Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ?

Vincent Perrin, Yolande Obadia et Jean-Paul Moatti

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1929>

DOI : 10.4000/economiepublique.1929

ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 1998

ISBN : 2-8041-3042-8

ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Vincent Perrin, Yolande Obadia et Jean-Paul Moatti, « Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ? », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 02 | 1998/2, mis en ligne le 14 février 2007, consulté le 12 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1929> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/economiepublique.1929>

économie publique public economics

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 2 – 1998/2

© De Boeck & Larcier s.a. 1998
Département De Boeck Université
Paris - Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite.

Imprimé en Belgique

D 1999/0074/138

ISBN 2-8041-3042-8
ISSN 1373-8496

économiepublique sur internet : www.economie-publique.fr

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496

Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ?

Vincent PERRIN

Observatoire régionale de la Santé, INSERM U379, Marseille

Yolande OBADIA

Observatoire régionale de la Santé,
Université de la Méditerranée, Marseille

Jean-Paul MOATTI

INSERM, Université de la Méditerranée, Marseille

1. Introduction

Dans la période récente, un consensus de plus en plus large s'est fait jour au niveau de l'opinion publique et des décideurs politiques pour considérer que la lutte contre la fracture sociale, c'est à dire la réduction des inégalités sociales, devait redevenir une priorité des politiques publiques et plus généralement de l'action collective. Un rapport récent du Conseil Supérieur de l'Emploi, des Revenus et des Coûts (1996) concluait par exemple que « les inégalités tendent spontanément à se développer, au détriment des personnes les plus sensibles à des modifications de leur condition d'activité ou de formation de revenu », mais que « cependant des politiques correctrices peuvent limiter ces tendances ».

Ce souci de politiques correctrices des inégalités gagne le secteur de la santé, comme en témoigne le choix de ce thème pour la II^e Conférence Nationale de Santé (1998) et les Conférences Régionales Préparatoires. En effet, la soumission au parlement depuis l'automne 1996 de la loi de financement de la Sécurité Sociale et les ordonnances qui l'ont suivies ont constitué le bouleversement le plus important des règles de fonctionnement de notre actuel système

d'assurance-maladie depuis son instauration aux lendemains de la seconde guerre mondiale. C'est d'ailleurs dans le cadre de cette réforme du gouvernement d'Alain Juppé qu'a été instauré, au travers de la procédure de Conférence Nationale de Santé, un dispositif formalisé de concertation visant à définir les priorités régionales et nationales en matière de politique de santé. Il était donc inévitable, dans ce contexte, que ces conférences se fassent l'écho d'une possible détérioration de l'accès aux soins et l'état de santé des populations.

Le présent article est le fruit d'une réflexion commune avec l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'occasion du rapport qu'il a présenté sur ce thème des inégalités de santé pour la Conférence de Santé de cette région en avril 1998. Dans une première partie, nous nous efforcerons d'éclairer les concepts sous-jacents de l'équité qui traversent les débats et préoccupations actuelles quant à une éventuelle augmentation des « inégalités de santé » dans notre pays. Dans une deuxième partie empirique, nous montrerons, via une analyse de l'accès et du recours aux soins, tels qu'ils peuvent être appréhendés au plan d'une région, au travers de la dernière enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 1991-92 (INSEE), en quoi il est difficile d'interpréter des différences comme des sources d'inéquité en santé et, donc, en quoi ce type de données demeure insuffisant pour dégager un (ou des) consensus quant aux politiques prioritaires de réduction des « inégalités de santé ».

2. Les sept critères de l'équité de santé

Juger de l'équité d'un système de soins donné ou/et de l'équité en matière de santé dans une population, se heurte à de nombreuses difficultés empiriques et méthodologiques. Les confusions quant au concept même d'équité qui sert de référence (explicite ou implicite) pour repérer des inégalités socialement justifiables d'une politique de réduction sont fréquentes dans les débats publics, en particulier en France, voire dans les débats scientifiques des économistes de la santé eux-mêmes (Aday, Anderson, Fleming-1980, De Jong, Rutten-1983). Un diagnostic d'inéquité en matière de santé implique de fait un processus complexe de réflexion multi-étapes qui demeure souvent masqué aux yeux mêmes des acteurs sociaux ou des décideurs publics qui l'émettent.

Dans une première étape, il s'agit d'identifier et de mesurer des différences quant à divers aspects relevant de la santé. Or, s'il est avéré que les données statistiques en matière d'indicateurs de santé sont insuffisantes, notamment en matière de morbidité, dans notre pays, ces données sont encore plus limitées lorsqu'il s'agit d'objectiver des différences en fonction de critères comme le niveau de revenus, la catégorie socioprofessionnelle ou d'autres caractéristiques socio-démographiques, ou de tout autre critère jugé pertinent par l'observateur du point de vue de ses conceptions de la justice sociale.

Cependant, un tel constat de différences n'est pas suffisant en soi. Encore faut-il, dans une seconde étape, déterminer celles de ces différences qui vont pouvoir être véritablement qualifiées d'inégalités, c'est à dire être considérées comme socialement injustes. On conçoit que de multiples divergences de points de vue et d'interprétations puissent alors intervenir. Et plus encore, aux troisième et quatrième étapes, pour identifier, parmi ces inégalités celles qui sont à la portée du système de santé ou d'une politique de santé publique, c'est à dire que ceux-ci peuvent effectivement contribuer à réduire de façon significative, et enfin, pour fixer un ordre de priorité qui tienne compte des contraintes économiques d'allocation des ressources.

L'examen de différents rapports qui depuis la fin des années 1970 se sont efforcés d'attirer l'attention sur les inégalités de santé persistantes dans divers pays développés (The « Black Report »-1980, The London Committee Report-1987, Hadorn-1991, Barnum-1987, Haut Comité de Santé Publique-1996) démontre que de multiples définitions de l'équité en santé, implicites ou explicites, sont utilisées. Ces définitions reposent sur des mesures de différences inter-individuelles et inter-groupales qui interviennent elles-mêmes à des niveaux différents. On peut avec Mooney (1983) en recenser au moins sept. Les différences qui peuvent être identifiées comme indicatrices d'« inégalités de santé » peuvent en effet concerner alternativement ou simultanément :

- 1) les dépenses de santé par tête
- 2) les soins consommés (inputs en quantités physiques) par tête
- 3) les soins consommés par tête à besoin égal
- 4) l'accès aux soins
- 5) l'utilisation du système de soins
- 6) la satisfaction des besoins à la marge
- 7) l'état de santé proprement dit.

2.1 Équité des dépenses ou équité des inputs ?

La distinction classique entre des différences de consommation monétaire et des différences en volume [1 et 2] renvoie à un triple phénomène. D'une part, une partie des coûts effectivement consentis par les consommateurs (par exemple, le temps consacré au transport jusqu'au lieu de soins) échappe aux transactions monétaires et peut provoquer des différences (par ex. liées à la distance géographique) même pour bénéficier d'une prestation similaire à tarif identique. D'autre part, le prix d'une même prestation peut différer en fonction des zones géographiques et des conditions d'exercice de l'offre de soins (par ex. dans le système français si l'accès à certaines spécialités implique quasi inévitablement la consultation d'un praticien autorisé au dépassement d'honoraires). Enfin et surtout, dans la mesure où l'absence de régulation marchande dans un système de santé à financement socialisé comme le nôtre ne permet pas de garantir que des différences de prix des services reflètent correctement des différences de qualité, il est souvent difficile de déterminer dans quelle mesure une différence de consommation médicale, en terme monétaire, reflète effectivement une différence dans les prestations et leurs qualités (par ex. la consultation d'un généraliste ou d'un oto-rhino-laryngologiste pour une grippe bénigne impliquera des dépenses différentes sans que cela corresponde forcément à une différence de qualité de la prestation en termes tant de résultat que de processus).

Le constat de différences quant aux soins consommés à besoin égal [3] renvoie à la très vaste littérature, malheureusement peu développée en France, qui fait état de l'influence de facteurs «extra-médicaux» dans les comportements des prescripteurs de soins, en dépit de l'attitude de «neutralité bienveillante» censée être une des normes constitutives de la déontologie médicale : variabilité de la décision thérapeutique à pathologie égale en fonction de la classe sociale, de l'origine ethnique, de la couverture assurantielle, voire des modes de présentation du patient (Greenberg-1988, Anspach-1988, Mc Kinlay-1997); influence de stéréotypes sociaux comme celui qui assimile le toxicomane à un «individu incapable d'une interaction normale» avec le médecin, dans la prise en charge de l'infection à VIH (Morin, Obadia, Moatti-1997). Une partie de l'hétérogénéité des pratiques médicales, qui ne peut être attribuée à des différences objectives dans les conditions épidémiologiques et cliniques des patients traités, s'effectue d'une certaine façon «à la tête du client», étant entendu que ce

critère n'est nullement aléatoire mais obéit à l'influence sur le praticien de représentations collectives, d'origine professionnelle ou non (Adam, Herzlich-1994). La sociologie et la psychologie de la santé ont également montré depuis longtemps la relation entre la perception subjective de leur propre état de santé et des symptômes par les individus, et leurs comportements effectifs de demande de soins adressée au système médical, ainsi que la grande variabilité socio-culturelle de ces perceptions : tous les individus n'interprètent pas un même symptôme de la même façon, et surtout, en fonction de leur appartenance sociale, de leur environnement familial, de leur niveau d'information etc., n'en tirent pas les mêmes conséquences en termes de décision ou non de consulter un médecin (Aïach, Cebe-1991). Dans ces conditions, il n'est pas aisé de faire la part dans le constat d'une consommation différente, à situation de déséquilibre physiopathologique comparable, de ce qui tient à la responsabilité de l'offre de soins et de ce qui relève d'une variabilité « normale » de la demande. D'où la nécessité, mais aussi la difficulté, de la distinction suivante.

2.2 Équité d'accès ou équité d'utilisation ?

Cette distinction entre équité d'accès et équité d'utilisation du système de soins [4 et 5] est rarement effectuée en pratique. Or, elle est d'autant plus importante que la première (l'équité d'accès) est l'un des objectifs explicites des systèmes d'assurance maladie à financement socialisé comme le nôtre. L'équité d'accès relève totalement de l'offre de soins alors que l'équité d'utilisation fait intervenir l'interaction entre cette offre et la demande de soins des consommateurs. En d'autres termes, l'équité d'accès signifie simplement que deux individus (A et B) ont à faire face à des coûts identiques pour accéder à une même prestation de santé (par ex. des consultations de médecins). Cependant, cette équité d'accès ne se traduira par une consommation identique que dans la mesure où les deux individus accordent la même valeur (utilité) à cette prestation, c'est à dire que leurs demandes sont identiques. C'est le cas sur la figure 1 où A et B utilisent le système de la même façon parce qu'à la fois leurs coûts d'accès et leurs demandes sont identiques. Mais, toutes les situations où l'on constate des différences d'utilisation du système de soins entre les individus ou les groupes sociaux ne devront pas forcément être interprétées comme indicatrices d'un problème d'équité d'accès. Ce sera effectivement le cas, comme sur la figure 2, lorsque les consommations s'avèrent diffé-

rentes alors que les demandes sont semblables. Mais, à accès égal, des demandes différentes se traduiront par des utilisations différentes (figure 3) qu'il sera alors erroné d'attribuer à un problème d'équité d'accès.

En pratique, face à un constat de différences d'utilisation, il s'avérera difficile de déterminer le cas de figure que reflètent effectivement ces différences. C'est ce que peut illustrer l'exemple du diagnostic prénatal des anomalies chromosomiques (dont la plus fréquente est la trisomie 21-mongolisme) pour lequel il est avéré que le recours est significativement moindre pour les femmes de niveau d'éducation inférieur au baccalauréat ou/et appartenant à un ménage de moindre niveau socio-économique (Moatti, Le Gales, Julian-1990). Ce diagnostic par amniocentèse est pris en charge gratuitement par l'assurance-maladie mais seulement, dans notre pays, pour les femmes de 38 ans et plus ou ayant des antécédents d'anomalies chromosomiques dans le couple dont le risque d'avoir un fœtus atteint de trisomie 21 est supérieur à 1 %, les autres catégories de femmes souhaitant y avoir accès devant contribuer financièrement. Le fait que chez les femmes de moins de 38 ans l'accès à l'amniocentèse dépende significativement de l'âge, du niveau d'éducation et de la « propension marginale à payer » pour cet examen (Julian-Reynier, Macquart-Moulin, Moatti-1994) ainsi que le constat d'une plus ou moins grande propension des médecins en charge de la surveillance de grossesse à proposer l'amniocentèse selon leurs convictions religieuses et leurs attitudes face à l'avortement (et à son éventualité en cas de malformation du fœtus) (Julian, Huard, Gouvernet-1989) militent fortement pour une interprétation de la différence de recours selon le statut socio-économique en termes d'inégalité d'accès (figure 2). Mais, en dépit d'un taux de couverture beaucoup plus élevé (de l'ordre de 75 %), les différences socio-économiques de recours persistent chez les femmes de 38 ans et plus qui en bénéficient gratuitement. Le fait que chez ces dernières une migration récente, des convictions personnelles hostiles à l'avortement ou le fait de connaître personnellement un enfant ou un adulte handicapé dans l'entourage sont associés significativement à un non-recours, ou que de tels facteurs se retrouvent dans des échantillons représentatifs de l'ensemble des femmes enceintes parmi celles qui n'envisagent pas une amniocentèse (Julian-Reynier, Macquart-Moulin, Moatti-1993), suggèrent que les différences d'utilisation reflètent plutôt des préférences (et donc des demandes) légitimement différentes (figure 3).

sans doute en partie liées à une plus grande acceptabilité sociale du handicap dans les couches populaires (Pauker, Pauker, Mc Neil-1982). On peut certes arguer que cette différence de demande est liée à une différence dans la distribution ou la compréhension de l'information sur les risques génétiques et leurs conséquences pour l'enfant à naître et ses parents (en faisant l'hypothèse qu'une homogénéisation de l'information aurait conduit à rapprocher les deux courbes de demande A et B sur la figure 3), mais il y a gros à parier qu'une telle argumentation relève plutôt d'une forme subtile de tutélarisme visant à imposer à tous le système de valeur des couches supérieures de plus en plus porteuses d'une demande « d'enfant parfait ».

Dans ce cas du diagnostic prénatal comme dans beaucoup d'autres, le plus plausible est sans doute, comme sur la figure 4, que les différences de recours en fonction du milieu social reflètent à la fois des demandes différentes et un problème d'équité d'accès¹, sans qu'il soit aisé de déterminer une politique correctrice (permettant de réduire les barrières financières ou liées à l'offre de soins à un plus grand recours des femmes de milieu plus défavorisé) qui, pour autant, n'implique pas des formes plus ou moins insidieuses de coercition sociale.

2.3 Égalisation de la satisfaction des besoins à la marge ?

L'objectif d'égalisation de la satisfaction des besoins à la marge a été initialement proposé en Grande-Bretagne pour assurer l'équité dans la répartition interrégionale des crédits du National Health Service (Steele-1981). Cette approche repose de fait sur le critère d'efficacité du calcul économique de type coût-bénéfice, et obéit à une logique de maximisation du résultat de santé publique qui identifie l'optimum social à l'égalisation du coût marginal de l'année de vie gagnée (ou de toute autre unité de mesure du résultat sanitaire) entre toutes les actions visant à améliorer la santé de la population. Elle est illustrée par la Figure 5 dans le cas de deux régions A et B dont les dotations initiales sont respectivement A_1 et B_1 qui permettent de

1. Une utilisation identique peut d'ailleurs correspondre à des coûts d'accès et des demandes différentes. C'est ce qui se serait produit sur la figure 4 si la courbe de coût marginal d'accès de A avait été légèrement supérieure, c (A) et C (B) auraient tendu à se confondre.

Fig. 1 : Accès égal, demande égale

Fig. 2 : Demande égale, accès différent

Fig. 3 : Accès égal, demandes différentes

Fig. 4 : Demandes différentes, accès différents

Fig. 5 : Égalisation des besoins à la marge

satisfaire à la marge les besoins de santé Y_a et Y_b : égaliser la satisfaction des besoins à la marge entre les deux régions (Y) sous contrainte de budget total constant ($A_1 + B_1 = A_2 + B_2$) implique un transfert de ressources de B vers A et garantit la maximisation de la satisfaction des besoins.

Une logique similaire prévaut, de fait, dans les propositions de politique de santé soumises au débat par le Haut Comité de Santé Publique qui viseraient à concentrer les efforts sur les domaines où l'action médicale et de prévention sont susceptibles de produire le maximum de résultat en termes de « mortalité prématurée évitable », c'est à dire de décès avant 60 ans pour des causes pour lesquelles il est démontré que l'intervention médicale peut modifier effectivement le pronostic. L'objectif implicite fixé est bien de maximiser un indicateur de santé publique, par définition collectif (nombre de décès évités ou d'années de vie gagnées), même si la démarche n'est pas poussée jusqu'au bout dans la mesure où le Haut Comité de Santé Publique ne va pas jusqu'à suggérer explicitement la recherche d'une cohérence au niveau de l'allocation des ressources. Celle-ci ne pourrait consister qu'à adopter des mesures médicales ou sanitaires tant qu'elles sont inférieures à une certaine valeur implicite (x millions de francs) par décès évité ou par année de vie gagnée. Les tenants de l'approche dite du « prix de la vie humaine » des études françaises de Rationalisation des Choix Budgétaires des années 1970 avaient justement pensé trouver un jeu de valeurs de référence en assimilant un décès prématuré à la perte de production qu'il implique pour la collectivité, celle-ci étant assimilée à la somme actualisée des revenus

futurs (Moatti-1989). Avec des hypothèses de taux d'actualisation de 5 % et de croissance annuelle de la productivité de 2 %, cela revient à fixer à un total d'environ 1,5 millions de francs, dans la France des années 1990, le plafond maximal vers lequel faire converger les investissements de santé s'adressant à des individus statistiques « moyens » pour éviter un décès potentiel, ou à le faire varier de moins de 1 million à 4 millions de francs en fonction de la classe d'âge prioritairement concernée dans la population active.

La proposition d'économistes anglo-saxons de se servir d'un critère universel de coût marginal par QALY (année de vie ajustée par la qualité de vie) pour décider de l'allocation des ressources entre les divers secteurs de la médecine correspond à un raisonnement identique (Loomes, Kenzie-1989). L'état américain d'Oregon s'est d'ailleurs proposé de fonder les critères de remboursement par les programmes d'assurance socialisée (Medicaid) sur la hiérarchie des coûts par QALY de 709 couples pathologies/traitements standard disponibles. Compte-tenu des contraintes budgétaires, la démarche conduisait à exclure de la prise en charge les 17 % de traitements les plus coûteux pour obtenir une même unité de résultat (le QALY) parmi lesquels on trouvait logiquement certains traitements du SIDA ou de maladies rares de l'enfant. Dans le contexte nord-américain, cette démarche était en fait motivée par le souci d'étendre l'accès au programme Medicaid d'assurance-maladie socialisée pour des groupes de population jusque là privés de couverture du risque-maladie (Fleck 1994).

Ces approches ont le mérite de ne pas esquiver la difficulté majeure de l'allocation des ressources dans le système de santé : le fait que le progrès médical obéit désormais, pour l'essentiel, à une loi des rendements décroissants (plus on étend les indications, plus il faudra en général dépenser de ressources pour obtenir une même unité de résultat supplémentaire). Pour ne citer qu'un seul exemple parmi des milliers, le progrès majeur dans le traitement des cancers du sein des vingt dernières années, l'introduction de traitements hormonothérapeutiques et polychimiothérapeutiques adjuvants a permis des gains significatifs pour des coûts « raisonnables » (de l'ordre de 50.000 frs par année de vie supplémentaire gagnée en comparaison des traitements classiques par chirurgie et radiothérapie) dans le groupe des patientes pour lesquelles la plus grande efficacité a été démontrée (patientes préménopausées avec ganglions envahis et récepteurs aux œstrogènes positifs lors du diagnostic). Mais, ces coûts

marginaux sont multipliés par dix ou quinze dès qu'on étend ces thérapies adjuvantes à d'autres catégories de patientes (Hillner 1993).

L'objectif d'égalisation à la marge des ratios coût/unité de bénéfice sanitaire soulève néanmoins trois difficultés dont l'une renvoie directement aux débats sur les conceptions de l'équité. La première concerne la façon dont les besoins de santé de la population sont identifiés et mesurés. S'agit-il de la mesure de la prévalence ou de l'incidence des principales pathologies, ou alternativement, comme avec le concept de « mortalité évitable » de la plus ou moins grande capacité du système de santé à faire bénéficier les patients d'une amélioration de leur état de santé. Cette dernière approche a le mérite d'un plus grand réalisme mais elle tend, de fait, à conditionner le besoin sanitaire à l'état donné des techniques et de l'expertise médicales ainsi qu'à la façon dont celles-ci le transforment en demande de consommation de biens et services médicaux. Or, la médiation médicale n'est pas toujours la mieux adaptée à l'expression des besoins. Un anthropologue dénonçait récemment, par exemple, dans les colonnes de la principale revue de santé publique australienne, l'« attraction fatale » que l'introduction de programmes de dialyse et de transplantation rénale dans les années 1980 avait exercé parmi les aborigènes de ce pays en incitant les nombreux insuffisants rénaux de cette population à migrer vers les zones urbaines afin d'avoir accès à ces technologies. Le résultat a été en définitive « d'isoler ces personnes de leurs réseaux religieux et sociaux de soutien qui étaient seuls en mesure de leur assurer une qualité de vie raisonnable dans leurs dernières années, ceci pour des améliorations marginales de la survie » (Willis-1995).

La deuxième interrogation concerne le choix de l'unité de mesure (de l'indicateur) permettant d'agréger et de comparer entre eux les besoins de personnes différentes souffrant de pathologies différentes. Selon les optiques, l'accent peut être mis sur : les années de vie perdues, les années de vie perdues « prématurément », les Qaly, ou le « coût social » de la maladie qui prend en compte à la fois les coûts des prises en charge médicales et les pertes de production liées à la morbidité et la mortalité. Mais dans tous les cas, même si l'hypothèse qu'une amélioration de l'état de santé contribue forcément à une amélioration du bien-être individuel et collectif paraît une évidence raisonnable, des relations claires entre telle amélioration de la santé et celles du bien-être prenant correctement en compte la variabilité inter-individuelle des préférences sont quasi-impossibles à établir.

Dans ces conditions, la démarche de santé publique risque de « sombrer dans la ritualisation politico-médiatique, se contentant d'affirmer que tel problème de santé demande des efforts particuliers, plutôt que de chercher sérieusement à maximiser la santé de la nation » (Mooney-1994).

Enfin, troisièmement, une telle démarche de maximisation d'un indicateur de santé à la marge équivaut de fait, à une éthique utilitariste qui consiste à « accorder un poids égal aux intérêts égaux de toutes les parties », « à additionner les avantages et les inconvénients » et « à choisir ce qui dégage l'équilibre global le plus positif » (Hare-1981), en postulant que l'utilité marginale (en termes de bien-être) d'une unité supplémentaire de santé est constante dans la population, sans se préoccuper des écarts qui peuvent exister en fonction des conditions socio-économiques ou/et des dotations individuelles initiales (génétiques ou non) en « capital-santé ». Or, un objectif utilitariste de « maximisation du nombre de vies statistiques sauvées (ou de QALYS) » ne correspond pas forcément à la réalité des préférences individuelles et collectives. La collectivité peut ne pas accorder la même valeur au gain d'une année de vie selon les circonstances, les pathologies ou les individus concernés. Elle peut ne pas demeurer indifférente, entre éviter 100 décès potentiels correspondant à un risque individuel faible (1 « chance » sur 10 000) dans une population nombreuse (1 million de personnes) ou bien prévenir un nombre équivalent de 100 décès correspondant à un risque élevé (10 chances sur 100) dans un groupe limité de 1 000 personnes. Elle peut, comme elle le pratique de fait aujourd'hui, vouloir accorder une priorité « égalitariste » à la réduction du risque pour le groupe le plus exposé. De même, on peut souhaiter privilégier la prévention de la survenue simultanée d'un nombre important de décès par rapport au même gain de vies étalé de façon diffuse dans le temps ou l'espace (aversion pour la catastrophe ou l'épidémie).

Bref, la rationalité collective n'est pas condamnée à pondérer de façon toujours identique une vie marginale sauvée en toutes circonstances, ou à n'accepter que le potentiel des revenus futurs comme système social de pondération. Mieux, « une bonne part de nos arrangements sociaux », au rang desquels il faut classer la combinaison de l'éthique médicale et de l'assurance-maladie collective, sont précisément « faits pour empêcher cette égalisation à la marge des satisfactions apportées par nos activités, qui constitue le nœud du modèle utilitariste » (Hirschman-1983). Comme on le verra plus

loin, un objectif de maximisation d'un indicateur de santé à la marge peut être compatible avec une recherche à la fois d'efficience dans l'allocation des ressources et d'équité horizontale, mais interdit de poursuivre toute forme d'équité verticale en faveur des plus démunis.

2.4 Équité des états de santé ?

Le dernier critère [7] pour juger de l'équité, logiquement privilégié par les approches et rapports de santé publique, porte sur les différences d'états de santé proprement dits, à âge comparable. L'existence d'un gradient social face aux principaux indicateurs de santé est en effet un phénomène ancien, documenté par les britanniques depuis le début du XX^e siècle. Depuis la fin des années 1970 avec la publication du rapport Black en Grande Bretagne, et les travaux de l'INED en France (Desplanques-1985), l'existence d'un tel gradient a été démontrée de façon indiscutable pour ce qui est des différences de mortalité en fonction du niveau social.

Néanmoins, il n'est pas inutile de rappeler que la principale différence en matière de mortalité concerne le sexe, et la surmortalité prématurée très marquée des hommes en comparaison des femmes. Aussi importante cette différence soit-elle (le taux standardisé par âge de mortalité prématurée, soit entre 1 et 59 ans, est respectivement de 200 et 650 pour 100 000 entre les femmes et les hommes de la région PACA), il est significatif qu'elle soit rarement interprétée en terme d'inégalité.

Cependant, les données de mortalité selon la catégorie socio-professionnelle attestent bien d'un gradient au détriment des catégories les moins favorisées. En PACA, comme d'ailleurs au plan national, la probabilité de mourir avant 60 ans est près de trois fois plus élevée pour un homme appartenant à la catégorie ouvriers/employés que pour un cadre supérieur ou profession libérale. Cet écart ne concerne pas seulement la mortalité prématurée totale mais se retrouve pour la plupart des causes de mortalité spécifiques, y compris pour des causes comme l'infarctus que les représentations communes auraient pourtant (à tort) tendance à associer au stress des professions supérieures exerçant des responsabilités, alors qu'en réalité il existe également un écart de 1 à 3 au détriment des ouvriers/employés.

Le phénomène de gradient social face à la mortalité ne semble pas s'être amélioré au cours de ce siècle, alors que les pathologies et les facteurs de risque ont changé et que la protection sociale s'est considérablement améliorée. Au contraire, les écarts semblent même s'accroître avec les progrès globaux de l'espérance de vie dont les catégories les plus favorisées bénéficient plus que les autres (Aïach, Cebe-1994). De plus, on retrouve ce gradient quelle que soit la façon de mesurer le niveau social (à la française par la catégorie socio-professionnelle, selon les revenus ou le niveau d'éducation comme dans les études anglo-saxonnes). Lorsqu'on fait l'analyse en fonction de catégories plus fines, ce gradient apparaît continu, sans cassure nette : la mortalité prématurée augmente régulièrement au fur et à mesure qu'on descend l'échelle sociale. Desplanques note toutefois une cassure plus nette en-dessous des manœuvres pour la catégorie des « inactifs » de moins de 60 ans (chômeurs, personnes handicapées,...).

Les données concernant la morbidité suggèrent une première explication du gradient social constaté face à l'indicateur de santé le moins contestable : le taux de mortalité. Les catégories les moins favorisées sont objectivement plus exposées que les autres à des facteurs de risque pour leur santé. Ces expositions aux risques plus élevées peuvent découler des contraintes d'emploi ou d'environnement. Ainsi, dans la région PACA, la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles demeure beaucoup plus élevée dans certaines branches comme le Bâtiment Travaux Publics ou les industries du bois. De même, les données des enquêtes « Conditions de vie des ménages » de l'INSEE montrent que la proportion de personnes déclarant des comportements à risque (alcoolisme, tabagisme ou obésité, liés aux comportements nutritionnels) diminue au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'échelle socio-économique.

Des recherches récentes, encore trop ignorées en France, ont néanmoins montré que les facteurs de risque comportementaux ne pouvaient expliquer la totalité, voire la majorité, des différences sociales constatées en matière de mortalité. L'étude connue sous le nom de Whitehall Study (1988), parce qu'elle a suivi de façon prolongée une cohorte de fonctionnaires britanniques, a montré que les personnes situées au plus bas de l'échelle hiérarchique de l'administration demeurent beaucoup plus vulnérables à la mortalité prématurée que les personnels de direction, en dépit d'environnements physiques de travail similaires. Surtout, elle a montré que l'essentiel de ce

gradient de mortalité en fonction du niveau hiérarchique subsiste même après avoir tenu compte des facteurs individuels de risque comportementaux actuellement bien connus (comme le tabac ou l'hypertension artérielle pour la mortalité cardiovasculaire par exemple) (Figure 6.)

Fig. 6: Taux de mortalité cumulée et risque relatif selon le milieu social (risque relatif de mortalité — ajusté à l'âge — par maladie cardiovasculaire et par facteur de risque selon la position hiérarchique)

Marmot, l'épidémiologiste responsable de cette étude, ou les chercheurs de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (Evans, Barer, Marmor-1994), concluent qu'il y a sans doute un effet propre sur la santé du statut socio-économique des personnes, et que celui-ci constitue un facteur de risque de maladies en tant que tel. Ils suggèrent que ce rôle propre du niveau hiérarchique sur la mortalité est lié à ce que l'autonomie dans le travail, l'estime de soi et la dignité, la possibilité de tirer parti de ses propres capacités, seraient autant de facteurs favorisant une meilleure santé. Les travaux de médecins, psychologues et sociologues du travail insistent aussi sur le stress ou la « souffrance » des ouvriers, ou des catégories marginalisées comme facteurs de prédisposition à des atteintes pathologiques graves.

D'autres recherches comme celles de Georges Menahem du CreDES (1994) suggèrent des enchaînements complexes de causes entre déterminants sociaux et déterminants individuels de la mauvaise santé : par rapport au cas des individus qui n'ont déclaré aucun

problème familial avant leurs 18 ans, les personnes qui ont connu une mésentente grave des parents ou un important manque affectif ont 1,5 fois plus de chance d'appartenir au groupe des personnes cumulant des comportements à risque à l'âge adulte (alcoolisme, tabagisme, antécédents d'accidents, incidents de paiement pour les principaux postes de dépense de la vie quotidienne hors santé...).

S'il est donc indéniable qu'il existe des différences d'états de santé imputables au statut socio-économique que diverses conceptions de l'équité s'accorderont à juger comme des inégalités dont la réduction est souhaitable, la difficulté majeure tient au degré d'articulation qui peut être établi entre ces différents états de santé et les autres différences de consommation et de fréquentation du système de soins dont il a été question plus haut (1 à 6). Cette difficulté est exacerbée par l'insuffisante prise en compte, dans les débats sur « les inégalités de santé », de la distinction, classiquement introduite en économie du bien-être entre les deux formes de mesure de l'équité inter-individuelle : l'équité horizontale et l'équité verticale (Williams-1988).

2.5 Équité horizontale ou équité verticale ?

L'équité horizontale correspond au principe de justice distributive avancée par Aristote dès le IV^e siècle avant notre ère qui postule que seuls des cas légitimement différents doivent être traités différemment. En matière de santé, ce principe implique qu'à pathologie similaire, les individus doivent pouvoir bénéficier de soins équivalents et interdit donc toute discrimination en fonction de la richesse, de la race, du sexe, du mode de vie ou de toute autre considération d'utilité sociale relative des individus. Cet objectif d'équité horizontale recoupe pour partie la recherche d'équité d'accès, évoquée plus haut [4], sous réserve qu'elle s'applique à l'intérieur de groupes d'individus présentant des « besoins » sanitaires ou médicaux similaires.

Dans une situation « limite » de pénurie comme celle des transplantations d'organes, où il existe dans la plupart des pays un excès structurel de la « demande » d'organes correspondant aux indications médicales potentielles par rapport à l'offre de greffons produite par les systèmes de don, le tirage au sort est sans conteste la règle la plus appropriée afin de garantir que tous, à condition de besoin égal, aient une chance égale d'obtenir le bien, c'est à dire d'assurer l'équité

horizontale (Elster-1989). La mise en place d'une liste d'attente (sous réserve bien sûr de l'égalité des chances d'accès à la liste à condition égale) n'est pas autre chose que le recours au déroulement du temps pour effectuer le tirage au sort. Les discussions approfondies qui ont conduit à une réforme de la gestion des attributions d'organes en France et, dans le cadre des lois dites « bioéthiques » de 1994, à la création d'un établissement public national (l'Établissement Français des Greffes) chargé de la tutelle des activités de transplantation, témoignent des difficultés à assurer en pratique que la gestion effective de la liste d'attente (avec ses contraintes techniques, comme la nécessité de limiter la durée d'ischémie du greffon prélevé ou de réserver les organes en provenance de donneurs de moins de 16 ans à des receveurs enfants ou/et de moins de 40 kgs) ne s'écarte pas trop du strict respect du principe d'équité horizontale.

Dans les situations de fonctionnement « normal » du système de soins, l'objectif d'équité horizontale constitue l'une des justifications (au moins idéologiques) majeures de l'existence d'un contrat unique d'assurance-maladie, déconnecté des risques individuels, et impliquant un financement socialisé : garantir qu'à pathologie égale l'accès aux soins ne puisse être différent en fonction du type de couverture assurantielle du patient.

L'équité verticale est, elle, concernée par la façon dont la société est susceptible de traiter différemment des individus différents, et en particulier par le degré de « discrimination positive » (en faire plus) qui est souhaitable afin de réduire l'écart (en termes de bien-être global ou d'accès à telle ou telle catégorie de biens) entre les plus démunis et le reste de la population. Les différentes philosophies morales, conceptions sociales de la justice et doctrines économiques vont alors diverger selon le degré de corrections des inégalités verticales qu'elles estiment souhaitables, et ceci d'autant plus que cet objectif va éventuellement entrer en conflit avec la recherche de l'efficacité en termes de maximisation du bien-être collectif.

Pour faire toucher du doigt l'importance, mais aussi la difficulté, de la distinction entre équité horizontale et équité verticale dans le champ sanitaire, on peut prendre l'exemple du constat avéré qu'aux États-Unis la population noire, pourtant plus fréquemment victime d'insuffisance rénale chronique, ne reçoit que 22 % des dons d'organes prélevés sur cadavres alors qu'elle représente 31 % de la population totale des malades, d'où une attente médiane de greffe

significativement supérieure pour les patients noirs (13, 9 mois) que pour les blancs (7,6 mois) (Gaston, Ares, Dooley-1993). Ce phénomène est clairement rapporté à la recherche des identités donneur/receveur dans le système des antigènes majeurs d'histocompatibilité qui tend « objectivement » à désavantager les noirs. Mais, selon qu'il existe ou non une relation scientifique clairement établie entre le nombre d'identités dans le système HLA et le pronostic de succès de la greffe et de la survie, son interprétation en termes de justice sociale pourra être différente. Si cette relation n'existe pas, on a affaire à une remise en cause de l'équité horizontale et on peut, sans état d'âme, analyser ce phénomène comme une manifestation du racisme insidieux de la société américaine (et de sa capacité d'instrumentaliser partiellement la connaissance biomédicale elle-même). Ou bien cette relation existe, et la question devient un problème d'équité verticale (dont on peut plus facilement accepter qu'il reçoive des réponses différentes selon l'éthique collective dont on se réclame): jusqu'à quel point faut-il prendre le risque de greffer des organes à des receveurs pour lesquels le pronostic de succès est plus faible du fait d'une moindre histocompatibilité (et donc prendre le risque d'abaisser la performance coût par année de survie gagnée d'ensemble du système de transplantations) afin de ne pas défavoriser les patients de race noire dans la probabilité d'accès à la greffe?

Un autre exemple, plus proche de nous, peut être trouvé dans l'enquête régionale sur la prise en charge du cancer du sein évoquée par ailleurs dans ce même numéro de la revue (Tonnaire, Paraponaris). Cette enquête montre qu'il n'existe pas de différence significative selon la catégorie socio-professionnelle de la femme dans les délais qui s'écoulent entre le primo-diagnostic de son cancer et l'engagement du traitement chirurgical ou/et de radiothérapie, délais qui conditionnent pour partie l'efficacité des thérapeutiques disponibles; de même, le fait de bénéficier ou non d'une chimiothérapie adjuvante à ces traitements dépend avant tout de critères médicaux sans que le statut social n'entre en ligne de compte. Ces résultats suggèrent qu'à la différence de ce qui a pu être constaté dans des contextes assurantiels différents, il n'y a pas en l'espèce de discrimination de la décision thérapeutique en fonction du statut social et que l'équité horizontale est respectée (le traitement tend à être identique à gravité égale de la maladie).

Par contre, l'enquête révèle que la proportion de femmes dont le diagnostic de cancer intervient à un stade plus avancé de la maladie,

et donc de moins bon pronostic en termes d'efficacité des traitements et de survie, est significativement moindre chez celles qui occupent un emploi de cadre ou exercent une profession libérale (40 %) que chez les professions intermédiaires (49 %) ainsi qu'entre ces dernières et le reste de l'échantillon (ouvrières, employées et sans profession- 56 %). Si l'on s'intéresse au sous-échantillon des femmes résidant dans un département où n'existent pas de campagnes organisées où l'assurance maladie propose systématiquement un dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 ans ou plus, on constate que l'écart est aggravé entre les femmes cadres (37 % de mauvais pronostic au diagnostic) et les autres, les professions intermédiaires se retrouvant, en l'absence de telles campagnes, au même niveau que le reste de l'échantillon (58 %). Comment interpréter ce retard au diagnostic des femmes de moindre niveau socio-économique ? S'il ne faisait qu'exprimer des préférences différentes dans le calcul « implicite » des avantages (augmentation de la probabilité de survie en cas de diagnostic plus précoce) et inconvénients (temps perdu, conséquences négatives d'éventuels faux positifs et faux négatifs des examens, etc.) potentiellement associés au dépistage, on ne serait pas confronté en tant que tel à un problème d'équité, mais plutôt de variabilité de la demande, voire des préférences intertemporelles. L'importance des écarts là où n'existe pas de campagne organisée de dépistage, et où on peut donc suspecter un fort différentiel des coûts (monétaires et non monétaires) d'accès au diagnostic précoce selon le statut socio-économique, milite au contraire pour une interprétation en termes de non respect d'une équité horizontale d'accès mettant en question la capacité du système médical à traiter identiquement des cas identiques pour des raisons socio-culturelles. Mais, la persistance de ces écarts là où des campagnes formalisées de dépistage s'efforcent de fait, d'égaliser les coûts d'accès pour l'ensemble des femmes peut plutôt suggérer un problème d'équité verticale : afin d'assurer, au nom d'une éthique égalitariste, une plus grande équité au niveau des résultats du traitement (des probabilités de survie en cas de cancer du sein), il faudrait faire des efforts particuliers en direction des femmes moins favorisées (par exemple en réduisant pour elles les coûts d'accès au dépistage de façon plus nette encore que pour le reste de la population).

2.6 Le « surprenant » égalitarisme de l'éthique médicale

Nous avons montré ailleurs que la combinaison de l'éthique hippocratique avec des systèmes de santé à financement collectif, permettant « hors marché » l'accès aux soins de toute la population, assure plutôt que la logique distributive de la pratique médicale reste que les soins doivent être proportionnels à la maladie et non à la richesse (Moatti, Le Coroller-1996). Cette combinaison tend à garantir que c'est le critère du besoin des personnes les plus défavorisées du point de vue de leur santé qui tend à demeurer dominant dans les choix médicaux, les cas les plus graves et les plus critiques se voyant accorder une priorité. Par exemple, dans la gestion des lits des unités de soins intensifs, souvent surchargées, les médecins privilégient avant tout la gravité à court terme des états pathologiques, et il n'y a « jamais de refus de patients en coma, de pronostic pourtant désespéré » (Kalb, Miller-1989). De même, en cancérologie, les ressources consacrées à la prise en charge des patients en soins palliatifs et en stade terminal demeurent très supérieures à celles engagées en matière de dépistage et de prévention en population générale. Ou bien, les règles de répartition des organes pour greffes donnent une priorité, court-circuitant donc la liste d'attente, aux receveurs dont la vie est la plus menacée à court terme ou dont la probabilité d'accéder à un organe est à priori la plus faible (receveurs inscrits en vue d'une double greffe, patients hyper-immunisés pour la greffe rénale, ou en échec de première greffe hépatique, etc), et ceci sachant que les ratios coût par année de survie gagnée de la greffe sont moins bons pour ces catégories de patients que pour d'autres patients en attente (Établissement Français des Greffes-1996).

Aussi paradoxal que cela puisse sembler à ceux qui dénoncent, quelquefois avec raison, le caractère conservateur du « pouvoir médical », il faut avoir conscience que ce critère d'urgence du besoin renvoie en réalité à une éthique collective profondément égalitariste, qui selon le « principe de justice » proposé dans l'œuvre de John RAWLS « juge d'une situation en fonction du niveau d'utilité de la personne la plus mal lotie dans cette situation » et accorde la priorité dans la distribution des biens rares à « ceux qui ont aujourd'hui le plus faible niveau de bien-être » (1987). Ce critère peut correspondre aussi à l'idéal « d'égalité complexe » proposé par Michaël WALZER pour lequel « une distribution égalitariste de tous les biens n'est ni possible ni

souhaitable», mais qui vise à faire en sorte que « les différents biens sociaux soient plutôt distribués en vertu de raisons différentes, par des agents différents et à des personnes différentes de telle sorte qu'aucun groupe, qu'aucune personne ne soient dominants d'une sphère à l'autre de la vie sociale » (1983). C'est dans cette implication égalitariste que se trouve sans doute la racine de l'attachement des Français, attesté par maints sondages, à un système qui fait cohabiter une médecine « libérale » (assimilée au maintien de l'autonomie individuelle de décision des médecins) avec un financement collectif de l'assurance-maladie.

Cette forme de recherche de l'équité verticale se heurte néanmoins aux difficultés intrinsèques à toute tentative d'application de l'égalitarisme rawlsien, même si elle ne concerne ici qu'une sphère limitée (celle des besoins de santé) et non la totalité sociale. Tout d'abord, le critère d'urgence et d'intensité du besoin conduit souvent, par effet de seuil, au paradoxe que les personnes en situation intermédiaire (ceux qui « ex ante » se trouvent dans la catégorie immédiatement supérieure aux plus défavorisés) se retrouvent en définitive (« ex post », c'est à dire après application du critère) plus mal loties que ces derniers. Une étude multicentrique internationale (Donnelly, Oman, Henderson, Opelz-1995) portant sur 11 913 greffes de reins prélevés sur des donneurs vivants démontre par exemple une survie significativement supérieure, même après ajustement sur l'existence ou non d'un diabète, chez les 10 % de receveurs sans aucun antécédent de dialyse en comparaison des 78 % qui se trouvaient en hémodialyse et des 12 % en dialyse péritonéale au moment de la greffe, ce qui suggère bien dans ce cas que l'attente pour les mieux lotis a priori (qui ne sont jamais prioritaires pour une transplantation) peut se traduire par une détérioration de leur situation, qui dans certains cas peut s'avérer plus grave que celle de ceux, au départ moins bien lotis, qui bénéficieront d'une greffe dans des délais rapides.

Surtout, la logique de priorité égalitariste aux patients médicalement les plus défavorisés se heurte au problème des rendements décroissants déjà évoqué. Il arrive un point (un seuil de détérioration du ratio coût marginal par unité de résultat sanitaire) où le souci d'équité verticale devient par trop ouvertement contradictoire avec une exigence minimale d'efficience.

En pratique, les professionnels de santé sont bien sûr conscients qu'il n'est pas raisonnable de « faire à tout le monde, absolument tout

ce qui est techniquement possible». Le critère du besoin se trouve donc contrebalancé par une exigence d'efficacité prospective minimale. Les seuils d'efficacité pourront être très variables selon les pays, les disciplines médicales, les habitudes des cliniciens ou les indications pathologiques. On renoncera, en France, à proposer une greffe allogénique aux patients atteints de leucémie aigüe lymphoïde de plus de 45 ans, même disposant d'un donneur HLA compatible, au motif que le ratio bénéfice-risque de cette thérapeutique devient discutable au-delà de cette limite d'âge. Ou bien on renoncera, souvent en accord avec les désirs des patients eux-mêmes, à certains traitements mutilants ou toxiques du cancer qui détériorent la qualité de vie pour un bénéfice hypothétique en termes de survie. Les cliniciens anglais fixent le seuil clinique de gravité d'une affection coronaire justiciable d'un pontage beaucoup plus haut que leurs confrères américains ou français. Ou bien, les écoles médicales s'affronteront sur le niveau de tension artérielle devant être considéré comme anormal et justifiant le déclenchement d'un traitement médicamenteux de prévention des cardiopathies ischémiques. Tous ces critères reviennent de fait à fixer une limite au-delà laquelle l'intervention médicale, même techniquement envisageable, n'est plus considérée comme justifiée. Cette exigence se voile derrière des critères apparemment «objectifs» de pronostic médical, mais introduit en réalité des jugements de valeurs implicites sur le bien-fondé économique d'allouer des ressources supplémentaires dans telle ou telle situation.

3. Différences d'accès et d'utilisation du système de soins et problèmes d'équité: le cas de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Afin d'illustrer les difficultés d'éclairer les débats sur l'équité dans notre système de santé par les données empiriques existantes, nous nous intéressons à l'accès aux soins ainsi qu'à l'utilisation du système de soins par la population. En effet, nous avons pu disposer du sous-échantillon en région PACA de la grande enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux. Cet échantillon de plus

de 1 168 individus date de 1991-92 mais constitue la source la plus exhaustive et détaillée sur la consommation médicale dans notre région (Tableau 1). Nous tenterons donc de mettre en avant des différences dans l'accès et l'utilisation du système de soins de la part de la population de notre région, tout en montrant la difficulté de leur interprétation en terme d'inéquité.

Tableau 1 : **Composition de l'échantillon de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-92**

	Région PACA N = 1 168	France entière n = 21 566
Sexe		
Hommes	48,0	48,6
Femmes	52,0	51,4
Age		
Moins de 20 ans	20,3	26,0
20-39 ans	26,9	30,1
40-59 ans	26,8	23,8
60 ans et plus	26,0	20,1
Moyenne	42,0	37,2
Profession et catégories sociales		
Ouvriers et employés de commerce	39,3	44,8
Professions intermédiaires	49,2	45,2
Cadres supérieurs	11,5	10,0
Revenu par Unité de Consommation (FrF)		
Moins de 2 700	10,3	16,1
De 2 700 à 4 800	41,1	37,3
De 4 800 à 8 200	37,1	32,3
Plus de 8 200	11,5	14,3

(sources : INSEE - Enquête sur la santé et les soins médicaux (1991-1992))

Dans un premier temps, nous avons construit des indices à sexe et âge identiques afin de comparer les consommations de différentes catégories à l'indice 100, c'est à dire à la moyenne de la population. Cette comparaison peut porter sur la fréquence annuelle des recours aux médecins soit le nombre de recours annuels à l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes), mais aussi sur les débours, c'est à dire sur les montants annuels effectivement dépensés (avant remboursement par les caisses) pour l'ensemble des consultations médicales et des soins annexes (examens complémentaires par exemple). Les résultats seront présentés ici par niveau de revenu mais une présentation par catégorie socio-professionnelle donnerait des résultats similaires (Figure 7).

Fig. 7: Recours et débours de soins médicaux selon le revenu par Unité de Consommation (région PACA-1991/1992)

Les personnes à revenus plus élevés (il en serait de même au niveau des CSP pour les cadres supérieurs et professions libérales) tendent à avoir des débours, beaucoup plus élevés que les autres. Par contre, si l'on s'intéresse au nombre de recours, c'est à dire au nombre de consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes à âge et sexe égal, on constate qu'au-delà du seuil de 2 700 francs par mois et par unité de consommation, il n'existe plus de différence significative en fonction des niveaux de revenu pour la grande masse de la population.

En termes quantitatifs, les disparités sociales de recours aux médecins sont donc limitées; elles tendent à se concentrer (1^{re} colonne à gauche de la figure de gauche) sur la fraction de la population à plus bas revenus (moins de 2 700 francs par mois) qui, elle, a des contacts moins fréquents avec le corps médical. À l'inverse, les catégories les plus favorisées se distinguent de toutes les autres par un mode de consommation médicale différent caractérisé par une plus grande fréquentation des spécialistes: c'est ce qui explique qu'à fréquence de recours proche de la moyenne, elles dépensent beaucoup plus que la moyenne du fait du prix unitaire plus élevé des soins de spécialistes.

La couverture sociale individuelle est un autre facteur déterminant dans le recours aux soins (Tableau 2). Dans notre région, on constatait en 1992 qu'une minorité limitée (mais déjà trop importante) de 0,3 % de la population ne disposait d'aucune protection sociale. De plus, près de 15 % ne bénéficiaient d'aucune couverture complémentaire aux remboursements Sécurité Sociale, soit par exonération du ticket modérateur pour raison médicale, soit par

démarche volontaire d'adhésion à une mutuelle ou assurance complémentaire. Or, à âge et à sexe égal, l'absence de couverture complémentaire est associée à un moindre recours aux soins : moins de 4 séances annuelles de médecins en moyenne contre près de 6 pour les personnes ayant une telle couverture. Par contre, à l'intérieur de chaque mode de couverture, on ne trouve pas de différence significative de recours en fonction du milieu social. Une seule exception qui va d'ailleurs à l'encontre de certains stéréotypes : si logiquement l'ensemble de ceux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et d'une couverture à 100 % par l'assurance-maladie pour raison médicale consomment beaucoup plus de soins que le reste des assurés sociaux, la fréquence des recours dans ce groupe qui bénéficie de la totale gratuité des soins est deux fois plus élevée pour les cadres supérieurs que pour les autres.

Tableau 2 : **Recours au médecin selon le milieu social et la couverture maladie**
(région PACA-1991/1992)

	Sécurité sociale 100 %	Sécurité sociale + couverture complémentaire	Sécurité sociale seule*	Total
Ouvriers et Employés de commerce	14,8	5,4	3,5	7,2
Professions intermédiaires et employés de bureau	17,6	6,3	4,0	7,9
Cadres supérieurs	28,9	5,0	3,7	8,6
Ensemble	17,4	5,8	3,7	7,7

* y compris les personnes n'ayant aucune protection sociale, représentant 0,3 % de l'échantillon

Tableau 3: **Déterminants d'un recours moins fréquent aux soins médicaux**
(région PACA-1991/1992)

	P	Odds Ratio*	IC à 0,95 %
Sexe : Hommes	0.0001	1,53	1,52 - 1,54
Age : Moins de 20 ans	0.0001	0,72	0,71 - 0,73
De 20 à 39 ans	0.0001	1,0	-
De 40 à 59 ans	0.0001	0,85	0,84 - 0,86
60 ans et plus	0.0001	0,49	0,48 - 0,50
Revenu : Moins de 4 800 Frf par UC	0.0001	1,66	1,65 - 1,67
Communes rurales	0.0001	1,04	1,03 - 1,05
Absence de maladie chronique ou invalidante	0.0001	2,91	2,87 - 2,94
N'est pas exonéré du ticket modérateur	0.0001	16,59	16,36 - 16,81
N'a pas de couverture complémentaire	0.0001	4,00	3,94 - 4,06

* Modèle de régression logistique - Référence: les personnes ayant effectué moins de 10 consultations médicales dans l'année.

Lorsqu'on applique à l'échantillon PACA de l'enquête décennale 1991-92 sur la consommation médicale (Tableau 3), un modèle de régression logistique permettant d'identifier les facteurs ayant un effet propre sur un recours moins fréquent au système de santé, on retrouve des facteurs logiquement liés à l'état de santé: le recours est moindre aux âges jeunes et en l'absence d'une maladie chronique, justifiant l'exonération du ticket modérateur, ainsi que chez les hommes par rapport aux femmes du fait de la consommation de ces dernières pendant la période de reproduction et pour la surveillance prénatale. Mais on confirme aussi qu'avoir un revenu faible, en dessous d'un seuil de l'ordre de 5 000 francs par unité de consommation, que ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire à la Sécurité Sociale, et enfin que résider dans une zone rurale, sont des facteurs associés de façon spécifique à un moindre recours au système de santé.

On peut, sans grand risque d'erreur, faire l'hypothèse que ces moindres recours s'expliquent, au moins pour partie, par l'existence de barrières financières (peut-être aussi géographiques pour ce qui est des zones rurales) d'accès aux soins qui tendent à remettre en cause la réalisation des objectifs d'équité verticale, et même horizon-

tales, censés être intrinsèques à notre système d'assurance-maladie. On peut même penser que ces problèmes d'accès pour les personnes à bas revenus et sans couverture complémentaire ont eu tendance à s'aggraver puisque la part de prise en charge des dépenses par les mutuelles et les assurances complémentaires a encore augmenté depuis 1992. De même, des enquêtes plus récentes du CREDES font état d'un nombre significatif de ménages, de l'ordre de 25 %, déclarant renoncer à certaines consommations médicales pour ne pas déboursier le ticket modérateur.

Le relèvement des tickets modérateurs a été en France, avec l'augmentation des taux de cotisation, le principal élément des plans de maîtrise des dépenses de santé qui se sont succédés depuis 1975. En réalité, cette mesure (comme d'autres formes d'augmentation de la participation directe des ménages au financement des soins — franchise type « forfait hospitalier », avances de frais, déconventionnement autorisant les dépassements d'honoraires dans le secteur 2) semble plutôt avoir « effectué un simple transfert de charge financière sur les ménages » que permettre un ralentissement effectif de la croissance des dépenses (Rochaix-1995). Et, elle pèse davantage sur les bas revenus. Les estimations effectuées sur des données de 1988 montrent une forte régressivité (Fiume-Lachaud, Largeron-Leteno, Rochaix-1996) : les trois premiers déciles acquittent 20 % des tickets modérateurs alors que leur part dans le revenu est inférieur à 15 % alors que les trois derniers déciles dépensent certes davantage (un tiers des tickets modérateurs) mais cumulent plus de la moitié des revenus.

Une étude récente de l'Observatoire Régional de la Santé PACA (1998) demandée par la ville de Nice et la DDASS des Alpes Maritimes a pu montrer que les personnes à bas revenus, résidant dans les quartiers défavorisés et ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire, avaient tendance à recourir aux urgences hospitalières de façon beaucoup plus tardive par rapport aux nécessités de prise en charge médicale que le reste de la population. Mais on observait aussi dans ces mêmes populations démunies un nombre plus élevé de recours « non justifiés », c'est à dire qui auraient pu être traités ailleurs que par les urgences hospitalières. Les difficultés d'accès aux soins tendent donc à la fois à retarder le recours au système de santé, et en même temps, sans doute pour éviter d'avoir à faire les avances financières, à s'adresser à l'hôpital même dans les cas où celui-ci n'est pas l'échelon le plus adéquat pour la prise en charge.

Conclusion

Des données disponibles en matière d'accès et de consommation de soins, il ressort les points suivants pour un diagnostic de l'équité dans notre système de santé et la définition d'une politique de réduction des « inégalités de santé » :

Toute disparité de consommation médicale (par exemple le plus grand recours aux spécialistes des catégories favorisées) ne doit pas forcément s'interpréter en terme de problème d'équité si l'on veut se concentrer sur les éléments nécessitant effectivement une action correctrice ;

Il existe un problème spécifique d'accès aux soins pour les personnes en grande marginalité dénuées de protection sociale qui constituent encore aujourd'hui la majorité de la clientèle des dispositifs d'urgence médico-sociale et de médecine humanitaire ; de 20 000 à 25 000 personnes sont sans doute concernées dans notre région par des problèmes sanitaires d'extrême urgence. Des enquêtes épidémiologiques comme celles menées chaque hiver depuis 1996 à Marseille dans les structures d'accueil des sans domicile fixe font apparaître la forte prévalence dans ces populations de pathologies infectieuses liées aux conditions de vie (comme la tuberculose) et même la résurgence de maladies « oubliées » (comme la fièvre à bartonella dite fièvre des tranchées de la 1^{re} Guerre Mondiale) ;

Il existe un problème beaucoup plus général de difficultés, semble-t-il croissantes, d'accès aux soins pour la partie de la population à bas revenu et sans couverture complémentaire qui pourrait concerner de 500 000 à 1 million de personnes dans notre région. Il semble bien qu'en dessous d'un certain niveau de revenus commence à apparaître une élasticité élevée de la demande de soins par rapport à leur prix, c'est à dire que toute augmentation de la participation financière aux soins se traduit par une réduction beaucoup plus que proportionnelle de la consommation et du recours.

Pour éclairer de façon plus approfondie la définition d'une politique de lutte contre les inégalités de santé, il faudrait disposer de travaux capables de mettre en relation ces disparités de consommation et d'accès aux soins avec leurs conséquences éventuelles sur l'état de santé, la survie et la qualité de vie des personnes et des

groupes. De telles données n'existent pas ; pourtant, elles permettraient de rendre plus opérationnelles, dans le domaine de la santé, la distinction dont nous avons souligné plus haut l'importance entre objectifs d'équité horizontale et objectifs d'équité verticale, qui impliquent chacun des débats et des politiques différentes.

Cependant, les expériences de pays, comme les États-Unis, suggèrent fortement qu'une réduction de la prise en charge socialisée des dépenses peut se traduire rapidement par une réduction de la consommation médicale, au point de se répercuter sur l'état de santé. C'est ce que montrait une étude de la Rand Corporation des années 1980 : les populations défavorisées de Californie, qui suite à un changement législatif avaient perdu leur droit d'accès à l'assurance sociale Medicare, avaient en 18 mois réduit notablement leur consommation de soins, mais surtout avaient vu leurs indicateurs de morbidité se dégrader de façon significative (par exemple en terme d'augmentation de la glycémie pour les diabétiques ou d'augmentation du niveau d'hypertension artérielle). Or, depuis 1976, les plans de maîtrise des dépenses de santé des différents gouvernements se sont succédés au rythme d'un environ tous les deux ans. Selon les estimations, ces plans ont permis un ralentissement de la croissance spontanée des dépenses de l'ordre de 1 à 2 % par an, surtout à partir de 1985 et du contrôle des budgets hospitaliers. Ces plans ont marqué le coup d'arrêt du mouvement historique de socialisation du risque-maladie en France, entamé au début du XIX^e siècle, et qui avait culminé vers 1980 avec 79,4 % du total des dépenses de santé financé par la Sécurité Sociale et l'État ; en 1996, la part de la Sécurité Sociale et de l'État dans les dépenses était redescendue à 74,4 %, le reste (plus de 25 %) demeurant à la charge des ménages. Contrairement à une idée reçue, la France est désormais l'un des pays européens où le degré de privatisation de la dépense de santé est le plus élevé après le Portugal et les Pays-Bas, et à égalité avec l'Allemagne (Berthod-Wurmser-1994).

On peut alors émettre l'hypothèse, dont la vérification ou l'infirmerie nous semblent être une urgence sociale, que les politiques de maîtrise des dépenses tendent à enrayer la capacité de notre système à réaliser au moins partiellement des réductions égalitaristes des inégalités verticales de santé, et même qu'elles affectent dans une certaine mesure le respect des principes de non-discrimination de l'équité horizontale. La multiplication de politiques d'intervention « ciblées » (Schneider-Bunner-1998), qui tend à se développer,

souvent d'ailleurs au nom de légitimes préoccupations de santé publique, ne serait malheureusement, dans cette hypothèse, qu'une tentative plus ou moins illusoire de contrebalancer l'aggravation des problèmes d'équité dans notre système de santé sous l'effet des tentatives (par ailleurs nécessaires) de rationalisation de l'allocation des ressources.

Bibliographie

- ADAM O, HERZLICH C. « *Sociologie de la maladie et de la médecine* ». Paris : Nathan, 1994.
- ADAY LA, ANDERSON R & FLEMING GV. « *Health care in the US : Equitable for whom ?* ». Beverley Hills, Ca : Sage, 1980.
- AIACH P & CEBE D. « Expression des symptômes et conduites de maladie ». Paris : INSERM/Doin, 1991.
- AIACH P & CEBE D. « Les inégalités sociales de santé ». *La Recherche*, 1994, 21, 34-39.
- ANSPACH R. « The langage of case presentation ». *Journal of Health and Social Behavior*, 1988, 29, 319-338.
- BARNUM H. « Evaluating healthy days of life gained from health projects ». *Social Science and Medicine*, 1987, 24, 833-841.
- BERTHOD-WURMSER M. (Ed). « *La santé en Europe* ». Paris : La Documentation française, 1994.
- Conseil Supérieur de l'Emploi des Revenus et des Coûts. « *Les inégalités d'emploi et de revenu. Mise en perspective et nouveaux défis* ». Paris : La Découverte, 1996.
- De JONG G & RUTTEN F. « Justice and health for all ». *Social Science and Medicine*, 1983, 17, 1091-1113.
- DESPLANQUES G. « La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980) ». Paris : *Les Collections de l'INED*, D 102, 1985.
- DONNELLY, PK, OMAN, P, HENDERSON? R & OPELZ, G : « Predialysis living donor renal transplantation: is it still the gold standard for cost, convenience and graft survival? ». *Transplantation Proceedings*, 1995, 27, 1444-1446.
- DUMARET AC, DE VIGAN C, JULIAN-REYNIER C & coll. « Adoption and fostering of babies with Down syndrome : a cohort of 593 cases ». *Prenatal Diagnosis*, 1998, 18, 437-445.
- ELSTER J. « *Solomic judgements* ». Cambridge : Cambridge University Press, 1989.

ETABLISSEMENT FRANCAIS DES GREFFES. «Le prélèvement et la greffe en France en 1995. Rapport du Conseil Médical et scientifique de l'EFG». Paris, 1996.

EVANS RG, BARER ML & MARMOR T R. «*Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*». Berlin, New York: De Gruyter, 1994.

FIUME-LACHAUD C, LARGERON-LETENO C & ROCHAIX L. «Simulation de l'impact en termes d'équité d'une mesure de franchise de la consommation des soins de santé». *Communication aux Journées des Economistes Français de la Santé*, 25-26 Janvier 1996.

FLECK LM. «Just caring: Oregon, health care rationing and informed democratic deliberation». *Journal of Medical Philosophy*, 1994, 19, 367-88.

GASTON RS, ARES I, DOOLEY LG & coll. «Racial equity in renal transplantation: the disparate impact of HLA-based allocation». *JAMA*, 1993, 270, 1352-1356.

GREENBERG ER. «Social and economic factors in the choice of lung cancer treatment: a population based study». *New England Journal of Medicine*, 1988, 318, 612-617.

HADORN DC. «Setting health care priorities in Oregon». *JAMA*, 1991, 265, 2218-2225.

HARE RM. «*Moral thinking: its levels, methods and points*». Oxford: Clarendon Press, 1981.

HILLNER BE. «Assessing the cost-effectiveness of adjuvant therapies in early breast cancer using a decision analysis model». *Breast Cancer Research*, 1993, 25, 97-105.

HIRSCHMAN AO. «*Bonheur privé, action publique*» (trad fr). Paris: Fayard, 1983.

INSEE, CNAMTS, CREDES, MIRE & SESI. «Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-92». *Actes du colloque du 20 Juin 1994*, Paris.

JULIAN C, HUARD P, GOUVERNET J & coll. «Physicians'acceptability of termination of pregnancy after prenatal diagnosis in southeastern France». *Prenatal Diagnosis*, 1989, 9, 77-89.

JULIAN-REYNIER C, MACQUART-MOULIN G, MOATTI JP & coll. «Attitudes of women of childbearing age toward prenatal diagnosis in south-eastern France». *Prenatal Diagnosis*, 1993, 13, 613-627.

JULIAN-REYNIER C, MACQUART-MOULIN G, MOATTI JP & coll. «Reasons for women's non uptake of amniocentesis». *Prenatal Diagnosis*, 1994, 14, 859-864.

KALB P & MILLER D. «Utilization strategies for intensive care units». *JAMA*, 1989, 261, 2389-2393.

LOOMES G, Mc KENZIE L. «The use of QALY's in health care decision making». *Social Science and Medicine* 1989, 28, 299-308.

MARMOT MG & THEORELL T. «Social class and cardiovascular disease: the contribution of work». *International Journal of Health Services*, 1988, 18, 659-674.

Mc KINLAY JB, BURNS RB, DURANTE R & coll. «Patient, physician and presentational influences on clinical decision-making for breast cancer: results from a factorial experiment». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1997, 3 h 23-57.

MENAHM G. «Difficultés familiales dans l'enfance et morbidité à l'âge adulte». In INSEE, CNAMTS, CREDES, MIRE & SESI. *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-92. Actes du colloque du 20 Juin 1994*, Paris, 78-87.

Ministère du Travail et des affaires Sociales & Haut Comité de la Santé Publique. «La santé en France». Paris: *La Documentation Française*, 1996.

MOATTI JP & LE CORROLLER AG. «Réflexions économistes sur l'éthique médicale». *Journal d'Economie Médicale*, 1996, 14, 67-78.

MOATTI JP, LE GALES C, JULIAN C & coll. «Socio-cultural inequities in access to prenatal diagnosis: the role of insurance coverage and regulatory policies». *Prenatal Diagnosis*, 1990, 10, 313-325.

MOATTI JP. «*Economie de la sécurité*». Paris: INSERM-La Documentation Française, 1989.

MOONEY GH. «Key issues in health economics». Brighton: *Wheatseaf Pub*, 1994.

MOONEY GH. «Equity in health care: confronting the confusion». *Effective Health Care*, 1983, 1 h 23-47.

MORIN M, OBADIÀ Y, MOATTI JP & Groupe SIDA-MG Marseille. « La médecine générale face au Sida ». Paris : INSERM, 1997.

PAUKER SG, PAUKER SP & McNEIL BJ. « Implications of prospective parents' attitudes on alternative policies regarding prenatal diagnosis ». In McNEIL BJ & CRAVALHO EG (Eds). *Critical issues in medical technology*. Cambridge, Mass. : Auburn House, 1982, 343-357.

RAWLS J. « *Théorie de la justice* » (trad fr). Paris : Seuil, 1987.

Report of a Research Working Group (the « Black Report »). « Inequalities in Health ». London : *Department of Health and Social Security*, 1980.

ROCHAIX L. « Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore ». *Revue d'Economie Financière*, 1995, 34.

SCHNEIDER-BUNNER C. « Justice globale et/ou justice locale : des fondements pour les politiques ciblées en santé ». In MEHAUT P & MOSSE P (Eds) *Les politiques sociales catégorielles*. Paris : L'Harmattan, 1998, T1, 96-113.

STEELE R. « Marginal met need and geographical equity in health care ». *Scottish Journal of Political Economy*, 1981 ; 28, 263-294.

The Lonning Committee Report. « Guidelines for priority setting in norwegian health care ». Oslo : Ministry of Health and Social Affairs, 1987.

M. WALZER. « Spheres of justice. A defence of pluralism and equality ». Oxford : Basil Blackwell, 1983.

WILLIAMS A. « Ethics and efficiency in the provision of health care ». In BELL M & MENDUX S. *Philosophy and medical welfare*. Cambridge : Cambridge University Press, 1988, 111-126.

WILLIS J. « Fatal attraction : do high technology treatments for end-stage renal disease benefit Aboriginal patients in central » Australia. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19, 603-609.

Résumé

La réduction des inégalités de santé semble redevenir une priorité en matière de politique de santé publique. Nous tentons alors de mettre en avant les difficultés méthodologiques et empiriques que pose le concept sous-jacent d'équité en matière de santé qui reste trop souvent confus lors des débats publics.

Abstract

Reduction of health inequalities seems to become again a priority of public health policies. Then, we tried to show methodological and empirical difficulties caused by the underlying concept of health equity which is too often confused during public debates.

Mots-clés

Équité, politique de santé publique, maîtrise des dépenses de santé, accès aux soins

Keywords: Equity, public health policies, overcome health expense, access to medical care

JEL

I10, I12; I18