

La santé oubliée

Source de désordres sociaux, la maladie appelle une politique de santé publique qui exige la mise de côté des idées purement libérales et, après la Libération, les lois sociales ont obéi à un mouvement philosophique de transformation de la société. Dans le modèle biomédical, la santé est définie par opposition à la maladie, de sorte qu'un de ses déterminants privilégiés est le système de soins et l'accès à celui-ci. Pour sa part, l'OMS la définissait en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, psychique et social » : elle la concevait ainsi comme l'adaptation de l'individu à son environnement et mettait l'accent à la fois sur les données sociales et économiques individuelles (revenus, logement, support social...) et les déterminants biologiques collectifs et socio-économiques (facteurs nutritionnels, conditions de travail, cadre de vie...). Par une telle définition, on glissait de la notion de « droit aux soins de santé » à celle de « droit à la santé ». En même temps s'installaient trente années d'abondance, y compris dans le domaine de la consommation médicale.

En 1984 émerge dans notre pays ce qui sera appelé « la nouvelle pauvreté » ; deviendront ensuite de plus en plus nombreux ceux qui, « précarisés » par la crise économique, sont obligés, pour boucler leur budget, à des abandons progressifs. Le recours aux soins diminuera alors même que se dégradent les conditions de bien-être. C'est pourtant en 1984 qu'un

premier rapport sur la santé en France définit concrètement celle-ci pour chaque individu comme « la capacité à vivre normalement au sein de son environnement social et familial » : au moment où la société devrait faire son examen de conscience, il est frappant de constater que la santé s'apparente à un capital privé.

Logiquement, ce qui apparaissait comme le cœur du système de santé est alors rejeté pour son caractère bureaucratique. Certains patients, qui devraient pouvoir bénéficier du système collectif d'assurance, ne font plus les démarches nécessaires et refusent désormais les humiliations qui les accompagnent. En effet, c'est une situation nouvelle pour ces populations qui commencent à se marginaliser dans cette « nouvelle pauvreté » et qui refusent l'aspect « charité » d'une société qui les a connus « à l'aise », en bons consommateurs du système de santé « sans limite ».

Une médecine à deux vitesses

Commence alors une évolution insidieuse vers un monde médical à deux vitesses et se mettent en place les différents accueils associatifs (Remède, MSF, MDM, etc.) pour une population qui n'a plus, en fait ou en droit, accès au système de soins traditionnel.

Le paroxysme de cette société d'exclusion et de charité sera atteint par les

accueils spécifiques mis en place par les villes et l'État (du type « Samu social ») qui se rapprochent des éloignements médiévaux des pestiférés.

Il faut rappeler ici que seuls, dans notre société, les salariés réguliers en exercice et les chômeurs indemnisés de plein droit ont une protection sociale quasi automatique. Dans de nombreux autres cas (artisans, commerçants, professions indépendantes et libérales) la protection sociale dite « obligatoire » est un acte financier volontaire ou est liée à un minimum d'heures de travail qui ne dépend pas de la seule volonté de l'individu (artistes, intermittents du spectacle...). Enfin dans d'autres (RMI, étudiants étrangers, étudiants de plus de 26 ans, etc.) elle dépend d'une démarche volontaire et est soumise à un prélèvement soustrait d'une indemnisation déjà tenue ou à une cotisation volontaire.

Dans tous les cas, l'assurance maladie « courante » ne couvre qu'une partie des frais médicaux et paramédicaux. Il est donc nécessaire de souscrire une assurance complémentaire privée ou mutualiste, payée directement par l'assuré, en plus de sa cotisation « sécurité sociale ». De plus, l'ensemble de ce système (sécurité sociale et assurance complémentaire) ne dispense pas de l'avance des frais. Cette dispense ne peut avoir lieu que dans des cas précis et limités : prise en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) et accord institutionnel (hôpital,

dispensaires, pharmaciens sous certaines conditions), établissements mutualistes pour leurs « ressortissants », accords de « tiers payant délégué » signés par certaines caisses d'assurance avec certains professionnels de la santé mais actuellement remis en cause par différentes CPAM.

En outre, des innovations récentes en matière de politique de santé pèsent sur l'individu : moindre remboursement de certains médicaments, remboursement forfaitaire des consultations, instauration d'un forfait hospitalier régulièrement réévalué.

Il est alors facile de comprendre que le recours aux soins soit de plus en plus tardif et que les pathologies rencontrées soient, de ce fait, plus sérieuses. Il n'est pas rare de voir les patients « trier » leurs prescriptions en fonction du taux de remboursement...

Par ailleurs, si les soins de santé ne sont pas obligatoires, il existe des systèmes d'alerte : ils sont liés au travail, à la petite enfance, à la scolarisation, voire à la qualité d'assuré social (bilans de santé des caisses d'assurance maladie). Mais manquent toujours les médecines du chômage et de la retraite (surveillance à long terme des métiers exposés), tandis que le suivi des PMI s'arrête dès l'âge de 8 ans, que le nombre de médecins scolaires diminue et que les convocations aux bilans de santé ne sont pas systématiques.

Enfin, il a toujours existé deux domaines strictement soumis à la loi du marché et aux ressources de chacun : les soins dentaires, et particulièrement les travaux de prothèse et d'orthodontie (sauf pour les enfants de moins de 12 ans), les corrections visuelles dont la couverture est faible (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou les corrections de troubles graves chez l'adulte).

À une période où les inégalités sociales progressent dans notre pays, on assiste à un « décrochage » d'une fraction importante de la population, tant dans le domaine de l'assurance que dans celui de la médicalisation.

Les différentes enquêtes effectuées par l'Insee confirment une évolution dangereuse entre les années 1980 et 1991. L'inégalité de recours au médecin selon

le revenu par unité de consommation, avec une disparité marquée pour les spécialistes et les praticiens du secteur II, a augmenté, y compris pour les salariés. On peut signaler une franche différence (du simple au double) entre les ouvriers/agriculteurs et les cadres supérieurs dans le recours aux praticiens « à honoraires libres ».

Dégradation de l'accès aux soins

La disparité est encore plus criante pour les soins dentaires : par rapport à la moyenne de la population, il existe une nette prédominance des cadres supérieurs, les professions intermédiaires étant très loin derrière et les autres professions totalement distancées avec une progression négative notoire des ouvriers et métiers agricoles.

En parallèle à ces statistiques, on sait que l'extension de la couverture complémentaire n'a pas touché les couches les plus pauvres de la population. Le groupe d'individus n'en bénéficiant pas est caractérisé par une double sur-représentation : ouvriers, surtout non qualifiés, et chômeurs.

À côté de cette progression des inégalités à la fois d'assurance et de recours aux soins, proportionnellement aux revenus des ménages, les statistiques mettent également en évidence une inégalité de l'espérance de vie au détriment des catégories professionnelles les moins qualifiées.

Une dégradation des conditions d'accès aux soins des populations « précarisées » ne peut qu'aggraver ces évolutions, dangereuses tant pour la santé immédiate de chacun qu'à terme pour la santé publique.

En conclusion, l'exclusion n'est pas seulement la vision d'individus clocharisés vivant en errance, nourris de soupes populaires et soignés dans des structures spécifiques.

C'est aussi la mise à l'écart d'une partie de la population qui ne correspond pas à une définition misérabiliste. C'est l'aggravation de la morbidité de cette population par une mauvaise hygiène ali-

mentaire, une absence de soins préventifs, la survenue de troubles occasionnés par un mauvais état dentaire chronique, le renoncement à une surveillance médicale régulière et la non-observance des traitements du fait de l'absence de couverture complémentaire.

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille » dit en 1948 la Déclaration universelle des droits de l'Homme (article 25), et notre Constitution de 1958 reconnaît « le droit à la protection sociale ». L'objectif « santé » est ainsi inséré dans l'universalité des droits, en vue d'une véritable cohésion sociale. Ce qui condamne les mesures trop spécifiques dont l'effet pervers est une stigmatisation objective et subjective avec risque d'auto-exclusion.

Prévenir et soigner est un but qui dépasse les simples critères de gestion pour s'inscrire dans une vision solidaire de respect de l'Homme. Ne pas seulement déclarer des droits formels, mais assurer les droits réels, est de la responsabilité de l'État qui, ayant en charge la santé individuelle et collective, doit agir sur les facteurs socio-économiques et mettre en œuvre les politiques globales de santé publique qui sont nécessaires.

Pour que la précarité cesse d'être un risque pour la santé et pour que chacun vive de droit et de dignité, non d'assistance et de charité, il faut assurer à tous un accès égal au système de soins. Il y a là un enjeu de santé dont on ne peut nier les aspects collectif, institutionnel, législatif et financier. ■

Catherine Basin, Médecin
Monique Hérold, Biologiste
Commission santé/bioéthique
Ligue des droits de l'Homme