



Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités en santé

Les ordonnances de 1996 prévoient que l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement, doit être décliné régionalement. Reste à déterminer comment répartir cet objectif national entre les régions. À cette occasion, ne peut-on se donner comme objectif de réduire les inégalités de santé par le biais de cette répartition régionale des ressources consacrées à la santé ? À première vue, la réponse à cette dernière question peut paraître assez simple pour un public non averti.

Un enchaînement causal simpliste

En effet, il est tentant de réunir dans un schéma causal les énoncés suivants :

- il existe de grandes inégalités de santé entre les régions françaises, inégalités largement illustrées dans le présent dossier, que ce soit en termes de mortalité générale, de mortalité prématurée, de mortalité liée à certaines causes ; à cet égard, on constate une opposition marquée entre les régions du Nord et celles du Sud ;
- il existe de grandes inégalités d'offre de soins entre les régions : de ce point de vue, on observe à nouveau une opposition bien dessinée entre des régions moins bien dotées, au nord, tout au moins pour l'offre hospitalière et la médecine libérale et des régions mieux dotées, au sud, même si l'opposition est moins bien tranchée pour d'autres éléments d'offre (par exemple le médico-social) ;

• dès lors, ne peut-on établir un lien étroit entre état de santé et offre de soins et préconiser une répartition régionale qui rétablisse peu à peu l'égalité de la répartition des dotations des ressources entre régions, ce qui devrait entraîner une réduction des inégalités des états de santé ?

À la réflexion, les choses sont beaucoup moins simples que ne pourrait le laisser penser l'enchaînement qui vient d'être présenté.

La santé déborde largement les soins de santé

Si l'on identifie la santé à l'état de complet bien-être physique, psychique et social, la bonne santé n'est pas seulement l'absence de maladie et les déterminants de la santé ne s'épuisent pas dans la disposition d'un bon système de soins puisque s'interviennent également les déterminants d'environnement (d'ordre culturel, économique et social) et les déterminants liés aux comportements et aux modes de vie. Dès lors, deux distinctions essentielles doivent être posées. En premier lieu, puisque l'on veut réduire les inégalités interrégionales en santé, il convient de s'entendre sur la conception de la santé que l'on retient : s'attache-t-on à une conception de nature très étroite ou à une acception beaucoup plus large ? En second lieu, s'intéresse-t-on à la répartition des ressources dévolues au système de santé ou à celles consacrées au système de soins ? S'il s'agit du système de santé,

il convient de repérer l'ensemble des moyens et des activités dont la fonction est la production de la santé, c'est-à-dire la promotion, la prévention, la réparation, la rééducation et la réinsertion, ce qui déborde largement les seules ressources de l'État et de l'assurance maladie consacrées au système de soins, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire.

Or, dans les dispositions d'allocation régionale des ressources telles qu'elles sont prévues dans les ordonnances de 1996, il s'agit uniquement des enveloppes dévolues au système de soins, c'est-à-dire celles relatives au fonctionnement du système hospitalier public et privé participant au service public pour le court, le moyen et le long séjour, la psychiatrie, les dépenses d'assurance maladie relatives au secteur hospitalier privé commercial, les dépenses de médecine de ville, des infirmières libérales, des kinésithérapeutes, des transports sanitaires, les arrêts de travail, les médicaments, les appareils et prothèses.

Dès lors, la question devient : comment réduire les inégalités de santé en agissant sur les allocations de soins ?

L'impact du système de soins sur la réduction des inégalités

Plusieurs facteurs tendent à montrer que cet impact est moins élevé qu'on ne le croit généralement. La première raison en est que les déterminants évoqués plus

haut, autres que le système de soins, ont un poids sans doute au moins aussi important, si ce n'est plus¹. Une seconde raison tient au degré de pertinence des réponses apportées par le système de soins aux problèmes de santé auxquels il est censé répondre : si les réponses apportées ne sont pas pertinentes, il n'est pas sûr qu'une dotation plus importante des régions sous-dotées par rapport à la moyenne nationale apporte une amélioration de la santé dans les régions considérées. En troisième lieu, même si les réponses apportées sont appropriées, il convient de considérer l'accès effectif des populations aux services offerts, ce qui suppose d'examiner plusieurs types d'accessibilité : accessibilité géographique (distance d'accès par rapport aux services ou aux établissements) ; accessibilité financière, notamment pour les personnes à faibles ressources ; accessibilité culturelle. Au regard de ce troisième critère, il est possible que dans une région donnée, l'offre de soins soit suffisante mais que l'accès de certaines catégories de population à cette offre soit insuffisante : rien ne prouve qu'un surcroît d'offre serait susceptible de réduire les inégalités de santé par un recours plus important de ces catégories aux soins.

Enfin, une quatrième raison peut rendre compte du lien lâche entre le volume de l'offre de soins et la santé d'une population : c'est le degré d'efficacité (c'est-à-dire la performance en terme de santé rapportée au volume de ressources consommées) de cette offre. Si une région est mal située au regard de l'état de santé et, simultanément, sous-dotée en matière d'une offre de soins, par ailleurs peu efficace, il n'est pas impossible qu'une dotation supplémentaire d'offre de soins se traduise par une élévation de la rémunération des producteurs de soins plutôt que par une amélioration de l'état de santé de la population.

Faut-il néanmoins prôner le *statu quo* ?

Les développements précédents ont mis en lumière les points suivants : si on ne

peut nier l'existence de fortes inégalités interrégionales devant la maladie et la mort, on est moins affirmatif sur le rôle que peut jouer le système de soins dans la réduction de ces inégalités : comme on ne connaît pas les liaisons entre état de santé, offre de soins et recours aux soins, il n'existe pas de formule indiscutable permettant de calculer les besoins de volume de soins et il faut être très prudent sur la possibilité de réduire les écarts de santé entre régions par des allocations différentielles de ressources financières. À tout le moins peut-on souhaiter que ledit système n'aggrave pas les inégalités de santé liées aux autres déterminants : en effet, si une région pâtit d'un mauvais état de santé, ceci donne lieu à un surcroît de maladies et de handicaps, qui exigent à leur tour une prise en charge adéquate, quantitativement et qualitativement, par le système de soins. C'est à ce niveau que se pose la question de l'équité dans l'allocation des ressources entre régions.

Comment avancer dans la voie de l'allocation régionale des ressources ?

La plupart des pays qui, après la Grande-Bretagne, se sont lancés dans cette voie ont tenté de répartir les enveloppes régionales en fonction des besoins de soins d'une région, ces derniers étant estimés sur la base d'un volume moyen de consommation par tête pondéré en fonction de la structure d'âge et de la mortalité spécifiques de la région.

La France, qui avait initié en 1991 un mouvement en ce sens avec une modulation de la marge de manœuvre régionale des seules dotations dévolues au secteur hospitalier public, va l'étendre à d'autres secteurs, suite à la mise en place des ordonnances de 1996. Cette perspective s'inscrit, de façon heureuse, dans un mouvement de régionalisation progressive de la gestion du système de soins avec le jeu combiné des conférences régionales de santé, des agences régionales de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance mala-

die : ceci devrait conduire à une réinterrogation sur la distribution géographique des ressources, à une meilleure répartition de ces dernières, au plus près des réalités du terrain en vue d'une meilleure efficacité du système et d'une réponse plus adaptée aux besoins de la population.

Pour intéressants qu'ils soient, les dispositifs d'allocation régionale actuellement adoptés souffrent de quelques lacunes. La critique principale qui peut leur être faite réside dans le caractère fractionné des allocations effectuées : le dispositif prévoit le calcul d'enveloppes pour cinq secteurs : l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée, la médecine de ville généraliste, la médecine de ville spécialisée et les institutions médico-sociales. Ceci ne permet pas la détermination d'une enveloppe régionale calculée en fonction des besoins, ce qui risque de rigidifier l'offre et de freiner les redéploiements souhaitables. Par ailleurs, les critères pris en compte pour déterminer les montants alloués ne retiennent pas, pour le moment, les éléments liés à la mortalité ; les montants ainsi calculés concernent, non pas la population résidente, mais les services de soins domiciliés dans la région, ce qui pose la question des flux interrégionaux de patients.

Au total, s'il importe d'être prudent quant aux conséquences possibles, sur la réduction des inégalités de santé, d'une allocation interrégionale de l'offre de soins fondée sur les besoins en soins, sans doute convient-il d'avancer dans cette voie mais en apportant des améliorations par rapport aux dispositions actuellement entrevues, notamment par une prise en compte plus importante des indicateurs d'état de santé et par une évolution vers la possibilité de fongibilité des enveloppes. ■

Référence

1. Le rapport du HCSP (*La Santé en France, rapport général*. La Documentation Française, 1994) évoque un chiffre de 10 à 20 % comme mesurant la part du système de soins dans la réduction de la mortalité dans les pays développés depuis 1950.

Jean-Claude Saily

Membre du Haut Comité de la santé publique