

Comparaison des politiques de réduction des inégalités régionales de santé en France : la gestion centralisée des enveloppes hospitalières versus les priorités régionales de santé publique.

Martine Bellanger et Alain Jourdain
ENSP et LAPSS Avenue du pr. Léon Bernard 35043 Rennes
Martine.bellanger@ensp.fr; alain.jourdain@ensp.fr

Introduction

La question de la répartition occupe depuis longtemps l'attention des économistes, c'est ainsi que dans les années 1970, J. Lecaillon¹ oppose les approches néo-classique et keynésienne. Dans la première approche, il existe des marchés de facteurs de production où la confrontation des offres et de demandes aboutit la détermination des prix (salaires, intérêt du capital...) responsables de la répartition des revenus. Dans la seconde approche, le revenu national est un agrégat macro-économique où des groupes organisés s'efforcent d'exercer une action sur leur niveau de rémunération et l'Etat intervient pour arbitrer les conflits.

Dans sa version moderne cette opposition se fait entre redistribution pure et redistribution efficace (Piketty, 1999)². Dans un cas l'équilibre de marché est efficace, mais des considérations de justice sociale exigent une redistribution. Dans l'autre cas les imperfections du marché impliquent des interventions directes dans le processus de production pour améliorer l'efficacité et l'équité de l'allocation des ressources.

Avec le développement des états providence, le second courant a pris une véritable ampleur et l'interrogation fondamentale sur la répartition des ressources collectives est devenue un enjeu des politiques publiques (Curtis et Taket (1996), Mc Guire, Henderson, Mooney (1988)).

L'affectation des ressources consacrées à la santé, en particulier dans les économies développées, relève de cette interrogation. Il est donc devenu légitime de considérer le problème de l'allocation des ressources aux hôpitaux comme une question économique générale. En effet, cette dernière renvoie à la rationalité de l'approche à développer et donc au cadre théorique plus global comme base normative. Toutefois, l'explicitation de cette référence n'est pas si aisée qu'il y paraît de prime abord. En effet, dans la pratique, des considérations basées sur la "réduction des écarts", ou "la distance à la moyenne" servent de critère pour établir des mécanismes d'allocation des ressources, notamment dans le cas de disparités géographiques, comme celles concernées par l'étude.

Par ailleurs, nous considérons que l'approche économique de la santé dans sa dimension pragmatique ne peut se concevoir sans recours à l'étude des grands indicateurs de santé publique pour évaluer les résultats d'un système en fonctionnement. Une politique efficace en santé doit permettre d'atteindre des buts collectifs partagés, sa contribution à la réduction des inégalités de santé peut constituer un des critères de l'efficacité de l'allocation des ressources en différents points du territoire.

¹ Lecaillon Jacques (1971) Cours d'analyse économique. La cité de Droit, Paris.

² Piketty T. (1999) L'économie des inégalités. La découverte, collection repères.

Mais, si l'analyse des résultats en termes d'efficacité et d'équité s'avère nécessaire pour connaître les répercussions sur les usagers du système de santé, il n'en demeure pas moins que ces résultats doivent être rapportés à des approches retenues par le ou les décideurs. Ces approches peuvent être qualifiées de « substantielles » ou de "procédurales", par analogie aux modèles de rationalité développés par Simon (Simon 1976)³. En l'occurrence, les approches dites "substantielles" caractérisent les situations où le décideur définit d'abord un objectif qui peut se traduire sous la forme d'un indicateur, puis les meilleurs moyens pour l'atteindre sont déterminés, après avis de groupes d'experts, par exemple. Les approches dites « procédurales » appréhendent les choix retenus par un (ou des) décideur(s) dans le cadre d'un processus démocratique complexe. Dans ce dernier cas, ce sont les procédures qui permettent de rapprocher les unités de décision, pouvant être désignées par les niveaux de territoire, comme les régions.

De façon schématique, à ce stade de l'analyse, il est possible d'associer la première politique à la conception classique de l'économie (économie du bien-être) qui consiste à établir que celle-ci crée de la croissance mais qu'elle doit ensuite gérer la répartition des richesses produites selon la vision utilitariste⁴. La recherche de l'efficacité sous la forme du maximum des utilités constitue l'une des expressions de la base instrumentale de cette démarche où seul compte le résultat accompli. La seconde politique repose sur une conception de justice économique ou d'équité. Elle passe par la définition de priorités sur une base démocratique et vise d'emblée à réduire les inégalités de santé entre individus ou groupes d'individus, ou entre régions.

La question posée dans ce papier est de savoir si l'une des deux approches a un impact plus important que l'autre en termes de meilleure allocation des ressources et de réduction des inégalités d'état de santé. Pour répondre à cette question, l'analyse est conduite en trois temps. Dans le premier, il s'agit de situer les deux types de politiques de réduction des inégalités régionales de santé en France au regard des logiques économiques d'intervention qui les sous-tendent (1). Ensuite, les méthodes retenues pour l'analyse statistique et les résultats sont présentés (2). Enfin, dans le dernier temps, les résultats sont analysés en portant une attention particulière sur les difficultés inhérentes à certaines approches économiques dans le cas de la définition des priorités de santé et des ressources à allouer (3).

1- Problématique des deux politiques étudiées

Ces deux politiques sont nées au début des années 1990 elles portent sur la question des inégalités régionales de santé. Ces politiques ont été formulées dans le droit fil des deux rapports importants pour le système de santé : le rapport Soubie (Santé 2010) et le rapport du Haut comité de la santé publique de 1994.

³ Simon H.A., "From Substantive to Procedural Rationality", in Latsis S.J. (ed.), *Method and Appraisal in Economics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1976 : 129-148. "Le modèle de "rationalité substantielle correspond à l'analyse du choix qui se focalise sur le résultat, le second met en valeur l'aspect délibératif du choix". Mais en réalité, les deux ne s'excluent pas. La première pose la question de l'appropriation des choix concernant les moyens à la réalisation des objectifs, compte tenu des limites résultant des contraintes du milieu. La "rationalité procédurale s'interroge, à la lumière des pouvoirs et des limitations cognitives de l'homme, sur l'efficacité des procédures utilisées pour décider de ses actions" (Bellanger, 1996).

⁴ Par l'exemple, "l'utilisation du critère de Pareto dans la détermination des politiques publiques va au-delà de la théorie du bien-être et embrasse le conséquentialisme, dès lors que le choix des actions ou des institutions doit respecter ledit critère. La justesse des actions doit être jugée entièrement par la qualité de la situation qui en résulte", (Sen 1993, p. 272.).

1-1 La gestion centralisée des enveloppes hospitalières hospitalières

La dotation globale hospitalière régionale a été introduite par la réforme Juppé. Elle trouve son origine dans l'inégale répartition de la dépense de soins entre les régions en France. Exprimée en termes de différences de dotation financière rapportée au niveau de mortalité cette inégalité a une intensité de l'ordre de 20% autour de la moyenne nationale⁵.

Un groupe de travail a défini ainsi la problématique (Sailly 1998): les conditions de réussite devaient être que les régions ayant le plus de mortalité reçoivent davantage de ressources, que ces ressources soient investies dans des services efficaces destinés à une population ayant un réel besoin de ces ressources. A cet effet, une allocation de ressources est définie sur la base de contrats prioritaires (COM), de PRS ou d'enveloppes transversales destinées notamment au financement de réseaux. Autrement dit, l'allocation des ressources régionales suppose plusieurs conditions:

- l'existence de professionnels et des structures de soin susceptibles d'apporter une réponse pertinente au problème de santé
- le financement de services les plus efficaces (hôpitaux bien gérés, sans gaspillage)
- l'accès aux soins produits de manière efficiente pour les populations qui en ont le plus besoin (géographiquement accessibles, financièrement abordables, culturellement acceptables).

Quelle est la rationalité économique de cette première approche ?

Elle n'est pas particulièrement évidente, d'autant que l'allocation de ressources a été utilisée à des fins de réduction des inégalités régionales, uniquement pour l'enveloppe hospitalière, à partir de 1998.

La méthode de péréquation des écarts entre enveloppes régionales retenue par le Ministère de la santé consiste à calculer l'écart entre un montant « optimal » et le montant actuellement observé dans chaque région, cet écart étant destiné à être comblé dans un intervalle de temps relativement court. Le calcul réel tient compte de la structure d'âge de la population, de l'indice comparatif de mortalité et de la valeur du point ISA dans la région.

En termes économiques, cette méthode de péréquation part de l'hypothèse que le bien-être d'un habitant d'une région au regard de sa santé est fonction de la durée de vie de ses concitoyens, de leur consommation de services de santé et de la bonne gestion des services de sa région. Cet habitant ne connaît pas la valeur relative de la dotation de sa région, mais au nom d'une aversion pour les inégalités, il admet le principe d'une allocation régionale de ressources qui consisterait à égaliser les scores régionaux de bien-être moyen des habitants. Le décideur politique national connaît la valeur relative de la sur (ou sous) dotation des régions et agit en conséquence en modulant l'allocation des ressources. Dans chaque région il attribuera des crédits supplémentaires, pour assurer la péréquation des ressources, aux programmes de la région choisis parmi ceux qui sont nouveaux, liés aux priorités régionales, faisant partie d'actions transversales (réseaux, démarche qualité). Cette action du décideur (le ministre) est soumise à un contrôle démocratique par le biais des élections et le décideur régional (DARH) est soumis au contrôle du ministre qui nomme et révoque les directeurs d'ARH.

Ce modèle sera discuté plus loin, notamment au regard des théories économiques.

⁵ Jourdain A. (2003) La principe d'équité dans les politiques de population des années quatre-vingt dix. Editions ENSP.

1-2 Les priorités régionales de santé publique

La seconde approche de réduction des inégalités régionales fait suite au rapport du Haut comité de santé publique de 1994 (La santé en France). Pour répondre aux priorités nationales définies dans ce rapport, le ministère de la santé engage chaque région à définir ses propres priorités de santé publique et à les mettre en œuvre dans le cadre de programmes régionaux de santé (PRS). Bien qu'il ne soit pas explicitement fait état d'un objectif de réduction des inégalités régionales de santé dans la circulaire ministérielle de 1997 qui organise ces programmes, le fait de s'attaquer aux causes de mortalité les plus importantes de la région doit permettre en principe un rattrapage plus rapide du retard et donc conduire finalement à une réduction des inégalités de mortalité entre régions (ASPHER, 1999).

La rationalité économique de cette seconde approche est de type procédural et n'a pas de fondement scientifique clairement établi. Nous proposons d'interpréter cette seconde approche à partir de la notion de justice comme équité (J. Rawls). Il s'agit de définir une répartition des services collectifs offerts par les programmes de santé publique dont la liberté d'accès est garantie à tous sans restriction, où les inégalités d'accès sont tolérées seulement lorsqu'elles permettent d'assurer un meilleur service à d'autres niveaux du système de soins, et où les positions occupées par les différents acteurs sont ouvertes (McGuire A. et al., 1988, pp. 70-71).

Dans ces conditions précises, un décideur neutre, placé sous voile d'ignorance décidera que la juste répartition des ressources correspond au Maximin. La notion de consensus par recoupement définie par Rawls dans son débat avec Habermas (1993 et 1997 pp. 69 à 71) remplace la notion contestée de voile d'ignorance. Ce consensus procède par construction d'un contrat social entre les citoyens, qui devra suivre les étapes suivantes :

- un premier temps est celui de la justification "relative", où se définit par la raison publique une conception de la justice dont les valeurs politiques sont "convenablement ordonnées ou équilibrées" et dont on s'est assuré de l'exhaustivité par l'examen d'une marge éventail de questions politiques ;
- dans un deuxième temps, la "justification pleine et entière" des principes de justice retenus est donnée par le citoyen individuel, membre de la société civile, qui ancre la justification politique dans sa propre doctrine "globale" (*comprehensive*) ou communautaire. Il s'agit d'un moment d'appropriation individuelle (ou par association des individus) de la conception politique, qui procède par ajouts d'éléments non politiques, issus de la conviction communautaire, et vient enrichir cette dernière ;
- un troisième temps de "justification publique" vient fonder la stabilité du compromis politique sur les bonnes raisons et la légitimité de ces associations d'individus, y incluant les éléments ne faisant pas partie de la conception politique initiale.

Dans le cas des PRS, nous pouvons alors reformuler la question de la rationalité économique de la réduction des inégalités régionales de santé. Si la procédure de construction des PRS répond aux conditions définies précédemment pour le consensus par recouplement, la juste politique à suivre sera celle du Maximin, qui consiste à accorder le maximum de ressources aux régions les plus défavorisées. Qu'en est-il en réalité ? En 1994, de nouveaux dispositifs se sont mis en place sous forme de Conférences régionales de santé (CRS) en France pour renforcer la consultation auprès des principaux courants d'opinions, qui peuvent sélectionner dans un cadre formel les principes généraux de la politique régionale (jury de la conférence), les amender en fonction des remarques des différentes catégories d'acteurs (débat en CRS), et les mettre en œuvre (PRS). Une telle procédure devrait donc permettre de s'assurer de la

participation « pleine et entière » des habitants des différentes régions dans la définition d'une politique de santé qui assurera une redistribution maximale des ressources vers les plus défavorisés.

Les conditions d'une réduction des inégalités régionales sont donc en partie remplies, qu'en est-il dans la réalité ?

2- Méthodes et résultats

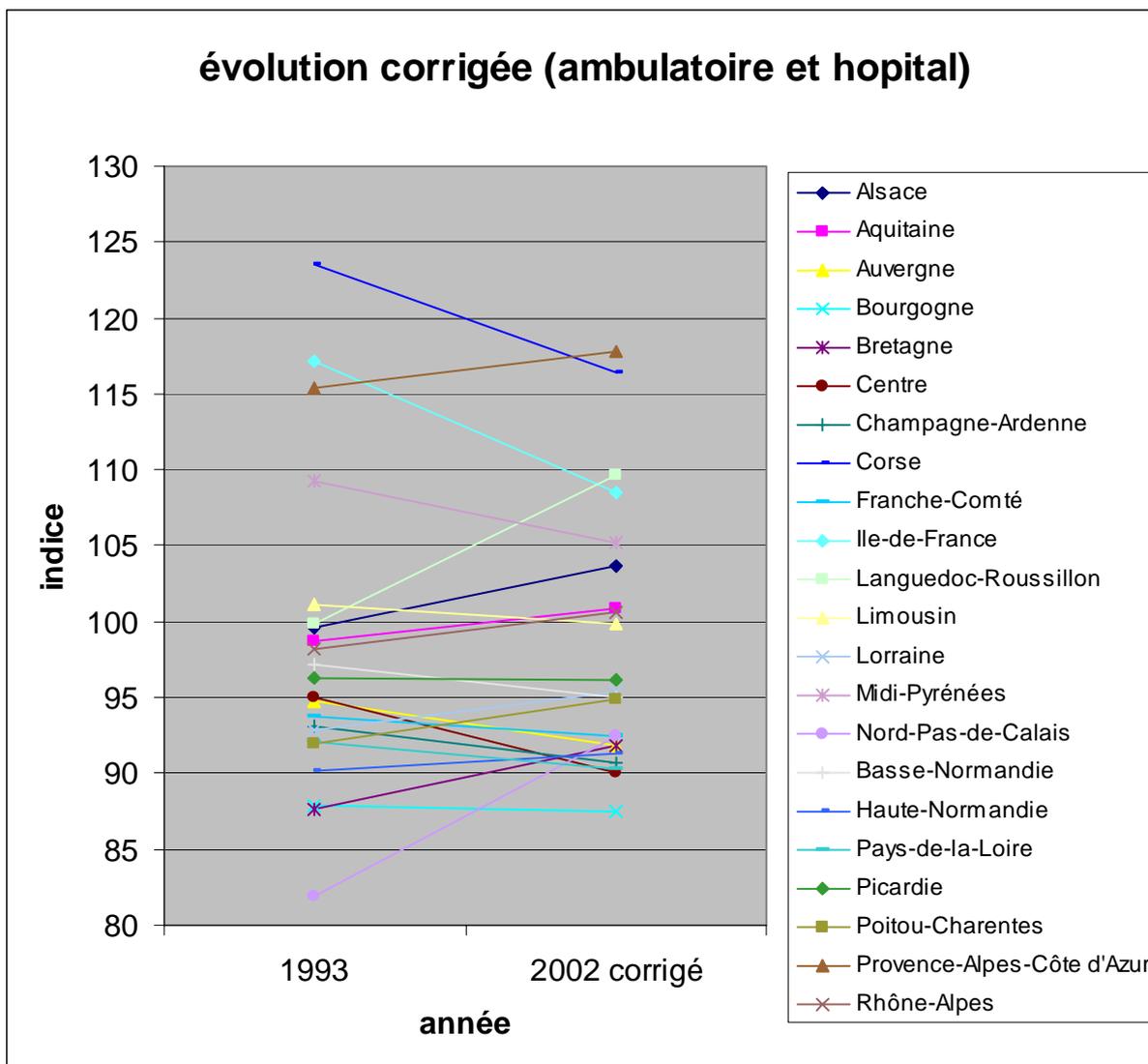
Avant d'analyser de manière critique la rationalité des approches précédentes, nous examinons les résultats obtenus par ces deux politiques.

2-1 Equité distributive

Dans une série de travaux précédents nous avons proposé de déterminer l'équité distributive d'un système de santé par la comparaison de ressources régionales effectivement disponibles, mesurées à partir du montant d'une enveloppe régionale finançant les soins de santé ajustée en fonction de la structure d'âge et du niveau de mortalité (Données annuaire régional CNAM ; Jourdain, 1999). L'indice retenu pour ce faire était le rapport entre la dotation d'assurance maladie observée dans une région divisé par la dotation « optimale » qui tiendrait compte de la structure par âge et de l'indice de surmortalité. Cette dotation totale ne peut être calculée pour la période la plus récente car les indicateurs disponibles sur la période 1990-93 ne le sont plus. Nous avons donc calculé une estimation de cette dotation pour l'année 2002 en additionnant la dotation hospitalière régionale finale et les montants des honoraires versés aux généralistes et aux spécialistes dans chaque région pour estimer la dépenses régionale relative au total des soins de santé.

Les résultats apparaissent dans le graphique 1 suivant.

Graphique 1 : évolution du rapport entre dotation observée et théorique



Une telle évolution montre un certain rattrapage des régions les plus en retard et une convergence vers la moyenne pour les mieux dotées. L'interprétation de ces données doit toutefois être faite avec prudence car il s'agit de séries hétérogènes, reconstituées avec des données incomplètes, en particulier les forfaits d'hospitalisation privée sont inclus dans l'indice de 1993 et non dans celle de 2002.

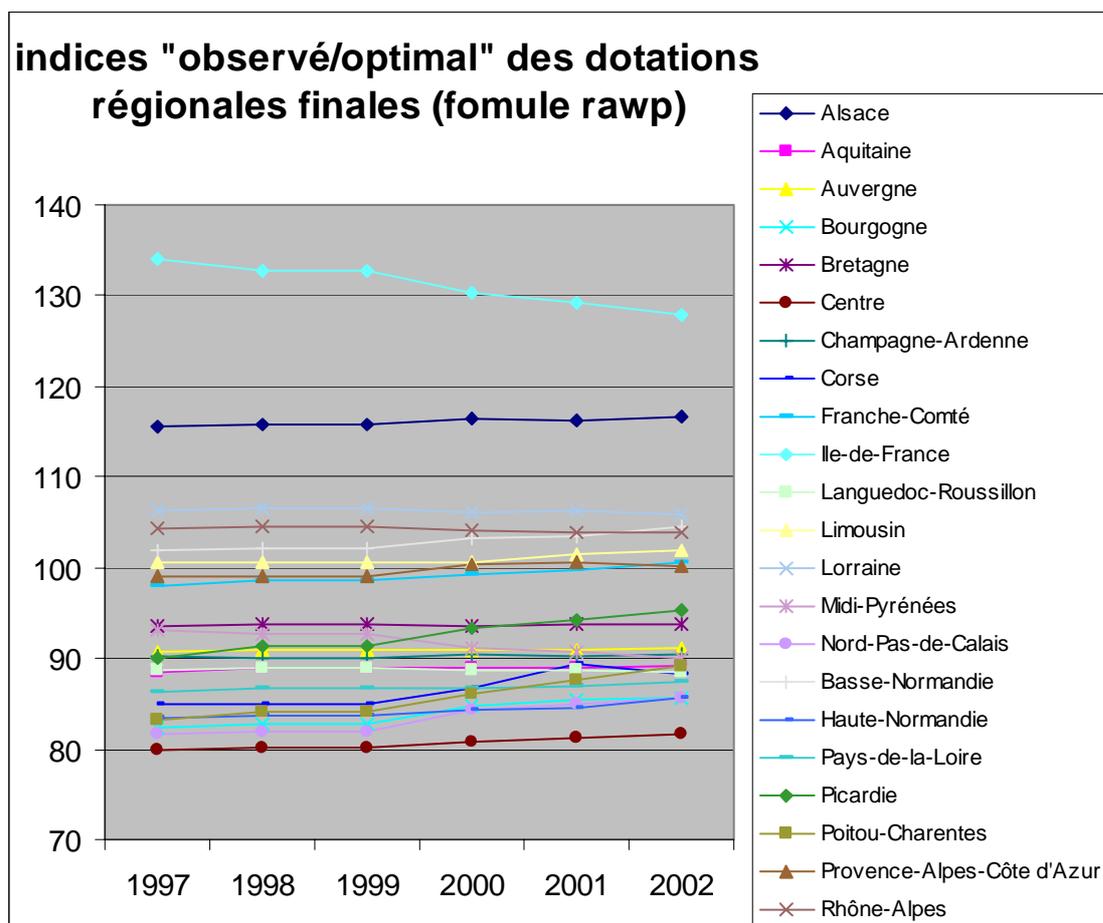
Tableau 1 Taux de variation des enveloppes hospitalières et des taux bruts de mortalité, par région

Région	Taux de variation des enveloppes de 1997 à 2002	Taux de variation du TBM entre 1998 et 2002
Poitou-Charentes	7,1	-1,3
Nord-Pas-de-Calais	4,9	0,8
Picardie	5,9	1,3
Ile-de-France	-4,7	-3,9
Midi-Pyrénées	-3,2	-3,9

On peut néanmoins tenter de voir si les régions qui ont bénéficié d'un rattrapage significatif ont eu de meilleurs résultats en termes de baisse de mortalité que celles dont la dotation moyenne a baissé. On compare donc les résultats obtenus par Picardie, Nord Pas de Calais et Poitou Charente qui ont eu la meilleure progression aux résultats de Ile de France, Corse et

Midi Pyrénées qui ont eu la régression la plus forte. Cette comparaison n'est pas probante : ceux qui ont connu une baisse de leur enveloppe ont eu une baisse de mortalité plus forte !

En raison de cette rupture de continuité dans la série des données, nous avons dans un second temps appliqué la formule précédente de mesure de l'équité distributive à la seule enveloppe hospitalière, à partir de 1997 jusque 2003 en nous appuyant sur les informations fournies par les annexes des circulaires annuelles budgétaires. Le résultat est représenté dans le graphique suivant.

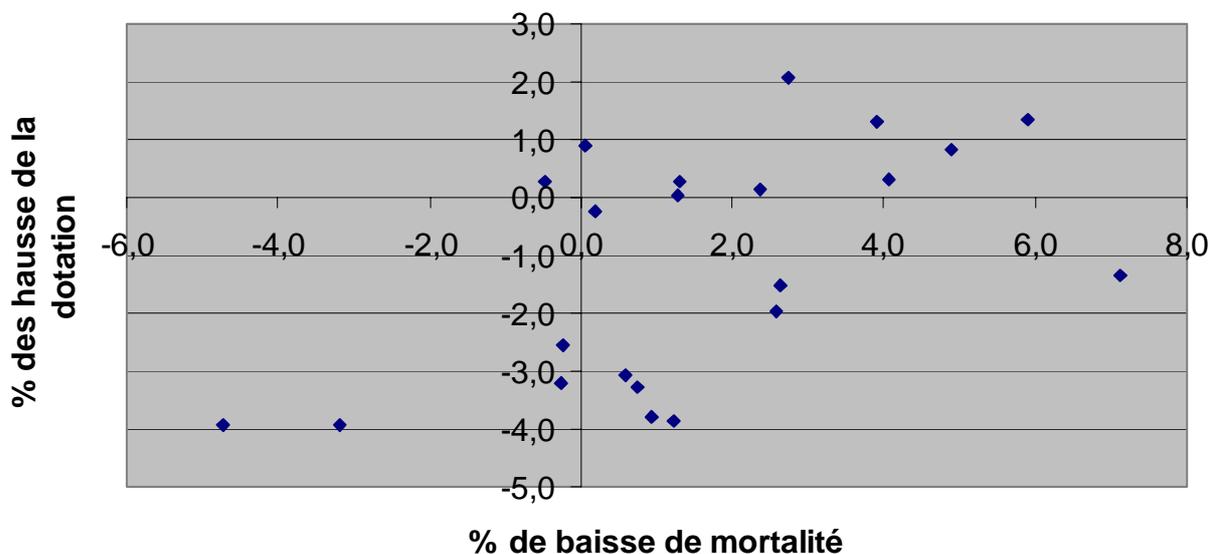


Nous pouvons à nouveau comparer les régions dont la dotation s'est améliorée, et sont donc supposées avoir une baisse de mortalité notée en valeur relative entre parenthèses Poitou Charente (-1,3), Nord pas de calais (+0,8) et Picardie (+1,3) avec celles qui ont connu une baisse de leur allocation (Ile de France (-3,9), Lorraine (+0,3), Rhône-Alpes (-2,6).

Le graphique suivant montre le résultat du traitement des séries « variation de la mortalité et de l'enveloppe hospitalière » : le coefficient de corrélation de Pearson est de 0,55636573, le coefficient de détermination⁶ **R2**: 0,30954282. Le plus surprenant est que la corrélation est positive : c'est dans les régions à plus forte baisse de mortalité que l'on retrouve les baisses d'enveloppes hospitalières les plus fortes.

⁶ (coefficient de détermination R^2 d'une régression linéaire ajustée aux observations contenues dans les arguments y_connus et x_connus . Le coefficient de détermination peut être interprété comme la proportion de la variance de y imputable à la variance de x)

% baisse du TBM entre 1998 et 2002 comparée à la hausse de la dotation financière régionale



A cette analyse statistique on peut ajouter une série d'arguments développés par l'IGAS : La réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements suppose la prise en compte de certains critères : besoins de la population, orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), activité et coûts des établissements. A cette fin, un système de péréquation interrégionale a été mis en place à partir de la campagne budgétaire pour 1997. La première étape a consisté à déterminer la dotation-cible que chaque région devait atteindre à l'issue du processus de réduction des écarts. Pour cela, deux sous-enveloppes ont été distinguées :

- une pour le court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique ou MCO), dont la cible a été calculée à part égale sur la base de deux indicateurs : un indicateur de besoins (la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public, toutes disciplines confondues) et un indicateur d'efficacité (la valeur régionale du point ISA, obtenue en divisant la somme des budgets hospitaliers de court séjour de la région par le nombre de points ISA produits par les établissements de la région) ;

- une pour les autres activités (soins de suite ou de réadaptation, psychiatrie), établie sur la base du seul critère de la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public.

A compter des campagnes budgétaires pour 1998 et 1999, deux critères supplémentaires ont été introduits dans le mode de calcul des dotations régionales cibles en MCO. En raison des observations du Haut comité de santé publique, il a été tenu compte des flux de patients entre régions en majorant la dotation des régions attirant des patients venus d'autres régions¹⁹⁰ et en minorant celle des régions pour lesquelles le flux de patients est négatif. D'autre part, à défaut d'indicateurs de morbidité, l'état de santé de la population régionale est pris en compte par le biais de l'indice comparatif de mortalité¹⁹¹, c'est-à-dire le nombre de

décès observés par rapport à un nombre de décès théorique. La combinaison de ces critères permet de calculer, pour chaque région, une dotation théorique, réévaluée chaque année. L'objectif du système de péréquation nationale est de faire progresser plus vite les dotations régionales inférieures aux dotations cibles et moins vite les dotations régionales supérieures aux dotations cibles.

La progression annuelle des dotations régionales est déterminée par l'horizon fixé au terme du processus de réduction des écarts. Selon que ce terme est plus ou moins lointain, la contrainte pesant sur la progression de l'enveloppe des régions surdotées par rapport à leur dotation cible sera plus ou moins forte et l'« apport » annuel de péréquation, pour les régions sous-dotées, sera plus ou moins important. L'horizon de la péréquation a été porté de 17 ans à 30 ans à compter de 1999 : le processus de réduction des écarts devrait donc s'achever en 2028.

2-2 Equité procédurale.

Dans cette seconde partie nous avons testé l'hypothèse d'une réduction des inégalités de santé entre régions par les programmes régionaux de santé (PRS). Il s'agit de savoir si le fait de mener des programmes de santé publique sur la base de priorités régionales permet une réduction des inégalités entre régions.

Pour tester cette hypothèse nous avons, dans une publication récente, travaillé sur la mortalité par suicide. Les résultats étaient assez probants dans la mesure où les régions ayant organisé un PRS avaient connu un recul un peu plus important de mortalité dans la période récente.

Ainsi, cette évolution fut la suivante :

Tableau 2 Evolution de la moyenne des TCM par suicide en % (sexe masculin)

Régions	89-92	92-95	95-98
régions sans PRS	2,0	-2,0	-6,7
régions avec PRS	0,3	-1,8	-11,7

Source Cepidc

Dans les régions ayant réalisé un PRS (période 1995-1998) la baisse de mortalité est plus forte que dans les régions n'ayant pas réalisé de programme. La baisse imputable à ces programmes peut être estimée d'environ 5%

Nous avons poursuivi ce travail pour deux autres causes de mortalité dont les programmes semblent avoir donné de bons résultats globaux, selon le bilan réalisé par le HCSP au moment de la loi de santé publique. Ces deux causes sont l'alcool et le cancer. Plus précisément Il s'agit des psychoses alcooliques et alcoolisme et cirrhose alcoolique (291,303, 571.O-3,5) ; et des cancers du poumon (162, VADS (140-149, 150, 161), sein ((174), utérus (179,180,182), colorectal (153-154), mélanome (172).

Nous avons calculé les taux de mortalité standardisés pour les périodes 1988-93 (avant PRS) et 1994-99 (pendant les PRS). Ce calcul a été fait dans et hors régions ayant développé un PRS sur ce thème.

Les résultats figurent dans les tableaux suivants (calcul pour le sexe masculin):

Tableau 3 Taux comparatif de mortalité et évolution (sexe masculin)

Alcool\ année n (centre de classe)	1988-90	1991-93	1994-96	1997-99
Taux comparatif de mortalité régions avec PRS (p. 100 000)	42,0	35,7	34,3	32,7
sans PRS	36,7	31,4	29,1	28,5
Régions avec PRS: Evolution en % entre n et n+3	-15,1	-3,8	-4,8	
Régions sans PRS : Evolution en % entre n et n+3	-14,4	-7,2	-2,3	

Source : Cepidc

Pour la cause « alcool », la baisse de mortalité semble plus forte dans les régions avec PRS après 1994, cette tendance inverse un mouvement de ralentissement qui avait été observé antérieurement dans ces régions.

Tableau 4 Taux comparatif de mortalité par cancers et évolution (sexe masculin)

Cancers\ année n (centre de classe)	1988-90	1991-93	1994-96	1997-99
Taux comparatif de mortalité régions avec PRS (p. 100 000)	190,11	190,03	178,91	169,36
Taux comparatifs de mortalité régions sans PRS (p. 100 000)	164,7	165,1	158,8	151,7
Régions avec PRS: Evolution en % entre n et n+3	0,0	-5,9	-5,3	
Régions sans PRS : Evolution en % entre n et n+3	0,2	-3,8	-4,5	

Source Cepidc

Pour la cause « cancers », les résultats sont moins probants. Si l'on observe dès 1994 une plus forte baisse de mortalité dans les régions avec PRS, cela traduit néanmoins une stabilisation d'un mouvement qui était déjà antérieurement en forte baisse. Au plus on pourrait faire l'hypothèse que le PRS a permis de soutenir les progrès enregistrés antérieurement sur ce problème de santé.

En conclusion, les données suggèrent l'hypothèse que les approches procédurales de réduction des inégalités régionales sont plus efficaces que les approches substantielles, fondées sur la définition d'une enveloppe de dépenses calculée sur la base d'une réduction espérée des inégalités.

L'approche qui semble donner les meilleurs résultats, désignée ici comme procédurale, est celle qui se fonde sur une approche régionale des problèmes en définissant quelques principes universels, applicables à tous, puis en les soumettant à l'avis des différentes communautés particulières de façon à appliquer une politique objet de consensus.

L'approche dite substantielle, qui repose sur un indicateur de résultat pour la population et qui mesure de manière imparfaite la somme des utilités individuelles, semble confrontée à une série de problèmes exposés dans la première partie du texte : les moyens utilisés ne conduisent-ils pas à un financement des secteurs improductifs ou au financement de rentes vers des soins sans efficacité. L'approche procédurale semble moins affectée par ce type de problème car elle vise en priorité les régions ayant un retard maximum.

3- Discussion

La réduction des inégalités régionales par l'intermédiaire d'une enveloppe proportionnée aux retards de certaines régions renvoie à une mesure élémentaire de bien-être que mesure très imparfaitement l'indice comparatif de mortalité, la dépense en soins de santé et la « productivité » des hôpitaux. Le bien-être est-il fonction de la seule durées de vie (a priori oui), du montant des dépenses (pourquoi pas ?) de la productivité de la région (comprise comme une récompense à l'absence d'abus et aux choix des décideurs). Dans une telle

approche nous mesurons des « capacités » (puisqu'il s'agit de la consommation réelle de soins qui nous intéresse). Or, cet abord des politiques de réduction des inégalités semble moins efficace qu'une approche centrée sur les priorités de santé. L'approche utilitariste n'est-elle pas adaptée à une politique de réduction des inégalités régionales ?

Comme le rappelle Sen⁷, l'utilitarisme, comme principe moral peut être considéré comme une combinaison de trois exigences:

- la théorie du "bien être" qui suppose que la qualité d'un état de fait est uniquement fonction de l'information sur l'utilité relative de cet état;
- le "classement après sommation" : l'information sur l'utilité relative à tout état ne doit être évaluée qu'en fonction de la somme totale de toutes les utilités de cet état;
- le "conséquentialisme" qui exige que tous les choix - choix des actions, des institutions, des motivations, des règles, soient déterminés en fin de compte par la qualité des états qui en résultent.

Conséquence de cette approche: l'analyse des inégalités qui en découle repose sur un "problème de pure répartition" (Sen), de redistribution pure" (Piketty). Mais dans ce cas le principe de décision fondé sur la somme des utilités l'emporte sur les inégalités distributives les plus criantes. La réduction des inégalités ne pourrait avoir alors qu'un caractère exogène. Pour rendre aux politiques de réduction des inégalités régionales une rationalité économique, il faut donc introduire l'idée d'aversion pour l'inégalité ou de préoccupation pour l'égalité (Wagstaff).

A ce propos, Rawls affirme que dans la situation "du voile d'ignorance" les individus ne choisiraient pas de maximiser la somme d'utilité. Il caractérise le besoin d'égalité en se référant aux "biens sociaux premiers" entendus comme "les choses que tout homme rationnel est supposé désirer": les droits, les libertés et les possibilités offertes à l'individu, les revenus et la richesse et les bases sociales du respect de soi-même". Par conséquent le fait de l'inégalité met au premier plan, non la distribution d'utilités, mais plutôt celle des "biens premiers", tels que le revenu, la richesse, les libertés publiques, mais peut-être aussi la santé, qui aident les individus à poursuivre leurs objectifs. En mettant l'accent sur leur redistribution auprès des plus défavorisés, l'approche rawlsienne confère aux politiques de réduction des inégalités une rationalité et semble permettre un rattrapage des régions dont la mortalité est la plus élevée.

⁷ Sen A., *On Ethics and Economics*, oxford Blackwell publishers, 1987; traduction française: *Ethique et Economie*, Paris, PUF, coll. "Philosophie morale" dirigée par Canto-Sperber M, 1993.