



Tous **égaux** face à la santé?

L'état de santé des populations reflète tout à la fois l'organisation du système, les choix politiques qui sont faits en la matière et les inégalités sociales qui transcendent la société. Illustration en France, où, depuis plusieurs années, les inégalités de santé se sont creusées.

Emmanuelle F., membre du groupe de travail « Santé, bioéthique » de la LDH

En France, le préambule de la Constitution de 1946 prévoit la reconnaissance d'un droit à la santé pour l'ensemble de la population, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale : « [La nation] *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.* » Deux ans plus tard, l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme jette les bases du cadre juridique international du droit à la santé⁽¹⁾.

Pour atteindre ce but assigné par la Constitution et le droit international, la France s'est dotée, au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, d'un système de santé performant, qui s'est appuyé notamment sur l'émergence d'une Sécurité sociale. Si l'espérance de vie s'est ensuite constamment améliorée, les progrès n'ont pas profité à l'ensemble de la population française, et les inégalités sociales de santé se sont accentuées.

Plus de dépenses à la charge des ménages

Les difficultés d'accès aux soins recourent des causes multiples, souvent combinées. On trouve d'abord le facteur financier. Les difficultés financières concernent bien sûr les personnes à faible niveau de revenus (populations précarisées, jeunes), qui sont contraintes de renoncer à des soins parce qu'elles ne peuvent

s'acquitter des dépenses de santé restant à leur charge, ou de la cotisation des complémentaires. Selon l'enquête « Santé protection sociale » de l'Irdes⁽²⁾, 14 % des Français ont ainsi déclaré renoncer à des soins en 2006 pour raisons financières (principalement les soins dentaires).

De plus, les dépassements d'honoraires, instaurés en 1980, ont eu un effet inflationniste et profondément désorganisateur. Leur montant a doublé en quinze ans, à la fois par l'augmentation du taux de dépassement et la hausse des prescriptions. Cette « méthode » a été acceptée et banalisée parce qu'assimilée à une garantie de qualité des soins, alors qu'aucune corrélation n'a été établie.

Ce phénomène a suscité l'ouverture d'un nouveau marché pour les complémentaires et, de ce fait, un remboursement des consultations, générant un effet inflationniste. Les pressions sur le financement de l'assurance maladie ont ainsi conduit, depuis plusieurs années, à augmenter la part des dépenses de soins restant à la charge des ménages, avec un transfert éventuel de ces dernières vers les complémentaires santé.

Ce « reste à charge » est géré par plusieurs dispositifs, introduits par les différentes réformes de l'assurance maladie, afin d'assurer la pérennité financière du système de santé. Si le pourcentage des dépenses prises en charge par l'assurance maladie était stable – à 77 % – depuis de

nombreuses années, il a commencé à diminuer progressivement depuis 2006, pour s'établir en 2008 à 75,5 %. Au fil des politiques de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, la liste des « reste à charge » s'est allongée et leur montant a fait l'objet de revalorisations, transférant ainsi un poids de plus en plus important vers les ménages. Les projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) ont ainsi apporté, depuis plusieurs années, leur lot d'augmentation du reste à charge pour les ménages :

- instauration du forfait hospitalier en 1983 ;
- création de la « contribution d'un euro » sur les actes médicaux depuis le 1^{er} janvier 2005 ;
- instauration des franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008.

Inégalité d'accès à la complémentaire santé

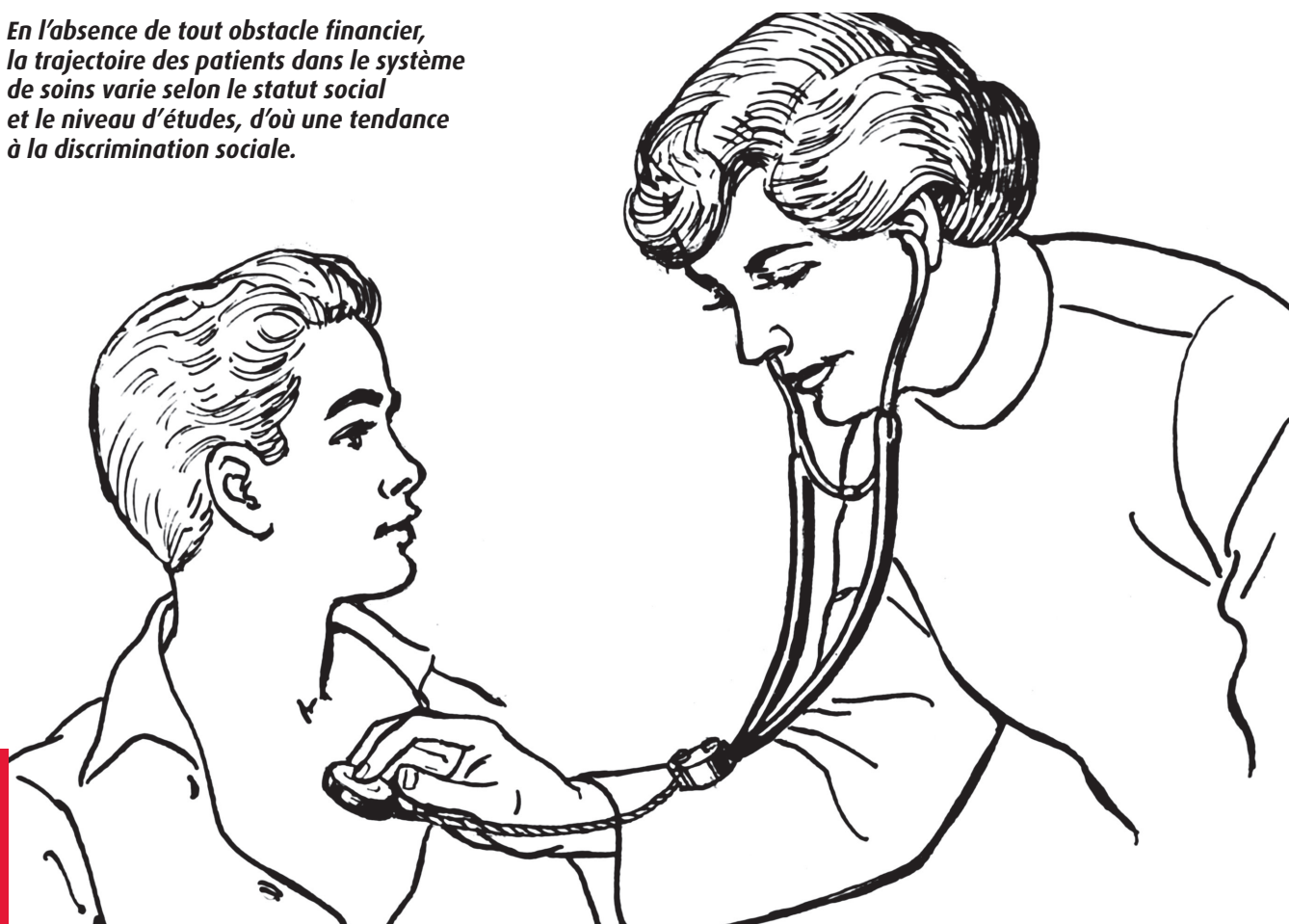
La loi de financement de la Sécurité sociale de 2010 n'a pas échappé à cette tendance, avec deux mesures : d'une part l'augmentation du forfait hospitalier, d'autre part le déremboursement partiel d'une centaine de médicaments, dont le service médical rendu est jugé insuffisant.

Les transferts de charge vers les complémentaires santé ne sont pas neutres sur les équilibres du système : c'est une privatisation progressive du financement de la santé qui se dessine au long

(1) « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté... La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

(2) Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

En l'absence de tout obstacle financier, la trajectoire des patients dans le système de soins varie selon le statut social et le niveau d'études, d'où une tendance à la discrimination sociale.



© PEARSON SCOTT FORESMAN

cours. Or l'absence de couverture par une complémentaire santé est le principal facteur de renoncement aux soins. Selon l'Irdes, 7% des Français déclarent ne pas avoir de complémentaire santé (d'autres sources estiment ce taux à environ 10%, soit près de cinq millions de personnes). Ce taux varie fortement selon la situation sociale (15% pour les personnes qui vivent dans des ménages disposant de moins de huit cent quarante euros par mois, 4% parmi les ménages les plus aisés). A cet égard la situation d'emploi est bien sûre déterminante : à peine 40% des ménages appartenant aux 20% les plus modestes ont été aidés dans le financement de leur couverture complémentaire par leur entreprise, alors que c'est le cas de plus de 70% des ménages appartenant aux 20% les plus aisés.

Ce pourcentage évolue également fortement en fonction de l'âge : le taux de bénéficiaires d'une complémentaire est élevé en début de vie, pour diminuer ensuite. Il faut dire qu'une cotisation de complémentaire santé s'élève à environ trois cents euros par an pour les moins de 25 ans, à plus de huit cents euros par an pour les plus de 60 ans...

Les inégalités se manifestent également en termes de garanties couvertes : les ménages défavorisés, les personnes âgées n'ont souvent accès qu'à des assurances dites « individuelles », souvent plus onéreuses, pour un niveau de couverture moindre. A l'opposé, les contrats complémentaires dits « collectifs », souscrits par l'intermédiaire de l'employeur, bénéficient d'exonérations sociales et fiscales accompagnées le plus souvent

d'une subvention de l'employeur, offrant de ce fait un bon niveau de couverture.

Des dispositifs publics, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), instaurée par la loi du 27 juillet 1999, et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé (ACS), ont été instaurés pour faire face à ce facteur d'inégalités chez les personnes les plus défavorisées. Le fonds CMU estime, dans son quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU, que ces deux dispositifs permettent à cinq millions de personnes de bénéficier d'une complémentaire santé.

Nonobstant ces dispositifs, l'accès à une couverture maladie complémentaire de qualité reste aujourd'hui clairement lié au niveau de revenu, au statut d'emploi, à la taille de l'entreprise. La densité de médecins en France

Les pressions sur le financement de l'assurance maladie ont conduit, depuis plusieurs années, à augmenter la part des dépenses de soins restant à la charge des ménages.

montre de très grandes disparités régionales selon les atlas régionaux de démographie médicale publiés, en avril 2010, par le Conseil national de l'ordre des médecins. Une densité de deux cent trente-huit médecins en activité régulière pour cent mille habitants en Picardie, contre trois cent soixante-treize et trois cent soixante-quinze respectivement en région Ile-de-France et Paca (moyenne nationale : deux cent quatre vingt-dix).

Une démographie médicale déséquilibrée

Ces disparités interrégionales ne rendent pas compte des disparités infrarégionales : les zones rurales et les banlieues urbaines dites « sensibles » sont moins bien loties. Ce problème de densité médicale est en partie dû à une répartition inéquitable sur le territoire (des zones sur-dotées face à des zones sous-dotées, lié à leur niveau d'attractivité) ; mais aussi de manière plus fondamentale, à l'évolution de la démographie médicale, globalement insuffisante pour faire face à des besoins croissants. L'Igas⁽³⁾ souligne également, dans un rapport de 2007 à propos des dépassements d'honoraires, que ces derniers ont freiné une installation plus équilibrée des praticiens sur le territoire français. Cette tendance à la désertification médicale de certaines zones a été aggravée par la fermeture de services dans des hôpitaux ou maternités de proximité.

En outre, les montants atteints par les dépassements d'honoraires en médecine libérale obligent les patients à recourir à des alternatives : centres de soins ou services d'urgences des hôpitaux publics. S'ensuit une désorganisation de la complémentarité de l'offre de soins, et une inefficacité de l'affectation de la dépense publique.

A la lecture d'une publication de l'Irdes⁽⁴⁾, et comme mentionné précédemment, l'origine sociale,

**A peine 40 %
des ménages
appartenant
aux 20 % les plus
modestes ont été
aidés dans
le financement
de leur
couverture
complémentaire
par leur
entreprise, alors
que c'est le cas
de plus de 70 %
des ménages
appartenant
aux 20 %
les plus aisés.**

(3) Inspection générale des affaires sociales.

(4) « Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? », in *Questions d'économie de la santé*, n° 154, mai 2010.

(5) *Inégaux face à la santé*, A. Leclerc, M. Kaminski et T. Lang, La Découverte, 2008.

(6) Selon le quatrième rapport sur l'évaluation de la loi CMU, juillet 2009.

(7) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

(8) « L'état de santé de la population en France, rapport 2007 ».

et plus particulièrement le revenu des ménages, sont des sources importantes d'influence sur l'état de santé des individus.

La complexité du système de santé, l'avantage de bénéficier d'un réseau pour obtenir le spécialiste le plus adéquat favorisent une tendance élitiste du recours au système de soins. Ainsi, selon un ouvrage publié par l'Inserm⁽⁵⁾, en l'absence de tout obstacle financier, la trajectoire des patients dans le système de soins varie selon le statut social et le niveau d'études : « *Le niveau d'études pourrait avoir des conséquences par exemple sur le niveau d'information et le choix des filières de soins ou d'aide, sur la qualité des informations échangées avec le médecin traitant et les professionnels de santé, ou le suivi des traitements.* »

L'impact du statut social sur la santé

Certaines populations sont particulièrement discriminées face à l'accès aux soins, souvent par non-application du droit, insuffisance ou refus de prise de charge (notamment les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, qui font l'objet de refus de soins, comme le soulignent différentes études). Ainsi, sur l'ensemble des trente affections de longue durée (ALD 30), le taux de mortalité des bénéficiaires de la CMU-C en ALD était 1,37 fois plus élevé que pour le reste de la population⁽⁶⁾. Si l'on prend l'exemple de la tuberculose, sa prévalence est presque cinq fois plus élevée (4,63) dans la population bénéficiaire de la CMU-C. Par-delà les inégalités d'accès aux soins, le droit à la santé doit également être pris dans son acception globale : entrent non seulement en compte les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi d'autres facteurs fondamentaux déterminants pour la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable, les conditions de travail,

de logement, d'alimentation, l'accès à une protection sociale en cas de maladie, sans oublier l'accès à l'éducation et à l'information relative à la santé. Si le droit à la santé est relativement bien reconnu par les textes fondateurs de la République française, son effectivité reste un combat à mener.

Le droit à la santé implique des choix

Depuis plusieurs années, des rapports convergent pour démontrer l'existence et la persistance de déterminants sociaux de santé, qui ne touchent pas uniquement des populations précaires. Ainsi, la Drees⁽⁷⁾ souligne dans un rapport⁽⁸⁾ que « *les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées, sans véritable seuil* ». Plus alarmant, ce même rapport signale que les inégalités sociales de mortalité « *sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années* ».

Par leur existence même, les inégalités face à la santé interpellent les citoyens et appellent à des politiques publiques ambitieuses et transversales. Le droit à la santé implique des choix en matière d'organisation, de financement et de politique, sur lesquels les citoyens doivent se prononcer. Gageons que la préparation de la nouvelle loi de santé publique sera une opportunité pour que soit consacré dans les textes le principe d'égalité en santé. Gageons aussi que ce soit l'occasion d'un véritable débat démocratique sur cet enjeu politique majeur des prochaines décennies, qui est de permettre, à toutes et à tous et partout, d'accéder à des soins de qualité et de bénéficier de conditions de travail et de logement, éléments incontournables de préservation du capital santé de chaque être humain. ●