

Gratuité : levier ou frein à la participation ?  
Ou à une meilleure santé...?

Pierre Micheletti, mars 2018

1. Quelques rappels et définitions
2. La notion clé d'ISS
3. La gratuité : regards croisés
4. La participation des personnes comme acteurs de leur santé
5. Quelques réalités internationales dans les PVD

- 
- 
- 

# 1. Les politiques publiques et autres concepts utiles...

- Une politique publique est *"un programme d'action propre à une ou plusieurs autorités publiques ou gouvernementales\*"*.
- Les politiques publiques sont donc des outils et des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour atteindre des objectifs dans un domaine particulier de la société. Elles recouvrent un vaste champ d'intervention possible : ce sont par exemple, la politique économique, la politique de la ville, de la jeunesse, de la sécurité, de la **santé**...
- Ces politiques publiques ont une histoire, c'est-à-dire qu'elles ont connu des évolutions en fonction des préoccupations politiques de l'époque. Des changements de paradigme ou de référentiel sont dès lors susceptibles de se produire traduisant de nouvelles préoccupations sociétales ou justifiant la mise en œuvre de moyens d'actions différents.

- \*Jean-Claude Thoenig("L'analyse des politiques publiques" in *Traité de science politique* sous la direction de Leca et Grawitz, 1985

- 
- **Précarité, pauvreté**
- 

La précarité définit la condition qui résulte d'« **absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même.** »

Wresinski J. [Grande pauvreté et précarité économique et sociale \(pdf, 989 Ko\)](#), rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Journal officiel, 1987.

La **pauvreté** définie par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) correspond à un « **état de manque** en terme de biens (économique et de ressources de santé) ou de position sociale, telle que **la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société** ».

Pour paraphraser Jean Furtos : « le pauvre est celui qui a peu, le précaire est celui qui a peur »...

- 
- 
- 

Pour Serge Paugam, la notion de précarité participe d'une accumulation, parfois transitoire et réversible, de conditions de vie instables, provoquant des difficultés diverses, qui ont en commun **le risque d'une rupture progressive des liens sociaux**. Ces différents périmètres de socialisation sont notamment la famille, le voisinage, le réseau amical et les relations professionnelles.

Pour une lecture plus complète, lire : Paugam Serge, La notion d'exclusion, Université Paris Dauphine, Master 2 SESPS,  
[http://www.master4215.dauphine.fr/ie/Secteur/hom\\_sec\\_ie4a.htm](http://www.master4215.dauphine.fr/ie/Secteur/hom_sec_ie4a.htm), consulté le 25/4/2016

- 
- 
- 

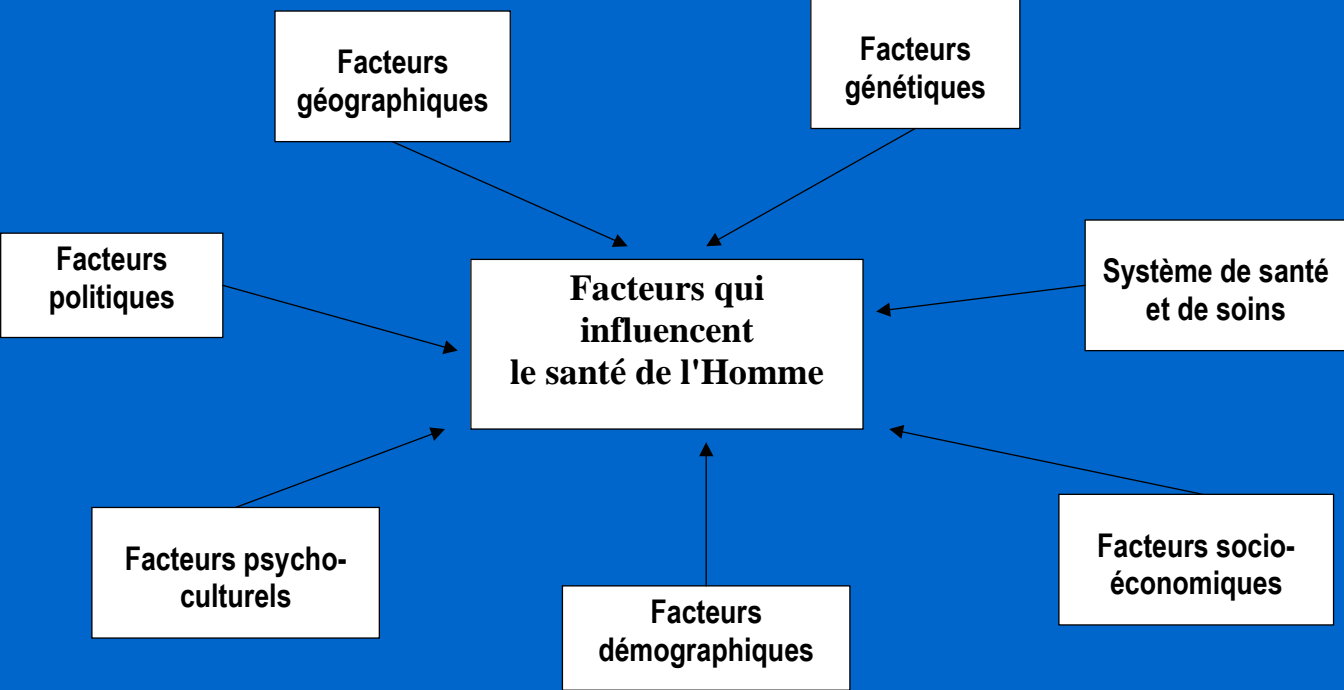
## Définition sociologique de la santé

La santé est un **phénomène dynamique par lequel l'individu se construit et chemine**, processus qui inscrit dans le corps, dans la personne, les empreintes du travail, des conditions de vie, des évènements, des douleurs, du plaisir et de la souffrance, de tout ce dont est faite une histoire individuelle dans sa singularité, mais aussi collective par l'influence des multiples logiques au cœur desquelles elle s'insère.

Source : Equipe ISIS, « inégalité sociale, industrialisation et santé », inserm U292, Kremlin-Bicêtre

- 
- 
- 

# Les déterminants de la santé



- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

- 
- 
- 

## La santé mentale

La santé mentale est ce qui permet à l'individu, au groupe et à l'environnement d'interagir l'un avec l'autre, de manière à promouvoir le bien-être subjectif, le développement et l'utilisation optimaux des capacités mentales, la réalisation des objectifs individuels et collectifs compatibles avec la **justice** ainsi que l'établissement et la préservation des **conditions d'égalité fondamentales**.

- 
- 
- 

## Dépense courante de soins et de biens médicaux

- **Définition\***
- La dépense courante mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle comprend l'ensemble des dépenses courantes effectuées par la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages. Les dépenses en capital en sont donc exclues.

La dépense courante couvre un champ plus large que la consommation de soins et de **biens médicaux (CSBM)** : elle intègre en plus les soins aux personnes âgées en établissement (unités de soins de longue durée et établissements d'hébergement pour personnes âgées), les indemnités journalières (IJ), les **subventions** reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

\* Source : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/dep-cour-soins-biens-medicaux.htm>



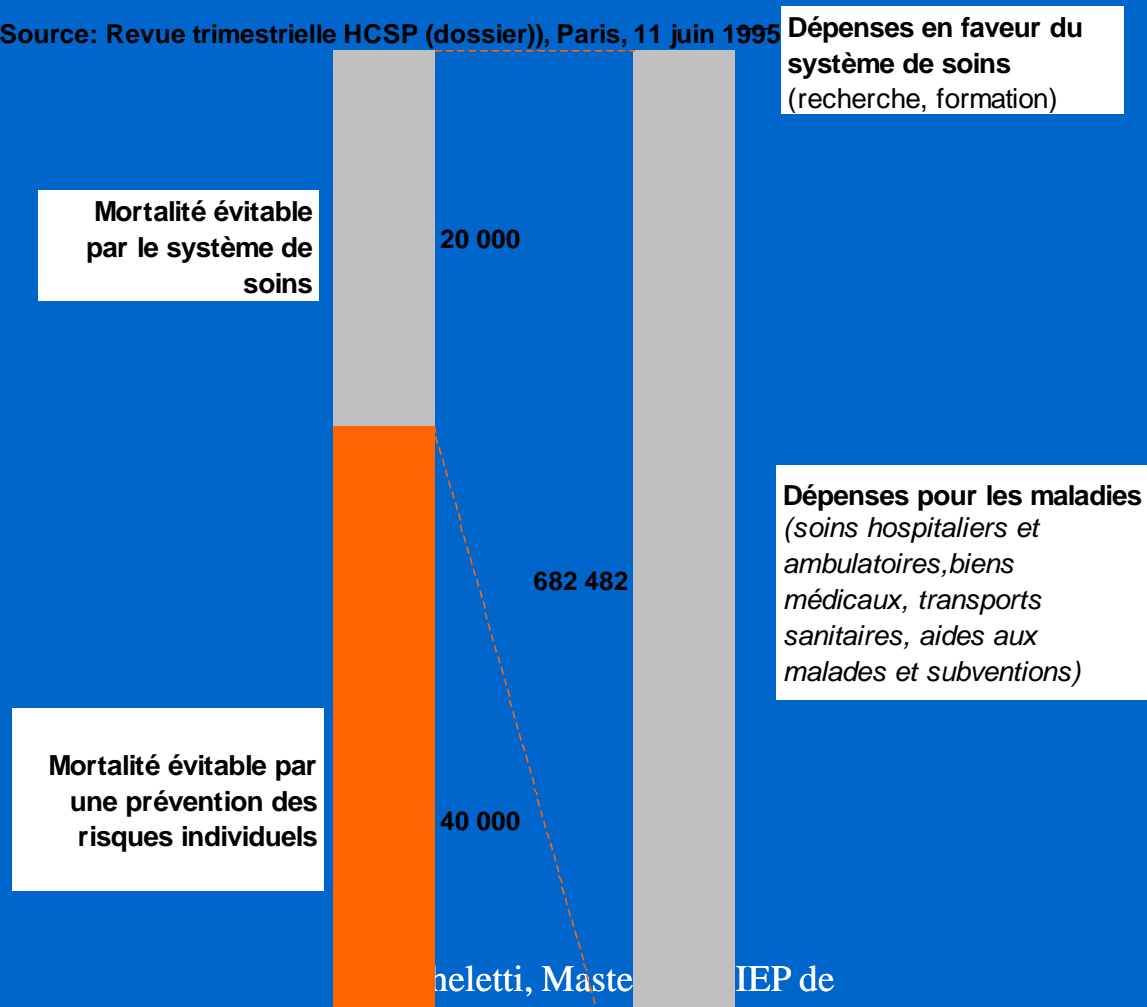
# Les deux logiques du système de santé

## Poursuite d'objectifs et gestion des ressources

Part de la mortalité évitable dans la mortalité avant 65 ans en 1991

Structure de la dépense courante de santé en 1993

Source: Revue trimestrielle HCSP (dossier), Paris, 11 juin 1995



- 
- 
- 

## 2. La notion fondamentale d'inégalités sociales de santé

*« [ ] Dans l'espèce humaine, la fréquence statistique ne traduit pas seulement une normativité vitale mais une normativité sociale. Un trait humain ne serait pas normal parce que fréquent, mais fréquent parce que normal, c'est-à-dire normatif dans un genre de vie donné (...) ».*

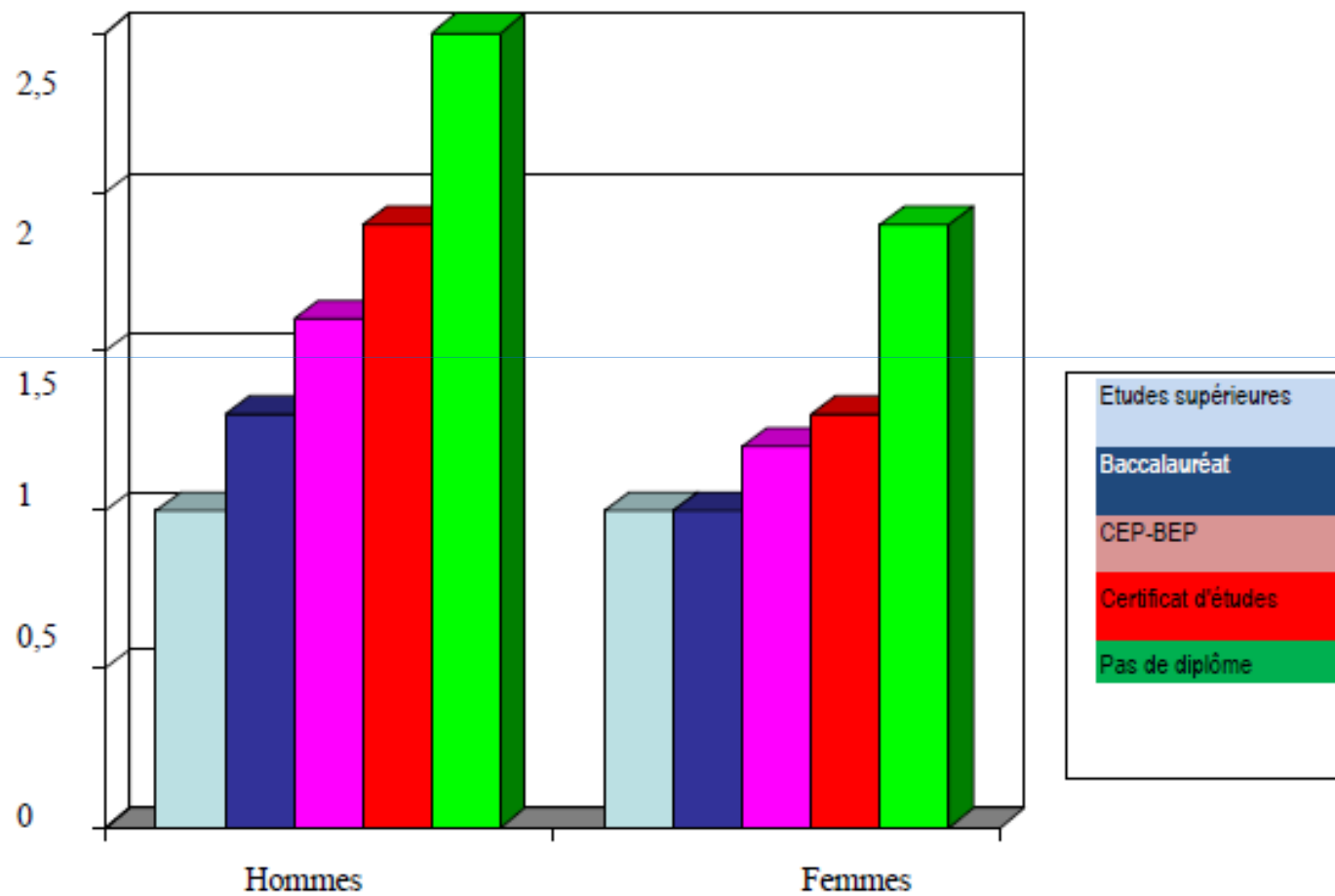
**Georges Canguilhem, le normal et le pathologique, Paris, PUF, 1984, pp 102-104**

- 
- 
- 

La notion d'inégalités sociales de santé (ISS) traduit le fait que si tous les humains sont mortels - **égalité naturelle théorique** - l'âge auquel survient le décès, ainsi que les conditions et la qualité de vie de chacun durant l'existence, ne sont pas superposables (ce qui constitue une sorte de « double injustice »). Ils obéissent à une distribution dans la population générale qui va suivre un gradient social favorable à certaines catégories de personnes.

Haut Conseil de la santé publique, « Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité », rapport décembre 2009, Paris, p 10

Figure 2 - Mortalité relative pour la période de 1990-96 en France, pour les hommes et les femmes âgés entre 35 et 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré<sup>9</sup>.



- 
- 
- 

## Les mécanismes qui conduisent aux différences sociales de santé

- Les populations les plus précaires :
  - ne présentent pas de pathologies spécifiques
  - ont une inégalité flagrante d'espérance de vie ( 9 ans à l'âge de 35 ans en France entre ouvriers et cadres supérieurs).
- **3 mécanismes (artificiellement découpés ici ) concourent à ces inégalités de santé :**
  - exposition plus fréquente à des risques spécifiques (travail, logement, alimentation etc)
  - déficit de connaissances et d'informations et conduites souvent inadaptées face à ces risques
  - retard dans le contact avec le système de dépistage et de soins

- 
- 
- 

## Promotion de la Santé

Processus dynamique qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

4 axes principaux:

- créer un environnement favorable
- développer les aptitudes et les ressources individuelles
- réorienter les services de santé
- renforcer l'action communautaire

# Les déterminants de l'accès aux soins

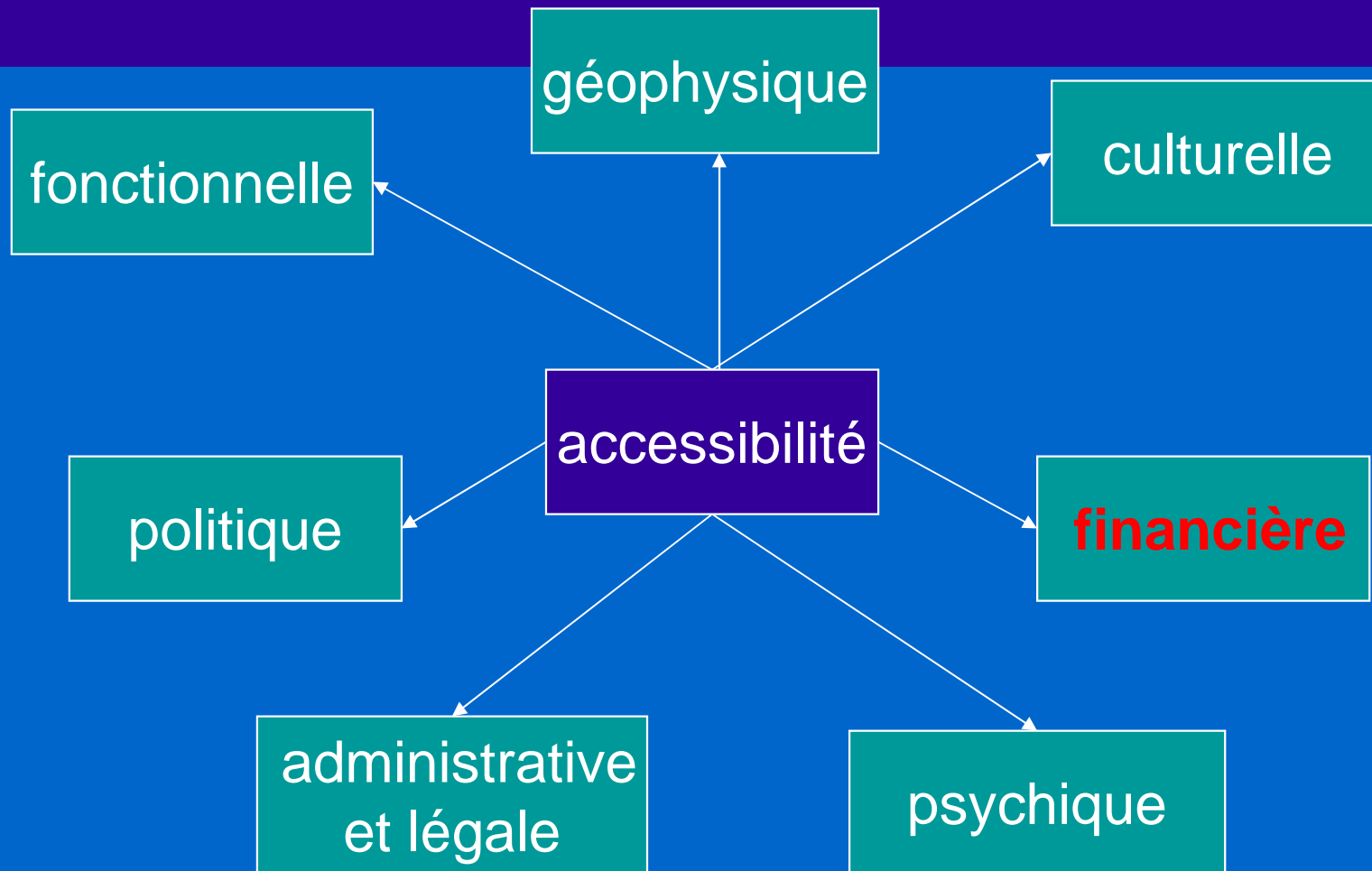


Tableau 12 : Couverture maladie par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

<i>Couverture maladie</i>	<b>Homme (%)</b> (n=402, N=13 777)	<b>Femme (%)</b> (n=438, N=7 399)	<b>Ensemble (%)</b> (n=840, N=21176)
Couverture maladie universelle (CMU)	41,2	44,3	42,3
Sécurité sociale	31,9	23,8	29,1
Aide médicale d'état (AME)	12,8	19,5	15,1
Aucune	7,8	8,4	8,0
Oui, mais ne sait pas laquelle	1,6	3,9	2,4
Ne sait pas	3,5	0,1	2,3
Ne veut pas répondre	1,2	0,1	0,8



- 
- 
- 

## Education pour la Santé

C'est toute combinaison d'expérience d'apprentissage planifiées, destinées à faciliter l'adaptation volontaire de comportements conduisant à la santé.

(Green)

- 
- 
- 

### 3. La gratuité au service du « contrat social » ?

3.1 Le point de vue du politiste

3.2 Le point de vue de l'anthropologue

3.3 Le point de vue du psychanalyste

3.4 La sociologie comparée

- 
- 
- 
- **3.1 « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune* ». L'article 1<sup>er</sup> de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, a ensuite été placé en 1791 en tête de la Constitution de la République française.**

- **Cependant, depuis la naissance d'un individu se développent de manifestes inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent directement l'espérance de vie, notamment au détriment des personnes aux revenus les plus faibles. La mortalité prématurée évitable touche également de façon très discriminante les différentes catégories sociales.**



**Comblé ces inégalités est donc, dans notre pays, en référence à la Constitution française, une question de justice sociale.**



- **Mais agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté le disputerait à l'incompétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont convoqués, qui ne s'inventent pas mais résultent de nécessaires processus d'apprentissage, enrichis par l'expérience.**

- 
- 
- 

## 3.2 Les théories de Marcel Mauss sur don et contre-don

- **1. Le don/contre-don est un contrat social**  
M. Mauss (1923), dans une étude comparative sur l'organisation de sociétés mélanésiennes, découvre le don/contre don comme **un contrat** fondateur des liens sociaux : « *une prestation obligeant mutuellement donneur et receveur et qui, de fait, les unit par une forme de contrat social* ».
- **2. Le don/contre-don est fondé sur la réciprocité**
- **3. Le don/contre-don permet d'appartenir à la société**

- 
- 
- 
- **Au total, pour Mauss :**
- (1) Le don/contre-don n'est pas gratuit, mais oblige la personne qui l'a reçu. Il ne se réduit pas à l'altruisme, mais il est aussi un moyen stratégique pour obtenir un contre-don.
- (2) Le don/contre-don permet de créer et d'entretenir des liens sociaux entre les individus, non seulement dans la sphère des proches mais dans toute activité sociale. Pour vivre en société il faut savoir donner, savoir recevoir, et savoir rendre ce que l'on a reçu.
- (3) Le don/contre-don procure au donneur une forme de prestige et d'honneur qui sera associée à sa prestation.
- (4) La liberté et la non-garantie de retour permettent de caractériser le don/contre-don des autres formes d'échange: celui qui reçoit le don peut exercer sa liberté de choisir, entre s'engager à le rendre ou de s'abstenir de le faire.
- (5) Le don s'initie dans le sentiment d'avoir reçu (nous sommes tous au départ en état de dette vis à vis de nos parents et nos proches) et il s'étend ensuite dans différentes micro ou macro-communautés.

- 
- 
- 

### • **3.3 Le point de vue du psychanalyste**

- « Quelques mots sur la fonction du paiement dans les traitements : le paiement structure la relation analytique en introduisant un élément qui pousse à rompre avec la compulsion de répétition. Alors que la relation est organisée pour favoriser la régression vers le processus primaire, pour susciter le rêve et le transfert, le paiement « corrige » la situation analytique. Il introduit un principe de réalité. La relation est banalisée. Elle se donne comme commerciale, contractuelle, et permet ainsi de rassurer les patients du fait même de leur déception. »

**La fonction symbolique de l'argent** par [Ilana Reiss-Schimmel](#) Membre de la Société Psychanalytique de Paris

**Patrick Declerck, : sur la relation asymétrique avec les personnes en précarité, « le sang nouveau est arrivé »**

**3.4 Alain Ehrenberg, sociologue, concernant le lien avec les spécificités nationales : « La société du malaise »**

- 
- 
- 

## 4. La participation des personnes pour évaluer (aussi) la décision sur la gratuité

S. Rifkin, la participation

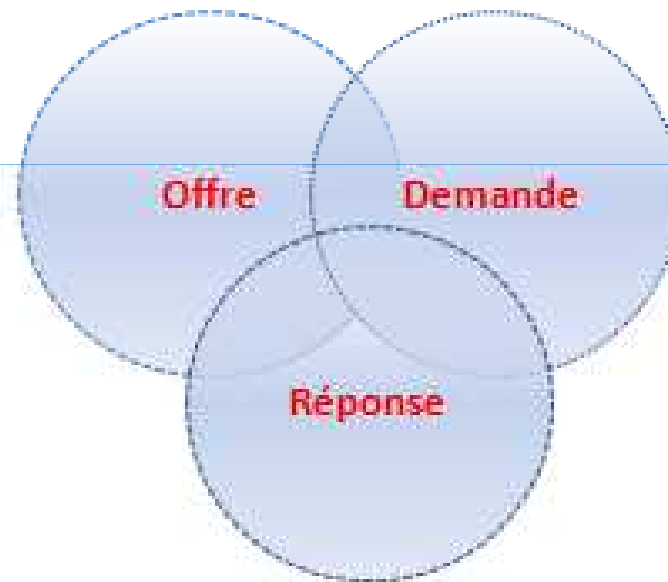
JP Deschamps, la convergence vertueuse

La santé communautaire

•  
•  
•

# Diagramme de JP Deschamps

La trilogie vertueuse





- 
- 
- 

## La santé communautaire\*

Quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe,

- **réfléchissent** en commun sur les problèmes de leur santé

- **expriment** leurs besoins prioritaires

- **et participent** activement :

- - à la mise en place

- au déroulement

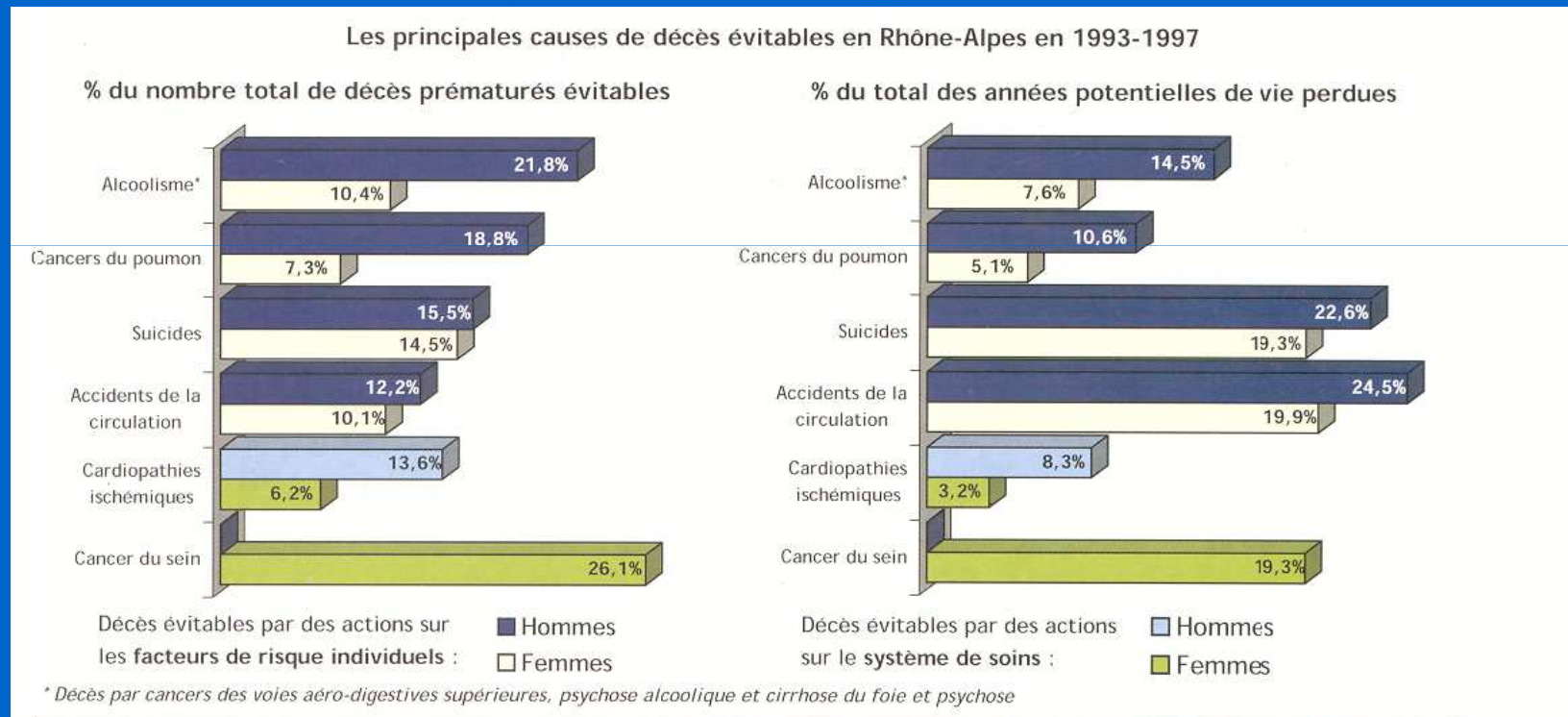
- et à l'évaluation

des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

\*MANCIAUX M., DESCHAMPS J.-P., *la santé de la mère et de l'enfant*, Paris, Flammarion Médecine Sciences, Paris, p.31, 1978

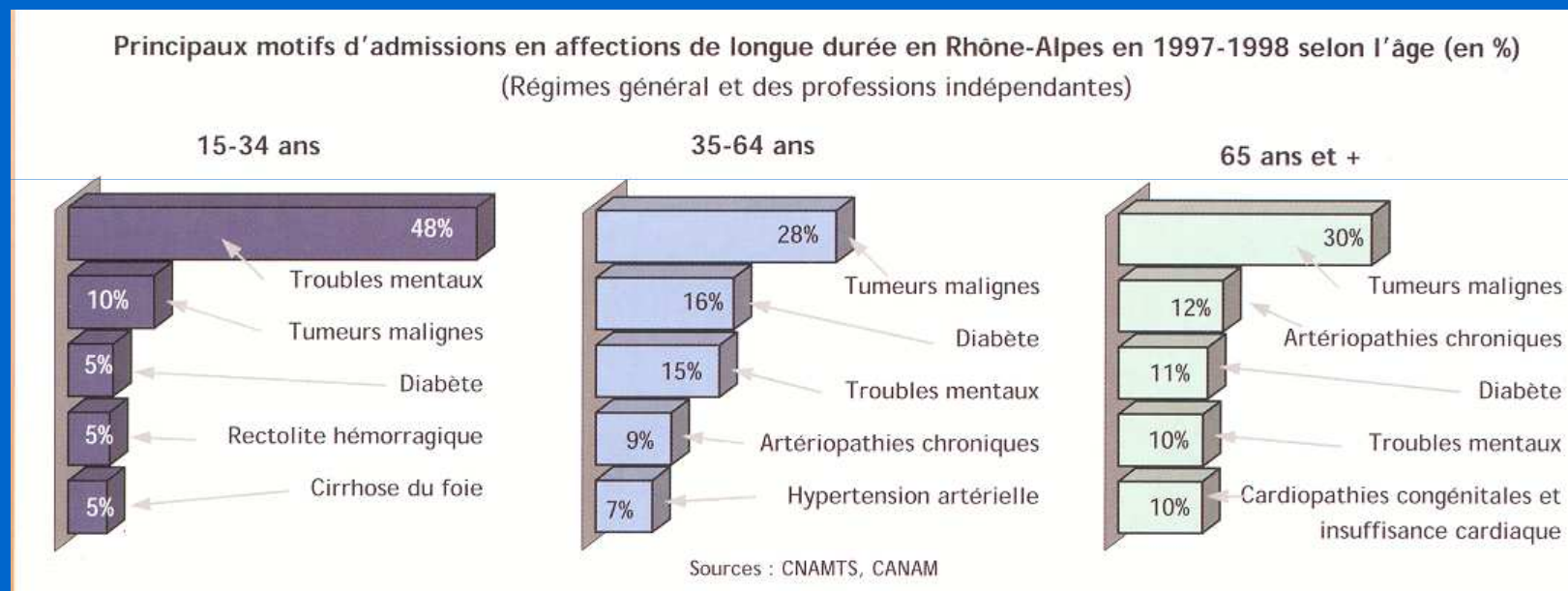
# Les causes de décès en Rhône-Alpes

Source : Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, 2001

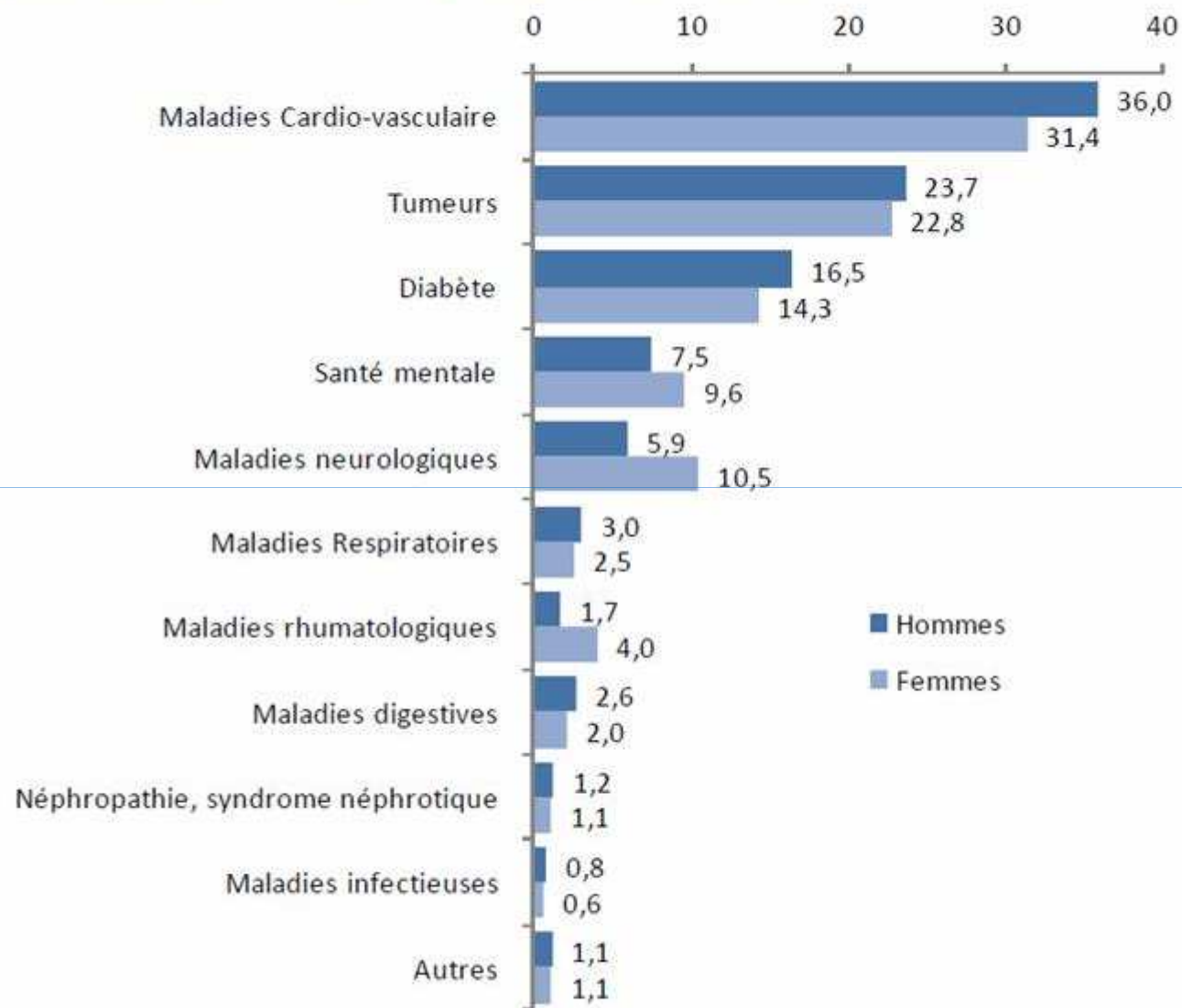


# Les maladies de longue durée en Rhône-Alpes

Source : Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, 2001



## Répartition (en %) des admissions en ALD sur la période 2006 - 2008 par grands motifs



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Exploitation ORS

## Taux comparatifs de mortalité prématurée\*

Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants - Moyenne annuelle sur la période de 3 ans 2005-2007

Source : Inserm - CepiDc - Fnors - Insee, RP2006

Données	Rhône-Alpes	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute Savoie
<b>Hommes</b>									
Toutes causes	245,9	255,5	273,3	253,1	230,4	269,7	240,5	254,7	231,4
dont tumeurs	96,8	97,8	106,6	96,3	91,2	107,9	99,6	95,5	84,1
appareil circulatoire	34,1	34,2	33,7	33,6	34,0	41,7	31,2	34,8	32,6
traumatisme, empoisonnement et causes									
extérieures	43,6	54,2	57,8	49,3	47,6	50,7	23,7	55,6	51,6
alcoolisme	26,1	25,6	31,8	22,8	25,3	35,1	22,3	27,1	25,8
<b>Femmes</b>									
Toutes causes	107,8	100,3	118,4	122,5	107,9	112,2	108,9	100,0	98,1
dont tumeurs	53,4	48,6	59,6	60,5	54,6	52,7	55,3	49,4	46,5
appareil circulatoire	11,1	9,8	13,3	11,3	10,6	13,6	10,7	11,1	10,4
traumatisme, empoisonnement et causes									
extérieures	13,6	17,2	16,8	18,2	15,6	14,7	8,2	14,0	14,9
alcoolisme	5,1	3,9	4,3	4,6	6,5	4,3	5,2	4,9	5,5

\* taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine

La santé  
des **populations**  
**vulnérables**



Coord. :  
Christophe Adam  
Vincent Fauchere  
Pierre Micheletti  
Gérard Pissal

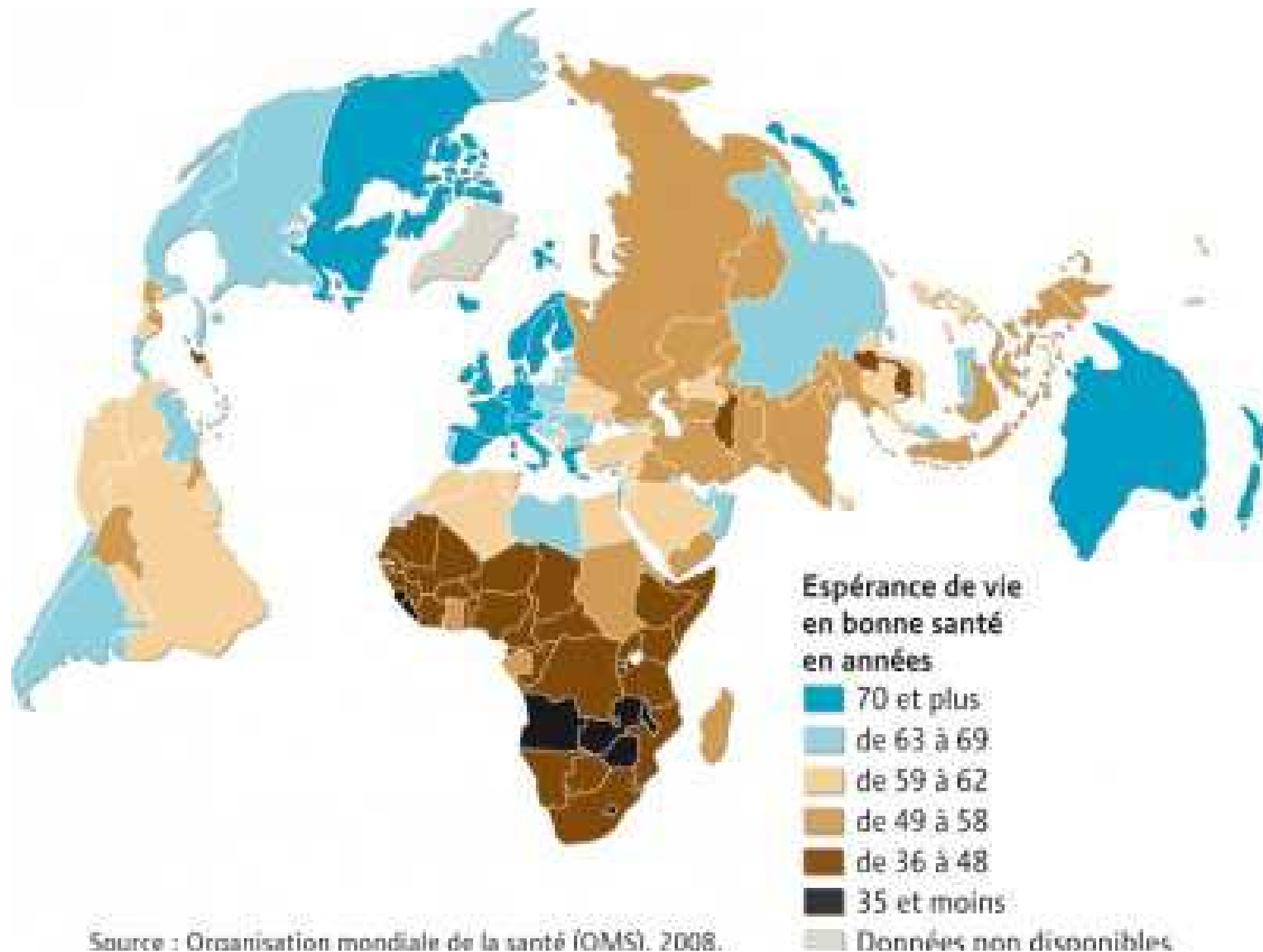


- 
- 
- 

## 5. Quelques données de santé internationales

# La situation dans les PVD

## Afrique : le continent de tous les enjeux ?



Source : Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008.



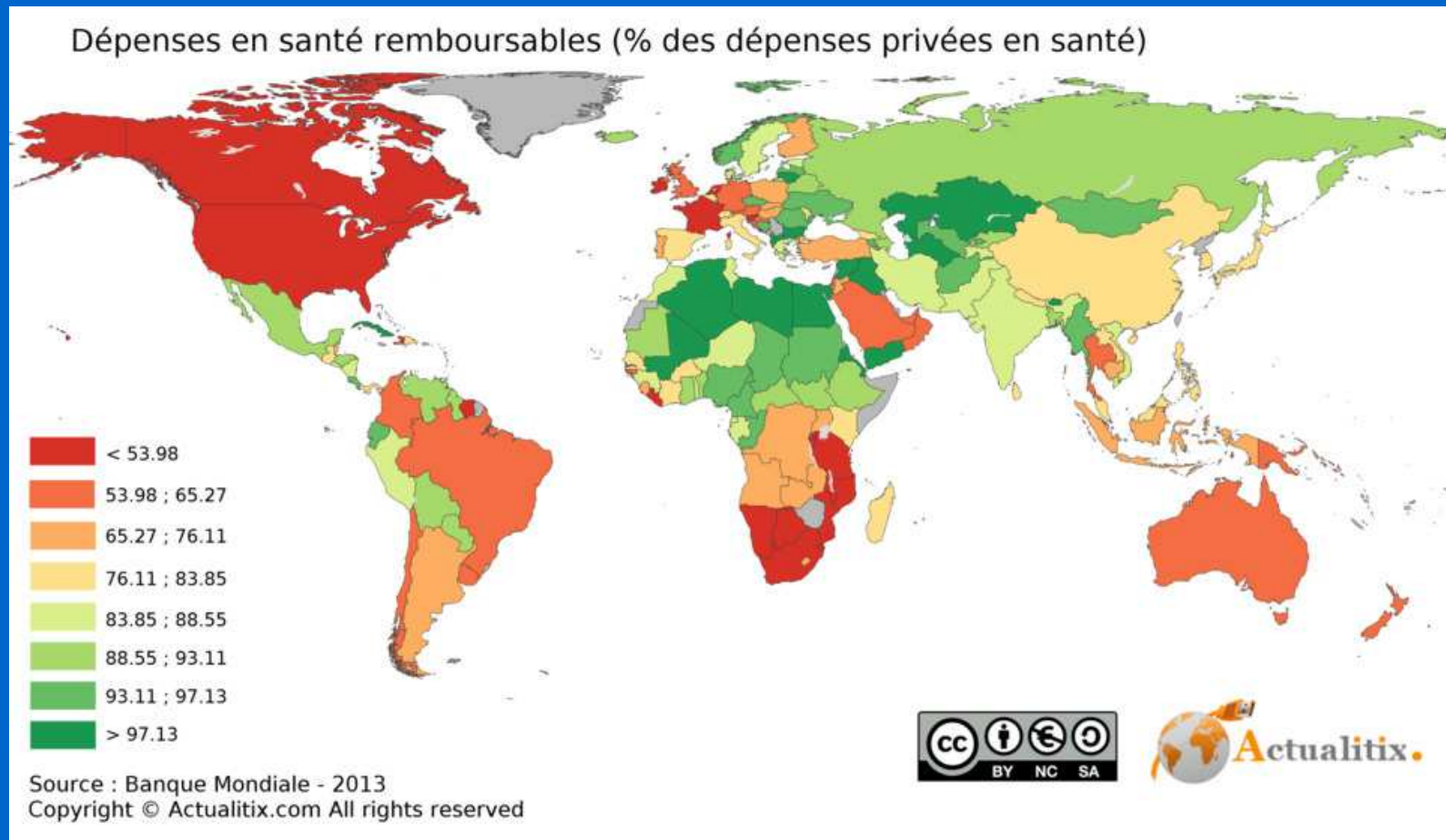
- 
- 
- 

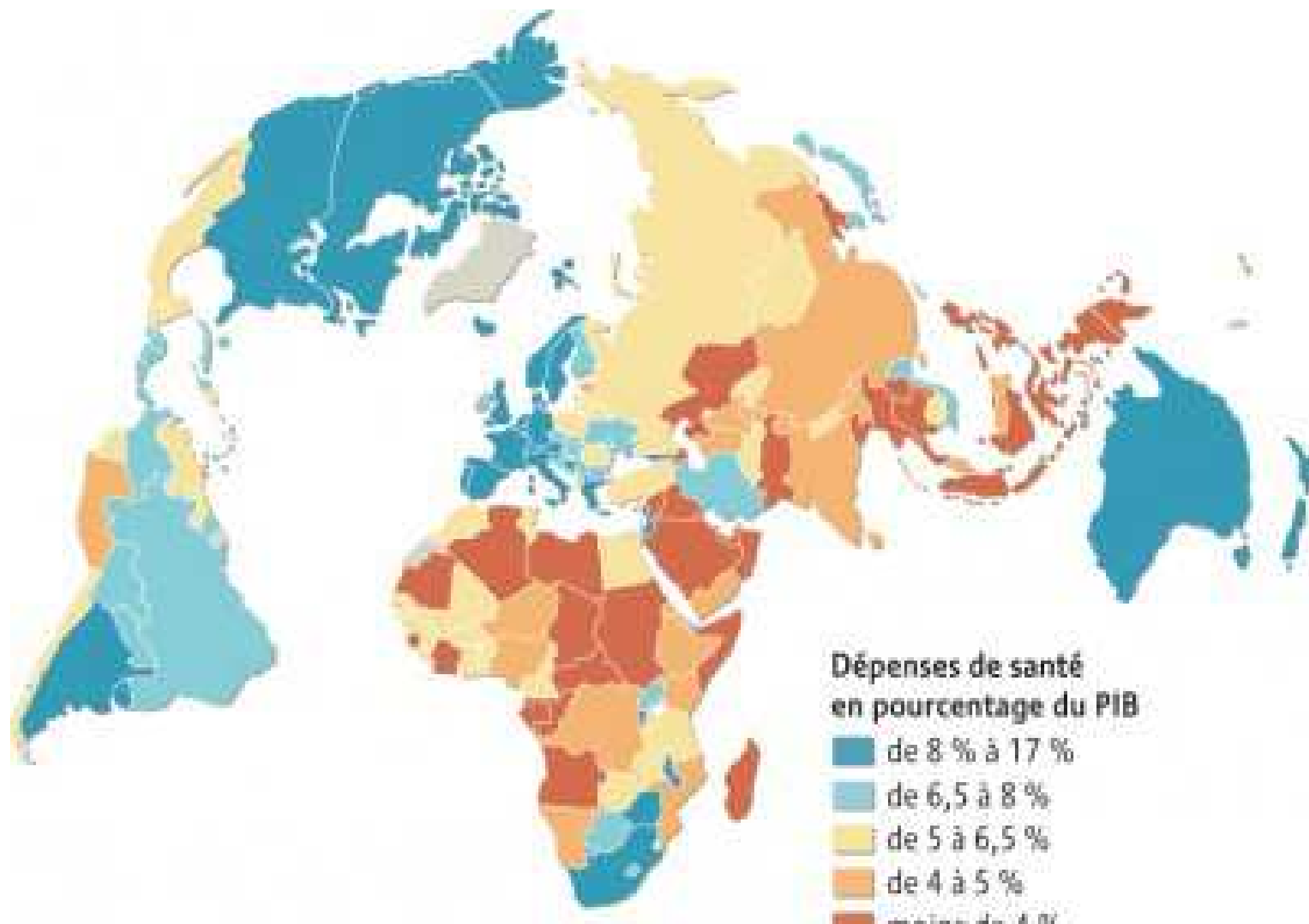
## Afrique 1. Où en est-on aujourd'hui ?

⇒ En 2012 l'Afrique compte 10% de la population mondiale, mais :

- L'espérance de vie y est plus faible que partout ailleurs
- Le continent enregistre 70% des décès mondiaux par le VIH, 75% des nouvelles contaminations. En Afrique centrale et de l'ouest, pour 4 malades éligibles, un sera traité
- La mortalité maternelle représente 50% des cas mondiaux
- La mortalité par le paludisme 90% des cas mondiaux
- Le continent abrite 3% des personnels de santé mondiaux

## Afrique 2 : quelles ressources pour faire face ?





Source : Banque mondiale, 2006.

- 
- 
- **Afrique 3 : population**  
**10% population mondiale en 2010, 25% en 2050, 40% en 2100!**

