

La santé, un nouveau levier de croissance économique ?

Hector Toubon, Alain Villemeur

Tout au long du 20^e siècle, l'espérance de vie a augmenté à un rythme soutenu, semblable dans les principaux pays développés. A l'évidence, les dépenses de santé ont joué un rôle majeur dans le vieillissement de la population.

Les dépenses de santé n'ont cessé de grossir, jusqu'à représenter aujourd'hui 12% du PIB¹. Elles ont crû à un taux annuel moyen de 5,3% sur la période 1960-2010, alors que le PIB ne connaissait qu'un taux de croissance de 2,4% sur la même période, ce qui soulève un problème de soutenabilité sur le long terme.

Mais la santé est aussi un secteur économique des plus dynamiques, avec environ 2 millions d'emplois et des exportations largement excédentaires dans la balance des paiements.

Dans une économie vieillissante, les dépenses de santé peuvent-elles être un nouveau levier de croissance ? Ou faut-il craindre des dépenses excessives freinant la croissance ? Ces questions, abordées au vu des travaux les plus récents, sont riches d'enseignements pour les politiques économiques.

Le rôle majeur des innovations médicales

On constate, dans les économies développées, un mouvement général de hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB, quels que soient les systèmes de santé et la place du secteur concurrentiel.

Il est légitime de s'interroger sur le rôle possible du vieillissement dans cette hausse des dépenses de santé. En effet, la figure 1, qui reprend pour quelques pays l'évolution en fonction de l'âge des dépenses de santé par habitant, montre clairement une accélération des dépenses avec l'âge ; en moyenne, en France, les plus de 80 ans consomment 5 fois plus de soins que les actifs.

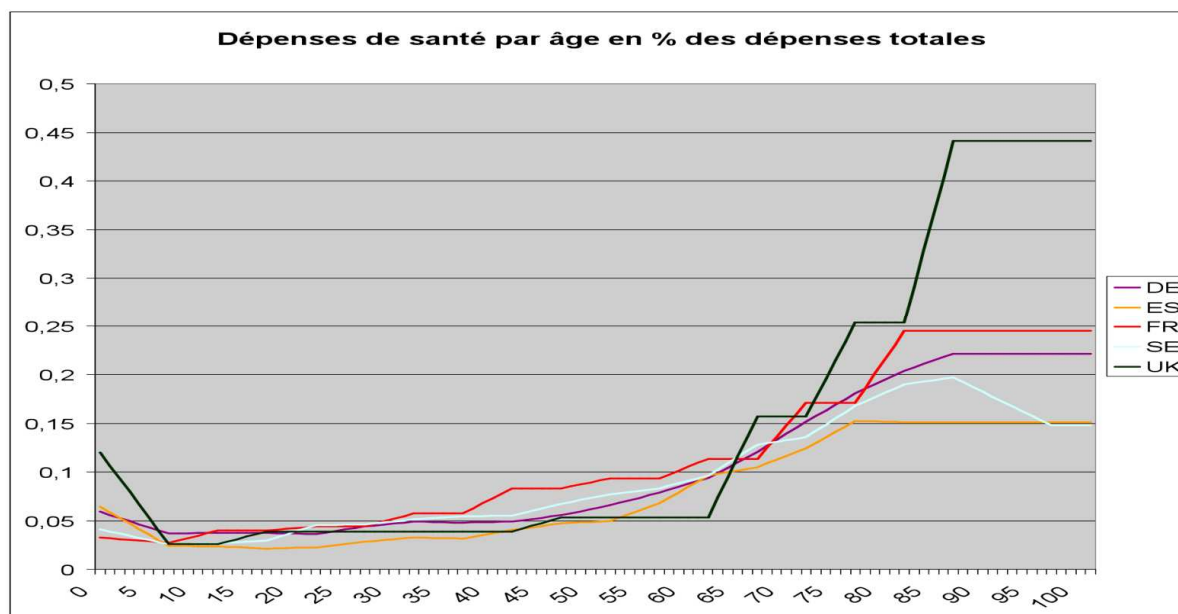


Figure 1 - les dépenses de santé par âge

¹ Aux Etats-Unis ce sont près de 17 points de PIB qui sont désormais consacrés à la santé.

En réalité, contrairement à une idée reçue, les études montrent que la hausse des dépenses de santé est surtout due au progrès médical. En d'autres termes, le vieillissement n'y a joué qu'un rôle secondaire (Dormont, 2009). Le facteur principal de hausse est celui du progrès médical, qui se reflète dans les pratiques médicales et dans les nouveaux médicaments. Ce progrès médical a des effets finalement bénéfiques pour toutes les catégories d'âge, des jeunes aux aînés ; c'est aussi une excellente nouvelle économique puisque les actifs en bénéficient également.

De très nombreuses études ont mis en exergue le rôle des nouvelles technologies médicales dans la hausse des dépenses de santé. Citons tout particulièrement l'étude de la hausse des dépenses par habitant (1975-200) aux Etats-Unis et au Canada qui conclut que les trois quarts des dépenses sont attribuées aux nouvelles technologies (Di Matteo, 2005).

Ainsi, les innovations médicales et les changements de pratiques induits sont au cœur de la progression des dépenses de santé. Comme dans tout domaine de l'innovation, il existe des innovations de procédé ou de substitution, un nouveau traitement se substituant à l'ancien, et des innovations de produits, de nouveaux traitements apparaissant continuellement et se diffusant plus ou moins rapidement.

Les mécanismes de substitution et de diffusion au sein des dépenses de santé ont été caractérisés, notamment pour des affections comme la crise cardiaque, la dépression et la cataracte. Il s'avère clairement que l'innovation rend plus efficace un traitement qui se diffuse alors plus rapidement. Il apparaît aussi que la productivité des soins s'accroît, notamment par la baisse des coûts par traitement, par exemple pour la cataracte et la dépression.

L'émergence de nouveaux médicaments depuis les années 1970 a contribué à des gains importants dans l'espérance de vie grâce à la réduction de la mortalité due aux maladies (Lichtenberg, 1998). Une relation positive très significative est trouvée entre la réduction de la mortalité et la part de nouveaux médicaments. La relation est d'autant plus significative que la période considérée est longue, reflétant ainsi les effets à la fois de court et de long terme des nouveaux médicaments.

Cet effet des nouveaux médicaments sur la longévité incite à réfléchir sur son lien potentiel avec la croissance car ces nouveaux médicaments ne se substituent a priori que faiblement aux anciens traitements. Cette source de longévité est indéniablement liée à de nouvelles activités productrices de nouveaux médicaments qui mobilisent de nouveaux emplois et investissements. Il est intéressant de noter que ces investissements font l'objet d'un retour sur investissement très élevé, que l'on peut estimer à 40 % annuellement (Lichtenberg, 1998), lorsqu'on prend en compte la valeur des vies épargnées.

Ainsi, l'augmentation des dépenses de santé résulte en majeure partie de la diffusion de procédures pratiques et innovantes, celle-ci se faisant à coût constant ou réduit. L'innovation conduit à une offre d'un produit ou d'un traitement plus efficace qui rencontre alors une demande croissante révélant des besoins qui peuvent être désormais satisfaits à des coûts réduits. L'importance du rôle joué par les nouveaux médicaments dans la longévité croissante met en lumière le secteur de recherche et de production de nouveaux médicaments.

La santé, un bien supérieur ?

Pour Hall et Jones (2007), cette explication technologique est incomplète. La maxime « la santé n'a pas de prix » serait-elle un fondement du comportement des agents économiques ?

Selon ces économistes, les agents économiques sont disposés, en devenant plus riches, à consacrer aux dépenses de santé une part toujours plus grande de leurs revenus. De manière schématique, ils considèrent que les besoins des agents économiques sont saturés en biens

matériels et immatériels dont l'utilité marginale est rapidement décroissante ; au fur et à mesure que le niveau de vie augmente, les agents orientent leurs achats afin d'induire une plus longue durée de vie.

Autrement dit, à mesure que notre niveau de consommation s'élève, les agents économiques tirent généralement de moins en moins de satisfaction d'une unité de consommation additionnelle lorsqu'elle concerne des biens hors santé. La santé serait un bien supérieur dont la demande croîtrait plus rapidement que le revenu. En d'autres termes, la valeur implicite de la vie, déterminée par les agents économiques, serait en hausse constante, orientant leurs préférences vers les nouvelles pratiques médicales qui améliorent notablement leurs chances de survivre dans de bonnes conditions.

Le modèle économique construit par Hall et Jones (2007) prédit que la valeur de la vie doit croître plus vite que le revenu des agents. Ceci est confirmé par d'autres études montrant que la valeur de la vie croît deux fois plus vite que le revenu. Sur ces bases, le modèle prédit un taux optimal de la part de la santé dans le PIB de l'ordre de 30 % en 2050 pour les Etats-Unis.

Pour Hall et Jones, il serait vain ou erroné de vouloir stopper la hausse des dépenses de santé, car les agents économiques désirent accéder aux nouvelles innovations médicales, fussent-elles coûteuses. C'est le résultat d'un mouvement profond où la valeur de la vie devient primordiale.

Cette explication générale mérite d'être prise en compte car c'est la seule à éclairer le phénomène de la croissance généralisée et continue des dépenses de santé. Elle paraît néanmoins insuffisante à expliquer les différences considérables que l'on constate en niveau (par rapport au PIB) entre les différents pays, notamment entre les Etats-Unis et les autres pays. On peut soupçonner que les modes d'organisation des systèmes de santé, tant du point de vue de la production des soins que de l'assurance des patients, concourent à la forte variabilité de la part des dépenses de santé dans la richesse.

Un nouveau déterminant de la croissance économique

On s'attend à ce qu'un individu en bonne santé soit plus productif pour de multiples raisons qui vont d'une moindre fréquence des absences à de meilleures capacités physiques et cognitives. Mais les économistes ne réussissaient pas à mettre en évidence ce lien entre les dépenses de santé et la productivité.

Depuis 2009, c'est désormais chose faite, la démonstration étant faite (Aghion et al., 2009) sur un ensemble de 47 pays développés et en développement pour la période de 1940 à 2000. On en conclut que les dépenses de santé dopent la croissance de la productivité des économies, sur le long terme. L'amélioration de l'état de santé a bien un effet positif sur la productivité, autrement dit sur la croissance du PIB par habitant.

Ainsi, les dépenses de santé ont un impact sur le pouvoir d'achat des actifs, tout en contribuant à la dynamique de l'emploi. Ces dépenses passent du statut de « dépenses improductives » à celui d'investissement.

La corrélation entre la santé et la productivité est forte pour les pays en développement. Plus faible pour nos pays développés, mais elle n'en est pas moins réelle. Pour ces derniers pays, un autre enseignement des plus fondamentaux est mis en lumière : c'est surtout la réduction de la mortalité des moins de 40 ans qui accélère les gains de productivité. Investir dans la meilleure santé des moins de 40 ans devrait donc constituer un progrès essentiel.

Consacrer une part toujours croissante du PIB aux dépenses de santé peut alors être un processus vertueux si ce choix contribue à accroître le capital humain, les gains de productivité et la croissance.

La figure 2 rend compte de manière stylisée de ces explications au travers de l'établissement de deux cercles vertueux. Les dépenses de santé contribuent à la longévité croissante qui en retour dope ces dépenses ; celles-ci accélèrent la productivité des actifs et donc la hausse des revenus des actifs qui, en retour, exercent leurs préférences en faveur des biens et services de santé. Cette vision est très réductrice mais elle a une première valeur pédagogique

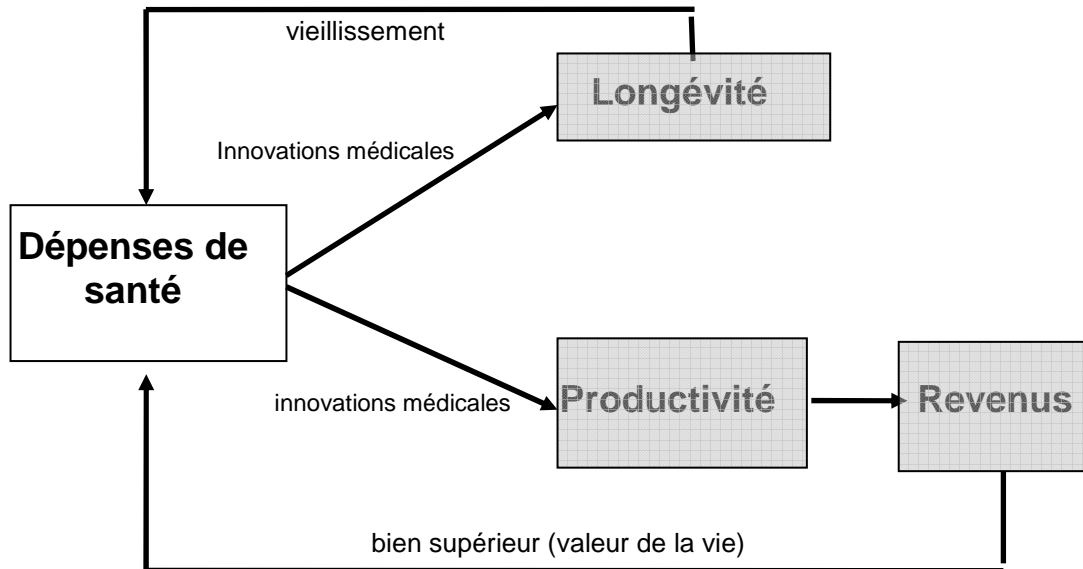


Figure 2 – les deux cercles vertueux

La possibilité d'un autre cercle vertueux (Pelletan, Villemeur, 2012) entre les dépenses de santé et d'éducation renforce ce processus. L'investissement dans la santé contribue à une croissance de la longévité permettant une rentabilité longue des investissements dans l'éducation. En effet, l'investissement dans l'éducation est de nature à accroître la productivité, l'effet de revenu pouvant lui-même renforcer l'investissement dans la santé.

Mais, en réalité, une forme d'arbitrage peut exister entre ces deux formes d'investissement, à la fois au niveau individuel et au niveau des dépenses publiques. Les dépenses de santé pourraient évincer les dépenses d'éducation, ce qui contribuerait à affaiblir à long terme les gains de productivité. Ce n'est donc que si l'arbitrage en faveur des dépenses de santé ne se fait pas au détriment de l'éducation et des investissements d'avenir qu'une vraie dynamique de développement peut être à l'œuvre.

Le vieillissement, une incitation à innover mal orientée?

En sera-t-il de même à l'avenir ? L'innovation pourrait-elle être orientée majoritairement vers les personnes de plus de 60 ans et les personnes âgées, ce qui remettrait en cause le bénéfice partagé du progrès médical ?

On doit schématiquement distinguer l'innovation en faveur des seniors et des aînés contribuant à la longévité mais peu à la productivité, de celle en faveur des actifs et des jeunes ayant un impact sur la productivité, comme on l'a précédemment vu. Des travaux intéressants (Garber et al., 2007) permettent de mieux cerner les incitations à l'œuvre. Les auteurs distinguent trois types de biens, les biens pharmaceutiques de base (produits courants et substituables), les biens pharmaceutiques lourds (par exemple les hôpitaux) et les biens d'instrumentation (par exemple les laboratoires et les appareils de radiologie). Les incitations dépendent alors de la nature des biens :

- les biens pharmaceutiques de base : plus le reste à charge est important, plus l'incitation est forte ;

- les biens pharmaceutiques lourds : l'incitation est d'autant plus forte que les remboursements sont publics et le reste à charge est faible ;
- les biens d'instrumentation : plus le reste à charge est faible, plus l'incitation est forte.

Pour les deux derniers biens, qui représentent généralement la majorité des dépenses, l'incitation est d'autant plus forte que les assurances couvrent les dépenses. Si les personnes âgées sont bien remboursées pour diverses raisons, l'incitation de l'innovation pourrait être forte en leur faveur. L'incitation à innover pourrait alors s'orienter vers les personnes âgées qui mobilisent davantage de biens pharmaceutiques lourds et d'instrumentation.

Faut-il craindre la mise en œuvre de telles incitations ? Les affections de longue durée (ALD) concernant surtout les seniors représentent la majorité des dépenses de santé et se manifestent par une forte demande en biens pharmaceutiques lourds et en biens d'instrumentation. La faiblesse du reste à charge pour les personnes en ALD pourrait donc se traduire par une forte incitation à innover en leur faveur.

L'innovation pourrait alors délaissier les actifs et les jeunes dont la demande est naturellement plus faible et moins dynamique. On peut facilement imaginer qu'un cercle vicieux se mette en place, l'innovation étant orientée par la demande des personnes âgées, d'autant plus que cette demande est solvabilisée. Elle pourrait alors se faire au détriment des actifs et donc des futurs gains de productivité. Il en résulterait des difficultés de financement compte tenu du caractère insoutenable à long terme de la hausse des dépenses de santé.

Cependant, un autre effet pourrait contrecarrer l'effet précédent : les exportations des produits et services innovants en faveur des seniors. Le phénomène de transition démographique s'observe dans la plupart des pays du monde et la France semble en avance dans ce processus généralisé. Ainsi, l'apparition d'innovations destinées aux seniors peut également être un facteur de compétitivité internationale favorable à la croissance.

Conclusion

Il est reconnu que les dépenses de santé améliorent le bien-être des populations et amplifient leur longévité. Depuis peu, les économistes sont convaincus qu'elles peuvent contribuer aux gains de productivité des actifs et ainsi participer à l'augmentation générale des revenus ; les dépenses de santé peuvent ainsi acquérir le statut d'un investissement d'avenir.

La hausse continue de l'effort en faveur de la santé dans tous les pays développés reflète l'existence de cercles vertueux suscitant une longévité accrue et l'accroissement de la productivité. Elle résulte de préférences collectives en faveur de ce bien supérieur, alimentées en permanence par de nouvelles innovations médicales. Les gains liés à la longévité paraissent justifier ces dépenses croissantes.

Jusqu'aux années 2000, le vieillissement n'est pas une cause majeure de cette hausse des dépenses de santé qui concerne toutes les classes d'âge. Par contre l'évolution à venir des dépenses de santé apparaît entachée de nombreuses incertitudes. En effet, les contraintes sur l'offre, le dynamisme de la demande en faveur des plus de 60 ans, le problème du financement et l'orientation de l'innovation en faveur des plus âgés pourraient fortement peser sur cette évolution. Tout particulièrement, l'orientation préférentielle de l'innovation en faveur des plus âgés pourrait induire un cercle vicieux en affaiblissant les gains potentiels de productivité, ce qui ne pourrait qu'aggraver le problème du financement.

Des politiques vertueuses pourraient consister, d'une part à faire massivement le pari de la prévention en faveur des moins de 40 ans, et d'autre part à inciter les innovations médicales à davantage s'orienter en faveur des actifs. L'exportation des produits et services innovants

devrait être favorisée, ce qui ne pourrait que contribuer à la compétitivité et au dynamisme économique.

Bibliographie

Aghion P., Howitt P., Murtin F. (2009), *The Relationship Between Health and Growth: When Lucas Meets Nelson-Phelps*, Harvard University, October.

Di Matteo, L. (2005), *The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada : Assessing the impact of income, age distribution and time*. *Health Policy*

Dormont B. (2009), « Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? », in Askenazy P., Cohen D., *16 nouvelles questions d'économie contemporaine*, Economiques 2, Albin Michel.

Garber A., Jones C., Romer P. (2007), "Insurance and Incentives for Medical Innovation," *Forum for Health Economics & Policy*, Berkeley Electronic Press, vol. 10, pages 4.

Hall R.E., Jones C.I. (2007), « The value of life and the rise in health spending », *The Quarterly Journal of Economics*, February.

Lichtenberg F.R. (1998), *Pharmaceutical Innovation, Mortality Reduction, and Economic Growth*, Columbia University and National Bureau of Economic Research, August.

Pelletan J., Villemeur A. (2012), *Productivité dans une économie vieillissante : quels enseignements tirés de la littérature ?* *Revue française d'économie*, 27(2), pp. 143-186.