

N° 2001-05

**Economie et santé:
Où en est la Russie**

Irina Peaucelle

ECONOMIE ET SANTE: OU EN EST LA RUSSIE?

Irina Peaucelle*

Résumé

Avant la dislocation de l'URSS la Fédération de Russie était un pays bénéficiant d'un développement humain élevé, selon l'indicateur synthétique de l'ONU qui prend en compte le niveau de revenu, la durée de vie et le niveau d'instruction de la population. Le niveau de l'indicateur pour ce pays a beaucoup baissé dans les années 1990. Cette étude est consacrée au rapport entre santé et économie dans les transformations récentes, qui sont les causes principales de cette évolution. Les disparités entre certaines régions de la partie européenne du pays en termes de mortalité et de morbidité sont expliquées par les situations sanitaires et écologiques de ces régions. Dans l'analyse des inégalités d'accès aux soins sont séparées les raisons économiques, liées à la réforme de l'assurance maladie, et celles liées au retard accumulé dans la compréhension de maladies par la science biomédicale russe.

ECONOMY AND HEALTH: WHERE IS RUSSIA AT?

Abstract

Before the USSR dislocation the Russian Federation was a country of high human development estimated by the index based on three indicators: longevity, education attainment, and standard of living. It experienced reversals since 1990. This paper describes the relations between level of health and economic performance during recent societal transformations in Russia, which are the principal reasons of this devolution. Also, the disparity in mortality and morbidity between the different regions of European Russia is explained by different sanitary and ecological conditions. The inequalities in health service consumption are analysed as consequences of health insurance reforms and as inadequate comprehension of certain diseases by Russian medicine.

Keywords: Russia, Life Expectancy, Health Expenditure, Health Insurance, Sanitary Environment.

Mots clés: Russie, Espérance de vie, Dépenses de santé, Assurance maladie, Conditions sanitaires

JEL: I1, P3

* Tous mes remerciements à Isabelle Bazet, Pascal Petit et Jacques Sapir pour leurs commentaires sur les diverses versions de cet article.

Table des matières

Introduction	4
I. Les indicateurs de la santé et le potentiel de croissance	5
Le rang de la Russie selon l'indicateur de développement humain	5
I.1. Les effets de la santé et de la mortalité sur les revenus et la croissance économique.....	6
L'espérance de vie et le potentiel de travail.....	7
La santé n'est pas le synonyme de longévité	8
L'impact de l'état de santé sur la performance économique	10
I.2. Facteurs économiques dans l'accumulation de la santé	11
La pauvreté et la mortalité dans les régions du monde.....	12
Opinions des Russes sur les conditions de leur vie et les causes de leurs maladies	14
I.3. Efficacité du système des soins	15
II. Les inégalités devant la santé	17
Les tendances longues.....	17
II.1. L'étendue de l'assurance maladie.....	18
II.2. La disparité régionale	20
La mortalité	20
La situation écologique et la santé des régions européennes de la Fédération de Russie.....	20
Ecologie de St.Petersbourg	23
II.3. L'accès aux connaissances médicales	24
Conclusion	25
Bibliographie.....	26

Introduction

De multiples travaux sont consacrés à la crise socio-économique et démographique en Russie dans les années 1990-2000. Ils évoquent souvent la nécessité de comprendre l'impact des chocs provoqués par des politiques économiques au début de la décennie. Au vue des évolutions globalement défavorables pour la population nous pourrions parler soit de l'échec de la stratégie de développement économique, soit de l'insuffisante intégration de l'aspect de développement humain dans la stratégie de développement dans ce pays.

Dans ce texte l'attention est portée spécialement à la santé, comme un but en soi et comme un facteur économique. En premier lieu, il est pertinent de se demander dans quelle mesure la santé se dégrade en Russie, les indicateurs usuels (la mortalité et la morbidité) étant insuffisants pour en juger. L'économiste devrait se demander aussi si le potentiel de travail a diminué pour des raisons de santé. En second lieu, il n'est pas suffisant de constater que l'espérance de vie diminue avec la baisse des revenus, avec le fonctionnement singulier du système qui se met en place ou avec les catastrophes écologiques. Une analyse plus détaillée et en dynamique s'impose pour avancer dans la compréhension des mécanismes et dans l'élaboration de programmes d'interventions adéquats pour renverser les tendances. Par exemple, dans la conception de la politique de santé en Russie il faut tenir compte des spécificités telles que:

- la mortalité croit ici principalement chez les hommes et à l'âge actif;
- le taux d'encadrement médical est un des plus important au monde, mais les revenus du personnel de santé sont très faibles;
- l'assurance maladie ne couvre pas les dépenses de médicaments;
- la mortalité infantile persiste malgré le niveau éducatif élevé des femmes;
- la santé des cadres est meilleure que la santé des ouvriers bien que le niveau de rémunération des ouvriers est plutôt supérieur à celui des cadres;
- certaines couches de la population, après un enrichissement rapide, peuvent se permettre des soins coûteux et à l'étranger.

Outre ces particularités, conséquences des interventions politiques, la Russie se singularise par des qualités naturelles et culturelles telles que l'amplitude des variations climatiques, la position géographique, les aspects multinational et multilinguistique de sa population. Or dans des conditions aussi contrastées, il est spécialement difficile de faire des prévisions et construire des dispositifs suffisamment homogènes et cohérents.

Ce texte s'appuie sur des informations recueillies par des démographes russes et par des organismes internationaux, de même que sur les conclusions d'enquêtes que nous avons réalisées à l'occasion d'une recherche européenne (Franeva et ali (1997)). Le travail, accompli par des instituts de différents pays pour cerner empiriquement les problèmes, est considérable car l'élaboration des batteries d'indicateurs nécessitait une théorisation préalable du sujet étudié. Notre recueil d'information a été mené simultanément avec les travaux des

organismes concernés, maintenant il ne représente qu'une goutte d'eau dans un vaste ensemble. Toutefois, en décrivant l'instauration du nouveau mode économique de gestion de la santé dans cette société éclatée, il est possible, grâce à ce travail sur le terrain, de développer des aspects qui n'ont pas été abordés par d'autres groupes de réflexion académiques.

Les points développés dans ce travail permettent de préciser des idées économiques sur la santé, jusqu'à présent marquées par les problématiques des sociétés riches ou pauvres, de revoir la pertinence des mesures statistiques de la santé et d'attirer l'attention sur la recherche et le développement en médecine.

Le papier est divisé en deux parties indépendantes.

La première est consacrée à l'analyse de la relation santé - économie. Tout d'abord il est précisé que ces deux éléments du système social russe ont plus souffert que d'autres des chocs politiques récents. Après, les difficultés analytiques de la définition de "la santé" sont évoquées. Ensuite, il est expliqué comment l'état de santé influence la performance économique, d'une part, et comment les ressources économiques actuelles et le système institutionnalisé plafonnent la durée de vie, d'autre part.

L'objet de la deuxième partie est d'examiner certaines inégalités qui se creusent depuis la désétatisation de la gestion et du financement du système de santé en Russie. Certaines inégalités proviennent des situations écologiquement défavorables pour les populations des différentes régions. D'autres inégalités apparaissent à l'époque de l'informatisation et de la communication accrue de connaissances médicales.

I. Les indicateurs de la santé et le potentiel de croissance

Le rang de la Russie selon l'indicateur de développement humain

Les économistes depuis Schultz (1961) et Mushkin (1962) cherchent à appréhender le rôle de la santé dans l'accumulation du capital humain. Dans la majorité de travaux sur ce sujet l'intérêt s'est porté sur les dépenses puisque l'optimum dans la redistribution des finances publiques est recherché. Dans la littérature récente on trouve des modèles de croissance qui séparent les dépenses allouées aux deux éléments de formation du travail productif complexe: l'éducation et la santé (Knowles, Owen (1997)). Ces modèles sont utilisés pour déduire les sommes socialement optimales pour ces secteurs. L'un - éducation - est considéré unanimement comme une source de la croissance, l'autre la santé - comme un facteur qui peut la conforter ou être une entrave, si elle exige trop de moyens (von Zon, Muysken (1997)). Plus directement, on analyse les relations entre PNB et les dépenses de santé par tête d'habitant à partir du modèle élargi de Solow pour mesurer les effets plus précis sur la croissance. (Heshmali (2001), par exemple, pour les pays de l'OCDE)).

Dans ce travail la santé sera étudiée comme un état physique et en tant que tel comme facteur économique. Il est connu que même les médecins et les biologistes éprouvent des difficultés dans la définition du niveau de la santé d'un individu; encore faut-il savoir le valoriser. Une manière de contourner ces complications dans les travaux empiriques consiste à remplacer "la santé" par "l'espérance de vie", en tablant sur une bonne

approximation. Les rapports de l'ONU sur le développement humain, élaborés depuis 1990, utilisent cette approximation. Celui de l'an 2000 analyse les situations dans 174 pays.

L'indicateur synthétique du développement humain (IDH) a été conçu pour faciliter des comparaisons internationales. Cet indicateur repose sur plusieurs mesures. Il intègre 1) l'estimation du niveau de vie au regard du PIB par habitant, mais aussi 2) la durée de vie mesurée d'après l'espérance de vie à la naissance, et 3) le niveau d'instruction établi à partir du degré d'alphabétisation des adultes et du niveau de scolarité de la population¹. L'indicateur prend des valeurs entre 0 et 1. Les pays pour lesquels l'indice est supérieur à 0,8 sont considérés comme les pays à développement humain élevé. Les pays à développement humain moyen voient la valeur d'indice comprise entre 0,5 et 0,799. Les autres sont les pays à faible développement humain (la valeur de l'indice y est inférieure à 0,5). Les pays où IDH était le plus élevé étaient: le Canada, la Norvège, les Etats Unis et le Japon. Le classement en tête de liste change rapidement. Ainsi en 1998 la France a été classée en deuxième position et s'est retrouvée en onzième place en 1999. Parmi les pays classés, les conditions de vie les plus défavorables étaient observées dans le Sierra Leone, au Niger et au Burkina Faso. Au regard des indicateurs en termes d'éducation et d'espérance de vie, Cuba affiche de très bons résultats. Ce pays, en 96-ième position sur la liste de PIB par habitant se trouve à la 56-ième place selon l'indicateur synthétique IDH, en démontrant une efficacité exemplaire d'utilisation des revenus relativement faibles (3 967 \$ EU PPA par habitant en 1998) en développement humain. Le contraire peut être observé en Afrique du Sud qui est à la 49-ième place selon le PIB par habitant (avec 8 488 \$ EU par habitant en 1998) et au 103-ième rang pour l'IDH. (Source: Human Development Report, 2000, p.158-159).

La Fédération de Russie occupe la 62-ième place (avec la valeur de IDH égale à 0.771) se trouvant ainsi dans le groupe à développement humain moyen. Ce pays est l'un des rares à avoir connu un déclassement de l'IDH sur la décennie. Avec un IDH à 0.804 en 1980, 0.814 en 1985 et 0.812 en 1990 la Russie était dans le groupe de pays à développement élevé avant la dislocation de l'URSS et le début de la libéralisation économique. Son rang dans l'échelle des valeurs éducatives reste très honorable en 1999: l'alphabétisation des adultes est de 99,8%; le taux de scolarisation dans le primaire des enfants en âge de suivre ce cycle est de 99,9%; celui dans le secondaire est de 87,6%, et le pourcentage d'étudiants inscrits en sciences fondamentales et appliqués dans l'enseignement supérieur est de 49%. Selon ce dernier critère la Russie se trouve au cinquième rang au monde en 1995-1997. Les taux de scolarisation des femmes russes dans l'enseignement secondaire et supérieur restent à la hauteur des taux enregistrés actuellement dans les pays au développement humain les plus élevés, mais ils ont connu un fléchissement important et ne représentent que 91% dans le secondaire et 78% dans l'enseignement supérieur par rapport à 1985. C'est justement la période durant laquelle la scolarité de femmes des pays de l'OCDE, dans ces filières, a progressé considérablement (de 255 % en Australie et de 326 % au Portugal, par exemple). La bonne place de la Russie dans le classement sur le critère de l'éducation laisse présager l'ampleur des défaillances économiques et en terme de la durée de vie, autres composantes entrant dans le calcul de l'indice de développement. Ce constat amène une nouvelle interrogation sur l'état de la santé en Russie que nous commençons à notre tour aborder au travers de l'espérance de vie, de la mortalité et de la morbidité.

1.1. Les effets de la santé et de la mortalité sur les revenus et la croissance économique

Dans son article "Mortalité comme indicateur du succès économique et de la faillite", Amartya Sen (1998) suggère que les statistiques de la mortalité doivent être incorporées dans la base informationnelle de l'analyse économique puisqu'elles sont plus pertinentes que les statistiques sur la morbidité et même sur les données qualitatives de la santé. Nous reprenons ici la discussion autour de cette idée car une multiplicité des indicateurs est utilisée par des auteurs et organismes distincts, pour mesurer la santé et la performance productive des humains. Il nous paraît important de poser à plat l'ensemble de ces "outils de mesure" incorporant chacun, et de manière implicite, les "ingrédients" sensés dans un premier temps évaluer et dans un deuxième temps réajuster, pour produire de la santé, de la richesse et de la qualité de vie. Chacun d'entre eux identifie des leviers sur lesquels jouer, sachant que la difficulté de l'efficacité repose sur la combinatoire à adopter.

L'espérance de vie et le potentiel de travail

Les données mondiales sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1950 et 1998 indiquent sa progression dans tous les pays du monde, chez les hommes, mais surtout chez les femmes, même dans les pays qui ont connu des périodes de guerre. La raison principale de ce progrès est la découverte et l'utilisation des antibiotiques dans le traitement des maladies infectieuses. Les plus grands progrès sont enregistrés en Chine où l'espérance de vie pour les hommes est passée de 39,3 ans à 68,3 ans. Cette même espérance de vie à la naissance chez les hommes en Russie était 57 ans en 1950 et reste presque aussi basse en 1998: 58,8 ans. Elle est toutefois nettement plus élevée chez les femmes: 74 ans (World Health Report 2000 (WHR), table 2). *En 1999 les disparités existantes entre hommes et femmes en Russie, quant à l'espérance de vie, ont été les plus prononcées au monde.*

La mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants en Russie (29 en 1970 et 21 en 1998) diminue très faiblement en comparaison avec la France (18 en 1970 et 5 en 1998). De plus, le taux de fécondité en Russie baisse sur la même période de 1,9 à 1,2 enfants par femme.

La lente évolution de l'espérance de vie des hommes en URSS et la dégradation sur certaines périodes est un fait observé depuis longtemps. Déjà en 1976 Feshbach et Rapawy (1976), en utilisant les statistiques soviétiques, parlaient de la gravité de ce problème. Nous trouvons également des écrits très récents et concordant sur le sujet, par exemple, chez Eberstadt (2000). Un travail très approfondi sur l'évolution démographique et les causes de mortalité en Russie a été réalisé par l'Institut National d'Etudes Démographiques (France) et Le Centre de Démographie et Ecologie Humaine (Russie) (Meslé et alii (1996), Avdeev, Monnier (1996), Avdeev et alii (1997)). Leurs études révèlent que l'espérance de vie à la naissance en Russie a été au-dessous des niveaux des pays industrialisés jusqu'à la seconde guerre mondiale. En 1896-1897 elle était en Russie de 31 ans pour les hommes, de 33 ans pour les femmes, alors qu'en France elle était de 47 ans pour les deux sexes, par exemple. En 1938-1939 la durée de vie moyenne est respectivement de 40 ans et de 46 ans en Russie, contre 59 ans pour les deux sexes en France. La Russie a fait des progrès considérables après la guerre mondiale. En 1965 l'espérance de vie moyenne est de 64,3 ans pour les hommes, contre 67,5 en France et de 73,4 contre 74,7 ans pour les femmes. Mais *les espérances de vie en Russie et dans les pays occidentaux divergent depuis les années soixante-dix* pour atteindre des écarts très importants, comme nous le verrons plus loin.

Prenons ici pour exemple les estimations présentées dans l'étude publiée en 1994 (Prokhorov (1994)). Les démographes russes comparent les espérances de vie à la naissance de différents groupes de population en Russie et en Norvège, enregistrées au début des années 1990. Ils considèrent les disparités par groupe selon le

sexe et le lieu d'habitation: ville, campagne. Les valeurs d'espérance de vie en Norvège sont prises comme des seuils supérieurs de longévité pour les mêmes groupes des Russes par âge, sexe et lieu d'habitation. Les résultats des estimations montrent que si les Russes vivaient aussi longtemps que les Norvégiens le "potentiel de vie" en Russie aurait été chaque année de 20 millions personnes/années plus important. Les pertes statistiques des vies en Russie se décomposent en:

- 7,9 millions personnes/années de pertes de vie potentielle d'hommes citadins;
- 3,5 millions personnes/années de pertes de vie potentielle d'hommes vivant à la campagne;
- 6,1 millions personnes/années de pertes de vie potentielle de femmes citadines et
- 2,5 millions personnes/années de pertes de vie potentielle de femmes vivant à la campagne.

Chez les hommes russes les causes principales de la mortalité entre 1985 et 1995 étaient les maladies cardio-vasculaires, mais aussi les morts violentes. Chez les hommes français à la même période, on observait une baisse de la mortalité expliquée précisément par le recul de ces deux pathologies. De façon analogue, diverses causes de morbidité comme les troubles et maladies du système de circulation sanguine contribuent à expliquer le recul de la durée de vie pour les femmes russes et les progrès de celle des femmes françaises. En Russie, entre 1990 et 1998, cinquante femmes (sur 100.000 naissances vivantes) décédaient des suites de la grossesse chaque année contre dix femmes en France (Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001: Combattre la pauvreté, Banque Mondiale, (2000)).

L'espérance de vie est définie par rapport à la mortalité toutes causes confondues. Pour isoler la conséquence de la dégradation de la santé on construit un autre *indicateur - l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI)*. Ce dernier *est estimé en tenant compte de la morbidité de différents groupes de population (ou la sévérité de diverses maladies)*. Selon les estimations présentées dans le Rapport Mondial de Santé (World Health Report 2000) (et la méthodologie exposée dans (Mathers et alii (2000))) *l'espérance de vie corrigée de l'incapacité à la naissance en Russie est actuellement de 61,3 ans*; ce qui la place en 91-ième rang parmi les 191 pays observés. L'EVCI pour les hommes à la naissance est égale à 56,1 ans et à 66,4 ans pour les femmes. Ainsi le "fardeau de la morbidité" qui est la différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, correspondant au nombre d'années perdues à causes des maladies est de 6,6 ans pour les hommes et de 7,6 ans pour les femmes (l'espérance de vie étant en 1999 égale respectivement à 62,7 ans et 74,0 ans). Dans le groupe de pays auquel appartient la Russieⁱⁱ le "fardeau de la morbidité" porté par les dix principales causes de décès se composait (en pourcentage des années de vie en bonne santé perdues) en 1999 : maladie ischémique du cœur (14%), maladies cérébro-vasculaires (11%), dépression majeure unipolaire (4,5%), suicide (4,3%)ⁱⁱⁱ, accidents de la route (3,1%), ostéoartrite (2,9%), empoisonnement (2,7%), maladies pulmonaires chroniques obstructives (2,6%), homicide et violence (2,4%)^{iv}, dépendance d'alcool (2,2%).

La santé n'est pas le synonyme de longévité

La Santé du point de vue économique est une des composantes du capital humain. Le capital santé est une variable multidimensionnelle avec un apport non-économique (génétique) initial très important, et décroissante pour chaque individu après un certain seuil. Ces deux aspects font qu'il est particulièrement difficile de mesurer la santé et de rendre compte de son sens économique. Actuellement dans la littérature empirique sont utilisés des indicateurs suivants (Strauss et Thomas (1998)) : le statut de santé général communiqué par

l'individu lui-même, le signalement par l'individu de sa morbidité, la limitation de l'activité de l'individu par rapport à la norme, des mesures de ses aptitudes physiques et des mesures anthropométriques en tant qu'indicateur de l'état de santé (taille, poids et l'indice de masse corporelle qui est le ratio du poids sur la taille au carré). Nous les passerons en revue, cherchant à cerner la santé en Russie.

L'auto-évaluation de l'état de santé général est considérée comme un indicateur simple et fiable, car il a été vérifié qu'il est fortement corrélé avec la morbidité. Par exemple, dans l'étude des conditions de vie de la population d'une ville russe Taganrog sur 13 ans (Rimachevskaia (1987)), on a observé que les évaluations subjectives et objectives de l'état de santé coïncident à 80%. Par les évaluations objectives l'on comprend les informations communiquées par les médecins sur l'existence de maladies chroniques ou aiguës chez les patients.

Un sondage réalisé en octobre 1997 par le Fond d'opinion publique de Moscou^y révélait que 30% de la population russe se considérait comme bien portante; c'est à dire comme n'étant jamais malade ou très rarement malade. Il s'agit principalement des hommes, âgés de 18 à 35 ans, de niveau d'éducation supérieur, ayant des revenus confortables. Parmi les autres, 47% disent avoir une santé moyenne, étant souvent malade ou souffrant. Dans cette catégorie se trouvent les personnes de 35 à 50 ans, de niveau d'éducation secondaire spécialisé. Enfin 22% des interrogés (28% de femmes contre 16% d'hommes) déclarent avoir une mauvaise santé, avec des maladies chroniques et souffrant constamment. Ce sont des personnes âgées de plus de 50 ans, de niveau d'éducation n'atteignant pas le secondaire.

Certainement l'auto-évaluation reste un indicateur très approximatif, les individus répondant aux questions vagues, sans préciser par rapport à quoi ils considèrent leur santé comme bonne ou mauvaise. Leur perception de santé tient compte en fait de l'information qu'ils ont, de leurs échelles de valeurs subjectives, de leur statut social et de leurs croyances.

L'indicateur de durée de la réduction d'activité lié à l'apparition de maladies ou d'indispositions est aussi souvent utilisé pour apprécier l'état de santé. Mais la fiabilité de cet indicateur est à discuter. En effet, des études ont montré que les personnes de statuts socioprofessionnels élevés ou celles attestant une satisfaction au travail, toutes choses égales par ailleurs, manquaient à signaler, plus souvent que d'autres, les arrêts de travail pour les raisons de santé. Doit-on en conclure que leur santé est meilleure que la santé des autres travailleurs comme cet indicateur le laisse supposer ? (on peut lire Harvey et Nicholson (1999) pour le rôle des maladies mineures au Royaume Uni et Goldberg et Waldman (2000) pour le rôle de satisfaction au travail aux Etats Unis sur l'absentéisme). Dans le paragraphe suivant nous allons revenir sur la spécificité des inégalités socioprofessionnelles face à la maladie en Russie.

Le signalement par l'individu de sa morbidité ou de ses aptitudes physiques (état "non-fatal" de la santé) est aussi assez difficilement interprétable, car il est impossible de savoir s'il s'agit de maladies avérées ou de symptômes de maladies plus au moins connues par la personne. Nous allons voir comment l'utilisation de ces indications subjectives sur la santé peut créer l'impression que les populations de certains pays pauvres sont en meilleure santé que celles des pays riches.

Dans l'étude de Sadana et ali (2000), réalisée pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on trouve la liste des indications qui ont servi à fixer l'appréciation par les populations de leur état de santé. Les ménages devaient évaluer comme bon ou mauvais leur *état de santé en appréciant les facultés telles que: cognition, communication, mobilité, dextérité, vitalité, activité sexuelle, fertilité, audition, vision, parole, respiration, digestion, excrétion du corps; les sensations: de douleur, de la dégradation du corps et de la peau.*

En pondérant les réponses il aurait été possible, en théorie, de comparer les états de santé des personnes du même pays à des âges différents, mais aussi entre les pays. Les résultats de l'OMS ne sont pas vraiment comparables, parce que les enquêtes n'ont pas été réalisées selon le même protocole dans les différents pays. Cependant, indépendamment de cet aspect, la méthodologie présente de sérieuses interrogations. Ainsi des incohérences apparaissent même quand on interroge des groupes de population d'un même pays. Ainsi, pour certains - Bangladesh, Bulgarie, Chine - l'on obtient des résultats surprenants, comme la meilleure santé à un âge avancé par rapport à un âge jeune. Ce biais peut avoir de multiples explications, les attentes de performance du corps et de l'esprit humain peuvent, par exemple, ne pas s'exprimer avec la même intensité à différentes périodes de la vie. La perception sensiblement différente selon les cultures fait que, probablement, dans les pays comme l'Indonésie, la Chine et le Paraguay le niveau de santé des hommes et des femmes de plus de 65 ans peut être considéré à 98% comme assimilé à de la santé "parfaite" (les degrés d'affaiblissement, d'handicap ou d'incapacité étant jugés très faibles). Par contre, en France le niveau serait seulement de 58% pour les femmes et 59% pour les hommes. *Les habitants de la Russie alors sont en meilleure santé que les Français à la même tranche d'âge, car leur niveau de santé est estimé à 60% chez les femmes et à 63% chez les hommes.* Dans les deux derniers pays les hommes seraient en meilleure santé, mais meurent plus tôt que les femmes. Ici, comme dans d'autres configurations d'analyse, l'espérance de vie (ou la longévité) serait sensiblement déconnectée de l'état de santé.

L'impact de l'état de santé sur la performance économique

Le niveau de santé d'un individu explique en partie sa productivité, le niveau de ses revenus, le nombre d'heures travaillées, et la probabilité d'être employé. L'offre de travail dépend du comportement des personnes qui choisissent en fonction de leur santé s'ils vont travailler ou pas, combien d'heures et dans quel secteur d'activité.

Les analyses empiriques des relations entre santé, aptitude à travailler et productivité économique sont menées soit au niveau individuel soit au niveau régional, voire national. Les études réalisées par les biologistes et les chercheurs en sciences sociales dans les pays en développement sur des données individuelles montrent clairement les bienfaits d'une meilleure santé sur la productivité et les revenus des personnes. Par exemple, Bhargava et al (2000) ont choisi le taux de survie à l'âge adulte comme indicateur de santé et ont estimé que le changement de 1% de ce taux dans les pays les plus pauvres permet la progression du taux de croissance de 0,05%. Les estimations de Bloom et Sachs (1998) sur 77 pays sont encore plus encourageantes. Elles montrent que l'accroissement d'une année de l'espérance de vie à la naissance en 1965 a apporté 3% de croissance par an du PNB par tête d'habitant pendant les vingt cinq années suivantes. Thomas et Strauss (1997) utilisent des mesures anthropométriques pour évaluer la santé et les capacités productives des travailleurs. Ils réalisent des estimations reliant des données de panels sur la taille, le poids et le salaire horaire des hommes aux Etats Unis et dans les zones urbaines de Brésil^{vi}. Si la corrélation entre la taille, le poids (à une taille donnée) et le salaire est positive pour les travailleurs américains, elle est très substantielle pour les hommes brésiliens. Ainsi un pour cent d'accroissement de la taille des hommes est associé à huit pour cent d'accroissement de leurs salaires au Brésil.

La morbidité des actifs entraîne la réduction du volume de travail engagé dans la production. De la sorte, toutes choses égales par ailleurs, la production baisse en cas d'absence des travailleurs pour cause de maladie, et la productivité incline s'ils continuent de travailler étant souffrants. La performance économique

décline même en absence de maladies cliniquement identifiées comme séquelles des accidents ou les maladies chroniques. Rizzo et ali (1996) ont estimé les coûts et les avantages pour l'employeur de traitement des travailleurs américains, ayant entre 18 et 64 ans, atteints de maladies chroniques telles qu'hypertension, diabète, dépression et maladies cardiaques. Ils ont supposé que l'employeur prenne en charge les traitements prescrits par les médecins. Les bénéfices de l'employeur viennent de l'accroissement de la productivité de ces travailleurs liée à la diminution de leur absentéisme. Selon les estimations en 1987 les gains seraient de 300 à 1500 dollars par personne et par an en fonction de la maladie chronique traitée. Parmi les travaux sur les conséquences économiques de l'état de santé de la population, recensés par A.Hamoudi et J.Sachs (1999), nous avons relevé deux autres aspects très importants à prendre en considération. Premièrement, certains travaux pointent sur la mort prématurée des suites du SIDA qui inhibe les investissements en éducation de ces jeunes. Deuxièmement, les travaux référencés montrent comment l'existence de maladies locales peut provoquer des embargos sur les produits provenant des régions infectées et aggraver la position commerciale des pays avec le reste du monde.

En Russie l'arrêt de travail moyen pour des raisons de maladies, pour des soins prodigués aux membres de la famille, pour des raisons de quarantaine, d'avortement et de cure en sanatorium représentait pour un actif: 12,46 jours en 1990; 9,52 jours en 1995 et 8,57 jours en 1998, (dont l'absentéisme pour les raisons de maladies était respectivement de 9,97; 8,17 et 7,62 jours)^{vii}. Remarquons la diminution de la durée d'absence des travailleurs depuis le début des années 1990, mais ne l'allouons pas à l'amélioration de leur santé. Il faudrait plutôt analyser les changements du rythme de travail depuis les réformes structurelles, qui concernaient en premier lieu l'organisation du travail, les modes de rémunération et la couverture sociale des risques. C'est un très vaste sujet, qui n'est pas le thème de ce texte (voir par exemple son analyse dans Peaucelle, Petit (1991)). La disparition de la législation du travail garantissant l'emploi à vie a déclenché un sentiment de précarité, et la crainte de licenciement a provoqué dans un premier temps la diminution de l'absentéisme. On remarque aussi la baisse prononcée des arrêts de travail pour des causes autres que la maladie, parmi lesquelles figure l'arrêt pour des séjours dans les établissements de cure. La diminution du nombre de ces séjours peut s'expliquer par le fait qu'ils ne sont plus pris en charge systématiquement par les entreprises - employeurs. A plus long terme l'intensification de travail et l'accroissement de stress organisationnel peuvent avoir des retombées économiques et en terme de santé publique plutôt néfastes. (Voir Briner et Reynolds (1999), Kompier et ali (1998) pour les analyses de cas Royaume-Uni et aux Pays-Bas du rôle des tensions au travail sur l'absentéisme).

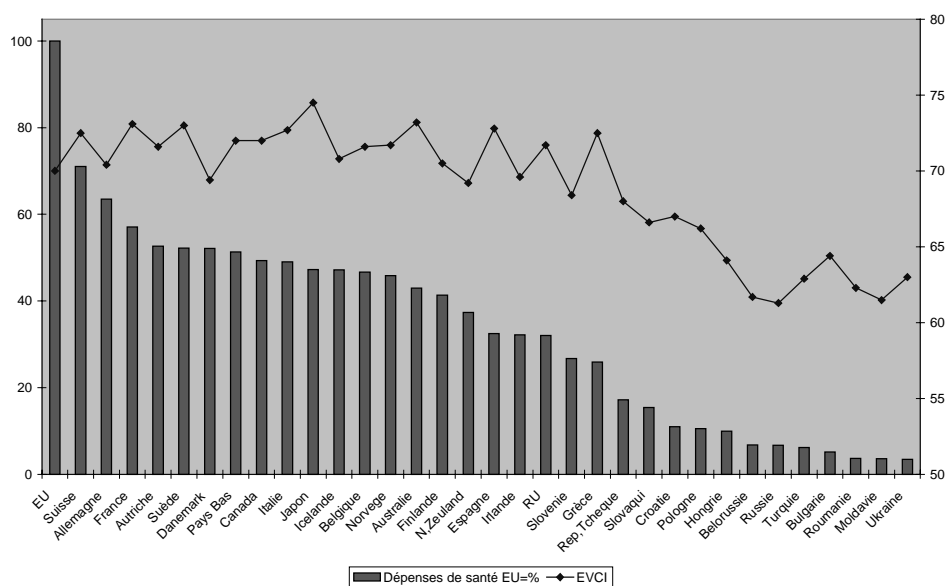
En 1998 les causes de la plus longue invalidité partielle en Russie étaient les maladies des voies respiratoires - 1,87 jours par actif et les traumatismes et l'empoisonnement -1,28 jours. (Sources: Ministère de santé de la Fédération de Russie (1998)). Les économistes (Ermakov (1996), par exemple) qui font des bilans et dessinent les perspectives d'évolution du "potentiel de travail" utilisent les indicateurs médico-démographiques de cette nature. Ainsi les indices de morbidité et d'invalidité par groupes de personnes homogènes sont pondérés par des facteurs socio-économiques comme la productivité, le nombre d'années de travail potentiel, et psychologiques comme la motivation moyenne au travail.

1.2. Facteurs économiques dans l'accumulation de la santé

La pauvreté et la mortalité dans les régions du monde

La mortalité est un indicateur démographique qui peut varier à la hausse ou à la baisse pour des raisons économiques. Mais les études montrent qu'il n'y a pas de corrélation simple entre ces deux variables (voir Contoyannis & Forster (1999) pour l'analyse théorique). Procédant à des comparaisons internationales l'on note que dans l'Afrique du Sud, le Brésil et le Gabon - pays à haut revenus par tête (respectivement 4334, 5928 et 3766 \$ PPA) - l'espérance de vie (respectivement: 64,1, 66,6 et 54,5 ans en 1995) est nettement au-dessous de celle observée en Chine (69,2 ans) et au Sri Lanka (72,5 ans), dotés de revenus nettement plus faibles (2935, et 3408 \$ PPA) (Sources: Human Development Report 1998). En étudiant les taux de croissance économique au Royaume-Uni pour cinq décennies du XXe siècle et l'évolution de l'espérance de vie, Sen (1998) observe une divergence totale de leurs tendances à l'intérieur des mêmes sous-périodes.

Nous pouvons observer que *l'espérance de vie en santé* (EVCI: espérance de vie corrigée d'incapacité) est largement indépendante des montants des dépenses de santé dans les pays où la couverture sociale est généralisée. Sur le graphique ci-dessous sont représentés trente quatre pays selon l'ordre décroissant de leurs dépenses de santé relativement à celles des Etats-Unis. Aux Etats-Unis, pays en tête de la liste en 1997, les dépenses de santé par tête d'habitant étaient 3.724 \$ (\$ international). Par comparaison ces dépenses étaient de 2.125 \$ en France (57%) et 251 \$ en Russie (6,7%) (Source: WHR 2000). La deuxième courbe du graphique indique les chiffres de l'espérance de vie corrigée d'incapacité à la naissance dans ces pays. On remarque que jusqu'au niveau atteint par la Grèce, la durée de vie reste au voisinage de celle aux Etats-Unis atteignant 70 ans en 1997, contre 72,5 ans en Grèce.



Pourtant, on ne consacre à la santé par habitant en Grèce que 26% de la somme attribuée aux Etats Unis.

L'espérance de vie corrigée d'incapacité en 1997 est, parmi les pays de cette liste, la plus courte pour la Russie : 61,3 ans. (Source: WHR 2000).

Selon Sen (1998), la durée de vie ne se prolonge avec l'accroissement de la richesse des nations que lorsque les revenus des couches les plus pauvres augmentent et que les dépenses publiques consacrées aux soins

médicaux, à l'éducation et à la recherche profitent de cette évolution favorable. Il y a de fortes raisons de supposer que la réciproque est aussi vraie. Avec l'apparition de couches de population pauvre et la baisse des dépenses publiques en Russie dans les années quatre vingt dix, la durée de vie a diminué. Le PIB par habitant en Russie (1995 \$EU) a été de 3.463 \$ en 1985, 3.668 \$ en 1990 et seulement de 2.138 \$ en 1998 (HDR 2000, p.179). Le pourcentage des ménages dont les revenus sont au-dessous du seuil de pauvreté a augmenté de 11,1 % en 1992 pour atteindre 39% en 1998. 55,5% d'enfants de moins de six ans se trouvent dans cette catégorie. Sur la période 1989-1995 50% de la population disposait de moins de 4 \$ EU PPA1990 par jour. La proportion de dépenses publiques consacrées à l'éducation n'a pas changé entre 1990 et 1997 (3,5% de PIB), et elle a progressé pour la santé de 2,7% en 1990 à 4,5%^{viii} en 1998, mais le PIB lui-même a sensiblement baissé (-6,1%) sur la période 1990-1999 (579.068 \$ en 1990 et 375.345 \$ en 1999) (Sources: Banque Mondiale (2000), p.295 et 297). L'indice des dépenses de santé en Russie à prix constants (1989 = 100) n'était que 85,9% en 1992 et 63,4% en 1995 (Source : Rojdestvenskaia et Chichkine (1997)).

L'évolution de ressources médicales en Russie dans les années quatre vingt dix

Au regard des résultats mobilisés dans les paragraphes précédents, nous avons souligné une relative indépendance entre l'état de santé et la richesse d'un pays, en particulier, concernant les budgets qui peuvent y être attribués. Néanmoins, il nous semble que cette indépendance ne s'applique pas à la situation russe et plus précisément sur la période de crise économique qui a touché le pays. Peut-on en mesurer les effets?

Consommation de médicaments

Indéniablement, l'aggravation de l'état sanitaire de la population dans les années quatre-vingt-dix est liée à la baisse de la consommation de biens médicaux. Les données sur la production de médicaments témoignent de la pénurie de l'offre. Ainsi l'indice de production d'antibiotiques (1990 = 100) était égal à 33,3 en 1994; l'indice de production de vitamines à 63,5 et de produits antituberculeux à 51,0 (Davis (1997)). A cela il faut ajouter les fluctuations de l'importation de médicaments relevées par Davis (1997) avec 1008 millions de dollars en 1992, 299 en 1993 et 1184 en 1994. Jusqu'en 1994 le manque de médicaments dans les pharmacies expliquait les difficultés à traiter les maladies. Mais depuis cette date le manque d'argent est signalé comme la raison pour ne pas pouvoir se procurer des médicaments prescrits, avec 60% de personnes l'indiquant comme cause principale (Zohoori (1999)). En 1998 les dépenses totales de santé représentaient 8,54% du PIB, dont 3,1% correspondaient aux dépenses des ménages pour l'achat des médicaments dans les pharmacies et autres 2,29% pour les services médicaux (Source: Chichkine (1999)).

Encadrement médical

La faiblesse des montants des dépenses de santé ne se traduit pas cependant par une réduction du personnel médical. La densité observée de médecins pour 10 000 habitants a été égale à 38,6 en 1985 pour atteindre 41,5 en 1997^{ix}. La même évolution peut être constatée pour la densité de personnel médical, qui de 97,0 en 1985 passe à 100,1 en 1997. (Sources : Ministère de santé de la Fédération de Russie (1998), HDR-2000). Ceci tient principalement au système d'emploi propre à la Russie. Les médecins et le personnel médical sont majoritairement des fonctionnaires de l'Etat, sans que la libéralisation économique n'ait donné lieu à des

licenciements massifs. Par ailleurs, les salaires dans ce secteur sont traditionnellement au-dessous des salaires moyens, et le restent, permettant le contrôle des coûts.

Recherche médicale

Les applications de la recherche biomédicale ont en général des retombées positives pour la santé et la qualité de vie, mais aussi pour l'économie, bien que ce soit moins avéré à court terme. Les modes de traitement dépendent du niveau de compréhension de la maladie. Quand la maladie est comprise, on utilise des nouvelles techniques d'exploration du corps humain, de nouveaux médicaments et vaccin, qui réduisent le coût total de la maladie. L'on dit alors que cette "technologie médicale est efficace". La faiblesse et la diminution des dépenses consacrées à la santé en Russie ne peuvent pas, hélas, être attribuées à une efficacité accrue des modes de traitement des maladies utilisés dans ce pays. La recherche biomédicale est encore peu développée; sa position dans l'activité de recherche mondiale, estimée selon l'indice de citation scientifique, se réduit à 0,7% pour la recherche médicale et à 1,9% en biologie et en écologie appliquée. Par ailleurs, parmi les dépenses de R&D, la santé occupe une faible part relativement aux dépenses consacrées au développement industriel et à la défense (respectivement 3,2%, 35,4% et 25,7% du total des dépenses intérieures brutes de R&D (DIRD) en 1994). Aux Etats-Unis, par exemple, 47% du budget civil de R&D sont consacrés à la santé et à l'environnement en 1997, et seulement 20% au développement économique (Source: OCDE, base de données NMST, novembre 1997). De plus, aux Etats Unis, les recherches militaires^x s'orientent de plus en plus vers la biotechnologie, ce qui leur donne une double application. La référence aux Etats Unis est très répandue en Russie, comme ailleurs, mais la politique scientifique en faveur de la santé devrait tenir compte aussi de la demande formulée par la population. Répondant à la question: "Sachant que les moyens accordés par le budget aux recherches scientifiques sont très réduits, quelles orientations, à votre avis, faut-il financer en Russie en premier lieu? (pas plus de 3 réponses), les personnes mettent en première place les sciences de l'homme (médecine et psychologie). Ce secteur de R&D avec le score de 69 en mars 1999 et de 60 en avril 2000 devance de beaucoup les secteurs suivants "technologies militaires", score 33, et sciences économiques, score 31.

Opinions des Russes sur les conditions de leur vie et les causes de leurs maladies

Pourtant, la santé est loin d'être le principal problème pour la population en Russie. Les résultats de plusieurs études d'opinions le prouvent. Au début de l'année 2001 les sociologues du Fond "Opinion publique" (Moscou) se sont intéressés aux principales raisons de mécontentement des citoyens. Pour le savoir ils ont posé une question ouverte sur ce thème à un échantillon représentatif de 1500 personnes: "Quels faits de la vie courante en Russie vous dérangent, chagrinent, énervent ou agacent le plus?" Les réponses publiées le 21 janvier et le 3 février 2001 montrent que les répondants soulèvent en premier lieu des différents problèmes économiques et le chômage (41% de réponses). Puis viennent les insatisfactions du niveau et de qualité de vie (23%), parmi lesquels les difficultés d'accès aux soins médicaux et à l'éducation - 3%. Autrement, *seulement 3% de personnes enquêtées ont considéré que les difficultés de se soigner et de s'instruire sont les problèmes les plus graves en Russie*. Quand on se réfère à la famille et la vie privée, on trouve dans la répartition des réponses à la question posée: "Nommez s.v.p. quels sont à votre avis les principaux problèmes que vous rencontrer dans votre vie et la vie de votre famille", 6% de réponses qui témoignent de l'inquiétude pour l'état de la santé, de la santé des

proches et de ce fait du niveau des soins médicaux. Bien avant ces préoccupations viennent les problèmes de niveau de vie (salaires, prix, argent,..) et ceux liés au logement.

En se référant au sondage d'opinion sur les causes de dégradation de la santé, réalisé par le Fond "Opinion publique" en 1998, l'on trouve dans l'ordre décroissant les indications suivantes (plusieurs réponses étaient possibles): Le manque d'argent pour se soigner et pour acheter les médicaments (le score égale à 33), les conditions de l'environnement de l'habitat défavorables (pollution de l'air, l'eau malpropre, ..) (22), le défaut d'accès aux examens et soins médicaux (19), la situation générale pénible dans le pays (18), l'inquiétude et des soucis liés aux relations familiales (18), l'attention insuffisante à sa propre santé (16), l'insuffisance de repos (16), la mauvaise qualité de produits alimentaires (15), les mauvaises conditions de logement (11), le travail trop stressant (10), être fumeur (10), l'insuffisance de l'offre de médicaments nécessaires (9), manque d'information sur les moyens de conserver et renforcer la santé (6)^{xi}, manque de moyens pour pratiquer le sport (5), l'abus de l'alcool (3). L'on constate que *l'insuffisance des revenus individuels pour l'achat de médicaments* (dont la gratuité n'est garanti que dans certains cas, par l'assurance maladie) *et pour l'accès aux soins* (depuis la généralisation du système assurantiel) *est perçue comme la raison principale de détérioration de la santé*. Mais juste après vient l'inquiétude liée aux conditions de vie et de l'environnement qui se détériorent aussi pour des raisons économiques. Durant les années quatre-vingt-dix la part des dépenses alimentaires (en argent et en nature) dans les revenus a progressé de 36% à 54%^{xii}. En même temps l'on constate un appauvrissement du régime alimentaire moyen, avec l'accroissement de la consommation de céréales et de pommes de terre, et la diminution de consommation de fruits, légumes, viandes et produits laitiers (Pouliquen (2000)). L'autoconsommation accrue n'a pas conduit à un renforcement du contrôle sanitaire des produits.

1.3. Efficacité du système des soins

A la lumière des constats précédents l'on peut distinguer deux sortes d'entrave à l'efficacité des systèmes de santé dans les pays industrialisés. Dans un cas la durée de vie se prolonge régulièrement, les dépenses de santé sont très importantes, leur élasticité au revenu national peut être supérieure à 1, préjugant que le service de soins y est un bien de luxe (Getzen (2000), Coudon et ali (2000)), mais la satisfaction du niveau de santé, déclaré par la population, reste relativement faible (Sadana (2000)). Dans l'autre cas, les dépenses sont faibles absolument et surtout comparativement aux pays de l'OCDE, mais l'infrastructure et l'encadrement médicaux sont suffisants. Malgré tout la durée de vie diminue. Est-ce que la prolongation de la vie pour les uns, a été obtenue grâce aux soins intensifs et coûteux prodigués à quelques couches de la population n'améliorant pas le statut de santé général ? Est-ce que pour les autres, la durée de vie dépend moins du niveau de santé ou du nombre de soignants, mais d'avantage d'autres facteurs socio-économiques? Autrement dit, il y aurait différentes formes d'inefficacité des systèmes de soins.

L'économie normative cherche à évaluer le prix de "l'efficacité" des dépenses de santé, tel que le coût minimal nécessaire pour prolonger d'un an l'espérance de vie. L'économie sociale retient que la valeur d'un an de vie n'est pas la même pour tout le monde et dans toutes les sociétés. L'on montre (par exemple, Ehrlich (2000)) que l'espérance de vie et la somme d'argent que les gens sont prêts à payer pour l'augmenter varient systématiquement avec des facteurs bien identifiables comme: la richesse disponible, le risque "naturel" de mortalité, l'âge, la capacité de gagner de l'argent, la préférence temporelle de consommation, la technologie et les

coûts médicaux, les options privées ou sociales de l'assurance (Shackley, Donaldson (2000)). Ces hétérogénéités individuelles en s'agrégeant différemment dans le temps et les régions géographiques génèrent des opinions parfois contradictoires sur les priorités à donner dans la politique de réduction de risque pour la santé. Les uns optent pour la protection de l'environnement ou l'aménagement de territoire, les autres mettent en exergue la qualité de la nourriture, ou encore la forme de la contraception (Cookson (2000)).

Les responsables politiques en Europe de l'Ouest, tenant compte de ces hétérogénéités s'intéressent aux relations des dépenses de santé par rapport au coût de la vie ou au PIB. Les économistes cherchent à fournir des évaluations permettant d'expliquer comment l'accroissement du volume de soins peut modifier la consommation d'autres biens et services et encourager la croissance et l'emploi. Cette vision des choses: une relance économique par l'accroissement de dépenses de santé, est inconcevable actuellement en Russie. Nous avons vu précédemment que les maladies des voies respiratoires, la dépendance à l'alcool, les traumatismes sont des causes trop importantes d'invalidité et de mortalité en Russie en comparaison avec d'autres pays. Il serait important de commencer par formuler des politiques préventives, des campagnes d'information concernant la lutte antitabac et anti-alcool pour sauver des vies. Pourtant la tentation est grande de laisser les choses comme elles sont, parce que les taxes sur les produits alcoolisés et le tabac servent à combler le budget fédéral^{xiii}.

Dans les publications de l'OMS la performance des systèmes de soins est jugée selon leur qualité et l'équité d'accès pour la population. Un des critères est la réactivité du système, c'est à dire sa capacité à répondre aux besoins légitimes d'avoir le traitement convenable en dehors des soins médicaux à proprement parler. Cette mesure de la performance apprécie le respect de la dignité de la personne, son autonomie et la confidentialité des actes; prend en compte la rapidité de la prise en charge des malades, la qualité du cadre des soins, l'accès aux réseaux d'entraide sociale et la possibilité de choix du producteur de services. Les estimations du niveau de réactivité placent le système de soins en Russie en 70-ième position. Il y a des inégalités dans la population face à l'accès aux services de soins de qualité, puisque la répartition de la réactivité retrograde la Russie à la 85-ième place. Un autre critère est l'équité de la contribution financière, qui théoriquement tient compte: des dépenses de santé par les ménages et de leur part dans les revenus; des impôts sur les revenus et la propriété; des comptes de santé de la nation et des budgets de l'état. Rares sont les pays pour lesquels une information d'une telle précision est disponible, et l'OMS réduit la recherche en se basant sur les études des budgets des ménages et en construisant l'indice "Equité de la contribution financière des ménages"^{xiv}. Le but est de mettre en relief les ménages qui consacrent une très grande part de leurs revenus pour leur santé. L'indice reflète les inégalités des contributions des ménages, et particulièrement attire l'attention sur les ménages en risque de paupérisation à cause du niveau très élevé des dépenses de santé. Il apparaît, avec sa 185-ième place sur la liste, qu'*en Russie la disparité entre les ménages en dépenses de santé est énorme actuellement.*

En résumant, l'on note que *selon la performance intégrale du système de santé la Russie se trouve en 130-ième position parmi les 191 pays étudiés par l'OMS en 2000.* Les composantes de cet indicateur rangent la Russie respectivement au:

- 69-ième rang selon "Distribution de la santé dans la population";
- entre 69 et 72-ièmes selon "Niveau général de réactivité du système de soins";
- 75-ième pour "Dépenses de santé par habitant en \$ internationaux";
- 86-87-ièmes selon "Distribution de la réactivité du système";
- 91-ième rang pour "Niveau de santé",

- 100-ième selon "Réalisation général du système";
- 127-ième pour "Niveau de performance";
- 185-ième rang selon "Équité de la contribution financière des ménages".

Ces informations soulignent l'inefficacité générale du fonctionnement du système de santé.

II. Les inégalités devant la santé

Les tendances longues

Résumons maintenant quelques-uns des résultats des études, réalisées par la Fondation Carnegie pour la Paix Internationale, dont le but était précisément d'expliquer des inégalités face à la mort en Russie (*Inégalité et Mortalité en Russie* (2000)). Comme dans les pays occidentaux (*Les inégalités sociales de santé*, INSERM (2000)), les habitants en Russie ont une durée de vie variable selon la catégorie sociale à laquelle ils appartiennent. En 1989, l'espérance des hommes âgés de vingt ans de rester en vie jusqu'à 65 ans était 838,4 pour mille pour les cols blancs, 700,6 pour les cols bleus et seulement de 250,3 pour les inactifs. Les écarts sont moindres pour la population féminine, mais témoignent des mêmes prédispositions. Comme dans les autres pays, les gens plus éduqués vivent plus longtemps que ceux qui n'ont qu'une formation initiale. Une année d'étude supplémentaire est associable à la diminution de 9% de la mortalité chez les hommes et de 7% chez les femmes. Il faut pourtant signaler les spécificités du cas russe pour ne pas tomber dans des interprétations inexactes parce qu'inspirées des réalités différentes. Premièrement, le niveau éducatif n'est que faiblement corrélé avec les revenus des personnes, c'est à dire que la vie plus longue des plus formés n'est pas acquise grâce à une plus grande aisance matérielle. Deuxièmement, les postes de direction ne sont pas systématiquement occupés par les personnes de niveau éducatif élevé. Troisièmement, les personnes inactives à vingt ans ne sont pas tous chômeurs, au sens économique du terme, ou sans ressources. Ce sont en majorité des personnes malades et invalides, d'où leur faible espérance de rester en vie jusqu'à 65 ans. Ainsi, la différence entre couches sociales face à la santé s'explique plutôt par la différence de leur attachement à la qualité de vie. Par exemple, il y a beaucoup plus d'abus d'alcool et de fumeurs parmi les cols bleus.

Une grande différence est observée entre les personnes mariées, célibataires et divorcées. L'espérance de vie, estimée dans l'intervalle de 20 à 65 ans, est de 8,5 ans plus longue pour les hommes mariés que pour les célibataires. Ici comme dans le cas des inactifs on incrimine la présence d'un handicap (l'alcoolisme, par exemple) qui serait à l'origine du célibat ou du divorce et d'une mauvaise santé.

Les caractéristiques ethniques ont été également mises en relief. Les peuples de la Russie se rangent selon le taux de la mortalité, commençant par le taux le plus élevé, de façon suivante: les petits peuples du Nord, le peuple de Touva, les autres peuples de Sibérie, Kalmouks, Kazakhs, les peuples Finno-hongrois, Russes, les peuples de Volga (excepté les Finno-hongrois), les peuples de l'Europe de l'Est (biélorusses, ukrainiens et autres excepté les Russes), Allemands, Arméniens, Juifs, et peuples du Caucase du Nord. Même la langue discrimine les populations. Dans les régions le long de la Volga la mortalité est plus forte chez les peuples parlant les langues du groupe finno-hongrois que chez les peuples parlant les langues turques.

Dans la suite de cette section nous prêtons attention aux autres aspects des inégalités, dont certains sont apparus récemment à la suite des modifications fondamentales dans la couverture de dépenses de soins. Nous rapprocherons pour différentes régions quelques données sur l'environnement et la nutrition des Russes, avec des indicateurs de mortalité et de morbidité. Puis nous regardons comment l'inégalité d'accès aux connaissances médicales peuvent accentuer les disparités de qualité des soins prodigués.

II.1. L'étendue de l'assurance maladie

La nécessité de réformer le système de santé et son mode de financement est apparue cruciale dans la dernière décennie avec la crise économique, mais aussi afin de s'adapter au processus de décentralisation, qui a conduit à modifier les flux de financement. Avant 1993 le financement de la santé était budgétaire, mais depuis, deux autres sources se sont ajoutées: l'assurance médicale obligatoire et les financements complémentaires incluant les paiements directs par les patients, l'assurance individuelle complémentaire, ou les financements directs par les entreprises.

Le financement budgétaire

Ce type de financement peut provenir du budget fédéral, des budgets des 89 membres de la Fédération ou des villes. Il peut être en monnaie ou en nature (équipement par exemple). Il est accordé sur la base de programmes finalisés. Parmi les 16 programmes actuels figurent par exemple: la tuberculose, le SIDA, la vaccination, les questions liées à l'avortement, les traitements des suites de Tchernobyl, la médecine de catastrophes, la psychiatrie. Il s'agit généralement de programmes qui concernent l'ensemble de la population et incluent des aspects de formation, de recherche et de développement du potentiel technique.

Pour chacun de ces programmes, des contrats sont passés directement entre le Ministère de la santé et des hôpitaux ou des centres de recherche. Ils peuvent être définis en liaison avec des programmes internationaux, mais sans qu'il existe de coordination structurée avec ces derniers.

Assurance médicale obligatoire

L'assurance maladie obligatoire a été instaurée en 1993 pour répondre aux exigences des réformes financières, sociales et structurelles. Elle devait garantir la couverture des dépenses, favoriser l'application de méthodes économiques dans l'organisation des services, conduire à de nouvelles formes de rémunération, provoquer des modifications législatives afin de permettre l'appropriation (partielle) par les médecins et les institutions de soins de leurs moyens de travail, permettre aux patients le libre choix du producteur de soins.

L'assurance médicale obligatoire est financée par deux sources: les entreprises pour les personnes actives, le budget des administrations locales pour les non actifs, mais les sommes correspondantes sont gérées par l'intermédiaire de fonds territoriaux. Ceux-ci répartissent les flux entre les caisses et remboursent les établissements de soins selon des structures tarifaires prédéterminées concernant les salaires, la nourriture, les médicaments. Les montants à transférer sont planifiés selon la taille de la population, sa structure (âge, sexe, ...), la morbidité.

D'une part, ces sources de financement restent chroniquement insuffisantes pour permettre une amélioration sensible de l'accès aux soins de la population. Pour des raisons économiques générales, les cotisations des employeurs ne sont pas versées à temps et pas en totalité. Il y a une forte hétérogénéité entre les régions liée à leur bassin d'emploi respectif et à la prospérité de leurs entreprises. Les financements budgétaires

destinés aux soins des non-actifs sont nettement sous-évalués, ce qui contribue à creuser fortement le déficit du fonds territorial.

Paradoxalement, d'autre part, les capacités d'offre d'une grande partie de prestataires de soins sont insuffisantes en quantité et en qualité au point que s'est développé en Russie ce qu'on appelle "l'assurance remboursée". "L'Assurance remboursée" est une assurance où une partie de fonds non utilisés sur une période par l'assureur est remboursé aux employeurs ou aux assurés eux-mêmes. Si on peut trouver opportun de recourir à un dispositif de ce type dans un pays de croissance excessive de dépenses de santé, son utilisation en Russie, où le manque de moyens est évident, pointe sur l'inefficacité des règles de gestion financière dans ce secteur. Cette forme d'assurance est moins pratiquée dans l'assurance maladie obligatoire, mais de plus en plus répandue dans l'assurance complémentaire.

En 1998 le budget de l'Etat consacré aux dépenses de santé représentait 2,4% du PIB et les cotisations des entreprises dans l'assurance médicale obligatoire 0,74 % du PIB (Chichkine (1999)).

Assurance complémentaire

Il est possible, sur la base d'une assurance volontaire, d'accéder à des prestations complémentaires. Les fonds d'assurance volontaire sont alimentés par une double contribution, individuelle et patronale. Mais son ampleur est très réduite à cause de la faiblesse des revenus de la population et l'instabilité financière des entreprises.

L'enquête, que nous avons réalisée auprès de 100 personnes hospitalisées dans un hôpital de St.Petersbourg (Franeva et ali (1997)), montre que face à la question sur le consentement à payer les soins hospitaliers, 52 % de personnes ont rejeté catégoriquement la possibilité de payer pour se soigner, la majorité expliquant cette position par la faiblesse de leurs revenus individuels. L'idée selon laquelle l'âge devrait influencer sur le consentement à payer, le risque étant plus élevé, n'est pas confirmée par cette enquête; les réponses "oui" ou "non" ont des fréquences similaires dans les différentes tranches d'âge.

Parmi les personnes prêtes à payer, 34 % sont d'accord pour le faire sans conditions; en particulier 13 % avancent pour argument l'importance des soins pour l'état de santé, 4 % le fait d'être soutenu financièrement par des proches. Une personne a répondu être prête à donner "tout son salaire". Mais le niveau de paiement considéré comme raisonnable varie entre 20 et 55 % des revenus des répondants.

Divers facteurs ou arguments semblent influencer négativement sur le consentement à payer:

- i) Les faibles revenus ne permettent pas d'attribuer des moyens au delà de la stricte nécessité de survie;
- ii) les résultats des soins ne garantissent pas l'état de santé;
- iii) l'assurance maladie, la législation et d'autres paramètres institutionnels ne favorisent pas les investissements dans le secteur de santé;
- iv) il y a une forte réticence de la part des personnes habituées à la gratuité des soins.

D'autres facteurs renforcent l'opinion positive :

- i) la santé est vue sous ses aspects économiques, modifiant le budget individuel et familial: les médicaments sont chers, la prévention favorise l'épargne, il y a crainte d'une perte de la capacité de travailler, avec baisse de revenu ou perte de l'emploi;
- ii) l'information croissante sur les coûts réels des soins fait que les malades réalisent la nécessité de prendre à leur charge certains de ces coûts;

iii) l'information sur l'amélioration sensible des traitements par l'emploi de technologies performantes permet une meilleure évaluation du risque et donc du "retour sur investissement".

Jusqu'à présent l'introduction de l'assurance dans le financement de la santé en Russie n'a pas permis l'accroissement des fonds du système de santé. Et la marge de manœuvre reste étroite jusqu'à la résolution de la crise économique. En même temps l'assurance maladie obligatoire avec ces formes de collecte de fonds tend à accroître les inégalités entre les régions, l'assurance complémentaire amplifie les inégalités entre les personnes physiques. Nous avons vu précédemment que l'inégalité des contributions financières des ménages semble être des plus fort au monde (185 rang sur 191 pays étudiés).

II.2. La disparité régionale

La mortalité

La disparité de la durée de vie selon les régions est assez importante. L'espérance de vie la plus longue sur le territoire de la Fédération de Russie est observée au Caucase: en Ingouchie et au Daghestan. En 1996 cet indicateur atteignait 70 ans en moyenne, 65 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes en Ingouchie et respectivement 72 ans, 67 ans et 78 ans au Daghestan. Souvent les démographes mettent en doute cette relative longévité des peuples du Caucase du Nord en se référant aux difficultés statistiques de collecte de données sur la mortalité; l'enregistrement des décès serait traditionnellement incomplet. L'espérance de vie la plus courte est observée pour la population de la République de Touva (Sibérie de l'Est): 55,6 ans en moyenne, 49,7 ans chez les hommes et 62,7 chez les femmes^{xv}. Parmi les régions de la Fédération de Russie cette République est pourtant dotée (peut-être à cause même de ces indicateurs) de la plus importante infrastructure hospitalière par tête d'habitant. En effet, en 1990, il y avait 192 lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants dans cette République contre 137 lits en moyenne en Fédération de Russie. En 1997, la place de Touva n'a pas changé; les chiffres sont respectivement de 164 lits et de 121 lits. Il faut noter que dans la structure de la mortalité à Touva les accidents, les empoisonnements et les traumatismes sont très élevés, les plus forts en Fédération de Russie. La production d'amiante dans cette région est certainement un facteur de nuisance important. Pourtant, la mortalité infantile ne discrimine pas ces régions, Touva et l'Ingouchie, opposées dans les tables de longévité. Avec respectivement 31,2 et 32,4 en 1991 sur 1000 nouveau-nés se sont les deux républiques où elle est la plus forte. Les maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire en sont les causes principales et, d'après Prokhorov (1994), elles pointent du doigt la faible qualification du personnel de santé. Le Caucase du Nord et la Sibérie sont aussi les régions où la pauvreté est la plus profonde : 47% de ménages se trouvent au-dessous du seuil de pauvreté au Caucase du Nord en 1998, 40% - en Sibérie, contre 22% à Moscou et St.Pétersbourg (Mroz et ali (1999)).

La situation écologique et la santé des régions européennes de la Fédération de Russie

La Russie est un des plus grands pays selon les mesures biosphériques. 30% de nature vierge de la Terre se trouverait, selon des estimations, sur son territoire, aussi grande serait la superficie boisée par des espèces de

conifères les plus précieuses. Elle bénéficie de la deuxième place au monde de déversement annuel d'eau des rivières, et seul le lac Baïkal contient 20% d'eau douce non figée dans les glaciers. Pourtant la situation écologique contemporaine peut être jugée comme bien préoccupante. Les zones écologiquement nuisibles occupent 15 % du territoire, où habitent plus de vingt-cinq millions d'habitants. Ce sont les régions de l'Oural du Sud, Kouzbass et certaines régions de la Volga et du Centre où sont concentrées les industries pétrolières, chimiques et minières. La zone de la contamination radioactive s'élargie. Les conséquences de l'avarie de Tchernobyl se ressentent dans 19 régions et républiques. La transformation et le stockage des déchets radioactifs posent des problèmes considérables pour l'environnement, ainsi que l'entretien des sites d'expérimentations des explosions nucléaires souterraines. Les régions du Nord et du Nord-Ouest subissent la radiation naturelle (Pakhomova, Richter (1999)). Persiste le problème de la pollution de l'aire atmosphérique. En 1996 l'émission du dioxyde de carbone par habitant, bien que relativement faible par rapport aux Etats Unis, était de 10,7 métrique tonnes et l'émission du dioxyde du sulfure de 16,6 kilogrammes (Les chiffres pour les EU étaient respectivement: 19,7 et 63,8 (Source: HDR 2000, p. 231-232)). Au début de la crise économique des années quatre-vingt-dix on a constaté une certaine amélioration dans la concentration du gaz carbonique suite à la réduction de la production industrielle. Mais depuis 1995 avec l'accroissement du nombre de voitures il y a eu un rattrapage rapide. Les ressources d'eau fraîche est très importante: 30.619 m³ par habitant en 1998, contre 3.246 m³ en France, par exemple. (Banque Mondial (2000) p.290-291)). Mais un tiers de la population consomme de l'eau potable de mauvaise qualité à causes des systèmes de distribution d'eau en abandon. Les sols infectés par des décharges des déchets industriels, agricoles, médicaux présentent une autre forme de danger.

Pour éclaircir des inégalités liées à l'impact des situations écologiques sur la santé nous avons réalisé quelques analyses statistiques où les données correspondent aux vingt deux régions de la partie européenne de la Russie. Les variables actives (explicatives) décrivent l'état de l'environnement et les conditions sanitaires en 1995. Ces informations sont recueillies par les services de surveillance sanitaire et épidémiologique du ministère de la Santé de la Fédération de Russie. Il s'agit des variables suivantes :

- pourcentage dans les échantillons analysés de ceux où les produits de consommation présentent des écarts aux normes sanitaires et chimiques;
- pourcentage dans les échantillons analysés de ceux où les produits de consommation présentent des écarts aux normes micro biologiques;
- pourcentage des échantillons d'eau dans les sources de distribution centralisée, présentant des écarts aux normes sanitaires et chimiques;
- pourcentage des échantillons d'eau dans les sources de distribution centralisée, présentant des écarts aux normes micro biologiques;
- pourcentage des échantillons d'air présentant un dépassement de la concentration limite acceptable de produits nuisibles.

Nous cherchons à savoir si ces facteurs nuisibles à la santé influent sur la mortalité des hommes et des femmes et sur la mortalité infantile qui sont les variables illustratives. Nous cherchons aussi à tester l'hypothèse d'un lien possible entre la mortalité dans la région et le développement de l'infrastructure hospitalière. Pour cette dernière raison nous avons introduit dans la liste de variables, le nombre de lits pour 10.000 habitants en 1985 et en 1997. Les analyses sont des constats instantanés. Dans le paragraphe suivant nous ferons référence à des travaux qui tiennent compte d'effets retardés.

L'analyse des correspondances binaires et les classifications sur l'ensemble de variables, montrent que les régions se différencient fortement selon les critères d'état sanitaire, bactériologique et chimique de la nourriture consommée, de l'eau et de l'air, mais sont proches selon les indicateurs démographiques choisis dans notre analyse. Ainsi, soit les facteurs écologiques et sanitaires néfastes sont récents et n'ont pas eu le temps d'agir sur la mortalité des enfants et des adultes, soit d'autres causes de mortalité sont si importantes que les conditions de vie captées par cette analyse paraissent insignifiantes. La différence selon l'infrastructure hospitalière n'est pas discriminante non plus. Ceci fait penser que la politique régionale du développement hospitalier ne repose pas sur les considérations de mortalité.

La répartition des régions en cinq classes homogènes montre que huit régions: celles de Vladimir, de Vologda, de Bryansk, de Toula, de Smolensk, de Novgorod et de Yaroslavl se retrouvent dans le même groupe autour de l'«individu» représentant l'ensemble du territoire de la Fédération de Russie. Ce groupe se caractérise par la présence de produits de consommation de meilleure qualité par rapport à la moyenne des régions, mais aussi par la médiocrité de la composition chimique de l'eau. La durée de vie d'une part, et la mortalité infantile d'autre part, y sont légèrement au-dessous des moyennes.

Une deuxième classe regroupe six régions: la ville de Moscou et les régions de Tver, de Pskov, de Moscou, d'Oriol, d'Ivanovo. Ces régions ont en commun une proximité à l'indicateur de concentration limite acceptable de produits nuisibles dans l'air, qui est très élevé. Cette classe ne se distingue pas pour autant par l'infériorité des indicateurs de mortalité.

Une troisième classe regroupe six autres régions: les Républiques de Carelie et de Komis, les régions d'Arkhangelsk, de Riasan, de Leningrad et de Mourmansk, où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne. Cette mauvaise performance de l'indicateur de l'état de santé n'est pas due à la qualité de l'air, car il est moins pollué que dans les autres régions. Par contre, le pourcentage de produits hors normes sanitaires et microbiologiques est très important.

Les classes quatre et cinq correspondent respectivement à la région de Kalouga et à la ville de St.Petersbourg. La région de Kalouga est marquée par la présence d'un pourcentage très élevé de produits alimentaires hors normes sanitaires et microbiologiques et par une bonne qualité de l'eau. Ces traits distinctifs n'affectent pas négativement l'espérance de vie dans cette région. A St.Petersbourg, malgré le dépassement très important des normes microbiologiques de l'eau dans la distribution centrale, mais grâce, entre autres, à la bonne qualité de l'air et de l'eau en moyenne (selon les analyses sanitaires et chimiques), la durée de vie est de deux ans supérieure à la moyenne et la mortalité infantile est inférieure de quatre points par rapport à la moyenne.

De cette analyse de l'influence des facteurs de pollution et de la dégradation de la qualité de la nourriture sur la mortalité infantile et sur l'espérance de vie à la naissance, il ressort quelques constats:

- i) L'impact instantané, celui que l'on teste ici, est faible et même imperceptible quand il s'agit de la dégradation de la qualité microbiologique d'eau dans la distribution centrale.
- ii) La pollution de l'air n'a pas d'impact sur les indicateurs de mortalité infantile ou sur la durée moyenne de vie.
- iii) L'espérance de vie à la naissance est inférieure dans les régions où la nourriture est hors normes sanitaires, chimiques et microbiologiques.

Sur la période 1985 - 1997 le nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants a diminué dans toutes les régions, excepté la région de Ivanovo et de Kostroma, où l'encadrement hospitalier a légèrement augmenté. Pour la région de Kostroma on peut voir que cet accroissement va de pair avec l'accroissement de la mortalité infantile sur la même période. En effet, la région de Kostroma (ainsi que la région de Kalouga) sont les seules à connaître une remontée de la mortalité périnatale.

Ecologie de St.Petersbourg

Nous nous intéressons ici à l'impact des conditions écologiques sur la morbidité dans une région plutôt "favorisée" au regard des critères de l'espérance de vie et de la mortalité infantile. Quelles sont les risques de maladies dans une région dite "normale"? Qu'est ce que l'on peut dire des inégalités provoquées par ces risques, sont-elles de nature sociale et économique ?

Nous avons choisi la ville de St. Petersburg et ses banlieues parce que des études détaillées ont été réalisées ici afin de déceler l'impact de la pollution sur la santé de ses habitants (Melnikov et ali (1993), Situation écologique (1998)). Quarante sept points d'observation ont été installés dans la ville dans le but de mesurer le degré de pollution de l'air et de l'eau, la présence de métaux lourds dans le sol, le taux de la radioactivité et la morbidité. Le suivi de la morbidité a été facilité sur la période d'observation par la prescription à la population de soins ambulatoires (polycliniques) à proximité de leur lieu de résidence, c'est à dire dans les mêmes micro zones que la contamination éventuelle.

Pollution de l'air

Pour chaque district ont été estimés:

- l'effet instantané attendu sur la santé de la pollution de l'air atmosphérique par l'ensemble des produits polluants;
- les délais d'intoxication chronique associées à la pollution de l'air;
- la probabilité d'effets chroniques après 25 ans de résidence dans les périmètres où le degré de pollution atmosphérique resterait constant.

Il apparaît que de façon générale, le danger direct de la pollution atmosphérique est très important à St.Pétérsbourg. Mais les risques sont répartis d'une façon très hétérogène. Le plus grand risque est présent dans les quartiers du centre, diminue légèrement dans les quartiers industriels et s'avère le plus faible dans la ville de Cronstadt, qui est une île. La probabilité de l'effet de nuisance instantané varie de 3% à 98% d'une micro région à l'autre. En conséquence, le début des intoxications chroniques peut être 68 ans dans le cas favorable, mais 5 ans dans le pire des cas. L'espérance d'effets chroniques après 25 ans de résidence dans une même micro région de la ville varie entre 3% et 20%.

Contrôle de la qualité des eaux

La présence de 69 rivières et de six lacs dans la ville et leur utilisation pour la pêche expliquent la nécessité d'une surveillance accrue de la qualité de l'eau. Il est par contre plus difficile d'imputer à la pollution de l'eau d'une rivière la dégradation de la santé d'une couche quelconque de la population, par exemple des riverains. Dans cette ville, la consommation d'eau est trois fois supérieure à la moyenne européenne, mais on n'utilise pas l'eau de la rivière qui coule à proximité directe. La baisse de l'activité économique de la région entraîne

l'amélioration de la qualité de l'eau dans le bassin. Les programmes communs menés avec la Finlande, pour la purification de l'eau du Golfe de Finlande, ont joué aussi leur rôle. Néanmoins, comme nous l'avons vu précédemment, les indicateurs micro biologiques de l'eau dans la distribution centralisée sont très mauvais, plaçant St.Petersbourg à la dernière place parmi les régions de la Fédération de Russie.

Le sol de la ville

En plein centre de St.Petersbourg, la probabilité de développer certains types de cancer est très sérieuse. Une raison en a été trouvée récemment quand on a découvert des sources d'ionisation naturelle (70% de degré de radiation) émises par une petite rivière souterraine, et qui contaminaient les personnes habitant ou travaillant dans un périmètre très précis autour de cette rivière.

Les inégalités dans l'exposition aux risques pour la santé selon le lieu de résidence sont donc très grandes à l'intérieur d'une même ville. Jusqu'à présent ces inégalités n'ont pas été liées aux statuts économique et social des personnes. En effet, la répartition de la population entre les quartiers de la ville se faisait selon des critères autres que la volonté ou la possibilité financière de choisir son risque. La répartition dépendait principalement du lieu de travail du chef de famille. La construction d'immeubles d'habitation et l'installation du personnel étant principalement l'affaire des entreprises. Une fois installées les personnes et leurs familles ne déménageaient que marginalement à l'intérieur de l'agglomération, même si elles changeaient de lieu de travail. Les grandes entreprises finançaient aussi l'aménagement des polycliniques et des hôpitaux pour leur personnel. Depuis 1992 une large privatisation des appartements a eu lieu en Russie. Les ménages ont pu, s'ils le voulaient devenir des propriétaires de leurs logements. Ce processus a conduit à ce que 61% de ménages deviennent propriétaires et les conduisent à changer plus facilement le lieu d'habitation suivant les conditions des marchés immobiliers. Les couches les plus aisées pourront dorénavant s'installer plus facilement dans les quartiers "du moindre risque".

II.3. L'accès aux connaissances médicales

La mise en place de nouveaux systèmes de tarification et de financement en Russie nécessite de concilier l'efficacité en termes de contrôle des dépenses et l'efficacité en termes d'effets sanitaires chez les prestataires de soins. Les nouvelles règles pour les hôpitaux en Russie s'inspirent d'expériences américaines, en particulier du PMSI (Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information). Cette méthode consiste à répartir les patients hospitalisés en Groupes Homogènes de Malades (GMH), pour lesquels le diagnostic est suffisamment proche pour entraîner une dispersion faible des traitements mis en œuvre. L'objectif est alors de calculer des coûts moyens par pathologie, puis d'affecter les dotations budgétaires selon des prévisions d'activité spécifiées par pathologie tenant compte des probabilités de morbidité sur un territoire donné.

Il existe actuellement un système de financement des hôpitaux de ce type à Moscou, appelé "Standards de soins médicaux de la population des adultes dans les services stationnaires pour la ville de Moscou". Ce système détermine des volumes d'examen et de traitements minimaux et obligatoires dans cette ville.

"Les standards" servent à autres choses que les calculs de budgets des institutions de soins, et entre autres pour la diffusion de nouvelles connaissances médicales. En effet, ayant les mêmes classifications en terme de groupes homogènes de maladies que dans les autres pays (France, Etats Unis), les médecins peuvent connaître et comparer différentes technologies de traitement de patients de chaque groupe^{xvi}. Même si les institutions de

soins n'ont pas les moyens de fournir aux patients les mêmes prestations que dans les pays riches, ils peuvent au moins accéder aux connaissances des technologies de soins les plus performantes et efficaces à ce jour. L'informatisation et l'élargissement des réseaux de communication facilitent ces flux d'information médicale. Malheureusement, l'accès à cette technologie informationnelle, faute d'équipements plus que du défaut du capital cognitif, n'est pas encore égale dans les différents établissements hospitaliers de la Fédération de Russie et ceci renforce les disparités dans les pratiques médicales même à l'intérieur du pays.

Conclusion

La mortalité en Russie a connu un regain dramatique durant les années quatre-vingts et quatre-vingt-dix avec le pic de 1994, lorsque l'espérance de vie à la naissance pour les hommes a chuté à 57,5 ans. Entre 1990 et 2000 la population a diminué de 3,6 millions d'habitants et la baisse naturelle a été de presque six millions. Actuellement la population en âge de travailler (16-60 ans) représente 63% de l'ensemble, ce qui en soi ne pose pas de problèmes majeurs pour fournir de la main-d'œuvre ou pour le financement des caisses de la sécurité sociale et des retraites. Le niveau de santé des Russes, apprécié à travers des évaluations par les personnes elles-mêmes, n'apparaît pas spécialement inquiétant, en comparaison avec la santé des populations dotées de moyens financiers supérieurs et accédant aux systèmes de soins bien organisés (cas des pays de l'OCDE). Les dysfonctionnements du système de soins sont principalement liés aux réformes en cours, dont on tarde à enregistrer les effets positifs escomptés. La surmortalité de la population à l'âge actif s'explique par de multiples facteurs économiques, écologiques, mais surtout psychologiques et sociaux liés aux modifications brutales des modes de vie et à l'accroissement de l'inquiétude pour l'avenir.

Peut-on s'attendre à la normalisation de l'état de santé mental et physique, et à la baisse de la mortalité à court terme, maintenant qu'on observe l'amélioration de plusieurs paramètres, comme la reprise d'une certaine croissance économique? Une réponse optimiste n'est pas évidente. Premièrement, la santé n'est pas une priorité dans l'opinion publique en Russie, comme c'est le cas dans le monde occidental. Deuxièmement, les inégalités s'accroissent avec les guerres locales et les flux des réfugiés, avec l'augmentation rapide de la part de la population vivant au-dessous du seuil de la pauvreté. Ces tendances indiqueront plutôt une dégradation de conditions sanitaires moyennes. Troisièmement, la dislocation de services publics de santé n'est pas favorable à l'accès pour tous à des soins de qualité. L'industrie hospitalière, après un passage difficile lié à un manque de moyens et à la pénurie de ressources médicamenteuses nécessaires aux traitements, accède à de nouvelles formes de gestion et à l'informatisation qui peuvent résoudre certains problèmes. La recherche bio médicale est de niveau médiocre, mais la coopération internationale et le développement de systèmes de communication peuvent palier à court - moyen terme cette lacune. Toutefois, même cette perspective n'est pas sans embûche. D'une part, le traitement de l'information peut être assuré grâce au corps médical qui atteint toujours un bon niveau de compétences. D'autre part, les revenus des médecins restent bas, en dessous du revenu moyen, et n'incitent pas à l'effort pour accomplir des tâches supplémentaires dans la recherche de nouveaux protocoles de prévention et de traitement des maladies.

Bibliographie

- Andreev, E., Ksenofontova, N. (1996) "La mortalité infantile en URSS en 1979 - 1980. Résultats d'une enquête inédite", *Population*, n°3, 539 - 572.
- Avdeev, A., Monnier A. (1996) *Mouvement de la population de la Russie 1959 - 1994*, INED.
- Avdeev, A., Blum, A., Zakharov, S., Andreev, E. (1997) "Réaction d'une population hétérogène à une perturbation, un modèle d'interprétation des évolutions de mortalité en Russie", *Population*, n°1, pp. 7-44.
- Bhargava, A., Jamison, D., Lau, L., Murray, C. (2000) "Modeling the Effects of Health on Economic Growth", *World Health Organisation*, GPE Discussion Paper n°. 33, pp.33
- Bloom, D., Sachs, J. (1998) "Geography, Demography, and Economic Growth in Africa", *Brookings Papers on Economic Activity*, n°2, pp. 207-295.
- Briner, R., Reynolds, S. (1999) "The cost, benefits, and limitations of organizational level stress interventions", *Journal of Organizational Behavior*, vol.20, issue 5, pp.647-664.
- Chichkine, S. (1999) *Analyse économique des résultats du monitoring sociologique des dépenses de la population russe de services médicaux et médicamenteuses*, Moscou (en russe).
- Condon, M., Marcuello, C., Montanes, A. (2000) "Are Health Care Function stable? An Application to the Canadian and US economies", *Applied Economics Letters*, 7, pp.735-738.
- Cookson, R. (2000) "Incorporating psycho-social considerations into health valuation: an experimental study", *Journal of Health Economics*, 19, pp. 369-401.
- Contoyannis, P., Forster, M. (1999) "The distribution of health and income: a theoretical framework", *Journal of Health Economics*, 18, pp.605-622.
- Davis, C. (1997) "The Influence of Economic Factors on Health Sectors in the Transition Countries of Eastern Europe and the Former Soviet Union : Past, Present and Future", Séminaire "Evolution de la Protection Sociales dans les PECO", Paris, 13-14 mars.
- Eberstadt, N. (2000) "Russie: l'inévitable déclin ?", *Futuribles*, n°252, pp.23-49.
- Ehrlich, I. (2000) "Uncertain lifetime, life protection, and the value of life saving", *Journal of Health Economics*, 19, pp. 341-367.
- Ermakov, S. (1996) *Les capacités contemporaines d'évolution intégrale de processus médicaux et démographiques*, Moscou (en russe).
- Feshbach, M., Rapawy, S. (1976) "Soviet Population and Manpower Trends and Policies", Joint Economic Committee, Soviet Economy in a New Perspective, 94th Cong., 2d sess., 14 October.
- Fogel, R. (1999) "Catching Up with the Economy", *The American Economic Review*, March, pp.1-21.
- Franeva L., Gouriéroux, C., Konovalov R., Peaucelle I. (1997) "Profils et fonctionnements des hôpitaux à St.Petersbourg", *Programme ACE Tacis "Coût des soins médicaux et industrie hospitalière en Russie"*.
- Getzen, T. (2000) "Health care in an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures", *Journal of Health Economics*, 19, pp.259-270.
- Goldberg, C., Waldman, D. (2000) "Modeling employee absenteeism: testing alternative measures and mediated effects based on job satisfaction", *Journal of Organizational Behavior*, vol. 21, issue 6, pp.665-676.
- Hamoudi, A., Sachs, J. (1999) "Economic Consequences of Health Status: A Review of the Evidence", W.P, *Center for International Development at Harvard University*, . n°30, p.25.

Harvey, J., Nichilson, N. (1999) "Minor illness as a legitimate reason for absence", *Journal of Organizational Behavior*, vol.20, issue 6, pp. 979-993.

Heshmati, A. (2001) "On the Causality between GDP and Health Care Expenditure in Augmented Solow Growth Model", *Stockholm School of Economics, W.P. in Economics and Finance*, n°423

Human Development Report 2000, ONU (2000)

Inégalité et Mortalité en Russie (2000), monographie collective, Carnegi Endowment for International Peace, Moscou (en russe).

Kingkade, W., Vassin, S. (1997) "Mortality by cause of death in Russian's recent past: regional variations before and after the break-up", *International Population Conference, Beijing*, vol.2, pp.555-580.

Knowls, S., Owen, D. (1997) "Education and Health in an Effective-Labour Empirical Growth Model", *The Economic Record*, vol.73, pp.314-328.

Kompier, M., Geurts, S., Gründemann, R., Vink, P., Smulders, P. (1998) "Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach", *Stress Medicine*, vol.14, issue 3, pp.155-168.

Konovalov, R., Peaucelle, I. (1998) *Vers la constitution de groupes homogènes de morbidité et de traitement*, Rapport final Tacis Ace Programme n°T95-4122-R.

Les inégalités sociales de santé, (2000), éditions La Découverte

Mathers, C., Sadana, R., Salomon, J., Murray, C., Lopez, A. (2000) *Estimates of DALE for 191 countries: methods and results*, World Health Organisation, W.P. n°16, June.

Melnikov, E.K., Musiytchuk, U.I., Potiforov, A.I., Rudnik, V.A., Rymarev, V.I. (1993) *Les zones geo-pathogènes : mythe ou réalité ?* St.Petersbourg, VNII Okeanologia (en russe).

Meslé, F., Shkolnikov, V., Hertrich, V., Vallin, J. (1996) *Tendances récentes de la mortalité par cause en Russie 1965 -1994*, INED (Paris) - Centre de démographie et d'écologie humaine (Moscou).

Ministère de santé de la Fédération de Russie (1998), Département de statistique médicale et d'informatique, www.mednet.com/stat/stat97 (en russe)

Mushkin, S. (1962) "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, vol.70, pp. S129-S157.

Mroz, T., Mancini, D., Popkin, B. (1999) "Monitoring Economic Conditions in the Russian Federation", *University of North Carolina*.

Mushkin, S. (1962) "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, vol. 70, pp. S129-S157.

Pakhomova, N., Richter, K. (1999) *Economie environnementale et management*, Presse de l'Université de St.Pétérbourg. (en russe)

Peaucelle, I., Petit, P. (1991) "La gestion du rapport salarial: une modélisation du rôle des incitations et des institutions", *Revue économique*, vol.42, n°3, pp.493-520.

Pouliquen, A. (2000) *Dynamiques et politiques agroalimentaires dans certains PECO*, Rapport pour le Ministère de l'agriculture et de la pêche. pp.60.

Prokhorov, V. (1994) "Spécificités régionales de santé de la population de la Fédération de Russie", *Novaïa Rossia*, Moscou, pp.608-617.

Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001: Combattre la pauvreté, Banque Mondiale, Washington (2000).

- Rizzo, J., Abbott, T., Pashko, S. (1996) "Labour productivity effects of prescribed medicines for chronically ill workers", *Health Economics*, vol.5, issue 3, pp.249-265.
- Rimachevskaja, N. (ed) (1997) *Bien-Être familial et santé*, RAN, Institut des problèmes socio-économiques de la population, Moscou (en russe)
- Sadana, R., Mathers, C., Lopez, A., Murray, C., Iburg, K. (2000) "Comparative Analyses of More than 50 Household Surveys on Health Status", *World Health Organisation*, GPE Discussion Paper n°. 15, pp.77.
- Salem, G., Rican, S., Jougia, E. (2000) *Atlas de la santé en France*, Drees, Collection MiRe, Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Sen, A. (1998) "Mortality as an indicator of economic success and failure", *The Economic Journal*, 108, 1-25.
- Shackley, P., Donaldson, C., (2000) "Willingness to pay for publicly-financed health care: how should we use the numbers?", *Applied Economics*, 32, pp.2015-2021.
- Schultz, T. (1961) "Investment in Human Capital", *American Economic Journal*, vol.51, pp.1-17.
- Situation écologique à St. Petersburg et la région de Leningrad en 1997*, St.Petersbourg 1998 (en russe).
- Strauss, J., Thomas, D (1998) "Health, Nutrition, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, June, pp.766-817.
- Thomas, D., Strauss, J. (1997) "Health and wages: Evidence on men and women in urban Brazil", *Journal of Econometrics*, 77, pp.159-185.
- World Health Report 2000*, WHO (2000).
- Web-Atlas: *L'environnement et la santé de la population de la Russie*. (en russe) <http://koi.sci.aha.ru/ATL/>
- Zohoori, N. (1999) *Monitoring Health Conditions in the Russian Federation*, The Russian Longitudinal Monitoring Survey 1992-1998, University of North Carolina.
- Zon, A.van, Muysken, J. (1997) "Health, education and endogenous growth", *MERIT W.P.* n°009

Notes

ⁱ Des valeurs minimales et maximales ont été fixées pour chacun des éléments: Espérance de vie : 25 -85 ans; Alphabétisation des adultes: 0% - 100%; Taux brut combiné de scolarisation: 0% - 100%; PIB par habitant: 100 PPA - 40 000 PPA. Tous les indicateurs sont calculés à partir de la formule:

$$\text{Indicateur} = \frac{\text{valeur / réelle} - \text{valeur min}}{\text{valeur max} - \text{valeur min}}$$
. L'IDH est la moyenne arithmétique de la somme des trois indicateurs.

ⁱⁱ Pour l'analyse épistémologique du Rapport 2000 de santé les pays membre de l'OMS sont repartis en 14 groupes en fonction des indicateurs de mortalité. La Fédération de Russie se trouve dans le groupe des pays européens, où la mortalité infantile est faible et la mortalité des adultes est forte, avec: Bélarussie, Estonie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Ukraine.

ⁱⁱⁱ Le plus grand nombre de suicide a été enregistré en 1994, avec 42,1 suicides pour 100.000 habitants. La part des hommes représente plus de 80%, dont 20% sont des retraités. Le pourcentage de suicides des hommes en Russie est 3-4 fois supérieur qu'au Japon et aux EU. (Goskomstat 1998)

^{iv} En 1994 la Fédération de Russie battait le record d'incarcération dans le monde, avec 580,2 incarcérés pour 100.000 habitants (aux Etats Unis ce chiffre était de 553,9 personnes incarcérés) (Source: HDR 2000, p.247-248)

^v Les sondages de la population de la Russie, réalisées par le Fond d'opinion publique, dont les données nous utilisons ici et dans la suite de ce texte, sont réalisés à partir d'un échantillon représentatif de 1500 personnes dans 56 localités des 29 régions, pays et républiques de toutes les zones économiques et géographiques de la Russie. Les entretiens sont réalisés à domicile.

^{vi} A notre connaissance, de telles études n'ont pas encore été réalisées pour la Russie. Les indices de masse corporelle des personnes ont été corrélés avec l'espérance de vie, montrant qu'un plus grand risque pour la vie présente une très faible masse (qui touche moins de 2% de la population et surtout les enfants), suivi des risques liés à l'obésité (qui progresse sensiblement surtout chez les adultes et personnes âgées). Si la probabilité médiane de vivre jusqu'à 50 ans est égale à 24,5 pour la personne de masse corporelle normale, elle est de 17,2 pour la personne de la masse très faible, et de 21,1 pour l'obèse (Inégalité.. (2000), Zohoori (1999)).

^{vii} En titre de comparaison, au milieu des années 1980 le nombre d'heures d'absence par travailleur et par an a été de 120 heures en France, 125 - en RFA, 220 - en Suède, mais seulement 60 heures aux EU et 33 au Japon. (RAMSES 86/87, p.349)

^{viii} Rappelons à titre de comparaison que les dépenses publiques de santé rapportées au PIB représentaient en 1998 : 6,5% aux Etats Unis, 7,1 % en France et 5,9 % au Royaume Uni (sources: HDR 2000).

^{ix} En France en 1997 il y avait 33,3 médecins pour 10 000 habitants et 27,9 médecins aux Etats Unis. (Sources: WHO 2000 "Estimation of Health Personnel")

^x En 1997 la Défense représentait 55,3% du budget de R&D des Etats Unis (OCDE, base de données MSTI, avril 1999)

^{xi} Les auteurs soulignent souvent l'importance de ce qu'on appelle 'mortalité évitable' (Salem et ali (2000)) qui provient principalement du dysfonctionnement du système de prévention, par exemple à cause de mauvaise information de la population sur leurs habitudes et comportements dangereux.

^{xii} La distribution de dépenses de consommation aux Etats Unis en 1995 (Fogel (1999)) indique que la nourriture ne représente que 5% de dépenses, la santé 9% et le loisir 67%.

^{xiii} Selon le Code d'imposition de la Fédération de Russie, les taxes accises sur les produits alcoolisés augmentent de 3 à 10 % et ceux sur le tabac de 20% à partir du 01.01.2001.

^{xiv} L'indice "Equité de la contribution financière des ménages" est désigné à attribuer un poids important aux ménages qui consacrent une très large part de leurs revenus pour soutenir leur survie en santé. Il reflète les

inégalités des contributions des ménages, et particulièrement attire l'attention sur les ménages à risque d'appauvrissement à cause du niveau très élevé de leurs dépenses de santé.

$$Equité : de : la : contribution : financière = \frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - \overline{HFC}|^3}{0.125n} \quad , \text{ où } HFC \text{ est la}$$

contribution d'un ménage i et \overline{HFC} est la contribution moyenne des ménages. (Définition de World Health Organization).

^{xv} On peut se demander si ce n'est pas en conséquence de cette forte mortalité, malgré l'effort public pour assurer l'infrastructure médicale, que la constitution de la République, adoptée en 1996, stipule dans l'article 55 "Chaque citoyen a l'obligation de se soigner et de garantir des soins à ses enfants et aux autres membres de la société". Peut-être que le shamanisme répandu dans cette région freine le recourt à la médecine au point qu'il faille légiférer pour inciter à se soigner? La surmortalité de ce peuple est un processus qui est connu depuis longtemps. Kingkade et Vassin (1997) ont observé qu'une si forte mortalité se retrouve dans d'autres zones géographiques de la Russie où habitent comme à Touva les peuples nomades, éleveurs du bétail, et dont la religion principale est le bouddhisme.

^{xvi} La comparaison que nous avons effectuée de mode de dépistage et de traitement des maladies infectieuses en France, aux Etats Unis, à Moscou et à St.Petersbourg montre des diversités remarquables (Konovalov, Peaucelle (1998)).