

LA REDISTRIBUTION. EXEMPLE : LA SANTE

I- La redistribution :

Définition :

Qu'est ce que la redistribution ?

Les **revenus** qui naissent de la **production** sont **attribués** aux personnes qui participent à cette activité : **salaires, bénéfices, loyers, intérêts, dividendes**, etc.

Divers mécanismes interviennent pour prélever avant, pendant ou après, une partie de ce revenu économique et attribuer à des personnes différentes ou à la collectivité dans son ensemble : soit sous forme d'allocations en argent (prestations familiales, etc.), soit par les services publics mis gratuitement à la disposition des particuliers (réseau routier, santé, enseignement, etc.).

Ainsi, par le canal de la redistribution, se constitue le revenu social.

La redistribution s'interpose entre l'appareil productif et les ménages pour adjoindre au revenu économique un revenu social.

Elle a lieu dès que les revenus acquis par certaines personnes sont partagés entre d'autres. Cela veut dire qu'elle n'est pas indépendante de la façon ou les individus sont groupés, soit pour produire, soit pour consommer.

Elle dépend de l'organisation sociale.

II- Exemple : la santé

La santé est-elle un bien comme un autre ?

La santé n'est pas un bien comme un autre, pas plus qu'un état dont l'on pourrait tirer des normes de comportement.

Dans ce domaine, le concept de régulation est dangereux, car qui dit régulation dit normes, qu'elles passent par la loi du marché ou qu'elles se réalisent par des structures économiques et politiques. On

ne peut parler que d'optimum, d'« extension de la liberté » qui consiste ici, ajoute **Attali**, « à accepter que peut être défini comme un désir, non seulement d'être malade ou bien portant, non seulement d'avoir accès aux soins, non seulement d'avoir accès à une santé égale, mais d'avoir accès à un choix de ce qu'on appelle réussir, de ce qu'on appelle être bien portant, de ce qu'on appelle être heureux, de ce qu'on appelle s'assumer soi-même et si j'avais à définir ce qu'un comportement libre de l'utilisateur, je dirais que ce serait une société qui créerait les conditions où chacun puisse définir librement ce qu'il appelle être bien portant et malade, une société où chaque individu pourrait définir lui-même le choix de sa vie ».

1- Importance de la consommation médicale :

	1960	1970	1975	1979
Consommation médicale finale/ PIB/consommation finale des ménages	4,0	5,7	6,8	7,3
	7,0	9,5	11,0	11,8

Source : Ministère de la sante, C.R.D.O.C., 1979.

2- Consommation médicale par C.S.P.

	Dépense médicale totale par personne en 3 mois en France	Indice par rapport à la moyenne corrigé en France par âge et sexe	% représenté hospitalisation de la dépense médicale totale
Indépendants dont...	110	0,76	29,9
Exploitants agricoles...	110,5	0,76	33,7
Patrons industriels et du commerce...	109,2	0,77	24,3
Ouvriers...	131,5	1,04	40,7
Autres salariés dont...	143,8	1,09	27,1
Employés...	144,7	1,06	27,2
Cadres moyens...	133,4	10,4	24,1
Cadres supérieurs et professions libérales...	157,1	1,21	30,4

A.et A. Mizrahi, C.R.E.D.O.C., 1977.

III- Les facteurs de la médicalisation :

Il faut préciser quels sont les facteurs qui engendrent une plus ou moins grande fréquence de recours aux soins médicaux.

Distinguons les facteurs **démographiques, psychologiques, juridiques et économiques.**

1- Les facteurs démographiques :

La structure de la population engendre de fortes disparités dans la consommation médicale. En effet, la fréquence des maladies varie selon l'âge. Le risque de morbidité est très élevé à la naissance, minimal entre 10 et 20 ans, puis croît ensuite exponentiellement avec l'âge.

La mortalité est **60 fois** plus forte dans la première année qu'entre **10 et 14 ans** et **165 fois** plus forte entre **70 et 79 ans**.

La consommation de soins est **3 à 5 fois** plus élevée aux âges extrêmes de la vie. Ce phénomène est d'ailleurs mondial puisqu'en **Suède** on a calculé qu'un « **grand** » vieillard consomme **5 fois** plus de soins qu'un adulte de **20 à 30 ans**.

2- L'influence du sexe :

Les femmes ont une consommation médicale plus élevée que celle des hommes. Cependant, aux âges extrêmes, leur mortalité est de moitié moins élevée que chez les hommes.

3- Les facteurs psychologiques :

Plusieurs facteurs semblent expliquer les différences de comportement dans le recours aux soins médicaux. Ce sont : le lieu d'habitat, le niveau d'instruction, la composition de la famille, la catégorie socio-professionnelle et le degré de morbidité « **ressenti** ».

En milieu rural, la consommation médicale par personne est moindre qu'en milieu urbain.

En effet, la connaissance des progrès médicaux est mieux diffusée auprès d'individus instruits, curieux de faire appel aux nouvelles possibilités de la médecine.

Comme il n'existe aucune donnée sur l'**état pathologique réel** de chaque individu, constaté après des examens médicaux systématiques, le degré de morbidité est celui qui est « **ressenti** » par des consommateurs de soins ou leur entourage.

Or, l'attention que chaque individu porte à sa santé dépend des variables (socio-professionnelles : âge, sexe, profession, etc.) et explique les soins très attentifs aux jeunes enfants, la négligence des hommes pour leur santé et celle des vieillards qui ont un degré de morbidité très réel et un besoin de soins plus élevé que celui qu'ils déclarent aux enquêteurs.

Le recours spontané aux soins médicaux n'est donc pas toujours proportionnel au degré de morbidité réel des individus.

Cependant, les affections graves qui atteignent les sujets économiques, quelque soit l'attention qu'ils portent à leur santé, telles les accidents, maladies « **objectives** », infirmités, engendrent un besoin de soins médicaux impératif et donc une demande solvable de soins : ainsi s'explique le fort recours aux soins médicaux des jeunes enfants et des vieillards.

IV- Financement :

La quote-part payée par les ménages varie considérablement selon la nature des soins.

Ainsi, en 1977 ils ne déboursent rien en moyenne pour les transports de malades et moins de 7% pour l'hospitalisation.

En revanche, s'ils vont chez le dentiste, il leur faudra payer les 60% (en moyenne de la dépense et 50% s'il s'agit des cures thermales).

Quand aux soins de médecins et de pharmacie, ce qui reste à leur charge est respectivement de 27,7% et de 34,5% du montant payé.

S'agissant des trois grands secteurs, les secteurs médicaux sont relativement les moins couverts : la participation des ménages étant de 36,1% en 1977.

Ce qui apparaît le plus nettement entre 1970 et 1977 est la progression du financement assuré par la sécurité sociale.

Ce résultat traduit essentiellement la part croissante des remboursements. Dans le cadre du régime général, cette proportion passe de 55 à 68%.