

J.-P. BENZÉCRI

## **Disparité géographique et équité du système français de sécurité sociale**

*Les cahiers de l'analyse des données*, tome 14, n° 2 (1989),  
p. 143-146

[http://www.numdam.org/item?id=CAD\\_1989\\_\\_14\\_2\\_143\\_0](http://www.numdam.org/item?id=CAD_1989__14_2_143_0)

© Les cahiers de l'analyse des données, Dunod, 1989, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Les cahiers de l'analyse des données » implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme  
Numérisation de documents anciens mathématiques

<http://www.numdam.org/>

# DISPARITÉ GÉOGRAPHIQUE ET ÉQUITÉ DU SYSTÈME FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE

## [ÉQUITÉ SÉCU.]

J.-P. BENZÉCRI

### 1 Dépenses médicales et équité

L'équité n'est pas l'égalité; les anciens ont défini la justice comme *constans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuendi*, "volonté permanente d'attribuer à chacun son droit". La question est de savoir ce à quoi chacun a droit! En matière de prestation médicale, l'adulte bien portant n'a rien à gagner à recevoir plus qu'une surveillance légère; la vie d'un malade peut dépendre d'un traitement très coûteux; les soins quotidiens indispensables à un octogénaire assez favorisé quant à la santé dépassent souvent ses dépenses en nourriture...

Pourquoi poser cette question? Ne suffit-il pas de rembourser toute dépense de santé? ou, plus simplement, de distribuer gratuitement toutes les formes de soins... L'expérience montre que cette voie mène à la ruine; et cela, notamment, du fait des abus que peuvent commettre consommateurs et fournisseurs. On sait qu'il est aujourd'hui urgent d'endiguer ces abus.

Faut-il d'ailleurs séparer les dépenses de santé des autres dépenses destinées à assurer la vie de l'homme en son corps et en son âme? N'est-il pas absurde de rembourser un laxatif dont l'usage n'est pas sans danger cependant qu'on frappe l'inoffensif jus de prune d'une TVA qui est celle des produits de luxe? Pourquoi débattre gravement du remboursement à 100% des comprimés d'acide acétylsalicylique prescrits à un diabétique, cependant que nul ne songe à rembourser à celui-ci les dépenses, autrement coûteuses, en légumes verts occasionnées par le régime qu'il doit suivre...

Inutile pour le corps social de tenter de tout prescrire et de tout programmer: aucun algorithme de gestion n'a la riche souplesse du libre jeu des causes naturelles; encore faut-il que de cette profession de foi libéraliste on ne passe pas à la cuvette de Ponce Pilate! Le devoir de tous est de venir au secours de chacun dès que le poids qui l'accable devient trop lourd.

Et avant celà? n'est-il pas permis de s'assurer? Selon nous, il est juste de fixer au mieux les seuils de ce que nous appellerons *assurance interdite* et *assurance obligatoire*.

Assurance interdite d'abord: n'est-il pas contraire à l'équité qu'un conducteur maladroite puisse tuer son prochain *par imprudence*, au sens légal du terme, sans qu'en définitive il lui en coûte rien? De même il importe qu'en soit de sa poche le iatromane qui a fait sien le slogan de l'humoriste "Si vous ne vous sentez pas bien, faites vous sentir par un autre". En dessous d'un certain seuil que Mesdames et Messieurs les usagers paient!

Assurance obligatoire ensuite: certaines responsabilités, à l'égard du tiers ou à l'égard de soi-même, dépassent les facultés de quiconque. Il est trop tard pour se déclarer en faillite quand on a détruit la vie du prochain, ou qu'on est frappé par une maladie dont on sait bien que l'assistance publique prendra la charge; il fallait préventivement verser sa quote part à la tirelire de la solidarité.

Et entre les deux seuils? n'y a-t-il pas place pour des choix, pour une *assurance facultative*! Un ami économiste, point suspect de libéralisme et devant qui je blâmais la compétence trop étendue de notre Sécu, eut, pour la caractériser, ce mot juste: "c'est l'assurance tout risque obligatoire".

Je suis convaincu qu'un bon dialecticien qui aura fait siennes les thèses que je viens de proposer n'aura pas de peine à triompher de tout adversaire... Mais qui mesurera le cordon pour accrocher la sonnette au chat? Il importe de définir deux seuils: celui en dessous duquel le bénéficiaire devra payer par lui-même; et celui au-dessus duquel la collectivité devra être prête à fournir aux dépenses prescrites.

Supposons que le seuil inférieur soit de 10000 Francs par an; et le seuil supérieur de 50000 Francs par an. Tant que les dépenses de santé cumulées ne dépasseront pas 10000 F, le bénéficiaire paiera; et moins il dépensera, plus il économisera sur ses propres ressources; entre 10000 et 50000, ce sera selon le régime facultatif auquel il aura choisi d'adhérer; au delà de 50000, la solidarité, approvisionnée par les impôts et cotisations, prendra la relève.

On peut indéfiniment broder sur ce canevas... Une seule question est essentielle: ces chiffres de 10000 et de 50000 ont été avancés au hasard; il faut les fixer avec justesse; et en sachant à l'avance qu'ils ne peuvent être les mêmes pour tout bénéficiaire, indépendamment de son âge et aussi de sa conception de la vie.

Faute de mieux, la norme sera définie par référence à l'usage; en fonction des coordonnées du signalement d'un sujet, la statistique devrait permettre de connaître une distribution des dépenses: une valeur moyenne; un seuil dépassé dans 90% des cas; un autre dans 10%. Sur ces valeurs et ces seuils, on fonderait

les lois de l'*assurance interdite* et de l'*assurance obligatoire*; sur ces mêmes nombres, les allocations incorporées aux salaires...

Il ne fait pas de doute pour nous que l'informatique et la statistique permettent de réaliser ce que certains taxeraient de rêve. Mais, en l'état des données à nous accessibles, nous nous bornerons à prouver, d'après deux études, que, selon leur insertion sociale et géographique, les sujets font du système de soins des usages bien différents; en sorte que les disparités non maîtrisées sont d'un ordre de grandeur au dessus de celles que l'on prend en compte dans la plupart des discussions actuelles sur le système de protection idéal ou seulement le meilleur possible.

## **2 Un exemple de disparité sociale: la consommation des produits pharmaceutiques prescrits et non prescrits dans la région Nord-Pas-de-Calais, d'après J.-J. Denimal, in CAD, Vol XIII, n°3.**

Les données proviennent de l'enquête nationale Santé des Ménages, prolongée, en 1980, par une enquête régionale propre au Nord-Pas-de-Calais. Pour quelque 4000 individus répartis en près de 1500 ménages, on connaît la consommation de médicaments évaluée en distinguant produits prescrits et non prescrits; ce qui permet de définir 8 types de consommation: on analyse la correspondance entre ces types et un ensemble de catégories combinées du signalement.

On ne s'étonnera pas de voir les personnes âgées grandes consommatrices de médicaments; mais il faut souligner que l'autoprescription est, corrélativement, souvent faible. La place plus écartée des femmes s'explique, en partie, par le fait que, dans les tranches d'âge extrêmes, celles-ci sont beaucoup plus nombreuses que les hommes.

Une consommation nulle ou très faible, est quasi exclusivement le fait des enfants et adultes des deux sexes compris dans la catégorie ANQ: agriculteurs et ouvriers non qualifiés. Pour les hommes de cette classe de CSP, le taux de non-consommation ne fléchit pas même dans la tranche d'âge [40,59].

Associées à une autoprescription élevée, sont les modalités d'âge <60 des Femmes de la classe de CSP notée SUP (cadres supérieurs, etc.) ; les Hommes de cette classe étant éventuellement attirés par la non-consommation NC. Si l'on élimine les non-consommateurs, les Hommes de la classe SUP sont, encore plus nettement que les femmes de cette classe, associés à l'autoprescription.

Pour l'interprétation sociologique, il n'est pas surprenant que la classe SUP de CSP se signale par l'automédication, indice d'autonomie culturelle. La faible consommation pour ANQ rappelle que l'usage des médicaments, (ou éventuellement l'abus de ceux-ci), n'est pas uniformément réparti dans la société.

### **3 Disparités régionales entre les profils des prestations servies par les caisses d'Assurance-Maladie de la Sécurité Sociale en France, d'après J.S. Tibeiro, in CAD, Vol IX, n°4.**

On désirerait savoir, en entreprenant une telle étude, ce que coûtent en frais d'assurance maladie les bénéficiaires des diverses catégories: par exemple, un enfant de cinq ans vivant au sein d'une famille de caractéristiques déterminées. Mais les données comptables publiées par la Sécurité Sociale ne détaillent pas les remboursements par catégories de bénéficiaires: seules certaines enquêtes d'étendue restreinte rassemblent des données de cette sorte. Le nombre même de bénéficiaires, par catégorie, pour chaque caisse, nous est inconnu. Cependant, la pratique de l'analyse des correspondances a montré que les différences de taille se manifestent toujours par des différences de forme, en sorte que l'analyse du nuage des profils apporte souvent beaucoup plus que ce qu'on était en droit d'en attendre *a priori*. Nous estimons qu'il en a été ainsi dans la présente étude.

De façon précise, on dispose de bilans annuels donnant pour chaque caisse primaire d'assurance maladie le total des remboursements effectués dans chacun des postes d'une nomenclature. On analyse un tableau de correspondance entre départements, (identifiés à des caisses), et postes de dépenses. Chaque facteur montre un aspect des dépenses sanitaires: hospitalisation et frais de séjour, maternité et gériatrie... ; et la CAH permet de déterminer sur la carte des provinces homogènes. Les cotisations de la Sécurité Sociale (part patronale et part salariale ensemble) constituent le principal poste de dépense des français de revenus modestes bénéficiant du régime général: une fraction est destinée à assurer une retraite, mais les dépenses de santé proprement dites sont elles-mêmes considérables. On ne s'étonnera donc pas de trouver dans les profils de prestations des caisses départementales un reflet fidèle de la société française quant à sa diversité géographique.

Dans l'ensemble, la netteté des zones que la CAH permet de délimiter sur la carte est cependant surprenante. La mobilité de nombreux ouvriers bénéficiaires du régime général explique sans doute que se constitue autour des pôles industrialisés une couronne ayant un profil de prestations propre. Le cas le plus frappant est le bassin d'emploi centré sur Lyon. On note également que la Somme s'agrège aux deux départements de la région Nord-Pas-de-Calais. À la sous-médicalisation marquée de cette dernière région correspond un profil de dépense où la part des frais hospitaliers est relativement réduite; tandis que les pensions d'invalidité atteignent leur maximum pour le régime général. Mais si, dans la mesure où les données le permettent, on compare à ce régime celui des salariés agricoles, on trouve une part des pensions d'invalidités encore plus forte; et cela d'autant plus que la médecine de soins est ici moins perfectionnée.

Il importe de souligner, une fois de plus, les inégalités considérables qui peuvent exister dans le cadre d'un système, en apparence égalitaire, mais dont le pouvoir de redistribution n'est pas contrôlé avec précision.