

Relation entre santé et économie: revue de littérature

ID_064

Miniar Ben Ammar Sghari^{#1}, Sami Hammami^{*2}

[#] *Docteur en sciences économiques, Faculté de sciences économiques et de gestion, Université de Sfax, Tunisie*

1. miniarb@yahoo.fr

^{*} *Professeur, Faculté de sciences économiques et de gestion, Université de Sfax, Tunisie*

2 second. sami_hammami2005@yahoo.fr

Résumé—La santé semble occuper une place importante et spécifique dans le processus de croissance économique. En effet, les dépenses de soins qu'elle engendre suivent une tendance à la hausse autonome ce qui conduit à s'interroger sur la capacité des pays, dont le système de santé repose sur un financement public, à soutenir ces dépenses sur le long terme. L'approche économique permet d'aborder cette question par le biais de la recherche d'un système de santé efficient, alliant le meilleur niveau de santé possible avec des dépenses publiques les plus productrices de capital humain.

Mots clés— La santé, croissance économique, dépenses de santé

I INTRODUCTION

Comparisons of aggregate health expenditure across different countries have become popular over the last three decades as they permit a systematic investigation of the impact of different institutional regimes and other explanatory variables.

Depuis une quarantaine d'années, la santé est considérée comme un important facteur de croissance et de bien-être. Elle représente à la fois

un bien de consommation et un capital. En tant que capital, elle permet à chacun de générer des revenus sur le marché du travail. En tant que bien de consommation, elle permet aux individus d'accroître leur bien-être et leur donne la liberté de poursuivre leurs intérêts. Sous l'angle économique, la santé est un facteur de capital humain et donc un moteur de développement économique.

En fait, l'état de santé est de plus en plus intégré dans les théories de la croissance économique comme facteur de dynamisme. Par exemple, dans un rapport de 2001, l'OMS calcule l'apport de la santé à la croissance économique. Ses estimations établissent qu'en règle générale, une amélioration de 10 % de l'espérance de vie est associée à une augmentation de la croissance économique de 0,3 à 0,4 % par an. Ainsi, l'amélioration de la santé, par les deux moyens suivants devient une fin en soi :

- la réduction de morbidité et de la mortalité
- l'élévation du niveau de vie.

Par ailleurs,

En outre, les dimensions sociales du développement commencent à attirer de plus en plus l'attention de ceux qui jouent un rôle en économie. Nous devons donc comprendre les relations qui existent entre la croissance économique et le développement social, notamment dans le domaine de la santé¹. Dans ce contexte, il nous faut distinguer entre les objectifs et les moyens utilisés pour les atteindre, et définir la place de la santé dans l'économie.

¹ PNUD: Human development report 1991. New York, Oxford University, Press, 1991, p.14.

Dans la constitution de 1946, l'OMS a élargi le concept de santé par rapport à la définition trop réductrice d'absence de maladie, et y a ajouté une dimension psychosociale: "Tous les peuples du monde ont le droit d'accéder au meilleur état de santé possible, la santé étant définie non seulement comme l'absence de maladie, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social"². La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques et sociales. Cet équilibre exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les être humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.

En fait, les personnes qui sont en bonne santé ont plus d'énergie et aussi une capacité de production accrue : En conséquence, l'amélioration de l'état de santé d'une population doit avoir un effet bénéfique sur sa croissance et sa richesse. C'est l'une des raisons qui incitent certains économistes à vouloir faire considérer les dépenses de santé comme un investissement³.

En conséquence, la santé est une importante composante du capital humain car les investissements effectués dans ce domaine ont de répercussions directes sur la productivité et partant sur la croissance économique.

Par ailleurs, la contribution des usagers pour le financement des dépenses de santé représente un appoint modeste mais non négligeable. En raison de la spécificité de la santé et de la demande de soins, la mise en place de mécanismes de participation devrait conduire à terme à l'adoption d'un régime d'assurance maladie qui garantira le droit de tous aux soins de santé.

II LIENS ENTRE L'ECONOMIE ET LE SECTEUR DE SANTE : FONDEMENTS THEORIQUES

Charles-Edward Winslow (1920) a défini depuis long temps la santé publique, dans son ouvrage fondé sur la santé publique, en disant: "Science et art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action

collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité"⁴. En outre, La définition de la santé publique selon l'OMS est la suivante (1973): "Alors que, traditionnellement, elle recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie... On utilise aujourd'hui le concept de santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins"⁵. A partir de ces deux définitions, nous pouvons dire que la santé publique est devenue une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux.

Par ailleurs, l'OMS, en 1985, a défini les objectifs de la santé publique en quatre propositions:

- Assurer l'égalité dans la santé en réduisant les disparités sanitaires entre pays ou entre catégories socio - professionnelles ;
- Ajouter de la vie aux années en donnant aux individus les moyens d'une plénitude physique et psychique optimale ;
- Ajouter de la santé à la vie en diminuant la morbidité et l'incapacité ;
- Ajouter des années à la vie en luttant contre la mort prématurée, c'est-à-dire en allongeant l'espérance de vie.

Les économistes de santé ont en commun le fait de considérer que la Santé Publique, en tant qu'assemblage d'un substantif et d'un adjectif, désigne d'une part ce qui concerne la santé des individus composant une population, d'autre part ce qui concerne l'Etat dans le champ de la santé.

Pour l'O.M.S. (1973), il utilise le concept de santé publique au sens le plus large du terme pour évoquer les problèmes concernant la santé et

² B. Majnoni d'Intignano : « Économie de la santé », PUF, Paris, 2001.

³ La santé des populations, un investissement, Genève, 1990. Document WHO/DGO/90.1.

⁴ Charles-Edward Winslow : « La santé facteur de croissance économique », 1920.

⁵ OMS « La santé publique », 1973.

les maladies d'une population, l'état sanitaire d'une communauté, les services médico-sanitaires et socio-sanitaires, la planification et l'administration ; et la gestion des services de santé en incluant les soins curatifs.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique indique que « la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat. La politique de santé publique concerne la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la lutte contre les épidémies, la prévention des maladies, traumatismes et des incapacités, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires, l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire, la qualité et la sécurité des soins et de s produits de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, la démographie des professions de santé .» Cette loi affirme par ailleurs le caractère d'objectif prioritaire de l'accès à la prévention et aux soins pour les » populations fragilisées. »⁶

Les différents modèles de mesure des sources de croissance économique ont commencé avec Solow (1957) et Denison (1962). Ces auteurs n'ont pas pris en compte le facteur santé. Mais Bloom, Canning et Sevilla (2001) et Sala-i- martin (2001) ont considéré la santé comme une des principales sources de la croissance. En effet, une population en bonne santé joue un rôle moteur dans la croissance économique. Ces auteurs ont perçu la santé comme un produit final du processus de croissance. Ils stipulent que les personnes à haut revenu sont bien portantes parce qu'elles ont plus facilement accès aux biens et aux services propices à une bonne santé.

En outre, selon Philippe Ulmann (2003)⁷, l'amélioration de l'état de santé dépend du progrès technique et de la médecine. Il note que la croissance économique entraîne une hausse du

revenu des ménages. L'accès à des conditions de vie meilleures améliore l'état de santé (bonne nutrition, habitation salubre...), mais également les dépenses affectées à la santé augmentent. Cet auteur insiste sur le fait qu'au niveau national, l'amélioration de l'état de santé de la population ne se réalisera que s'il existe une répartition égalitaire de la richesse. Il conclut que l'état de santé s'améliore :

- avec la croissance économique, à un taux marginalement décroissant ;
- avec une répartition égalitaire de la richesse ;
- avec le progrès technique et le taux d'équipement des ménages ;
- grâce aux facteurs socio-économiques et parfois la médecine ;
- mais les inégalités de santé s'accroissent, surtout en période de crise ;
- mais progression non proportionnelle aux dépenses de santé (soins).

Les économistes de la santé insistent sur le rôle important de la croissance économique et de l'élévation du revenu national dans l'amélioration de la santé des populations. Ceci est traduit par une amélioration des conditions de vie ainsi qu'un développement des interventions collectives en matière d'infrastructures (hôpitaux, écoles, etc.) et de protection sociale (assurance-chômage, couverture du risque maladie, etc.). Par ailleurs, les innovations médicales et le progrès technique (imagerie médicale, techniques anesthésiques, etc.) améliorent l'efficacité de la médecine dans le recul de la mortalité et de la morbidité. En effet, Preston(1975)⁸ stipule que la relation qui unit l'espérance de vie et l'état de santé moyen de la population avec le revenu par tête est démontrée. Toutefois, Wilkinson (1992)⁹ ajoute qu'à partir d'un certain niveau de revenu, la relation s'affaiblit et devient plus incertaine. En outre, une même hausse de revenu n'a pas les mêmes effets dans tous les pays en termes d'état de santé. Plus que le niveau de revenu par tête, la répartition des revenus et son caractère plus ou moins inégalitaire joueraient un rôle significatif sur l'état de santé des populations. Réciproquement, cet auteur indique que la santé des populations influence la croissance économique et le revenu global. Le rôle de la santé dans le capital humain est admis tout comme l'est

⁶ La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁷ Philippe Ulmann : « Le rôle de la santé dans la croissance » 2003.

⁸ Preston: « Introduction à l'économie de la santé », 1975.

⁹ Wilkinson : « Introduction à l'économie de la santé », 1992.

celle du capital humain dans la croissance¹⁰ et dans l'augmentation de la productivité du travail.

III Effets de l'économie sur la santé

Julio Frenk (2004) affirme que la performance en matière de santé est fortement dépendante de l'économie, mais aussi des systèmes de santé eux-mêmes. Il insiste sur l'importance de la prise en considération de ce lien dans la science économie de santé. En effet, Investir dans la santé n'est pas seulement souhaitable, c'est surtout essentiel dans la plupart des sociétés. En d'autres termes, les systèmes de santé se trouvent confrontés à des enjeux difficiles et complexes du fait, notamment, des pressions nouvelles qu'exercent le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et le recours intensif à des technologies médicales coûteuses mais vitales. Ainsi, la nécessité de concevoir les politiques de financement de la santé et de déterminer les investissements correspondants en tenant compte des interactions avec l'économie est une idée primordiale. De ce fait, l'état de santé (mortalité, morbidité, invalidité) dépend non seulement du niveau de vie, mais aussi de la performance effective du système de santé, tout comme la croissance, le revenu, l'investissement et l'emploi subissent l'influence de plusieurs facteurs : performance et qualité du système économique, cadre réglementaire, politique commerciale, capital social, marché du travail.

Selon les travaux que la Commission macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les performances en matière de santé et les performances économiques sont interdépendantes. Ainsi, la pauvreté, la malnutrition et la mortalité infantiles provoquent la réduction, notamment, de l'espérance de vie. Pour cette raison, les populations des pays riches jouissent d'un meilleur état de santé que celles des pays pauvres. Aussi, le revenu national influence directement le développement des systèmes de santé, notamment via le système d'assurance et les dépenses publiques. Alors que le revenu national détermine principalement le niveau des dépenses de santé, ces dernières augmentent, toutefois, à un rythme supérieur, une réalité mise en évidence.

Par ailleurs, la Commission macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la Santé annonce que la mondialisation de façon

générale, et la libéralisation des échanges, en particulier, influencent aussi les soins de santé. Cette commission insiste sur le fait que ces phénomènes nécessitent une surveillance sanitaire accrue des populations au niveau international, mais ils doivent être pris en compte lors de l'élaboration des politiques de tarification et de commercialisation des produits pharmaceutiques.

REFERENCES

- Carrion-i-Silvestre, J.L. 2005. Health Care Expenditure and GDP: Are They Broken Stationary? In: *Journal of Health Economics*; 5:839-854.
- Christine DM, Joaquim OM. 2013. A projection Method for public health and long-term cares expenditures, OECD Economics Department Working Papers 1048, OECD Publishing.
- Clemente, J.; Marcuillo, C.; Montañes, A. and Pueyo, F. 2004. On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar? *Journal of Health Economics*; 23: 589-613.
- Culyer AJ. 2005. The dictionary of health economics, : 1-10
- David E. Bloom, David Canning and Jaypee Sevilla . 2004. The Effect of Health on Economic Growth :A Production Function Approach; 1: 1-13,
- Hansen P. and King A. 1996. The determinants of health care expenditure: a cointegration approach. *Journal of Health Economics*; 15: 127-137.
- Jewell T. et al. 2003. Stationary of Health Expenditures and GDP: Evidence from Panel Unit Root Tests with Heterogeneous Structural Breaks. In: *Journal of Health Economics*; 2:313-323.
- Karatzas G. 2000. On the determination of USA aggregate health care expenditures. *Applied Economics*; 32: 1085-1099.
- Neidell M. 2012. On the role of length of stay in health care-associated bloodstream infection; 12:1213.
- Newhouse JP. 1977. Medical care expenditure, *Journal of human resources*; 115-125
- Okunade AA and Murthy V.N.R. 2002. Technology as a major driver of health care costs: A cointegration analysis of the Newhouse conjecture. *Journal of Health Economics*; 21: 147-159.
- Philippe Ulmann. 2006. The Relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and Caveats for a Causal Link", *The European Journal of Health Economics*, 1:7-18
- Robert M. Solow. 1957. *The Review of Economics and Statistics*; 39: 312- 320.
- Sala-i-Martin Economic growth. New York 1995
- Theo H, John P .1992. The determinants and effects of health expenditure in developed countries, *Journal of Health Economics*, 2:173-181
- Williams MV, Davis T, Parker RM., and Weiss BD. 2002. The Role of Health Literacy in Patient- Physician Communication. *Family Medicine*, 5: 383-389

¹⁰ Augmentation de la rentabilité du capital productif, effets intergénérationnels de l'état de santé présent d'une population.