

Savoir, devoir, pouvoir

Voici une claire et brillante radioscopie des inégalités sociales de santé proposée par le porte-parole des usagers, suivie de propositions tonifiantes.

Christian Saout
Président du Collectif interassociatif
sur la santé

Savoir, devoir, pouvoir : voici trois mots qui, en France, doivent orienter la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Savoir n'est pas une si grande affaire

Car les constats autant que la recherche dessinent assez bien la phénoménologie des inégalités sociales de santé et leurs ressorts. Ainsi, nous savons que ces inégalités sociales de santé ne sont pas toutes imputables au système de santé, loin s'en faut. On doit aussi considérer de nombreux autres facteurs comme les ressources économiques, l'accès à la culture et au savoir, la dégradation de certains environnements et les comportements humains. La place du cumul des facteurs défavorables dans une vie donnée est donc la cause principale des inégalités sociales de santé qui touchent toutes les catégories de populations et pas seulement les plus pauvres. Tout cela a été expliqué depuis deux décennies au moins et rappelé avec insistance ces deux dernières années : rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS en 2008, rapport de Sir Michael Marmot en 2010 et rapport européen Détermine en 2010. Lutter contre les inégalités sociales de santé invite donc aux politiques multisectorielles plutôt qu'à s'en tenir à la recherche d'efficacité du seul système de santé. Quoi qu'il en soit, la France est le pays de l'Europe des quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. Et elle traîne comme un boulet l'inorganisation de son système de santé, qui n'en a d'ailleurs jamais été un — c'est bien cela le problème —, de sorte que selon le territoire où vous habitez, et parfois à quelques kilomètres

de distance seulement, les conditions d'accès aux soins varient de façon considérable, qu'il s'agisse de la médecine de premier recours ou des spécialistes. Ainsi, contrairement aux Pays-Bas ou à la Grande Bretagne, la France se caractérise par des inégalités d'accès aux soins plutôt fortes.

Devoir : la dette d'égalité

Partant de là, une responsabilité collective nous incombe. Celle de la dette d'égalité. Elle nous concerne plus que tout autre pays. Car nous sommes le seul pays au monde à répéter avec une telle insistance le mot « égalité » au fronton de nos édifices publics. Si cela n'était, la référence permanente dans notre loi fondamentale et dans la jurisprudence de nos cours au respect du principe d'égalité constitue une exigence à l'égard des inégalités sociales de santé comme de toute autre inégalité. Enfin, à de nombreuses reprises des lois adoptées dans le domaine de la santé invitent expressément au respect de l'égalité dans l'accès aux soins.

Ainsi, de nombreuses législations se sont succédé depuis plusieurs décennies pour traiter ces enjeux. Avec succès parfois, si l'on songe par exemple à la loi créant la couverture maladie universelle qui a enfin généralisé la sécurité sociale en 1999 alors que cette attente était pendante depuis... 1962! Avec des effets plus relatifs pour les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) prévues par la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.

Car la dette d'égalité ne repose pas que sur des normes. Elle doit aussi concerner les stratégies publiques, comme l'a recommandé récemment le Haut Conseil de la



santé publique qui réclame que, sur la base des conclusions de nombreuses recherches conduites ces dernières années, notre pays s'intéresse au « gradient social de santé » (car les inégalités sociales de santé opèrent dans toutes les catégories sociales) autant qu'aux politiques ciblées sur les publics les plus précaires.

Relever le défi de la dette d'égalité suppose aussi que les acteurs de santé eux-mêmes modifient leurs attitudes et leurs pratiques. Les spécialistes refusent ainsi jusqu'à 40 % des bénéficiaires de la CMU au motif qu'ils sont contraints de leur appliquer le tarif de base de la sécurité sociale sans dépassements d'honoraires. Les directeurs d'établissements publics de santé ne se sont pas tous battus de la même façon pour la mise en place des Pass sans quoi la cartographie de leurs implantations aurait idéalement correspondu aux besoins des populations précaires : on en est très loin.

Et il faudra encore de la vigilance à l'avenir pour que les professionnels de santé ne sélectionnent pas les « bons clients des nouvelles approches du soin », comme l'éducation thérapeutique ou la télé-médecine, en fonction de leur capacité à intégrer ces innovations. Les innovations, elles aussi, sont destinées à tous, sans condition d'état.

Que pouvons-nous pour relever le défi de cette dette collective ?

D'abord les économistes ont largement démontré que la solvabilisation de la demande de soins est un élément essentiel de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ainsi, des travaux récents de l'Irdes ont montré que l'absence de couverture complémentaire était la cause principale du renoncement aux soins. Or, avec les bas revenus qui se multiplient en raison de la faiblesse du niveau d'emploi, il est bien difficile de procéder à l'acquisition d'une

couverture complémentaire, d'autant que son prix augmente à peu près chaque année.

Une part importante de la lutte contre les inégalités sociales de santé tient donc dans l'orientation de nos politiques économiques qui ont fait le choix de rémunérer plus favorablement le capital au détriment du travail, sans asservir cette rémunération plus favorable du capital à une fiscalité redistributive en regard de nos principes et de nos objectifs d'égalité. C'est ce qu'ont démontré de nombreux rapports de la Cour des comptes qui identifient des ressources potentielles pour les dépenses de santé, notamment dans certaines niches fiscales ou sociales que l'on n'a pas intérêt à maintenir car elles ne sont pas vertueuses.

Ensuite, nous ferions bien de nous doter d'outils de politiques multisectorielles. La Norvège a été bien inspirée de faire le choix d'une politique offensive de santé de la petite enfance. Comment faire de même dans un pays où l'autorité du ministère de la Santé s'arrête aux portes des écoles et des conseils généraux ? Car il nous faudrait coordonner la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile avec les compétences médico-sociales de l'État. Voici deux politiques structurelles, délaissées d'abord, et voguant ensuite au bon gré de leurs responsables respectifs. La création des agences régionales de santé devrait toutefois permettre de rétablir le lien entre ces politiques publiques dans le cadre des commissions transversales dont la loi les a dotées. Les agences sont prises en étau : elles n'ont pas d'autre choix que de proclamer leur intention de lutter contre les inégalités sociales de santé... sans disposer de l'ensemble des leviers pour entreprendre et gagner ce combat. Voici comment l'on met sa tête sur le billot ! Mais ce ne doit pas être une excuse pour échapper à l'ardente obligation de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, il serait raisonnable de ne pas rendre impossible la conduite d'une politique publique de santé démocratiquement identifiée en région. C'est pourtant ce que l'on est en train de faire, en privant les agences régionales de santé des marges de manœuvre financière dont elles ont besoin. Ces marges de manœuvre existent. Chaque directeur général d'agence a d'ores et déjà identifié les domaines où l'argent pourrait être mobilisé à de meilleures fins, notamment pour produire plus d'égalité dans l'accès aux soins. Mais la loi ne leur permet pas de disposer de ces sommes dont l'usage est fléché. L'agence est transversale, mais ses financements sont toujours en « silo » : voici pourquoi votre fille « Égalité » est muette. Il est de la plus haute responsabilité publique de permettre la fongibilité des crédits dont disposent les agences régionales de santé si l'on veut entreprendre et faire bouger quelques lignes dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Quant à savoir si la fongibilité sera « asymétrique », faisons déjà la fongibilité !

Par ailleurs, il faut de la santé dans toutes les politiques. Et nous en sommes loin. La rénovation de la loi de santé publique programmée à horizon 2009 aurait dû être l'occasion d'une offensive sur ce terrain. Car il n'est pas douteux que les seuls leviers aux mains du département ministériel de la Santé sont insuffisants. Toutes les politiques publiques doivent comporter un volet santé : santé des détenus à la Justice, santé des élèves à l'Éducation nationale, santé des personnes âgées aux Affaires sociales, santé des salariés au Travail et à l'Emploi.

Nous savons, nous devons, nous pouvons. Faisons-le !