisément à la lumière de quelques traits socio-économiques :

1. Face à l'évolution des besoins des consommateurs de santé résultant de l'importance du vieillissement, des pathologies chroniques et des pressions pour un système médicalement performant, un nouveau profil de l'utilisateur se dessine pour lequel les réponses techniques se multiplient ; ceci entraîne-t-il une reformulation des enjeux d'équité ? quels sont les conflits potentiels et les voies d'arbitrage ?
2. Le renforcement de la cohésion sociale, la lutte contre les inégalités sociales, l'isolement, le chômage, la pauvreté et leurs effets sur l'état de santé restent des enjeux majeurs du système social de demain. Ils doivent fonder la décision publique dans les champs sanitaire et social.
3. La situation financière et la recherche d'économie pour l'ensemble du système rendent nécessaires des arbitrages locaux ou généraux. Par la mise en place de l'UEM (Union économique et monétaire) la contrainte sur les régimes sociaux et les dépenses publiques est renforcée. Au-delà de la contrainte financière "brute", quantitative, des modes de régulation nouveaux sont envisagés. Quels principes retenir qui garantissent l'équité et la solidarité nationale dans les hypothèses de mécanismes contractuels plus décentralisés et de gestion régionalisée des dépenses ?

2. Usagers et professionnels face à la technique : nouveaux acteurs, nouveaux pouvoirs

Sous l'effet croisé du poids des maladies chroniques, du vieillissement et des exigences croissantes des usagers face aux performances techniques de la médecine, surgissent des conflits potentiels.

Trois scénarios types peuvent être dressés :

- les besoins médicaux programmés des adultes bien portants, le suivi des grossesses à risque, la réponse d'urgence : dans les structures traditionnelles de soins aigus en pleine recomposition, des inégalités d'information surgissent

(1) "La perception de la santé en France", sondage effectué par le CRÉDOC pour le Haut comité de la santé publique, février 1993.

car certains disposent de l'information sur la qualité comparée des différentes filières de soins. Ce sont les choix socialement différenciés qui se substituent aux difficultés quantitatives d'accès : les malades sont séparés les uns des autres (dans une certaine mesure cela s'apparente au choix des établissements scolaires par certains groupes de parents d'élèves) ;

- les malades chroniques expriment une demande de long terme ; ce sont des usagers désormais organisés, ils peuvent rechercher la suppléance totale, des supports techniques de plus en plus sophistiqués et chers ; les malades chroniques par la maîtrise qu'ils acquièrent de leur état se constituent comme un contre-pouvoir à l'emprise médicale. Des inégalités peuvent survenir d'un groupe de malades à l'autre selon la qualité des leaders, le nombre de personnes atteintes de l'affection, etc. (certains défauts des systèmes corporatistes peuvent se retrouver dans ce type de fonctionnement) ;
- la médicalisation du vieillissement : que ce soit par préoccupation précoce (ostéodensitométrie) ou par attention constante, les conséquences du vieillissement sont anticipées et surveillées. Les mécanismes fondamentaux du vieillissement ne sont pas encore bien connus. Les personnes âgées constituent une catégorie nouvelle de consommateurs de soins, cherchant à se maintenir en bon état de santé (éventuellement en recourant aux techniques évoquées ci-dessus). Au-delà des améliorations de revenu et de la couverture sociale des années 1970-1990, il faut sans doute anticiper le poids de ces exigences dans le système de santé de demain.

1. Les conflits potentiels sont de deux ordres :

Si les usagers peuvent s'organiser, tous ne le font pas et bien entendu, les acteurs organisés cherchent à tirer les arbitrages en leur faveur. Ainsi, les progrès probables de la médecine et, notamment, des thérapeutiques recourant aux biotechnologies présentent le risque tout à fait particulier de développement de formes de médecine centrée sur les risques des individus. Face à ce risque, la solidarité peut-elle offrir à tous la même chance thérapeutique ? De même, les conséquences de tous les aspects de la médecine de prédiction peuvent-ils être envisagés : le refus de la solidarité peut s'accompagner de pression sur les comportements et les décisions individuels.

Certains usagers peuvent intervenir, voire faire pression, chercher à influencer sur la décision de recherche fondamentale ou clinique, modifier dans le sens de leurs besoins l'organisation des soins et des prises en charge. On peut rencontrer ici ceux dont la demande est précise, ciblée sur une pathologie (diabète, SIDA), ou un handicap (maladies génétiques, polyarthrite rhumatoïde) ; en revanche, ceux qui sont dans des situations d'état de santé complexes, des problèmes multifactoriels que l'origine en soit le vieillissement ou la situation sociale

(dépendance du grand âge, pathologies liées à l'alcoolisme) pourront rester très isolés.

Dès lors il existe des risques importants :

- le champ et la portée de la solidarité peuvent se trouver rapidement remis en cause par l'exclusion de catégories de malades ;
- si les professionnels sont à même d'opérer certains choix - et ils le seraient nécessairement -, leurs critères d'arbitrage implicites resteront à élucider : le contingentement de personnes susceptibles d'être traitées peut donner lieu à des files d'attente, des choix a priori.

Les inégalités créées par de telles situations sont-elles gérables ?

2. Les effets du progrès technique et de l'innovation en médecine comportent des risques d'éviction et d'inégalités d'accès

Un certain nombre des effets du progrès technique sur le système de soins et sa gestion ont déjà été évoqués : la répartition géographique des ressources, les sélections de la demande, la contrainte financière.

L'aspect sur lequel l'atelier a surtout concentré son attention concerne les inégalités d'information pour autant qu'elles sont apparues comme les vraies inégalités nouvelles dans le système de soins ; or celles-ci sont encore difficilement localisables et donc peu susceptibles d'actions compensatrices.

Les inégalités d'information

Qui pourrait nier les écarts de qualité, de service, de compétence, existant d'un professionnel ou d'une structure à l'autre ? Or le système médical et l'administration de la santé continuent de vivre sur un discours "égalitariste". Dès lors, aucune procédure d'évaluation n'est envisagée, non plus que la publication de résultats des services rendus (maladies nosocomiales, compétence particulière d'un service, qualité d'accueil...). La spécialisation de la médecine, par la parcellisation des savoirs, rend difficile l'accès à l'information, des usagers bien sûr, mais peut-être bientôt de certains professionnels eux-mêmes. La capacité à connaître le praticien ou le service hospitalier hautement expérimenté dans un domaine précis devient pour le malade ou son médecin un enjeu, une marque de privilège. L'accès à cette information est indépendant aujourd'hui de l'accès à la structure. Ainsi, les inégalités d'information dans le système de santé restent aujourd'hui masquées et tabou ; non visibles, non reconnues, elles seraient par là-même plus facilement tolérables.

En fait, *les inégalités d'information seraient des inégalités au second rang* ; au premier rang, le progrès technique est porteur de situations aléatoires : on peut se trouver à proximité d'un centre de référence, entrer d'emblée dans la bonne filière de soins etc., quel que soit son niveau social, on sera soigné de la même façon. Par contre, en second rang, les inégalités d'information jouent : si l'on dispose de la bonne information, on pourra corriger une erreur d'orientation ou d'affectation initiale.

Au-delà de la connaissance individuelle - est-on mieux soigné si l'on a de l'argent et des relations - *la rétention d'information peut constituer une véritable perte de chance* pour les usagers ; en situation de concurrence exacerbée, des professionnels peuvent hésiter à référer un malade qui alors leur échapperait. Ainsi, la constitution de centres de référence dans certaines techniques de pointe - diagnostic prénatal par exemple - est aujourd'hui particulièrement nécessaire. En hôpital public, ces techniques sont à la disposition du plus grand nombre à condition que les professionnels réfèrent, à condition que se mette en place une transparence de l'information.

L'assymétrie et le monopole de l'information constitue pour leurs détenteurs des rentes dont on s'est demandé si des modèles de partage de l'information, des contraintes de service public pourraient y remédier.

Tous les systèmes de santé se heurtent à ce problème. La plupart ont cherché à y remédier par des mécanismes de mise en concurrence locale des offreurs, s'en remettant ainsi au fait que pour assurer leur place sur le marché des soins, les professionnels, les établissements doivent faire savoir ou accepter que soient connus leurs spécialités, leurs critères, les résultats des évaluations auxquels ils sont soumis. Ceci, bien sûr, dans le respect de certaines règles.

Les effets d'éviction du progrès technique et de la recherche

Certains choix d'aujourd'hui (investissements matériels et intellectuels) peuvent engager le système dans des exclusions auxquelles, si l'on n'y prend garde assez tôt, il pourrait être difficile de remédier dans l'avenir. *Professionnels, chercheurs et industriels s'engagent selon leur propres objectifs sur les sujets de demain, lesquels peuvent diverger des besoins futurs des différentes catégories d'usagers.*

Les besoins d'assistance fonctionnelle des personnes âgées constituent un marché actuellement délaissé des industriels, tandis que les mécanismes propres du vieillissement ne font pas, au niveau national, l'objet de programmes de recherche conséquents. La prise en charge se sur-médicalise et les sélections sont difficilement évitables : le risque de voir se développer des refus de prise en charge médicale est réel ; certaines catégories de personnes âgées seraient dès lors à nouveau victimes d'inégalités sociales dans les décennies à venir. Une stratégie différente serait possible, elle viserait, selon des processus bien connus,

à éviter l'institutionnalisation ou l'hyper-médicalisation, mais aussi à contribuer à la réversibilité de la dépendance. Pour un coût global probablement moindre, elle mettrait d'abord l'accent sur la recherche de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Les progrès techniques d'ores et déjà programmés concernent plutôt "la pathologie du sujet bien portant" ¹ qu'un grand nombre de malades chroniques ou âgés ².

Des choix de politique publique propres à redresser les écarts sociaux en germe dans la façon dont s'organisent actuellement l'innovation industrielle et la recherche médicale ne doivent-ils pas être envisagés ?

3. Les enjeux de la cohésion sociale

Ont déjà été soulignés :

- les conséquences de la dualisation du tissu économique et social et notamment les effets sur la santé de situations d'emploi difficiles et du vieillissement au travail ;
- l'insuffisante prise en charge sanitaire des populations exclues économiquement, sachant que la mauvaise santé des chômeurs de longue durée peut grever leurs possibilités de retour à l'emploi ;
- les difficultés de santé dans des situations particulières : les ruptures précoces des liens sociaux pour les personnes âgées, l'instabilité familiale, les cumuls de handicaps, sources d'exclusion sociale.

(1) Selon la terminologie proposée par LEGRAIN (M.) ; voir le rapport "Innovations technologiques et demandes de santé", in "Santé 2010", op. cit.

(2) Voir le rapport de synthèse : "Innovations technologiques et demandes de santé", in "Santé 2010", op. cit.

3.1. Les tensions liées à l'évolution des conditions de travail ¹

Les stratégies de gestion de l'emploi des entreprises des secteurs les moins performants créent pour les salariés des conditions de travail qui exercent des pressions de nature aussi bien psychique que physique : précarisation et insécurité, contrats à durée déterminée, intérim, peu d'accès à la qualification, maintien d'organisations tayloriennes sclérosantes et démotivantes, atomisation du travail dans des structures peu intégrantes.

Ainsi, les disparités sociales liées à l'état de santé au travail pourraient bien redevenir un sujet de politique sociale.

Le "vieillissement au travail" prend une acuité nouvelle compte tenu des contraintes de compétitivité et des nouvelles formes d'organisation du travail.

Les organisations tayloriennes savaient gérer l'"usure" des travailleurs, en leur conservant une place dans la production ; les nouvelles formes d'organisation du travail et notamment la mobilité, la capacité d'adaptation à de nouveaux outils, de nouvelles techniques, ne le permettent plus. L'augmentation très rapide des préretraites en est un résultat, de même que l'exclusion quasi-définitive des salariés "usés". Les phénomènes d'auto-exclusion sont ainsi largement liés au vieillissement au travail par l'enchaînement des difficultés à faire face physiquement, psychologiquement, affectivement aux nouvelles contraintes. La réaction, par somatisation, qu'engendrent ces difficultés peut aboutir à des congés maladie répétés puis à des arrêts de longue durée et à une sortie de l'activité professionnelle par incapacité de fait.

3.2. La santé des personnes exclues : bénéficiaires du RMI et chômeurs de longue durée

La généralisation de la couverture à 100 % pour les bénéficiaires du RMI, la diffusion des cartes santé constituent une étape sociale essentielle. On assure ainsi une protection sociale "ex-ante" effective, c'est-à-dire avant que la maladie ne survienne.

Mais pour les populations au statut précaire, c'est la sortie de l'exclusion socio-économique, des conditions de vie précaire, et de l'isolement qui favorisera leur retour comme usagers ordinaires du système de santé.

(1) Voir les travaux préparatoires du XI^e Plan de la Commission "Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", La Documentation française, février 1993.

Dans la phase d'insertion, des prises en charge adaptées et un environnement social d'accompagnement doivent permettre de formaliser l'attente à l'égard du système de soins et de rendre possible un accès réel des populations bénéficiaires, à chaque fois que cela est possible.

La situation des chômeurs de longue durée (CLD), exclus des secteurs performants et de l'emploi, constitue dans le chômage d'aujourd'hui et des années à venir une zone de précarité et des risques de fragilité majeurs. Le développement du chômage de longue durée induit des comportements typiques de découragement, de passivité, de "rapport négatif au travail" et de renoncement aboutissant à une très grande vulnérabilité, du point de vue de la santé.

3.3. Les effets de la relégation spatiale

De la même façon, les conséquences sur la distribution des soins de la relégation dans les banlieues peuvent être préoccupantes ¹. Il faut prendre en compte dans le système de santé les habitudes culturelles, les critères de morbidité, les attentes particulières des groupes de population concernés par cette relégation. Une médecine de premier accès, composée pour l'essentiel de généralistes "militants", parfois assistée par des associations humanitaires réalise des expériences intéressantes d'accueil dans des locaux adaptés. Celles-ci doivent être suivies et encouragées.

L'objectif est de mettre en place des dispositifs d'intervention pluridisciplinaire mais surtout d'inciter et de faciliter l'installation de praticiens ou de structures sanitaires qui répondent aux habitudes culturelles de la population résidente (l'OMS précise en effet que l'éviction peut résulter de l'implantation de structures ne correspondant pas aux habitudes et à la demande d'une population).

Toutes les situations d'exclusion sont fortement cumulatives, la dégradation de l'état de santé individuel venant en général matérialiser un arrêt qui risque parfois d'être un point de non-retour ; et lorsque, par effet de ségrégation spatiale, ces situations d'exclusions sont collectives, des comportements à risque élevé pour la santé viennent amplifier la rupture (toxicomanie, alcoolisme).

(1) Voir le rapport de DELARUE (J.-M.) : "La relégation", rapport au ministre d'État, ministre de la Ville et de l'Aménagement du territoire, juillet 1991.

Dès lors, l'enjeu n'est plus l'accès au système de soins, mais de répondre à la situation d'exclusion. De même que la dégradation de la santé marque les étapes de l'exclusion, le contact avec le système médical - plutôt qu'avec le système d'assistance sociale - peut constituer un pas dans l'insertion ¹.

3.4. SIDA, tuberculose, toxicomanie : problèmes de santé syndrome de l'exclusion sociale ?

Avec des données de mortalité selon les groupes sociaux ou les régions on parcourait à grands traits la France économique et sociale des 100 dernières années : régions industrielles touchées par la crise du Nord et de l'Est, alcoolisme et habitudes alimentaires de l'Ouest, secteurs performants, secteurs d'activité en crise, professions montantes ou en perte de prestige social, activité professionnelle des femmes, etc.

Avec le SIDA, nouveau problème de santé publique de cette fin de siècle, on assiste à la recrudescence des maladies infectieuses dans des tranches de la population autrefois peu touchées. Le SIDA est aujourd'hui, dans certaines villes, la première cause de mortalité des hommes jeunes ; la recrudescence des maladies infectieuses pour des groupes défavorisés est inquiétante (tuberculose, hépatite...) ; surtout lorsque ces maladies sont associées à des situations de relégation spatiale, ou d'exclusion économique et qu'elles se développent sur le terrain de la toxicomanie et se diffusent du fait de la fragilité immunitaire et psychologique des toxicomanes. Certains départements comme la Seine-Saint-Denis, certaines villes, concentrent ainsi des problèmes majeurs de santé publique et des situations sociales tendues, etc.

4. Les enjeux d'équité des nouvelles régulations possibles

Compte tenu des prévisions de dépenses des régimes de retraite, la marge de manœuvre en matière de santé risque d'être de plus en plus faible dans les années à venir.

(1) Voir le rapport de l'Atelier sur "Les déterminants des états de santé".

Dès lors, se poseront trois séries de questions :

- quelle sera la part des dépenses qui sera privatisée et donc laissée à l'arbitrage du consommateur ? Celui-ci dispose-t-il d'ailleurs d'une réelle marge de décision ? Quels sont les enjeux, en termes d'équité, du redéploiement des financements entre la collectivité et les acteurs privés ?
- parmi les solutions d'efficacité, le recours à des "mécanismes de marché" est parfois envisagé. Le système peut-il y perdre en équité ? Quels sont les principes à poser afin d'éviter que cela ne soit le cas ?
- dans l'hypothèse d'une gestion plus régionale ou locale, comment prendre en compte les différences sans se précipiter dans des mécanismes inégalitaires irréversibles ?

4.1. Le niveau global et la répartition des ressources affectées à la santé

Le renforcement de la contrainte financière a des conséquences indéniables sur le niveau de ressources qui peuvent être allouées à la santé. Mais peu d'indices permettent aujourd'hui de penser que dans un contexte de croissance douce, on ne puisse pas affecter régulièrement quelques ressources supplémentaires à la santé et ce d'autant que des modes de gestion plus "coût/efficacité" seraient instaurés.

Dans une optique de compétitivité des économies modernes, il importe surtout que le surplus de richesse créé que l'on affecte à la santé ne soit pas trop différent d'un pays à l'autre sur moyenne période. L'internationalisation des modes de vie, la mondialisation de la recherche médicale et celle des marchés pharmaceutiques et d'appareillage médical devraient y contribuer.

Cependant, pour leur meilleure efficacité (en termes d'état de santé), ces ressources supplémentaires devraient peut-être être affectées à d'autres dépenses collectives que celles gérées par le seul système médical.

La lutte contre le chômage de longue durée, la prévention du chômage par la formation de salariés dans les entreprises du secteur non performant, l'amélioration de postes de travail particulièrement usants et pénibles auraient peut-être plus d'effets sur l'amélioration de l'état de santé et aussi sur la réduction des inégalités que l'accroissement des revenus des professionnels de santé ou la prise en charge de prestations de haut niveau technique.

On ne peut manquer de s'interroger sur l'efficacité réelle du "milliard" ajouté année après année dans les systèmes de soins. Ne serait-il pas d'une meilleure rentabilité marginale - y compris pour la santé - en étant affecté à la lutte contre l'exclusion sociale ?

4.2. Comment définir les frontières de la prise en charge collective obligatoire ?

Permettre aux personnes exclues de bénéficier de services de santé performants doit être prioritaire. Ceci ne doit-il pas impliquer la prise en charge directe de la couverture complémentaire pour ces personnes ?

En contrepartie pouvons-nous évoluer vers la modulation de la liberté de choix du praticien et des taux de remboursement, comme l'ont envisagé certains pays étrangers avant nous ? En Belgique, on peut ainsi bénéficier gratuitement des soins de première ligne, si l'on s'inscrit sur la liste d'un médecin dès lors rémunéré à la capitation ; tandis que l'on paye un ticket modérateur de l'acte facturé si l'on conserve la liberté instantanée de choix.

À l'intérieur du système médical, exclure trop rapidement ce qui serait trop vite défini comme de la médecine dite "de confort", peut porter atteinte au niveau de prise en charge collective. Sans nier le fait qu'une partie des soins peut relever de cette approche, la frontière en est aujourd'hui très mal définie. Ainsi, un grand nombre de progrès techniques des années à venir permettront l'amélioration de la qualité des traitements de la vie des malades tout en pouvant être considérés (un peu vite) comme du confort. Par exemple, la cholécystectomie (ablation de la vésicule) peut se faire par laparotomie (ouverture de la paroi abdominale) ou, dans les mêmes conditions de sécurité, pour les mêmes résultats, et vraisemblablement à un coût plus élevé, sous coelioscopie (acte peu invasif). Va-t-on considérer que la coelioscopie est un luxe, voire du confort, et ne conserver qu'une prise en charge de base, la moins chère, par chirurgie classique (avec les risques opératoires et d'anesthésie, et une immobilisation très supérieure) ?

Les tarifs de la Sécurité sociale ne garantissent pas aux plus pauvres l'acquisition des lunettes ou la pause de prothèses dentaires dont ils ont besoin ¹. Certes cela fait de nombreuses années que les soins dentaires ne sont plus considérés comme

(1) Lorsque la prise en charge sociale s'écarte par trop des standards de consommation aux motifs qu'ils seraient du confort, les prix de base des prestations s'alignent sur les standards, bientôt reconnus par les systèmes complémentaires, excluant de fait ceux qui ne bénéficient pas de ces systèmes.

du confort, mais le fait de maintenir de très mauvais taux de remboursement ne revient-il pas dans les faits à les considérer comme tels ?

Ainsi, la réflexion sur la prise en charge socialisée qui ne peut évidemment tracer de frontière définitive entre les prestations essentielles et les autres, doit s'attacher à définir des règles permettant de limiter les exclusions inacceptables.

4.3. Quelles précautions prendre, face aux nouvelles formes de régulation ?

De nouvelles formes de régulation font appel, soit aux règles du marché, soit aux transferts de décisions vers les niveaux régional et local.

Le désir de rapprocher la gestion et la régulation de l'offre de soins des populations est général dans les systèmes de santé des pays occidentaux. Dès lors que le système de couverture est assurantiel obligatoire ou public, certaines règles d'équité doivent être respectées.

L'ouverture à des procédures concurrentielles (mécanismes de type marché), ou contractuelles, doit à tout le moins garantir que le niveau de la prise en charge sociale ne dépendra pas des résultats contractuels locaux. Les pouvoirs publics doivent définir des objectifs, des critères ainsi que des cadres de négociation pour éviter que ne s'opèrent des sélections des risques ou d'éviction financière.

Ouvrir de nouveaux champs de prise en charge, à l'initiative des responsables régionaux ou locaux de santé, doit être possible : cela permettrait d'envisager la prise en charge des problèmes spécifiques d'une population en termes de santé.

Deuxième axe des réformes de régulation largement mis en œuvre dans les pays : une gestion plus largement placée sous la responsabilité financière et professionnelle des acteurs locaux. Dans notre pays, un tel mouvement est envisagé, mais, sous peine de mettre en cause les principes de solidarité nationale, il semble impensable même pour un avenir assez lointain que la gestion des recettes et des dépenses puisse être totalement décentralisée :

- les mécanismes de collecte restent nécessairement nationaux (quelles qu'en soient les formes) ;
- la gestion des dépenses peut intégrer une certaine forme de responsabilisation déconcentrée, à condition toutefois qu'une procédure nationale de péréquation soit instaurée. Il ne faut pas se cacher les difficultés politiques de mise en œuvre d'une telle péréquation. On imagine facilement la revendication des

régions les moins bien dotées¹ de bénéficier de rattrapages rapides et substantiels sans toutefois que les niveaux de référence des régions les plus consommatrices n'aient une quelconque légitimité. On devine également les réticences des régions les mieux dotées à accepter ce type de transfert à leur désavantage. Néanmoins, la déconcentration des gestions - menée avec discernement - peut être un moyen de faire progresser plus rapidement les ressources en santé de certaines régions par rapport à d'autres, selon des objectifs de santé publique clairement définis.

Conclusion

L'étude des enjeux prospectifs fait rechercher les risques de mise en cause des principes d'équité ou d'accroissement des inégalités sociales en santé. Certains sont déjà tout à faits manifestes ; d'autres risques sont encore latents.

1. Les évolutions de la demande en santé et des potentialités technologiques, dans un système sous contrainte financière, peuvent faire surgir des conflits d'intérêts entre les malades au long cours (chroniques) et leur besoin d'une prise en charge fluide dans le système ; celle-ci est négociée avec les professionnels et les traditionnels clients des structures d'aigu, qui souhaitent la meilleure productivité de l'acte médical, et sont attirés par le "professionnalisme" des soignants.

Les risques d'inégalité sont à la fois ceux qui résulteraient d'arbitrages implicites faits par les gestionnaires, les professionnels ou les pouvoirs publics et le puissant vecteur inégalitaire que constitue l'accès à l'information par la qualité comparée des filières de soins qui jouent un rôle, de plus en plus important, compte tenu de la spécialisation et de la technicité des soins.

2. Les conséquences majeures sur le tissu social du durcissement économique et tous les effets d'exclusion des "non performants", où l'éviction s'annonce alors que la pression trop forte de l'organisation du travail se traduit par des somatisations répétées ; chômage, maladie, isolement se répondent en écho et s'amplifient.

Les situations d'exclusion sociale sont préoccupantes ; des dispositifs sociaux peuvent chercher à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté, à condition toutefois que de l'intérieur du système les organismes sociaux, les professionnels et les hôpitaux ne fasse rejaillir sur ces personnes les tensions qu'ils subissent eux-mêmes (ouvertures de droits difficiles, admissions

(1) Chapitre I, § 4.1.2. Les écarts de "dotation" entre les prestations reçues et la répartition théorique des prestations maladies s'étendraient aujourd'hui de 0,80 à 1,20.

hospitalières compliquées, relations tendues ; voire refus d'appliquer des dispositifs de "sauvegarde" un peu plus compliqués que les autres). Inversement, la lutte contre l'exclusion sociale, si elle est efficace, constitue un moyen de réduire significativement les difficultés de prise en charge dans le système de soins.

Le maintien de la cohésion sociale et la solidarité nationale sont à ce prix.

3. La maîtrise de l'évolution des dépenses est impérative mais elle ne saurait se faire au détriment de l'équité.

Si la maîtrise de la dépense ne prend pas en compte les conflits potentiels entre les forces d'expansion de l'offre et la demande de soins, l'éviction des plus faibles est inévitable ; or les inégalités sociales de santé sont à terme porteuses de disparités sociales et d'exclusion ; elles peuvent faire retour sur le système de solidarité pour des prises en charge lourdes ou la mise en cause de la solidarité elle-même.

Certains principes sont préalables à la mise en œuvre de nouveaux mécanismes financiers et contractuels : péréquation des dépenses, garantie du niveau et du contenu de la prise en charge collective.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au cours des trois dernières décennies, le système social de protection contre la maladie a permis de réduire dans notre pays les disparités de niveaux de consommation de soins entre les groupes professionnels.

Cela s'est réalisé grâce à l'extension de l'offre de soins permettant le large accès des groupes sociaux et professionnels tous progressivement couverts par l'assurance-maladie. Ces évolutions se sont faites, pour le plus grand nombre des assurés sociaux, sans difficulté particulière, sans exclusion ou sélection des risques.

De plus, les évaluations des systèmes de prestations et de financement montrent un ensemble qui a réussi à mettre en œuvre de façon satisfaisante ses principes d'équité, et qu'il est perçu comme tel.

Cependant, quelques ombres se projettent sur le tableau et empêchent de conclure définitivement à un système équitable : le thème des inégalités de santé ne peut relégué aux poubelles de l'histoire.

En dépit d'améliorations profondes, des failles subsistent dans le système de couverture par l'assurance-maladie. Le dispositif du RMI a permis de donner à la fin des années 1980 des droits aux allocataires qui n'avaient pas accès (quelle qu'en soit la raison) à la protection maladie obligatoire ; la récente simplification du système d'AMG, la dispense de l'avance des frais et la prise en charge du ticket modérateur ont facilité pour ces bénéficiaires un accès normal au système de soins fréquenté par tous. Pourtant, ceux-ci n'y ont que partiellement recours et continuent pour une partie d'entre eux à fréquenter les centres de soins des associations caritatives.

Les disparités territoriales des ressources disponibles (moyens d'offre et prestations de l'assurance-maladie) ne se sont pas réduites. Il est d'ailleurs probable qu'une mesure plus détaillée géographiquement des niveaux de

consommation entre groupes sociaux ferait apparaître des écarts importants d'une région à l'autre.

En outre, l'impossibilité d'organiser et de coordonner les différentes dynamiques du système de santé s'est traduite par une dérive financière continue, et par la majoration constante des cotisations et des participations directes des assurés. Or le système de participation sous ses différentes facettes - ticket modérateur, dépassements d'honoraires, forfait hospitalier, non remboursement - a des conséquences induites non négligeables. Certains de ses dysfonctionnements se traduisant notamment pour certaines catégories sociales dans le choix de recourir à des modalités de soins qui peuvent être particulièrement coûteuses pour la collectivité.

De fait, les écarts entre les niveaux de consommation peuvent s'être réduits, les structures de consommation restent assez différentes, les uns s'adressant très spontanément à l'hôpital public ou encore, en médecine de ville, les ouvriers et employés recourant au généraliste, les cadres supérieurs au spécialiste. Dans ces choix les raisons financières sont loin de pouvoir tout expliquer. Non plus d'ailleurs que le niveau socio-culturel ou le groupe professionnel ne fournissent des explications simples des modes de recours ; surtout si l'on veut les traduire en niveaux de consommation. Ainsi, ces différences devraient aussi pouvoir être nuancées par des comportements différents face à la maladie.

De même, la réduction des disparités dans les niveaux de consommation est un indicateur intéressant du fonctionnement du système de soins ; elle ne nous renseigne guère sur les disparités d'état de santé des populations.

On est en effet à ce stade encore loin d'épuiser le sujet des inégalités sociales en santé qui ne traduisent pas seulement des écarts dans les situations ou les comportements individuels de santé : de très fortes surdéterminations sociales persistent. Les écarts de mortalité adulte s'accroissent entre les groupes sociaux et les modifications observées dans la hiérarchie des risques de mortalité entre les groupes expriment les évolutions des places relatives des professions les unes par rapport aux autres : les instituteurs dont la mortalité adulte était la plus faible sont aujourd'hui en quatrième position. Les écarts régionaux persistent aussi en ce domaine.

Connus depuis longtemps, ces écarts s'accroissent plutôt qu'ils ne se réduisent, et ce d'autant que la crise économique tend à dégrader les statuts du travail (montée des contrats précaires) et à tendre les relations entre les entreprises et à l'intérieur même de celles-ci.

De la dualisation du tissu économique et social émerge un entrelacs de nouvelles questions pour le système de protection contre la maladie : plus qu'entre salariés et non salariés, les nouveaux écarts se situent entre salariés précaires et stables,

entre ceux des secteurs performants ou non, entre les bénéficiaires d'une protection complémentaire et ceux qui n'en ont pas ; enfin, sur le plan géographique, entre les résidents des centres de villes, ceux des périphéries et ceux des zones rurales.

De plus, de nouveaux clivages dans le système pourraient surgir dans les années futures de la possibilité qu'auraient certains plus que d'autres d'accéder à la bonne information, et de pouvoir négocier avec les professionnels selon leurs aptitudes culturelles jointes à leur capacité financière.

Pour prévenir les risques latents ou manifestes d'accroissement des inégalités sociales en santé dans les développements du système de santé ou du tissu économique et social, on retiendra ainsi quatre directions.

1. Définir des priorités sociales : les nouvelles formes de l'exclusion et les problèmes de cohésion sociale ont été longuement décrits. Le caractère pathogène de l'exclusion et de l'isolement, les effets sur la santé des conditions de vie précaire, de l'incertitude, de la perte de confiance en soi, de la déconsidération, de l'absence de projet sont autant d'occasions de maladie, de somatisations répétées et aggravantes, et de fragilité extrême. L'individu répond moins bien à la prise en charge médicale (alors moins efficace) en même temps qu'elle pourra être, comme dans l'exemple de la tuberculose, différente, moins pertinente, déjà discriminante.

La maladie sépare. Pourtant, pour les populations exclues, l'accès au système "normal" de prise en charge médicale est un signe de réinsertion.

2. Clarifier les objectifs de santé publique : des conflits d'intérêts peuvent surgir entre diverses formes de besoins de santé et des modalités alternatives de prise en charge : entre les malades au long cours et les personnes qui ont besoin d'un suivi dans l'ensemble des structures et ceux qui recourent épisodiquement au système de soins. Un système sous contrainte financière devra inévitablement opérer des choix.

En ce domaine, le premier enjeu est de savoir à quels besoins de santé il sera répondu ; implicitement comme aujourd'hui, la demande la plus prestigieuse techniquement sera-t-elle spontanément satisfaite ou des arbitrages favorables aux besoins plus médico-sociaux des personnes âgées ou de malades chroniques seront-ils rendus ?

Le second enjeu porte sur les choix d'allocation de ressources. Comme le rappelle l'OMS, lorsque l'offre de soins est pléthorique, il est plus facile d'éviter les inégalités d'accès aux soins. Dès lors que s'engagent la réduction du parc hospitalier et la recomposition de l'offre, les enjeux d'équité sont primordiaux pour décider des allocations d'équipements techniques et de la gestion des

ressources disponibles. Diminution du parc et redéploiements peuvent se traduire par des difficultés d'accès à l'information. L'équité implique la transparence des informations, des procédures et des choix, pour éviter que ne s'amplifient les inégalités d'information inhérentes à tout système contraint.

3. Appuyer la solidarité et l'équité sur une meilleure efficacité : la maîtrise de la dépense médicale ou plutôt sa meilleure efficacité constitue le troisième enjeu. Si en effet décideurs, financeurs et acteurs ne trouvent pas les modes de régulation efficaces, la solidarité est en danger au risque de l'éviction des plus faibles.

On l'a dit, la recherche d'efficacité impose un pilotage plus conscient du système, la définition des priorités, l'affichage des instruments de décision, la transparence des résultats : que l'on envisage les dimensions régionales ou sociales, disposer de critères de jugement externes permet de lever le soupçon de la décision arbitraire.

4. La lutte contre les inégalités en santé, une responsabilité démocratique

La volonté démocratique est doublement en cause :

Au sein même du système de santé : la clarification des choix, la transparence des décisions, sont des enjeux démocratiques dans une société complexe. Pour le système de santé ils peuvent prendre corps chaque fois que l'on fait en sorte de maintenir un haut niveau de protection et de technologie tout en reconnaissant la diversité des situations de santé et la richesse des compétences.

Dans les relations qu'entretient le système de santé et de protection contre la maladie avec l'ensemble du système social : reconnaître les aspects pathogènes des situations sociales et chercher à y remédier en même temps que l'on s'attaque par exemple aux facteurs de dualisation et d'exclusion constitue un volet nécessaire des politiques sociales ; en retour, le pilotage du système de santé, et notamment la maîtrise de la dérive financière, pourrait être la contribution nécessaire du système de santé à la recherche de cohésion sociale. Ainsi, l'arbitrage transparent entre les priorités collectives constituerait enfin un gage de cohérence et de cohésion du système social.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

ADIA (Institut) : *Enquête sur Dix années de gestion des ressources humaines*, 1990.

AIACH (P.) et CÈBE (D.) : *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socio-culturels et méthodologiques de différenciation*, INSERM, Doin, Paris, juin 1991.

AIACH (P.), CARR-HILL (R.), CURTIS (S.) et ILLSLEY (R.) : *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne, analyse et étude comparative*, préface LAZAR (P.), INSERM, La Documentation française, 1987.

BOCOGNANO (A.) : *Évolution de la protection sociale en 1980 et 1990*, CREDES, 1992.

BOURGET-DEVOUASSOUX (J.) : *Regards sur les inégalités sociales en santé*, Agora, février 1990.

BOURRET (P.) et MOSSÉ (P.) : *L'hôpital investi par le secteur social*, communication aux Journées de l'AES, Toulouse, septembre 1992.

Conseil national des transports : *Comment favoriser une nouvelle dynamique sociale dans les transports ?*, novembre 1992.

CONTANDRIOPOULOS (A.-P.) : *Coûts et équité des systèmes de santé*, communication au séminaire "La santé internationale ; un champ d'étude et de pratique professionnelle", Québec, mars 1991.

CONTANDRIOPOULOS (A.-P.) et alii : *Les déterminants de la santé*, groupe "La santé des populations", Institut canadien de recherches avancées, Toronto (Canada), document n° 5, 1992.

CRÉPON (P.) et DARDEL (L.) : *Les inégalités régionales d'accès aux soins*, DEA politiques sociales, université de Paris-I, 1991.

DELARUE (J.-M.) : *La relégation*, rapport au ministre d'État, ministre de la Ville et de l'Aménagement du territoire, juillet 1991.

DESPLANQUES (G.) : *La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales*, (période 1955-1980), INSEE, Collections D 102, janvier 1985 ; et actualisation des résultats dans *L'évolution des disparités de mortalité suivant le milieu social*, communication pour le Colloque européen de démographie, Paris, 21-25 octobre 1991.

EVANS (R.) et STODDARDT (G.) : *Producing Health, Consuming Health Care*", ICRA, Population Health Working Paper, 6 mai 1990.

FAURE (H.) et TONNELIER (F.) : *Espace, classes sociales et santé*, CREDES, juin 1991.

FRAGONARD (B.) : *Cohésion sociale et prévention de l'exclusion*, rapport de la Commission "Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", travaux préparatoires du XI^e Plan, La Documentation française, février 1993.

GARROS (B.) et BOUVIER-COLLE (M.-H.) : *Variations géographiques de la mortalité*, in *Mortalité et causes de décès en France*, BOUVIER-COLLE (M.-H.), INSERM, Doin, 1990.

GUNNING-SCHEPERS (L.-J.), SPRUIT (I.-P.) et KRISNEN (J.-H.) (editors) : *Socio-Economic Inequalities in Health : Questions on Trends and Explanation*, La Hague, 1989.

ILLSLEY (R.) : *Social Equity and Health in Europe* ; in *Socio-economics Inequalities in Health : Questions on Trends and Explanations*, La Hague, 1989.

JOURDAIN (A.) : *Peut-on "rawper" les inégalités de santé en France ?*, Cahiers de sociologie et démographie médicale, 1992.

DE KERVASDOUÉ (J.) : *La cohésion sociale, facteur-clé de l'égalité devant la santé*, in "Le Monde", 2 juillet 1992.

LACHAUD (C.) : *Équité dans le financement et les prestations des soins de santé en France : une approche par courbes de concentration*, diplôme de doctorat d'économétrie, UCB Lyon-1, 8 avril 1992.

LACHAUD (C.) et ROCHAIX (L.) : *Equity in the Finance and the Delivery of Health Care in France*, in *Equity in Finance and Delivery of Health Care : an International Perspective*, VAN DOORSLAER (E.), WAGSTAFF (E.), A. and Fruttent (edit), Oxford University Press, Oxford (Grande-Bretagne), janvier 1993.

LEBAUBE (A.), rapport de l'Atelier "Compétitivité", rapporteur : PRIESTLEY (T.), de la Commission "Compétitivité française", in *France, le choix de la performance globale*, travaux préparatoires du XI^e Plan, La Documentation française, décembre 1992.

LEPETIT (C.) et THEBAUD-MONY (A.) : *La tuberculose en Seine-Saint-Denis : les cas mis au traitement en 1984 ; Résultats du traitement* in "Revue française des maladies respiratoires 1988" n° 5, p. 129-136 et 1989 n° 6, p. 451-456.

MIZRAHI (AN. et AR.) : *Évolutions à long terme des disparités des dépenses médicales en France 1960-1970-1980*, CREDES, 1986.

MIZRAHI (AN. et AR.) : *Quelques données sur la consommation médicale en 1990*, CREDES, 1992.

MORMICHE (P.) et BONNAUD (C.) : *Le recours aux soins se ralentit*, "INSEE Première" n° 238, décembre 1992.

NOIN (D.) et CHAUVIRÉ (Y.) : *La population de la France*, Masson, 1991.

ROCHEFORT (R.) : *Argent, stress, individualisme, uniformisation*, Consommation et modes de vie, CRÉDOC, n° 54, décembre 1990.

RAWLS (J.) : *Théorie de la justice*, 1971 ; traduction française, Le Seuil, 1987.

RÉMY (P.-L.) : rapport de l'Atelier "Entreprises contre l'exclusion", rapporteur : PRIESTLEY (T.) de la Commission "Cohésion sociale et prévention de l'exclusion", in *Cohésion sociale et prévention de l'exclusion*, travaux préparatoires du XI^e Plan, La Documentation française, février 1993.

REVOL (J.) : *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, IGAS, novembre 1987.

ROCHAIX (L.), LACHAUD (C.) et LARGERON (C.) : *La participation financière des usagers au système de soins : mesures et simulations*, rapport d'étude en cours pour la Direction de la Prévision et le Commissariat général du Plan.

ROCHAIX (L.) et LACHAUD (C.) : *Une analyse de l'équité dans le financement et la prestation de soins en France - Une approche par courbes de concentration*, présentation à l'Atelier n° 2, février 1992.

THEBAUD-MONY (A.) : *Inégalités sociales et tuberculose en Seine-Saint-Denis dans les années 1980*, "Sociétés contemporaines" n° 3, septembre 1990.

TONNELIER (F.) : *Villes du Nord, villes du Sud, inégalités régionales, inégalités sociales d'accès aux soins*, CREDES, Colloque "Espaces urbains et géographie des soins", 1991.

TONNELIER (F.) : *Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIX^e siècle en France*, CREDES, 1992.

VANLERENBERGHE (P.) : *RMI, le pari de l'insertion*, rapport de la Commission nationale d'évaluation du RMI, 2 tomes, La Documentation française, 1992.

VILLENEUVE (A.) et alii : *La mesure des inégalités sous son aspect multidimensionnel*, enquête "Étude des conditions de vie 1986-1987", INSEE, documents de travail n° F 9105, juin 1991.

WHITEHEAD (M.) : *Principes de l'égalité des chances*, OMS, Copenhague (Danemark), 1991.

MANDAT DE L'ATELIER N° 2

"LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ"

Plus que tout autre, le système de santé et d'assurance-maladie est construit sur un principe d'égalité : l'égalité d'accès aux soins est garantie aux assurés sociaux qui cotisent à proportion de leurs revenus pour s'assurer contre la survenue aléatoire du risque maladie.

Ce système peut être décrit comme fondé sur un double principe d'équité verticale - chacun cotise selon ses moyens - et horizontale - chacun peut se faire soigner selon ses besoins - ; ce principe d'équité horizontale s'exprime dans le principe d'égalité d'accès aux soins.

Des enquêtes montrent que l'attachement aux principes d'égalité dans le système est très fort en France. Or, il faut bien constater que des disparités, des inégalités, des exclusions persistent et se manifestent dans le système de santé, quelles qu'en soient les origines :

- certaines inégalités sont connues depuis longtemps et malgré tout reconduites (inégalités interrégionales du système d'offre) ou acceptées (espérance de vie différente selon les professions) ;
- d'autres sont connues, voire décrites mais souvent fondamentalement déniées : les inégalités d'information (qui cumulent les inégalités interrégionales et des écarts manifestes de moyens, de compétences ou d'ambition des professionnels) sont profondes.

Plus récemment, sont apparues :

- celles qui résultent des choix de gestion et de la difficulté de concilier maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et maintien de l'équité : accroissement des tickets modérateurs et transferts sur les ménages de l'augmentation des revenus des professionnels ;

- enfin, les inégalités liées à des situations sociales de chômage, de pauvreté, d'exclusion : difficultés à faire valoir les droits, refus des institutions de soins d'accueillir les plus démunis se cumulent avec des situations pathologiques particulières.

Ces situations ne sont pas toutes comparables, dans leurs intensités ou leurs effets ; de plus, si certaines sont récentes d'autres subsistent sans grand changement depuis longtemps. Le diagnostic peut donc être nuancé quant à leur signification sociale et à leur dynamique. Cependant, ces situations sont désormais visibles pour les usagers, les professionnels, les gestionnaires et les responsables de santé publique ; elles sont parfois problématiques.

Ainsi, bien que le système, fondé sur l'idée qu'il n'y a pas de responsable de la maladie, soit égalitaire dans son principe, le constat conduit à identifier de nombreuses causes d'inégalités. Le principe d'égalité n'est-il plus alors qu'une pétition de principe destinée à conjurer la peur grandissante de la maladie grave, la demande irrationnelle au système ?

La difficulté s'accroît de ce que cette représentation même du risque est mise en question par les progrès scientifiques et ses développements prévus (la médecine prédictive) mais aussi par la meilleure connaissance des pathologies ou accidents qui affectent l'état de santé. Au mépris de tous les déterminismes environnementaux ou sociaux, on pourrait donc être responsable de son état de santé ou plutôt de sa dégradation ; un "cheval de Troie" libéral, incitant notamment à des assurances individuelles. Et ce d'autant que le principe "égalitaire" peut être mis en question soit en regard de considérations d'efficacité, soit en considérant que les principes d'égalité peuvent finalement se retourner contre ceux qui devraient en bénéficier. Comment fonder alors un système de solidarité ?

L'atelier sur les inégalités dans le système de soins pourra travailler en plusieurs étapes.

1. Décrire les principales disparités et leur évolution au cours des dix dernières années à partir des mesures existantes ; apprécier leurs conséquences en termes d'équité

Sur la base des travaux de recherche et des données disponibles notamment à la CNAMTS, au CREDES et au SESI, ce bilan pourrait distinguer :

- une évaluation du niveau général d'équité du système français (l'Atelier pourra ici s'appuyer sur l'étude de la redistributivité des transferts et des prestations

servies menées dans le cadre d'un projet européen et prolongée sur le système français (Lyon URA 934, CGP-DP) ;

- une description des disparités inter-régionales voire géographiques (moyens d'offre et disparités dans les niveaux de consommation médicale) ;
- un tableau des écarts socio-économiques (écarts de consommation entre groupes sociaux) ;
- une analyse des conséquences des politiques financières menées depuis dix ans : une étude statistique des transferts de charge sur les ménages et les assurances complémentaires devrait asseoir la réflexion pour évaluer ces décisions successives ;
- une appréciation de la dégradation des conditions d'accès aux soins des plus démunis : le rapport Revol, les enquêtes du CREDES et du CRÉDOC menées dans le cadre du dispositif RMI, celles auprès des centres d'accueil des exclus du système, les enquêtes et données de la CNAMTS alimenteront cette phase d'évaluation.

2. S'appuyant sur des travaux de réflexion plus théorique une série de questions pourra être envisagée

- . Dans les formes concrètes d'égalité, certaines pourraient-elles être justes et d'autres non ? à la limite, l'objectif égalitaire ne se serait-il pas retourné contre les plus fragiles ?
- . Des formes de discrimination positive peuvent-elles être justifiées ?
- . Là où des inégalités dans le système de santé concordent avec les inégalités sociales générales, peuvent-elles être justifiées ? (en référence au second principe de J. Rawls).

3. Dans une optique prospective, il faut enfin traiter du devenir du système

- . Les moyens de remédier aux inégalités d'aujourd'hui.
- . Les nouvelles inégalités en germe dans le progrès technologique.
- . Quelle conception du risque à l'horizon 2010 et ses conséquences sur la solidarité nationale ?

COMPOSITION DE L'ATELIER N° 2

"LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ"

Président :

M. Rochefort (Robert), directeur du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

Membres :

Mme Bocognano (Agnès), Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

M. Choquet (Olivier), Direction des statistiques démographiques et sociales, Institut national de la statistique et des études économiques

M. Comitti (Vincent-Pierre), Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales et de l'Intégration

M. Crépon (Philippe), Direction de la gestion du risque, Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés

M. Foulon (Alain), Centre d'études des revenus et des coûts

M. Gaillard (Alain), département statistique, Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés

Mme Jafflin (Danielle), Direction de la gestion du risque, Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés

M. Jourdain (Alain), École nationale de la santé publique

M. Lattès (Gérard), Direction des statistiques démographiques et sociales, Institut national de la statistique et des études économiques

Mme Mizrahi (Andrée), Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

M. Mormiche (Pierre), Direction des statistiques démographiques et sociales, Institut national de la statistique et des études économiques

Mme Rochaix (Lise), Direction de la Prévision, ministère de l'Économie, des Finances et du Budget

M. Tonnellier (François), Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

M. de Tovar (Antoine), Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales et de l'Intégration

M. Vernière (Laurent), Direction de la Prévision, ministère de l'Économie, des Finances et du Budget

M. Volatier (Jean-Luc), Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

M. Volovitch (Pierre), Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère des Affaires sociales et de l'Intégration

Rapporteur :

Mme Meyer (Christine), Service des affaires sociales, Commissariat général du Plan

Le secrétariat de l'Atelier a été assuré par :

Mme Dechézelle (Françoise)

RÉSUMÉ

L'équité constitue un objectif majeur et affiché des systèmes de santé et de protection sociale depuis la création des grands régimes d'assurance-maladie.

La solvabilisation de la demande de soins a permis de garantir un très large accès aux soins et des niveaux de consommation proches d'un groupe à l'autre. Pourtant, les inégalités de santé subsistent, elles seraient à la fois un marqueur et un vecteur des inégalités sociales. D'ailleurs, l'égalité des états individuels de santé n'existe pas. Est-ce à dire que l'on ne peut agir sur les inégalités de santé ?

L'objectif pour les systèmes sociaux sera, précise l'OMS, de supprimer les inégalités de santé jugées inacceptables et de réduire au plus loin les inégalités "évitables" et "injustes".

La recherche d'équité est permanente, les résultats ne sauraient être considérés comme définitivement acquis. En effet, les nouvelles technologies, les évolutions de la morbidité et la médicalisation de la vie sociale transforment les formes de la demande et les conditions d'accès aux soins ; tandis que les évolutions démographiques et sociales, les conditions de vie et de travail, la croissance économique modifient les situations individuelles de droits, les risques, le champ même de la santé. Dans chaque évolution, dès lors que le système est financièrement contraint, des arbitrages d'équité seront en jeu.

Dans cette réflexion prospective sur le système de santé, les travaux sur les inégalités en santé ont été menés pour que les nouveaux cadres de régulation proposés ne négligent en aucune manière les objectifs d'équité du système et leur donnent toute la place qui leur revient.

1. Le système de santé français apparaît globalement "équitable" dans ses principes et dans le schéma de leur mise en œuvre

L'équité du système de santé et de protection sociale du début des années 1990 apparaît comme relativement satisfaisante :

- la couverture par l'assurance-maladie obligatoire est généralisée garantissant, pour la part essentielle, l'accès aux soins de la quasi-totalité de la population ;
- les niveaux de consommation médicale des différents groupes sociaux ont continué de se réduire tout au long des années 1980 ;
- le système de prestations semble garantir à chacun qu'il sera soigné selon ses besoins, même si le système de financement apparaît légèrement régressif ;
- sur longue période (1978-1990), le système est globalement perçu comme équitable.

Jusqu'au milieu des années 1970, la croissance économique forte a permis une montée en charge "généreuse" de l'assurance-maladie : la croissance des prestations sociales ne s'est pas faite au détriment de celle du pouvoir d'achat du salaire direct. Avec les difficultés économiques, les régimes ont connu des problèmes de financement récurrents ; avec le chômage, des difficultés effectives d'accès aux droits sont apparues. Il faut ainsi porter au bénéfice de l'équité et de la solidarité la création du RMI en 1989 et la réforme de l'aide médicale gratuite en 1992 : ils ont permis de garantir la prise en charge des soins par l'assurance-maladie du plus grand nombre des exclus sociaux.

Pour juger de l'équité du système en s'aidant d'un cadre de réflexion plus théorique, l'Atelier a appuyé sa réflexion sur les travaux de J. Rawls selon qui l'existence d'inégalités sociales ne remet pas forcément en cause l'équité d'un système. Il en est résulté trois questions :

- a. Le système garantit-il la "protection de la santé de chacun dans des conditions de stricte égalité" (selon les termes de J. Rawls) ?
- b. L'inégale répartition des participations financières des usagers (tickets modérateurs, etc.) permet-elle de moduler l'accès aux soins selon les capacités contributives, sans être à l'origine de sélections financières des malades ?

c. D'inégales répartitions géographiques, notamment intra-régionales ne permettent-elles pas de mettre au service du plus grand nombre des équipements rares ?

Dans ses principes, le système français de santé et de protection sociale contre la maladie qui conserve un très large accès aux soins pouvait être considéré comme relativement équitable : il cherche en effet à planifier la répartition des équipements, il couvre par la solidarité nationale les risques les plus lourds (maladies longues et coûteuses) et il propose de recourir à des formes privées de financement pour des options individuelles.

2. Cependant, certains écarts persistent et parfois s'aggravent

Ce diagnostic doit pourtant être tempéré. Si, pour J. Rawls, les principes de justice sociale semblent insuffisamment mis en œuvre, la réduction dans le temps des disparités constitue un critère favorable de jugement. Or, certaines disparités ne se réduisent pas, voire s'aggravent. On est alors fondé à s'interroger sur la capacité du système à garantir pour l'avenir le niveau d'équité et de solidarité dont il a l'ambition.

2.1. Des situations territoriales contrastées de mortalité, de densités d'offre de soins et de niveaux de dépenses de santé

La mortalité a sa géographie, différente de celle de la démographie. Dans des régions dont la population est jeune, on peut mourir jeune (Nord-Pas-de-Calais, Alsace) ; dans des régions où la population est âgée, on peut avoir une espérance de vie élevée (Pyrénées, Alpes-Maritimes).

Cette situation - très ancienne et connue - ne saurait être imputée au seul système de soins ; elle est aussi la conséquence de modes de vie et des structures sociales. Les disparités régionales dans les niveaux de l'offre de soins et dans l'importance des ressources allouées peuvent cependant coïncider avec les écarts de mortalité de la population plutôt que les compenser. Ainsi a-t-il été établi dans le cadre de cet Atelier, que les prestations versées par les régimes d'assurance-maladie pouvaient diverger de plus ou moins 20 % des ressources qui devraient être allouées si l'on se fondait sur les structures par âge/sexe de la population et sur sa mortalité. Le Nord-Pas-de-Calais, région de forte mortalité, est aussi celle où l'écart serait le plus important. Ces écarts traduisent notamment les disparités de l'offre de soins, là encore tout à fait identifiées, sans qu'aucune politique de planification ou de santé publique n'ait réussi à y remédier.

2.2. Des disparités demeurent entre groupes socioprofessionnels

Des disparités demeurent entre groupes socioprofessionnels dans la protection sociale, les structures de consommation et les filières de soins ; elles tendent à s'aggraver en matière de mortalité.

La réduction des prises en charge de certains services par l'assurance-maladie s'est traduite par l'extension de la couverture complémentaire sauf pour ceux - chômeurs, exclus, emplois précaires - qui n'en bénéficient pas.

Sur de nombreux points les inégalités en santé entretiennent ou amplifient les inégalités sociales face aux autres aspects de la vie : emploi, ressources, logement.

- Qu'il s'agisse des structures de consommation ou des représentations sociales et corporelles des modèles dominant (se faire soigner en médecine de ville plutôt qu'à l'hôpital), certaines pathologies, certains appareils sont médicalement plus nobles ou technologiquement mieux investis (le cœur).
- La santé n'est pas également répartie, mais des situations pathologiques peuvent être de véritables marques sociales (l'alcoolisme, les maladies de peau, la tuberculose...).
- Les écarts socioprofessionnels de mortalité s'aggravent : en cette fin de XX^e siècle, le risque de mourir jeune est toujours plus important lorsque l'on est en bas de l'échelle sociale que lorsque l'on est en haut. Le taux de mortalité des bénéficiaires du RMI est deux à trois fois plus élevé que celui de la population générale. À 35 ans, l'écart d'espérance de vie est de huit ans entre les hommes cadres supérieurs et les manœuvres (au même âge, il est de sept ans entre hommes et femmes). Les écarts s'accroissent.

Bien sûr, le système de soins ne saurait porter seul la responsabilité de ces inégalités de santé, pas plus qu'il ne peut, seul, les éliminer. Mais le maintien d'inégalités de santé au niveau le plus bas possible est un facteur de cohésion sociale. Que le système de santé investisse dans la réduction des écarts de santé serait une des façons de répondre à l'aspiration collective d'égalité en santé ; c'est aussi la contribution que le système de soins doit pouvoir fournir, en retour, à la lutte contre l'exclusion, le chômage et la pauvreté.

3. De nouveaux défis pour la solidarité à l'horizon 2010

Pour l'avenir, trois dynamiques sollicitent la capacité d'équité du système :

- a. les progrès technologiques et médicaux et leurs effets sur les conditions de prise en charge des malades ;
- b. l'amélioration de l'efficacité ;
- c. les modifications du corps social et l'adaptation du système de solidarité qu'elles impliquent.

3.1. Égalité d'accès et technologies : les filières de soins et les inégalités d'information

D'un professionnel ou d'une structure à l'autre, les écarts de qualité, de service, de compétence, sont incontestables. Une illusion "égalitariste" est pourtant entretenue : les résultats des services rendus (maladies nosocomiales, compétence particulière d'un service, qualité d'accueil...) ne sont pas rendus publics. Or, la spécialisation de la médecine - par la parcellisation des savoirs - rend difficile l'accès à l'information. Dès lors, et indépendamment de l'accès à la structure, la capacité à connaître le praticien ou le service hospitalier hautement expérimenté dans un domaine précis devient pour le malade ou son médecin un enjeu, une marque de privilège. Les inégalités d'information dans le système de santé restent aujourd'hui masquées et tabou ; non visibles, non reconnues, elles seraient par là-même plus facilement tolérables. Le développement de l'expertise médicale, la technicisation de la médecine, l'émergence de consommateurs "avisés" et "avertis", dans les milieux sociaux les plus cultivés, accroissent le risque.

3.2. Des besoins de santé et des ressources limitées

Dans un système sous contrainte financière, les évolutions des besoins de santé, les potentialités technologiques font surgir des conflits d'intérêts. Si une offre abondante (voire pléthorique) permet d'accueillir tout le monde, qu'en sera-t-il dès lors qu'il faudra faire des choix, entre les malades chroniques âgés et les personnes jeunes, entre l'amélioration de la qualité de vie d'un très grand nombre de personnes âgées et la prolongation pour quelques semaines sous cœur artificiel ? Les arbitrages des gestionnaires, des professionnels ou des pouvoirs publics (choix budgétaires, investissements en équipements, filières de formation) peuvent favoriser l'une ou l'autre de ces catégories de malades.

La question n'est pas nouvelle mais elle ne peut que s'amplifier, et ce d'autant que dans notre système les critères, l'expertise et les structures d'évaluation nécessaires à ces arbitrages n'existent pas et semblent loin d'être mis en œuvre.

3.3. Exclusion sociale, chômage de longue durée, dualisation du tissu économique et social

Ce sont autant de défis pour le système de solidarité.

- . Dans la lutte contre l'exclusion économique et le chômage quelles sont les priorités collectives : augmenter les dépenses consacrées aux soins de haute technologie ou chercher à redéployer les fonds sociaux sur des actions prioritaires ? Si l'insertion économique constitue une priorité, alors, la gestion de la protection sociale doit se caractériser par une recherche accrue d'efficacité.
- . Les organisations tayloriennes savaient gérer la baisse de productivité des salariés usés ; les nouvelles organisations du travail ont du mal aujourd'hui à gérer le "vieillissement au travail", processus d'autant plus important que la population active, comme la population générale, vieillit.
- . Sous la contrainte de compétitivité tous les individus ne peuvent répondre aux pressions de polyvalence, de flexibilité qui s'exercent en tous points du système de production ; la maladie peut être une forme de sortie, une auto-exclusion qui précipite dans le chômage longue durée. Un mauvais état de santé caractérise souvent les chômeurs de longue durée.

L'ensemble des contraintes pesant sur le système de santé ne saurait se traduire par la remise en cause de ses principes fondamentaux d'équité et de solidarité, car la crédibilité toute entière du système serait atteinte et par ricochet la cohésion sociale menacée. L'enjeu est donc de savoir comment ces principes devront être mis en œuvre au mieux dans les années à venir.

La lutte contre les inégalités de santé s'inscrit nécessairement dans les contraintes économiques du système, au risque, sinon, de provoquer à terme d'autres inégalités peut-être plus graves encore :

1. En l'absence de procédures de choix et de critères d'équité dans les arbitrages internes au système de soins (quels malades, quelles techniques, quels objectifs de santé ?), ceux-ci se feront par défaut, c'est-à-dire nécessairement au détriment des maillons les plus faibles du système : exclus économiques et sociaux, personnes âgées, handicapés, malades chroniques.

2. Dépression économique, chômage, exclusion, ruptures dans la cohésion sociale sont autant de processus créant des inégalités évitables en santé. Ils exigent aussi toujours plus de dépenses sociales. La croissance des dépenses de soins ne permet de réduire que très marginalement les inégalités de santé tandis qu'elle soustrait des ressources aussi bien au système économique qu'aux politiques sociales. La maîtrise de la croissance des dépenses de soins apparaît ainsi comme un des moyens pour lutter contre les inégalités en santé.

Définir des priorités sociales, clarifier les objectifs de santé publique, appuyer la solidarité et l'équité sur une meilleure efficacité, réaffirmer la volonté de lutter contre les inégalités en santé : telles sont pour l'avenir les conditions du maintien du système de solidarité.

