

Économie et inégalités sociales de santé

Pour la science économique, la question de l'allocation optimale des ressources entre unités économiques est une thématique essentielle. Plutôt que de s'interroger sur les inégalités, les économistes préfèrent toutefois un questionnement en termes d'iniquités : dans le cas présent, en quoi les inégalités de santé sont-elles injustes ? Cette question semble superflue, tant la nécessité de l'égalité en santé paraît aller de soi. Pour Rawls, elle fait partie des « biens premiers ».

Dans le même temps, au nom de la santé publique, chacun est incité à préserver son capital santé, à se faire vacciner, dépister, à bien se nourrir, à ne pas fumer... Ces actions peuvent permettre à chacun, comme la formation par exemple, d'entretenir ou d'améliorer son capital humain. N'est-il pas légitime alors que ceux qui sont plus attentifs bénéficient d'une meilleure santé ? C'est pourquoi, en général, sont jugées injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes. C'est en ce sens que, pour la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, « *les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes* » [24].

En pratique, il est pourtant souvent illusoire de penser que les comportements à risque sont l'unique expression de la responsabilité individuelle : problèmes d'information imparfaite, de myopie temporelle ou de conditionnements sociaux entachent en partie le libre arbitre des personnes, à tel point qu'il est éthiquement fondé de chercher à lutter contre certains de ces comportements à risques. En admettant que le consentement informé aujourd'hui définit la responsabilité, il reste alors, pour distinguer les inégalités de santé injustes, à trouver les outils permettant d'analyser les inégalités dues aux circonstances. De nombreux travaux de recherche ont été menés pour réaliser cet objectif. Les travaux de Jusot *et al.* [55] montrent par exemple que les inégalités de santé sont attribuables, pour l'essentiel, à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle, ce qui justifie la mise en œuvre de politiques visant à réduire les inégalités de santé.

Pour les économistes, comme pour toute composante du capital humain, l'amélioration de la santé est un élément de nature à favoriser la croissance économique. Le fait que la santé ait été incluse dans les critères d'efficacité économique par l'Union européenne, à Lisbonne, participe de cette logique.

Amélioration de la santé et croissance économique

La relation entre état de santé et croissance économique est abondamment documentée et débattue dans la littérature économique [56]. Au-delà des controverses

methodologiques, les travaux macroéconomiques sur les pays en voie de développement ou macro-historiques sur les pays industrialisés sont relativement convergents et tendent à mettre en évidence un impact important de l'amélioration de l'état de santé de la population, mesurée par les écarts ou les gains en termes d'espérance de vie, sur la croissance économique de long terme. Le rapport de la Commission on Macroeconomics and Health (2001) de l'OMS conclut qu'une augmentation de 10 % de l'espérance de vie à la naissance contribue au moins à 0,3 point de croissance supplémentaire par an. Fogel (1994) ou Aora (2001) démontrent pour plusieurs pays industrialisés que leur croissance sur longue période est en grande partie imputable à l'amélioration de la santé de leur population (un tiers de la croissance du Royaume-Uni sur le siècle écoulé, par exemple). Toutes ces études soulignent l'impact de l'amélioration de la santé des populations sur la trajectoire de développement de long terme d'un pays.

Sur moyenne période et pour les seuls pays industrialisés, les travaux macroéconomiques récents ne font en revanche pas consensus. À la différence des pays en voie de développement, la morbidité dans les pays développés est surtout due à des maladies non contagieuses, souvent liées aux modes de vie (diabète, maladies coronariennes, maladies mentales) et les indicateurs de mortalité sont assez peu différents d'un pays développé à l'autre, ce qui fait de l'espérance de vie un indicateur inapproprié pour les comparaisons entre pays développés. D'autres indicateurs, plus adaptés au schéma de morbidité-mortalité des pays industrialisés, doivent être utilisés. On peut citer ainsi les travaux de Suhrcke et Urban en 2006 [60] qui montrent, pour un ensemble de pays développés, que 10 % de baisse du taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire entraînerait 1 point de plus de croissance du PIB par tête dans les cinq années suivantes.

Du point de vue théorique, la relation entre état de santé et croissance au niveau macroéconomique trouve sa justification dans les travaux microéconomiques, nombreux, confirmant le lien entre état de santé et offre de travail (quantité et productivité) et entre état de santé et capital humain. L'état de santé devient alors un facteur important de croissance. L'état de santé d'un individu influe sur la croissance économique au travers de quatre canaux : l'accumulation de capital humain, la participation au marché du travail, la productivité du travail et l'investissement.

L'article fondateur de Grossman (1972) définit la santé comme un bien durable, un capital. Mankiw, Romer et Weil (1992) insistent sur la nécessité de ne pas considérer seulement l'éducation comme source de capital

Chantal Cases

Directrice de l'Ined, membre du HCSP

Lucie Gonzalez

Chef du bureau « État de santé de la population », Drees

Lucile Olier

Sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, Drees

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



Les inégalités sociales de santé

humain, mais aussi la santé et la nutrition. L'accumulation de capital humain a lieu essentiellement au début du cycle de vie, période pendant laquelle un mauvais état de santé peut entraver l'acquisition de compétences de l'individu. Comme les inégalités sociales de santé apparaissent dès les premières années de la vie, elles peuvent constituer un frein important à l'accumulation de capital humain (absentéisme, apprentissage dans de mauvaises conditions...), facteur clé de la croissance économique de moyen terme. Certes, les problèmes de santé rencontrés chez les enfants des pays en voie de développement sont de nature à perturber beaucoup plus leur scolarité que ceux rencontrés dans les pays développés ; cependant, dans ces derniers, la prise en charge moins fréquentes de certaines déficiences chez les moins favorisés peut être une entrave au bon déroulement des apprentissages. Par exemple, les enfants de CM2 scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) sont 21 % à être équipés de lunettes en cas de problèmes visuels, contre 26 % pour les autres enfants de même niveau scolaire, les troubles de la vision, connus avant l'enquête ou détectés lors de l'examen, concernant la même proportion d'enfants dans les deux cas [90].

Les effets de la santé sur le travail

Plus tard dans le cycle de vie, l'état de santé des individus est un facteur-clé de leur participation au marché du travail, un mauvais état de santé pouvant conduire à une insertion professionnelle plus difficile, et, pour les personnes en emploi, à un retrait, partiel (réduction du nombre d'heures travaillées) ou total, temporaire ou définitif, du marché du travail. Jusot, Khlal, Rochereau et Sermet [90] montrent qu'un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif : le risque de chômage quatre ans plus tard est deux fois plus élevé pour les personnes âgées entre 30 à 54 ans en emploi qui se déclarent en mauvaise santé que pour celles qui se déclarent en bonne santé. L'état de santé d'un individu joue aussi naturellement sur la productivité de son travail, via la « qualité » du travail fourni et le niveau de l'absentéisme. Les inégalités de santé liées aux conditions de travail, plus ou moins pénibles, avec un risque d'accident du travail plus ou moins élevé, sont un facteur de dégradation du capital humain des personnes et donc indirectement du taux de croissance potentielle de l'économie. Réduire les inégalités de santé liées au travail permet donc de préserver le capital humain global de l'économie.

La réduction des inégalités de santé est donc aussi un facteur de croissance via l'augmentation de la productivité du travail. C'est au travers de l'augmentation de la productivité qu'un rapport canadien cité par Michael Marmot [24] montre que la réduction des disparités sociales est à l'origine de gains économiques. En particulier, l'augmentation de la productivité du travail des personnes ayant les niveaux initiaux de productivité les plus bas peut conduire à rendre possible leur participation au marché du travail, notamment si elle permet d'élever leur productivité au-delà du niveau du salaire minimum.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé, notamment l'augmentation de l'espérance de vie, permet aux individus de construire des projets à long terme et les incite à investir davantage dans l'éducation car ils disposeront de plus de temps pour « rentabiliser » cet investissement. Par ailleurs, la perspective d'une vie plus longue incite les individus à épargner dans la perspective de leur retraite. Cela favorise donc l'accumulation de capital humain au travers de l'éducation et celle de capital via l'épargne, étapes préalables à l'investissement, hausse de l'investissement et du capital humain étant sources de croissance économique dans les modèles canoniques de croissance endogène.

Au total, une amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités de santé augmenteront la croissance potentielle de long terme en augmentant le volume et la qualité du travail disponible. En outre, la réduction des inégalités de santé, si elle permet d'augmenter la participation au marché du travail, entraînera des recettes supplémentaires pour le système de protection sociale dont les cotisations reposent en grande partie sur le travail. Selon le rapport de 2007 de la Commission européenne dirigé par J. Mackenbach sur les implications économiques des inégalités sociales de santé dans l'Union européenne, et sur la base d'un modèle épidémiologique très simplifié à deux catégories sociales, 1,4 % du produit intérieur brut (PIB) de l'Union européenne aurait été perdu en 2004 en raison des pertes de productivité liées aux inégalités de santé. En appliquant une valeur monétaire aux années de vie perdues, les auteurs estiment le coût de ces inégalités à 9,5 % du PIB européen, 15 % des dépenses des systèmes de sécurité sociale et 20 % de celles des systèmes de soins. Ces estimations, qui reposent sur une modélisation et des évaluations assez grossières, sont bien entendu contestables, et il serait important, pour fixer les idées, de disposer de recherches approfondies en la matière. 