

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

L'équité d'un système de santé : données actuelles et perspectives dans le cas français.

Alain JOURDAIN

École Nationale de la Santé Publique, Rennes, France

1. Introduction

Pourquoi s'intéresser à l'équité du système de santé alors que le principe d'égalité est reconnu par la constitution des états et organisations internationales ? Cette question nous paraît mériter qu'on s'y intéresse pour trois raisons principales :

– On ne peut se cantonner au simple examen des principes égalitaires car ils sont trop larges pour gérer un programme, c'est à dire quand il s'agit de traduire les observations démo-épidémiologiques en décisions d'équipement et de financement de projets.

– Les développements récents de la recherche fournissent des indicateurs de santé de plus en plus fins, mais ces indicateurs sont contradictoires. Par exemple, les écarts d'espérance de vie entre groupes sociaux sont considérés comme injustes par tous, mais il y a un débat sur le meilleur moyen d'y parvenir : en assurant l'égalité de consommation des soins, en privilégiant l'accessibilité des services à tous, ou encore en accordant plus de moyens à ceux qui en ont le plus besoin ?

– Les facteurs des inégalités de santé sont changeants, la montée du chômage et de la précarité sont des déterminants que l'on doit prendre en compte dans un essai de prospective.

Ces questions sont analysées à partir des travaux de l'atelier « Équité et efficacité du système » animé par R. Rochefort et C. Meyer (Soubie 1993) qui a influencé le système de santé français et inspiré les réformes en cours sur la Sécurité sociale, l'hôpital et la médecine de ville.

2. Définir l'équité

Aristote, dans l'éthique à Nicomaque (V,15) définit ainsi l'équité : « L'équitable tout en étant le juste n'est pas le juste selon la loi, mais un correctif de la justice légale. La raison en est que la loi est toujours quelque chose de général, et qu'il y a des cas d'espèce pour lesquels il n'est pas possible de poser un énoncé général qui s'y applique avec rectitude ». L'équité est une mise en oeuvre du principe d'égalité de santé sur des cas d'espèce et de nombreuses conceptions sont possibles. D'après Carr-Hill (1994) l'usage est de classer les différentes définitions en deux grands groupes; dans le premier l'accent est mis sur le financement du système de santé (équité verticale), dans le second sur les soins et l'état de santé (équité horizontale).

Il y a équité « verticale » quand les personnes qui ont des capacités contributives inégales assurent une contribution inégale au financement du système de santé. Autrement dit, ceux qui ont les revenus les plus élevés, contribuent en fonction de leurs moyens. Une comparaison entre pays de l'OCDE sera présentée plus loin pour positionner la France dans son environnement international.

La définition de l'équité horizontale met l'accent sur l'égalité de traitement pour ceux qui ont des besoins de santé égaux. Le principe d'une égalité de ressources attribuées à des régions qui ont le même état de santé sera présenté pour illustrer ce propos, en prenant l'exemple de la France et de la Grande-Bretagne. Cette définition de l'équité dans le

recours au système de santé doit être complétée par trois autres définitions proposées par Culyer (1993) :

- L'égalité de dépenses moyennes par habitant, implicite dans les enquêtes sur la consommation de soins des ménages;
- L'égalité d'accès aux soins, qui met l'accent sur la proximité et la disponibilité des services,
- L'égalité des états de santé.

Égalité de dépenses par habitant

Dans cette approche on compare la consommation de soins entre groupes de la population (catégories socioprofessionnelles, régions), en prenant pour référence l'égalité de chaque groupe. Par exemple, dans l'enquête décennale sur les soins médicaux, P. Mormiche mesure les inégalités de recours aux soins entre catégories socioprofessionnelles ou selon le niveau de revenu.

Égalité dans la couverture des besoins

Dans cette définition de l'équité on admet qu'à besoin de santé égal, des ressources égales doivent être mobilisées. Le besoin est le plus souvent estimé par la morbidité prévalente ou à défaut par la mortalité analysée selon ses différentes formes (taux, espérance de vie, années de vie potentiellement perdues, causes médicales de décès évitables, etc.). Par exemple, les besoins de santé de la population d'une région peuvent être estimés par l'indice comparatif de mortalité ou par le taux brut de mortalité si l'on veut tenir compte de l'effet de la structure par âge. La critique généralement faite à cette approche par les besoins est qu'elle ne tient pas compte des causes de décès pour lesquelles il existe une intervention efficace, elle ne fait que prendre en compte les « dégâts » causés par la mortalité.

Les indicateurs de « mortalité prématurée évitable » par le système de soins (curatif et/ou préventif) qui ont orienté les priorités nationales dans le rapport du Haut comité de santé publique « La santé en France », évitent la critique précédente. C'est aussi le cas des indicateurs de « charge de morbidité » (DALYs) de l'OMS, qui combinent mortalité et morbidité par causes, invalidité et valeur accordée aux années de vies aux différents âges. Dans ce cas, un système de santé équitable distribue ses ressources de telle manière que les groupes de population dont la charge de morbidité est la plus forte reçoivent le plus de ressources. Cet indicateur a été retenu, par exemple par la Banque Mondiale dans son rapport de 1993.

Les besoins de santé de la population peuvent enfin être définis par la « capacité à bénéficier » des soins, en tenant compte de leur coût. L'équité consiste alors à sélectionner pour une population donnée les traitements les plus efficaces, c'est à dire ceux qui offrent l'utilité la plus forte pour le patient, généralement mesurée par les gains en durée moyenne et en qualité de vie. C'est l'ambition des indicateurs de durée moyenne de vie pondérée en fonction de leur qualité (QALYs), qui ont été expérimentés en Grande Bretagne pour favoriser l'équité régionale, c'est aussi, par exemple, le cas du programme Medicaid en Oregon qui a eu recours à une méthodologie similaire.¹

¹ On peut aussi définir la quantité de soins dont une personne peut avoir besoin (ou devrait avoir) pour atteindre un niveau donné de bien-être. Cela recoupe une autre définition, qui définit le besoin comme la dépense qui rend maximum le bénéfice (ou l'utilité) des soins pour le sujet (autrement dit, la dépense nécessaire pour annuler le bénéfice tiré - l'utilité marginale - des services de santé. Par exemple, le besoin serait mesuré, pour un malade sourd, par la dépense nécessaire pour combler son handicap (et annuler ainsi son besoin de soins).

Le problème majeur pour les gestionnaires du système de santé est que ces indicateurs ne sont généralement pas compatibles entre eux. Par exemple, deux populations qui auraient le même état de santé initial, et une capacité inégale à bénéficier des soins, devraient dépenser des sommes différentes pour maintenir une égalité d'état de santé, ou bien, devraient accepter des inégalités d'état de santé pour maintenir des prestations identiques.

Équité et accessibilité

D'autres se réfèrent plutôt à la notion d'accès aux soins pour définir plus objectivement l'équité. L'accessibilité peut ainsi être définie par : la durée minimum pour accéder aux services de soins, (mesurée par la courbe isochrone dont les points sont situés à une durée identique d'un lieu de soins donné), ou le coût de l'accès aux services, mesuré par la dépense de transport et la valorisation du temps d'accès aux soins, ou encore par le coût d'opportunité de la consommation des services ou de soins pour un individu ayant un budget et une fonction d'utilité donnée. La définition de l'équité dépend donc du temps d'accès, d'attente, de durée des soins, etc; mais aussi des solutions alternatives : choisir un niveau de qualité des soins, un établissement non conventionné, ne pas se soigner, etc. Une approche de l'équité par le biais de l'accessibilité des services conduit comme précédemment au constat que les différentes définitions sont contradictoires entre elles.

L'égalité des états de santé

Cette dernière définition est la plus satisfaisante, elle a donné lieu à des travaux qui ont inspiré les politiques de santé publique. Mais l'état de santé est le résultat d'un processus qui fait intervenir de nombreux déterminants, dont ceux que nous venons de citer, mais aussi d'autres qui sont externes au système de soins et dont l'influence est très importante mais encore mal connue (Haut Comité de Santé Publique, 1994). Il est donc difficile de construire une politique d'allocation des ressources publiques sur ce critère.

En conclusion, la recherche de l'équité est un arbitrage entre inégalités acceptables et inacceptables, sur des principes reconnus par tous, aussi bien à l'échelon local qu'international. Pour l'OMS, toute inégalité due à des différences bio-génétiques ou dues à un choix personnel de vie ne peut être considérée comme inéquitable. En revanche, toute inégalité provenant d'une exposition involontaire à des risques ou encore à une sélection pour des raisons d'appartenance à une classe sociale ou de revenus est inacceptable. Mais la notion de choix individuel est elle-même ambiguë. Par exemple, l'étude sur les employés de Whitehall réalisée par Marmot montre que le risque relatif pour une même consommation de tabac est différent selon la position dans la hiérarchie administrative.

Les travaux de J. RAWLS, repris par le rapport « santé 2010 », proposent de retenir comme acceptables les inégalités qui rendent notre système économique plus productif car elles conduisent à un bénéfice pour tous (à condition que certaines conditions de bon fonctionnement de la démocratie soient respectées, notamment que les positions sociales favorables soient ouvertes à tous).

Le débat est donc encore largement ouvert, mais certaines options apparaissent clairement dans le système de santé français. La constitution garantit la protection de la santé qui est un bien naturel, inégalement réparti. L'exclusion des soins est donc une privation de liberté. L'existence d'un système de protection sociale et d'une organisation des soins publics sont les conditions d'une juste allocation des soins. Par exemple, les inégalités entre régions sont acceptables seulement si elles permettent une plus grande spécialisation des soins et une plus grande efficacité. L'existence d'un secteur à honoraires libres est acceptable, sauf en cas de monopole de ce mode d'exercice sur une partie du territoire, car les usagers n'ont plus le libre choix du praticien.

3. Résultats

Les définitions précédentes appliquées à la comparaison du système de santé français avec ses voisins sont présentés dans cette seconde partie.

Équité verticale

L'équité « verticale » est analysée à partir du travail de Lachaud et Rochaix (1992) : les personnes ayant d'inégales capacités contributives contribuent-elles de manière inégale au financement des soins ?

De ce point de vue, le jugement qu'on peut porter sur le système de santé français est plutôt négatif. Ainsi, les personnes du dernier quintile de revenu, comprenant les personnes aux revenus les plus élevés, participent à 20,21% du financement des soins alors que leur revenu représente 24,32% des revenus totaux. Cela est dû au plafonnement des cotisations de professions indépendantes. Dans l'étude de Wagstaff et Doorslaer, les inégalités dans le financement des services ont été mesurées par les courbes de concentration et un indice global (Kakwani) qui mesure la position relative des courbes du revenu et de la contribution au système de soins. Un indice négatif est le signe d'un régressivité de la contribution, un indice positif, l'inverse. Ces indices sont calculés selon le type de contributions : impôts directs, indirects, charges sociales, assurances privées, paiement direct par les intéressés... Les résultats donnés par l'étude sont les suivants: le financement des soins en France est régressif : $-0,081$ ce qui la place en troisième position, après les États-Unis et la Suisse parmi les pays étudiés les plus inégalitaires. Cette régressivité est modérée pour ce qui concerne la partie des soins couverts par les assurances sociales publiques, elle est plus prononcée pour les paiements directs et les assurances privées.

TABLEAU 1 : ÉQUITÉ VERTICALE DANS QUELQUES PAYS. (D'APRÈS WAGSTAFF)

	Indice de Kakwani
Danemark 1981	-0,021
France 1985	-0,081
Irlande 1987	0,017
Italie 1987	0,017
Pays-Bas 1987	-0,046
Portugal 1980	0,073
Espagne 1980	-0,036
Suisse 1981	-0,112
Royaume-Uni 1985	0,031
États-Unis 1981	-0,160

Trois pays organisés selon le modèle du système national de santé ont un prélèvement des contributions progressif selon le revenu : Royaume Uni, Irlande, Portugal. Les deux pays qui ont un système financé de manière prédominante par le secteur privé (USA et Suisse), sont les plus régressifs. Les pays faiblement régressifs sont la France, l'Espagne et les Pays Bas. Cela est dû au fait que les assurances sociales assurent une répartition des charges de financement plus équitables que les assurances privées, même si cet effet est limité par l'existence de plafond de cotisation.

Équité horizontale

Les travaux réalisés par les mêmes auteurs, sur la prestation de soins, ne donnent pas de résultats aussi nets. La progressivité de l'accès aux soins pour les revenus les plus faibles

apparaît pour les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni et les USA; elle apparaît pas pour les autres pays (Danemark, Irlande, Italie, Suisse). La France n'était pas incluse dans cette seconde étude de Wagstaff, mais les calculs réalisés par L. Roचाix à partir de la même méthodologie montrent que le système est progressif² pour la morbidité sévère, qui est du ressort d'une prise en charge hospitalière : il y a progressivité des prestations en faveur des plus démunis, le premier quintile des revenus représente 24% des malades et 26% des dépenses médicales. En d'autres termes, parmi les personnes atteintes de morbidité sévère, les moins aisés consomment davantage. Ce n'est pas le cas pour les soins prodigués par les généralistes ou les spécialistes libéraux. Pour les soins les plus lourds, le système de soins français avantage les plus démunis, mais ce mode de répartition des ressources masque probablement un recours inadéquat aux soins : retard dans les soins préventifs, plus faible consommation des soins de ville.

Égalité de dépenses par habitant : l'exemple de l'évolution du recours aux soins dans les dix dernières années.

Le système de soins et de protection sociale français montre des progrès importants depuis dix ans. Notre hypothèse est donc que l'égalité entre de recours aux soins entre groupes sociaux s'est améliorée.

Avant de présenter ces résultats, rappelons que ces dix dernières années ont été marquées par deux progrès :

- Généralisation de la couverture de l'assurance maladie, extension de l'aide médicale. « D'après l'enquête santé 1991, plus de 99% de la population résidant en France est affiliée à un régime de sécurité sociale. Les bénéficiaires de l'aide médicale seraient de l'ordre de 0,2% de la population, enfin, autour de 0,3% (contre 0,4% en 1980) des enquêtés ne présenteraient aucune couverture sociale; cette population marginalisée est pour moitié constituée de jeunes de moins de 30 ans. » (Rémond 1994).

- Naissance du RMI : prestation nouvelle, à la frontière de la protection sociale et de la politique de l'emploi (Joint-Lambert, 1994), le RMI a été créé par une loi de décembre 1988. Au 31 décembre 1994, on comptait 908336 allocataires, ce nombre a augmenté de 14,6% par rapport à 1993 et plus que doublé en cinq ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, près de 1,8 million de personnes bénéficient de la prestation au, soit plus de 3% de la population française. Les droits sociaux associés au RMI sont un déterminant important de l'accès aux soins : allocation de logement social, couverture des accidents du travail pour ceux qui ont un contrat d'insertion, couverture maladie-maternité (avec admission de plein droit à l'aide médicale) (ENSP 1996).

Le résultat tangible de cette progression de la couverture sociale est réduction des niveaux de disparité de consommation entre grandes catégories sociales. Entre les enquêtes décennales de 1980 et 1991, et malgré les difficultés économiques, le rapprochement des consommations moyennes entre catégories sociales s'est poursuivi ces dix dernières années : les agriculteurs dont le recours aux soins s'est accru de 50% entre les deux enquêtes, ont comblé leur écart avec les autres catégories sociales, alors que les autres catégories sociales ont connu des taux d'ampleur comparable dans l'accroissement de leur recours aux soins, entre 18% pour les ouvriers et 27% pour les employés (Mormiche 1994).

² « Les analyses réalisées en utilisant différentes approches et différents indicateurs de morbidité corroborent le principal résultat d'une inéquité en faveur des plus bas revenus dans le système de prestation du système de santé français. Une analyse de sensibilité montre que ces groupes souffrent des conditions les plus sévères occasionnant des traitements plus coûteux. ». C. Lachaud, L. Roचाix : Une analyse de l'équité dans le financement et la prestation des soins de santé en France, mai 1991.

Mais ces points positifs, sont compensés par la persistance de disparités dont certaines datent depuis fort longtemps :

– Des écarts importants de mortalité persistent selon les groupes sociaux et les régions : G. Desplanques a montré, dans deux études longitudinales que la mortalité des adultes diffère selon la catégorie professionnelle. A 35 ans, sur un échantillon constitué en 1975 et étudié sur la période 1980-1989, l'écart d'espérance de vie est de 8 ans entre l'ensemble des cadres supérieurs et les manoeuvre. Au cours des années récentes, deux évolutions sont apparues : la baisse de mortalité concerne toutes les catégories sociales, mais elle est plus nette pour les groupes du haut de l'échelle sociale. D'autre part, le classement des groupes professionnels s'est modifié. La probabilité de survie des professeurs a fait moins de progrès que celle des ingénieurs, des techniciens ou des artisans. Les employés ont rejoint les ouvriers, alors que le risque résultant de leur activité professionnelle est plus faible.

– Le rapprochement noté entre catégories socioprofessionnelles fait place à un creusement des disparités entre les groupes de revenus, et ceci pour tous les types de soins, y compris les séances de médecins. Une explication vraisemblable est l'accroissement des inégalités de revenus au cours de la dernière décennie liée à la progression du chômage. L'enquête santé montrerait donc que malgré les divers systèmes d'assurance complémentaires, cette évolution se traduit par un accroissement des inégalités de consommation de santé entre le revenus les plus faibles et les plus élevés. Ce creusement des inégalités touche particulièrement la frange des ménages ayant les plus faibles ressources (15 à 20% de la population totale), et ceci dans tous les domaines : couverture médicale comme consommation médicale³ (Mormiche 1994). Le paradoxe d'une réduction des différences entre les catégories socioprofessionnelles et d'un accroissement des inégalités de santé selon le revenu est dû au fait que le chômage, atteignant de façon « égalitaire » toutes les catégories socioprofessionnelles, n'a pas eu d'effet sur la convergence des comportements par CSP, alors que le facteur discriminant en matière d'accès aux soins devenait le niveau du revenu, fortement dépendant de la dégradation de l'emploi.

A besoin égal, prestations identiques : exemple de l'égalité des dépenses entre régions.

Une égale distribution des prestations d'assurance maladie par individu est injuste, car il existe des différences importantes d'état de santé entre chaque individu. Une égale répartition des prestations par tête versées dans chaque région est plus équitable, si chaque région connaît une distribution similaire des états de santé individuels, une fois annulé l'effet de structure d'âge et d'état de santé.

On a donc, dans le rapport santé 2010, calculé la valeur moyenne optimale (O_i) des prestations d'assurance maladie entre les différentes régions, en intégrant les effets de structure. Cette méthode s'inspire de celle qui a été utilisée avec succès en Grande Bretagne pour calculer les enveloppes régionales de manière plus équitable (Carr-Hill 1994), les hypothèses ont été discutées par Desplanques (1994).

On dispose, pour ce faire, de la valeur moyenne des prestations versées aux assurés sociaux de chaque groupe d'âge à l'échelon national (D_x). Connaissant $P_{x,i}$ l'effectif de la population d'âge x dans la région i , on peut standardiser la somme des prestations qui seraient reçues par ces habitants, s'il y avait égalité de traitement des citoyens, quelle que soit la région de résidence :

$$O_i = \frac{\sum(D_x \cdot P_{x,i})}{\sqrt{SMR_i}}$$

³ Ainsi, entre 1980 et 1991 la consommation de séances de médecins est passée de 86,2 à 81,1 pour les 16% des ménages ayant les revenus les plus faibles.

où $\sqrt{SMR_i}$ est un estimateur de l'état de santé de la région i (indice comparatif de mortalité de la région i). Dans certains travaux, on utilise la racine carrée de cette valeur, qui donne une meilleure estimation des besoins de santé, mais cette variante a peu d'effet sur les résultats obtenus.

Pour permettre une comparaison avec la distribution réelle des ressources, chaque O_i est exprimé en pourcentage de la valeur nationale, soit :

$$O_i (\%) = (O_i / \sum O_i) * 100$$

Les prestations d'assurance maladie réellement versées (C_i) sont rapportées aux prestations « justes » selon notre définition (O_i), le rapport $C_i/O_i * 100$ est un indicateur de sur- ou sous-dotation de la région.⁴

Le résultat est net : les cinq années qui viennent de s'écouler n'ont pas remis en cause le classement des régions, celles qui recevaient en 1990 une dotation supérieure aux besoins de leur population continuent de la recevoir.

Le phénomène de surdotation concerne quatre régions : Corse, Île de France, PACA, Midi Pyrénées. Ces quatre régions sont celles où la rémunération unitaire de l'activité des centres hospitaliers, qui représentent les deux tiers de la prestations versée par l'assurance maladie, est la plus élevée (2588 à 2326 francs par équivalent journée contre 2174 en moyenne nationale). Cette dotation « généreuse » peut s'expliquer par une forte densité médicale (Midi-Pyrénées, Île de France), ou par une offre excédentaire de lits par habitants (Corse, PACA, Île de France).

Du côté des régions sous-dotées en termes de prestation versée aux habitants, le faible équipement s'accompagne d'une forte surmortalité, ce qui creuse les écarts entre les régions déficitaires et les autres.

Certains pays ont pourtant réussi à réduire les inégalités régionales, en Angleterre par exemple, la définition d'objectifs annuels de financement à partir d'un indice combinant la structure d'âge et l'intensité de la mortalité a permis de réduire les écarts sur le long terme. Cette expérience a montré qu'une plus grande équité régionale est possible techniquement, mais ce changement est délicat à mettre en oeuvre. Si les régions déficitaires revendiquent un droit de rattrapage, on n'a pas les moyens de s'assurer que les moyens supplémentaires iront aux services assurant le plus d'équité à l'intérieur de la région. A l'inverse, les régions excédentaires montreront beaucoup de résistances au rabotage de leur dotation. Il faut donc s'assurer que les disparités ne sont pas positives, c'est à dire qu'elles ne financent pas un équipement qui bénéficie à tous⁵. De plus, il existe au sein de la région des disparités importantes : la Région parisienne est globalement surdotée, mais il y a par exemple une très forte disparité dans l'implantation des médecins généralistes entre Paris et les départements de la première couronne. La réduction des inégalités entre régions n'est donc pas, du point de vue politique, indépendante de la réduction des inégalités intra-régionales (Tonnelier 1995). Mais l'expérience anglaise montre qu'une telle approche est possible quand les autorités sanitaires régionales sont

⁴ On peut simplifier les calculs précédents en retenant le nombre de décès de la région. Il fait comme si on standardisait non pas en fonction du profil de prestations versées par l'assurance maladie, mais en fonction du profil de mortalité par âge. La différence entre les deux modes de calcul est faible, elle est due au poids plus important de la population plus âgée dans l'indice « nombre de décès ». Ainsi, les régions les plus âgées seraient avantagées si on prenait pour indice de répartition des ressources le nombre brut de décès. C'est le cas de la région Provence Alpes Côte d'Azur par exemple, et d'une manière plus générale, de la zone hors du « croissant fertile » (graphique en annexe).

⁵ Dans l'exemple traité ci-dessus, les prestations versées concernent les résidents de la région. Les soins consommés peuvent être produits dans une autre région, mais la dépense sera imputée à la région de résidence. Le système décrit est proche d'un système par capitation.

responsables de la maîtrise des dépenses, que leurs décisions portent sur les budgets et non des plans d'équipement, que la simplicité de la méthode est reconnue et permet un accord collectif entre les acteurs (Carr-Hill 1994).

TABLEAU 2 : RAPPORT $C_i/O_i \times 100$ DE SUR OU SOUS-DOTATION DE PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE SELON LA RÉGION i . LES RÉGIONS LES PLUS SUR-DOTÉES SONT CLASSÉES EN DÉBUT DE TABLEAU.

Région :	Rang en 1990	Indice de surdotation en 1990	Rang en 1994	Indice de surdotation en 1994
Corse	1	120	1	122
Île-de-France	2	116	2	116
Provence-Alpes-Cote d'Azur	3	115	3	116
Midi-Pyrénées	4	112	4	108
Limousin	5	103	6	102
Languedoc-Roussillon	6	100	5	103
Alsace	7	100	7	99
Picardie	8	100	11	97
Basse-Normandie	9	99	8	98
Franche-Comté	10	98	12	97
Aquitaine	11	97	9	97
Rhône-Alpes	12	97	10	97
Auvergne	13	96	13	95
Centre	14	94	14	93
Champagne Ardennes	15	94	15	93
Poitou-Charentes	16	93	19	91
Pays de Loire	17	92	16	93
Haute-Normandie	18	91	18	92
Bourgogne	19	91	20	89
Bretagne	20	90	21	89
Lorraine	21	85	17	92
Nord-Pas-de-Calais	22	83	22	83

La réorganisation de l'offre de soins hospitaliers se fait en France par l'intermédiaire des Schémas régionaux d'organisation sanitaire créés par la loi hospitalière de 1991. Ces schémas définissent aussi l'organisation en réseau entre hôpitaux de proximité et de référence. Ces services peuvent être produits par différents types d'hôpitaux (publics ou privés), ou le cas échéant par des services à domicile. La difficulté actuelle porte sur le manque de moyens dont disposent les autorités sanitaires pour transférer les ressources d'un établissement inutile vers les services où il existe des besoins nouveaux. La première génération de schémas de planification a montré les limites d'une tutelle directe sur les services de santé, particulièrement la difficulté de réaliser la fermeture des capacités de soins en excédent. La réforme en cours, par la conclusion de contrats entre les hôpitaux et l'assurance maladie sous la houlette d'un directeur d'Agence doté de pouvoirs accrus, devrait permettre un ajustement gradué entre le volume de soins et les ressources.

4. Perspectives

Au terme de ce survol de l'équité en matière de santé, il ressort que le système de soins français, comme ceux qui sont fondés sur l'assurance maladie publique, est inéquitable dans son financement, mais assez équitable dans la distribution des soins notamment les plus lourds.

En dix ans, de réels progrès ont été réalisés en matière de couverture sociale qui ont abouti à un rapprochement des modèles de consommation médicale entre les différentes catégories sociales. Mais avec l'accroissement de la proportion de chômeurs, le revenu des ménages est devenu un déterminant essentiel de la consommation de soins. Cela pose la question des priorités collectives à venir : augmenter les dépenses de soins ou redéployer les fonds sociaux pour produire l'état de santé le meilleur? Une étude de Wilkinson suggère que l'alignement des inégalités de revenus en Grande Bretagne sur celles constatées en Europe pourrait faire augmenter l'espérance de vie à la naissance de deux années dans ce pays.

La situation géographique joue également un rôle essentiel dans la consommation des soins remboursés par l'assurance maladie et la localisation géographique de l'offre de soins en est le moteur. Une plus grande équité géographique est possible si on dispose d'une mesure simple et acceptée par les partenaires (médecins, directeurs d'hôpitaux, administration), mais ce n'est pas encore le cas en France.

Dans l'avenir, on risque d'exister de nouvelles inégalités, dont l'origine est double selon les termes du rapport « Santé 2010 » :

- Inégalités d'accès et technologies : la spécialisation de la médecine rend difficile l'accès à l'information : la capacité à connaître le praticien ou le service hospitalier hautement expérimenté devient pour le malade un privilège.

- Exclusion sociale, chômage de longue durée, dualisation du tissu social :

- par le dilemme entre augmenter les soins de haute technologie ou redéployer une partie des ressources vers les fonds sociaux prioritaires,
- sous contrainte de compétitivité, la maladie peut être une forme d'exclusion.

Égalité d'accès et technologie

Les écarts de qualité de service et de compétence entre praticiens et hôpitaux sont incontestables, renforcés par de très fortes inégalités de moyens dont disposent les hôpitaux : ainsi, la charge de travail par médecin est trois fois plus forte à Bourg en Bresse, Lannion ou Cherbourg, qu'à Montreuil, Aulnay, Corbeille Essonne ou Créteil (Coca 1995). Une illusion égalitariste est pourtant entretenue : les résultats des évaluations des services publics ne sont pas diffusés alors que la spécialisation de la médecine rend difficile l'accès à l'information. La capacité à connaître le praticien ou le service hospitalier le plus compétent devient pour le malade ou son médecin un privilège. L'émergence de consommateurs avisés, dans les milieux les plus cultivés accroissent ce risque.

Des besoins de santé et des ressources limitées

Dans un système de santé sous contrainte financière l'évolution des besoins de santé fait surgir des conflits d'intérêt, surtout quand les évolutions technologiques sont importantes. Faudra faire des choix entre malades chroniques âgés et personnes jeunes? Entre l'amélioration de la qualité de vie d'un grand nombre de personnes âgées et la prolongation de la durée de vie de quelques-uns ? Les arbitrages des gestionnaires et des professionnels peuvent favoriser l'une ou l'autre de ces catégories de malades. Cette question n'est pas nouvelle, mais ne peut que s'amplifier. Le seul exemple de cet arbitrage réalisé à grande échelle est celui de l'Oregon; dans sa phase I, les autorités chargées de la

gestion des services publics avaient décidé de ne plus prendre en charge les soins les plus coûteux. La mort d'un petit garçon insuffisant rénal chronique, provoquée par le manque de soins avait soulevé une très forte réaction de l'opinion publique. Dans sa phase II, encore en vigueur, ce plan prend à nouveau en charge les soins dont l'efficacité médicale est certaine, y compris les plus coûteux, mais les économies sont réalisées par ceux dont l'efficacité est douteuse.

Exclusion sociale, chômage de longue durée

Dans la lutte contre l'exclusion économique et le chômage quelles sont les priorités collectives : augmenter les dépenses consacrées aux soins ou chercher à redéployer les fonds sociaux sur des actions prioritaires ?

Les nouvelles organisations du travail ont du mal aujourd'hui à gérer le vieillissement au travail, alors que la population active vieillit.

Sous contrainte de productivité, tous les individus ne peuvent répondre aux pressions du système de production, la maladie est une forme de sortie qui précipite vers le chômage de longue durée.

Ces contraintes nouvelles ne doivent pas remettre en cause des principes d'équité et de solidarité qui ont prévalu lors de l'élaboration des systèmes de santé européens, au risque de provoquer d'autres inégalités :

- En l'absence de procédures de choix et de critères d'équité dans les arbitrages du système de soins, ceux-ci se feront par défaut, c'est à dire nécessairement au détriment des maillons les plus faibles du système : exclus, personnes âgées, malades chroniques.

- La croissance des dépenses de soins ne permet de réduire que très marginalement les inégalités de santé tandis qu'elle soustrait des ressources au système économique et aux politiques sociales.

« 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 de santé : telles sont les conditions du maintien du système de solidarité. »

BIBLIOGRAPHIE

- BOURNOT M.C., LUCAS V., TONNELIER F., 1995 - Propositions d'objectifs régionaux de dépenses de médecine libérale. *Credes*, décembre 1995.
- CARR-HILL R., 1994 - Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Social Science and Medicine*, vol. 39, n°9.
- CASTIEL D., JOURDAIN A., 1996 - Équité et planification sanitaire. Analyse critique des SROS et ses implications pour un modèle d'allocation de ressources. *Communication aux journées de économistes français de la santé*. Dijon, 25-26 janvier 1996. Version préliminaire
- COCA E., 1995 - *Les inégalités entre hôpitaux* Éditions Berger-Levrault, décembre 1995.
- CULYER AJ, WAGSTAFF A. 1993 - Equity and equality in health and health care, *Journal of health economics*, 12, pp.431-459.
- DESPLANQUES G., 1994 - *Discussion de l'atelier « Allocation des ressources »*, séminaire « Études des populations et épidémiologie en planification sanitaire » MIRE-ENSP.
- ENQUÊTE DÉCENNALE SUR LA SANTÉ ET LES SOINS MÉDICAUX, 1991-92 - Actes du colloque. 1994.
- FLEUBAIEY M., 1995 - Equal opportunity or equal social outcome? *Economics and philosophy*, 11, pp. 25-55.

- HAUT COMITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE, 1994 - La santé en France (voir en particulier le tome II, rapport de l'atelier sur les déterminants de la santé)
- Les instruments d'une politique régionale de santé et de régulation des dépenses. Rapport final du CRDA, Mars 1995.
- JOINT-LAMBERT M.T., 1994 - *Politiques sociales*, FNSP-Dalloz.
- LACHAUD C. ROCHAIX L., 1992 - « Une analyse de l'équité dans le financement et la prestation de soins en France - Une approche par les courbes de concentration », Santé 2010, présentation à l'atelier n°2, février 1992.
- LE PEN C. Efficacité et équité en économie de la santé. Quelques remarques introductives..
- WAGSTAFF A., DOORSLAER E., 1992 - Equity in the finance of health care : some international comparisons. *Journal of health economics*, 11, pp. 361-387.
- WHITEHEAD M., 1991 - Principes de l'égalité des chances OMS. Copenhague.
- WILKINSON R.G., 1994 - Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, vol. 304, January 1994.
- « SANTÉ 2010 », 1993 - Groupe prospective du système de santé, présidé par Raymond Soubie. Équité et efficacité du système. Travaux d'ateliers. *Commissariat général du plan*, La documentation française, juin 1993.
- OMS / WHO MURRAY C.J., LOPEZ A.D. edit., 1994 - Global comparative assessments in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages. Genève .

ANNEXE

Sources de données pour mesurer les inégalités régionales.

Pour calculer la dépense moyenne par âge au niveau national, on rapporte les dépenses totales par âge issues du panel de la CNAM, à la population totale du groupe d'âge considéré.

$P_{x,i}$ et le SMR_i sont fournis par l'Insee.

A l'aide de ces données on calcule O_i .

C_i , somme réelle des prestations versées aux résidents d'une région, quel que soit le régime, demeure la valeur la plus difficile à connaître, en raison de l'existence de différents régimes. Elle se décompose ainsi :

- Prestations versées aux assurés par la caisse relevant de leur domicile, y compris les dépenses d'hospitalisation privée et de médecine de ville;

- Dépenses d'hospitalisation publique des assurés d'une région, établis en fonction des séjours valorisés en hôpital public.

A) Prestations versées aux assurés par les caisses de chacun des régimes :

Nous avons retenu les prestations suivantes :

- MSA maladie, à l'exclusion des risques maternité et invalidité,

- CANAM, prestations maladie,

- Régime général : honoraires médicaux et dentaires, hospitalisation privée, prescriptions et autres prestations.

- Caisse des mines : prestations « maladie » en nature et en espèces servies aux ressortissants du régime minier.

B) Dépenses d'hospitalisation publique :

Les données publiées correspondent généralement aux caisses pivot des régions, on ne peut les utiliser sous cette forme, car elles correspondent à une population qui peut résider hors de la région.

Nous avons donc recherché, pour chaque régime, les dépenses calculées à partir des séjours valorisés des patients résidant dans la région. Le principe conduisant à l'établissement de ces données est le suivant : chaque hospitalisation est l'objet d'une fiche de séjour valorisé, comportant la caisse de rattachement du malade, cette fiche permet d'établir une répartition des dépenses par régime et par région. Cela nous fournit des informations sur la consommation de soins hospitaliers publics rapportée au lieu de résidence de l'assuré, et non du lieu de consommation de soins, ce qui est nécessaire pour raisonner sur les prestations versées aux habitants de la région.

Au cours de l'exploitation de ces données, divers problèmes sont apparus :

- Diversité des modes de présentation des données selon les régimes : certaines sont classées par région, d'autres par département (MSA), d'autres encore ne font l'objet que d'une distinction région parisienne/province (professions libérales- CANAM), ou d'une définition arbitraire des régions : les données du Rhône et des Alpes sont publiées séparément par la CANAM.

- La caisse autonome des mines ne fournit pas la répartition des prestations versées aux assurés selon leur région de résidence

- La MSA ne publie pas systématiquement la répartition des dépenses comptées selon les séjours valorisés, il faut pour cela faire une demande spécifique auprès du service compétent.

- Les honoraires médicaux sont regroupés en une seule rubrique, il est donc impossible de distinguer les honoraires versés aux professionnels libéraux de la rémunération des praticiens privés en hospitalisation privée.

- La dotation globale définitive déterminée à partir de la valorisation de séjours est de près de 17 milliards pour la MSA, alors qu'elle n'était que de 11 milliards pour les caisses pivot de la MSA. C'est le reflet de la répartition des caisses pivot.

- Enfin, un dernier problème se pose : les données fournies par le décompte des séjours valorisés donnent-elles une image fidèle de la réalité?

Toutes ces sources ont été consultées pour faire les calculs de l'année 1990. Pour 1994, nous n'avons pas obtenu, faute de temps, les données autres que celles du régime général, qui représente 87% des prestations versées. Nous avons donc fait l'hypothèse, dans nos calculs que le rapport entre le régime général et les autres régimes restait inchangé.

Nous avons conservé le dénominateur calculé en 1990 dans le calcul des années suivantes, mais une amélioration sera faite ultérieurement en prenant le nombre total de décès, qui est une bonne approximation de OI.