

Gilles Caire : inégalités économiques et inégalités de santé : une perspective en termes de développement durable

Cet article de synthèse vise à illustrer et à expliciter, aux plans microéconomique et macroéconomique, les interrelations entre inégalités de revenu et inégalités de santé. Puis nous montrons en quoi une démarche en termes de développement durable permet de proposer de nouvelles pistes à l'action publique afin de combattre la « fatalité » de la véritable trappe à pauvreté, économique, sociale et surtout humaine, que constitue la maladie.

Ce texte a fait l'objet d'une communication lors du forum « *Inégalités de développement et exclusion sociale. La question sociale dans la perspective d'un développement durable* » organisé par ORCADES et l'Université de Poitiers du 19 au 21 mars 2002 à Poitiers. Les actes du colloque seront disponibles auprès d'ORCADES au 1^e trimestre 2004. Il est également disponible à la rubrique articles sur www.agora21.org/bibliotheque.html.

Gilles Caire

GEDES - Université de Poitiers

Faculté de droit et des sciences sociales – 93, avenue du Recteur Pineau – BP 623 – 86022 Poitiers Cedex

e-mail : gilles.caire@univ-poitiers.fr

INEGALITES ECONOMIQUES ET INEGALITES DE SANTE : UNE PERSPECTIVE EN TERMES DE DEVELOPPEMENT DURABLE

« *L'inégalité sociale devant la mort constitue la résultante ultime, l'intégrale en quelque sorte, de l'ensemble des inégalités économiques et sociales qu'implique l'économie libérale de marché* » [1]. Dès lors, il nous semble que traiter des interactions multiples et complexes entre inégalités économiques et santé, c'est d'abord pouvoir se repérer dans le champ des données statistiques disponibles (mesurer) ; c'est ensuite comprendre la logique des théories économiques qui en rendent compte (interpréter) ; c'est enfin pouvoir porter une appréciation sur les politiques qui tentent de remédier aux difficultés rencontrées (agir). Pour ce faire, nous nous appuyons assez largement sur les travaux réalisés par l'OMS dans le cadre de son rapport *Macroéconomie et santé* [2], sans toutefois renoncer à une démarche critique.

1. Mesurer

Lorsque l'on évoque la relation entre santé et développement économique, il est d'usage de se référer à la courbe dite de Preston [3], qui met en exergue une relation entre l'espérance de vie et le revenu par tête. Selon son auteur, pour les pays pauvres, la progression du revenu moyen s'accompagne d'une forte élévation de l'espérance de vie, puis lorsque le revenu par tête continue de croître, cette relation s'affaiblit (l'espérance de vie progresse moins vite) et devient plus incertaine (une même hausse du revenu n'aura pas le même effet selon les pays). Deux questions vont dès lors intéresser les économistes : 1) quel est le degré d'intensité de cette interrelation ? 2) peut-on généraliser ce constat à la situation à l'intérieur d'un même pays ?

a. une relation globale évidente entre revenu et santé...

De façon générale, il existe bien d'une part une relation positive entre le revenu par tête d'un pays et l'état de santé moyen de sa population (mesuré ici à travers quatre indicateurs), et d'autre part une diminution des effets interactifs entre santé et revenu à partir d'un certain degré de richesses :

Tableau 1 : richesse et santé au plan mondial

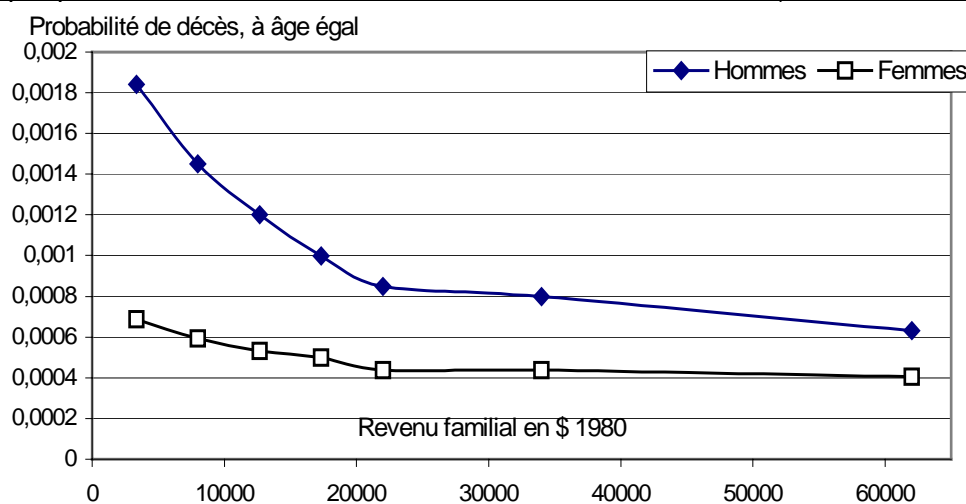
Catégorie de développement	Population en millions	Revenu annuel moyen par habitant	Espérance de vie à la naissance (EVCI) ¹	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité avant l'âge de 5 ans	Dépense de santé par habitant (dont publique)
Pays les moins avancés	643	296\$	51 ans (43 ans)	100‰	159‰	11\$ (6\$) ²
Autres pays à faible revenu	1777	538\$	59 ans	80‰	120‰	23\$ (13\$)
Pays à revenu intermédiaire inférieur	2094	1200\$	70 ans	35‰	39‰	93\$ (51\$)
Pays à revenu intermédiaire supérieur	573	4900\$	71 ans	26‰	35‰	241\$ (125\$)
Pays à revenu élevé	891	25700\$	78 ans (72 ans)	6‰	6‰	1907\$ (1356\$)
Japon	127	25170\$	81 ans (74,5 ans ; 1e)		5‰	2373 (1898\$)
Niger	10	190\$	39 ans (29,1 ans ; 190e)		335‰	5\$ (2,5\$)

Source : OMS [2]

Il est à noter que les écarts d'EVCI sont plus importants que ceux d'espérance de vie simple : les plus pauvres vivent moins longtemps mais voient aussi une plus grande partie de leur vie marquée par un handicap ou des incapacités. Ainsi le pourcentage de durée de vie vécue en incapacité est de 8% au Japon et de 24% au Niger. **Autrement dit, il existe un cumul des inégalités de mortalité et de morbidité.**

Au plan intranational, on retrouve le même type de relation décroissante non linéaire. Ainsi aux États-Unis, il existe une relation décroissante entre la place dans l'échelle des revenus et la probabilité de décès³ :

Graphique 1 : Probabilité de décès et revenu familial aux USA (source : Deaton [4])



¹ Afin d'obtenir l'espérance de vie corrigée d'incapacités (EVCI), l'espérance de vie « simple » est diminuée des périodes d'incapacité (séjours à l'hôpital ou en institution de santé, incapacité d'exercer une activité professionnelle, restrictions dans les activités quotidiennes), affectées de coefficients de pondération selon le type d'incapacité et selon l'âge à laquelle survient l'incapacité.

² dont 2,9\$ d'aide internationale.

³ Enquête longitudinale sur 9 ans sur un échantillon d'hommes et de femmes blancs de 18 à 85 ans. La probabilité de décès est corrigée des effets de l'âge.

Concernant la France - où les inégalités de revenu et de protection sociale sont moindres qu'aux États-Unis - il n'existe pas à notre connaissance d'étude sur le lien entre revenu et santé. Néanmoins, l'existence de données par CSP depuis les années 1960, permet d'approximer cette relation entre niveau de vie et santé.

Tableau 2 : Espérance de vie et probabilité de décès en France selon la CSP

CSP (cohortes 1982-1996)	Espérance de vie à 35 ans (en années)		Probabilité de décéder entre 35 et 65 ans (en %)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cadres-professions libérales	44,5	49,5	13.0	6.5
Agriculteurs exploitants	43,0	47,5	15.5	8.0
Professions intermédiaires	42,0	49,0	17.0	7.0
Artisans commerçants	41,5	48,5	18.5	7.5
Employés	40,0	47,5	23.0	8.5
Ouvriers	38,0	46,0	26.0	10.5

Source : INSERM [5]

A 35 ans, l'écart d'espérance de vie entre ouvriers et cadres supérieurs et professions libérales, est de 6,5 ans **pour les hommes** (et de près de 10 ans entre ingénieurs et manœuvres). Entre ces deux extrêmes, le niveau d'espérance de vie à 35 ans suit globalement (hors agriculteurs) la hiérarchie des CSP⁴. Depuis 1980, l'espérance de vie a augmenté pour toutes les catégories, mais cette augmentation a été plus forte dans les catégories les plus favorisées. Les différences de mortalité entre CSP ont eu ainsi tendance à s'accroître. Corollairement entre 35 et 65 ans, le risque de décès est deux fois plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres et trois fois plus élevé pour les manœuvres que pour les professeurs et concerne quasiment toutes les causes de décès, en particulier les cancers, les maladies cardiovasculaires et les morts violentes. Parallèlement, le score de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 86 (moyenne française 100). Le différentiel d'incapacité semble lui aussi avoir augmenté. Enfin ces disparités continuent après la retraite. Dans une population ayant pris sa retraite en 1972, 48% des ouvriers spécialisés contre 18% de techniciens et des cadres étaient décédés 10 ans après la retraite, alors même que les OS avaient cessé leur activité, en moyenne 3 ans avant les cadres.

Pour les femmes, les disparités d'espérance de vie à 35 ans sont plus réduites (écart de 3,5 ans entre ouvrières et cadres-professions libérales)⁵.

Concernant les enfants, la mortalité périnatale varie de 7,1 pour 1000 naissances pour les enfants de père cadre à 10,2 pour les enfants d'ouvriers. En 1995, les risques de prématurité et de faible poids de naissance sont 1,5 à 2 fois plus élevés chez les enfants de couples ouvriers ou employés que chez les enfants de cadres. Seule une petite partie de ces disparités sont explicables par les facteurs de risque classiques comme l'âge maternel, la parité, l'emploi, le tabac ou la surveillance prénatale. Or le faible poids de naissance est maintenant reconnu comme augmentant le risque de certaines maladies à l'âge adulte, notamment cardiovasculaires⁶ (toutes ces données sont issues de l'ouvrage collectif de l'INSERM [5]).

⁴ L'exclusion des inactifs conduit à ne pas prendre en compte les situations les plus précaires sur le plan social et sanitaire et sans doute à sous-estimer l'ampleur des différences sociales de santé.

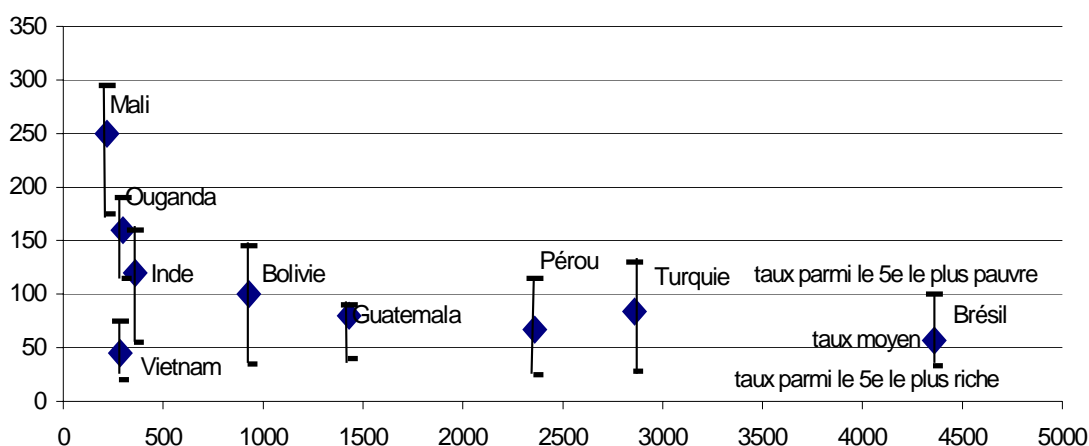
⁵ Se pose cependant le problème des femmes sans profession et celui de l'utilisation d'une classification bâtie principalement à partir de l'activité des hommes.

⁶ Par contre c'est à l'adolescence que les inégalités sociales de santé sont les moindres.

b. ... mais qui est aussi dépendante du volontarisme politique

Néanmoins, la corrélation entre revenu et santé doit être relativisée car pour un même PNB par habitant, l'état de santé moyen et sa distribution parmi la population peuvent être considérablement différents comme l'atteste l'exemple suivant :

Graphique 2 : Taux de mortalité avant l'âge de 5 ans pour une sélection de pays



source : Wagstaff [6]

Ainsi alors que le Vietnam est beaucoup plus pauvre que le Pérou ou la Turquie, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est significativement moins élevé en moyenne et l'écart entre les enfants pauvres et favorisés est également plus faible.

Concernant la situation relative de la France par rapport aux pays de richesse comparable, le bilan est très largement controversé [7]. Pour l'OMS [8], qui a classé en 2000 le système français de santé au premier rang mondial en matière de « rapport qualité-prix », en termes d'égalité de survie des enfants la France se situerait au 12^e rang mondial, seuls le Royaume Uni, la Norvège et le Japon étant mieux placés parmi les pays comparables. Par contre selon l'ouvrage publié par l'INSERM [5] la France fait partie des états européens où les disparités devant la mort sont les plus fortes. Ainsi la mortalité chez les hommes de 45 à 59 ans exerçant une profession manuelle est en France supérieure de 71% à ceux qui exercent une activité non manuelle, alors que cette surmortalité varie de 33% à 53% dans les autres pays.

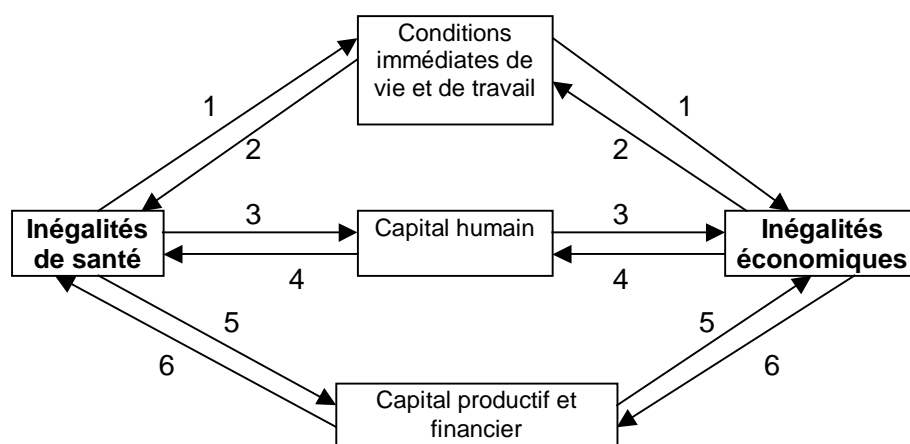
2. Interpréter

Dès le milieu du 19^e siècle, le courant hygiéniste libéral et les socialistes avaient parfaitement compris la dynamique interactive entre développement du capitalisme et santé. Les conditions de travail et la faiblesse des salaires influençant négativement l'état de santé des ouvriers menaçaient « la préservation de la race ouvrière » (et de détruire « le germe des forces de la patrie ») pour les premiers⁷, et la « reproduction de la force de travail » pour les seconds.

⁷ Villermé dans son *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de laine, de soie et de coton* de 1838 avait calculé que l'âge médian de décès des enfants d'ouvriers du textile était de ... 2 ans, pour 28 ans pour les fils de leurs patrons.

Ce constat que la maladie ou la mort d'un individu, alors que les remèdes existent, constitue non seulement un scandale moral et social mais aussi une perte économique collective nous semble toujours valable. En termes d'analyse micro- et macro-économique ([2] ; [4] ; [6]), les interactions entre inégalités économiques (revenu, patrimoine) et inégalités de santé (mortalité, morbidité, handicap) aux niveaux individuel et collectif peuvent, sans prétendre à l'exhaustivité, se schématiser ainsi⁸ :

Graphique 3 : interactions entre les inégalités de santé et les inégalités économiques



a) analyse microéconomique : le cumul des inégalités

Les principales causalités **au niveau personnel** sont les suivantes :

(1) En premier lieu, la maladie provoque une perte immédiate de niveau de vie (coût du traitement médical et perte de revenu du travail pendant la maladie, voire même une perte d'emploi) et une mort prématurée se traduit par une perte définitive de revenus futurs. A cet égard, l'OMS fait remarquer que la différence de niveau de vie entre pays ne devrait pas seulement s'apprécier en instantané sur le PNB annuel par tête mais aussi sur le cycle de vie en multipliant le revenu annuel par l'espérance de vie moyenne. Ainsi l'écart de revenu entre la France et Haïti ne serait pas dans un rapport de 1 à 16 (rapport des PNB par habitant 23020\$/1470\$) mais plutôt de 1 à 25, l'espérance de vie respective étant de 79 ans et 49 ans. Autrement dit les inégalités devant la mort sont aussi, et malheureusement, des inégalités économiques.

(2) En sens inverse, un revenu décent permet de s'alimenter convenablement, de se loger, de se chauffer, facteurs essentiels de santé et de réussite des soins. De plus un revenu élevé s'accompagne généralement de conditions de travail moins pénalisantes physiquement, réduisant les accidents du travail, les maladies professionnelles, et surtout l'usure de l'organisme. Mais le montant absolu du revenu n'est pas le seul déterminant à ce niveau. Le rang de l'individu au sein de l'échelle des revenus, i.e. son revenu relatif, peut aussi expliquer pour partie son état de santé. Ainsi la ségrégation spatiale (logement en bas ou en haut d'une tour, habitat

⁸ étant entendu que le raisonnement se tient pour des caractéristiques individuelles, territoriales et communautaires données. Les facteurs extra-économiques (predispositions génétiques, climat, régime alimentaire, formes de sociabilité...) sont aussi bien évidemment des déterminants majeurs de l'état de santé.

dans les quartiers est ou ouest d'une agglomération) se traduit par une pollution de l'air différente. De même, la façon dont les gens contrôlent leur vie, particulièrement au travail, i.e. leur place dans la hiérarchie sociale, influe sur leur santé (stress, comportements de compensation en termes de consommation d'alcool, de tabac ou de conduite automobile).

Cette boucle santé-conditions de vie-gains est en fait une généralisation du principe du **salaires d'efficience** présenté par Leibenstein en 1957 [9], qui observait que dans les pays en voie de développement les travailleurs mieux payés, pouvant mieux se nourrir devenaient plus productifs. Cette perspective rompt l'analyse traditionnelle du marché du travail puisque le salaire n'est plus seulement la résultante de la productivité du travail mais aussi la cause. En conséquence, le chômage ne peut être éliminé par une baisse des salaires puisqu'il existe un salaire minimum critique en dessous duquel le travailleur devient « inemployable ».

(3) En deuxième lieu, une maladie chronique ou un handicap se traduit aussi par une aptitude au travail dégradée et donc par des pertes économiques cumulées sur le cycle de vie. En termes économiques, la détérioration durable de l'état de santé de l'individu se traduit par une dévalorisation de son capital humain. De façon plus dramatique encore, les maladies in utero et infantiles affectent la capacité de se développer physiquement et la possibilité d'apprendre à l'école, pouvant conduire à la quitter prématurément. Cette perte de formation physique et intellectuelle est un obstacle majeur à l'investissement en capital humain.

(4) Inversement, la faiblesse des revenus ne permet pas de financer correctement l'éducation qui est, toutes choses égales par ailleurs, un facteur crucial de santé. On estime ainsi qu'au niveau mondial, une année d'éducation en plus, réduit les taux de mortalité de 8%. On peut également ajouter que l'absence d'actifs pouvant servir de caution et le fort risque de décès rendent impossible l'emprunt pour l'éducation et la santé pour les pauvres.

Cette seconde boucle a parfois des implications surprenantes. Ainsi dans les pays en voie de développement, il est courant de constater une forte corrélation positive entre la taille de l'individu et son revenu : plus un individu dispose d'un revenu élevé, plus sa probabilité d'être grand est forte⁹. On a là un indicateur très fort de la façon dont **la vie de l'enfant** pauvre en termes de santé et de conditions de vie a des conséquences sur la productivité économique et donc son revenu sur toute sa durée de vie. En d'autres termes, plus sociologiques, la santé est un des éléments de la trajectoire sociale car elle est en interaction avec l'accumulation de capital économique, social, culturel et scolaire.

(5) En troisième lieu, un état de santé défaillant ou une espérance de vie trop courte rendent la rentabilité d'un investissement productif plus incertaine, et donc son financement par emprunt plus difficile (le coût de l'assurance décès et invalidité au travail devenant prohibitif). Parallèlement, une personne pauvre affectée par une grave maladie devra solder ses rares actifs (bétail, équipements agricoles) pour se soigner. Ces dépenses médicales catastrophiques contribuent ainsi souvent à une paupérisation définitive de l'individu et de sa famille.

(6) Symétriquement en l'absence d'un système de protection sociale, la faiblesse du patrimoine (technique dite du report) ou l'impossibilité financière de souscrire une assurance maladie privée réduisent évidemment la capacité de financement des

⁹ Ainsi au Brésil, un homme d'un mètre quatre-vingt dispose en moyenne d'un revenu supérieur de 75% à celui d'un mètre soixante [2].

dépenses de santé en cas de besoin. Mais l'existence d'un patrimoine permet aussi de gérer le stress lié à l'absence de sécurité en cas de maladie, contribuant là aussi à l'amélioration de l'état de santé de la personne.

Cette troisième boucle met en évidence les interdépendances entre santé et **sécurité économique**, et la nécessité d'un système de prépaiement socialisé et solidaire [10]. Rappelons ainsi qu'en 1945, Pierre Laroque justifiait la mise en place de la sécurité sociale en France par la nécessité de « *débarrasser les travailleurs de la hantise du lendemain, de cette incertitude génératrice chez eux d'un complexe d'infériorité paralysant l'expansion de leur personnalité, et origine réelle de la distinction des classes entre les possédants, sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir, et les non possédants constamment sous la menace de la misère* ».

b) analyse macroéconomique : les effets de déversement

Au niveau macroéconomique maintenant, une réduction simultanée des inégalités de santé et des inégalités de revenu contribue **en dynamique** à améliorer la situation médicale et économique de tous, par ce que les économistes appellent des **effets d'externalités positives ou de déversement** (*spillover*) sur toute la société. Ces effets peuvent également s'analyser au niveau des trois boucles précitées.

(**boucle 1-2**). L'action préventive (information, vaccination) et curative des maladies contagieuses combinée à une meilleure alimentation¹⁰ est source de bien-être pour tous au moindre coût. Le prix humain des épidémies et des endémies infectieuses, que ce soit au Moyen Age en Europe¹¹ ou en Afrique australe actuellement est là pour en témoigner. En outre, l'accroissement de la taille du marché des soins permet également de rentabiliser la formation des professionnels de santé nationaux, en évitant leur fuite vers les pays riches (on estime qu'il y a aujourd'hui plus de médecins indiens pour 1000 habitants aux Etats-Unis qu'en Inde), et d'inciter à la recherche médicale, ce qui là encore est bénéfique à tous. Enfin, les dépenses de santé ont dans une logique keynésienne de demande un fort potentiel multiplicateur car la santé est une activité de service, à fort contenu en (bons) emplois, et à faible contenu en importations. La santé est *aussi* un secteur économique créateur d'emplois et de revenus.

(**boucle 3-4**) Ensuite, l'état de santé présent d'une population donnée a des effets de **diffusion intergénérationnelle** en termes de constitution du capital humain des générations futures. Les revenus, les conditions de vie et de travail des parents (et notamment de la mère), leur éventuelle disparition, ont un effet direct sur la capacité de développement physique, intellectuel et émotionnel de l'enfant et donc sur des capacités de travail futures. De plus, la diminution de la mortalité infantile peut accélérer **la transition démographique**. En sachant que les enfants survivront, les couples choisiront d'avoir moins d'enfants, ce qui leur permettra « d'investir » davantage dans l'éducation et la santé de chaque enfant, et cela réduira également la nécessité d'allouer ultérieurement plus de ressources pour assurer l'accès aux soins et à l'éducation à l'ensemble de la population.

¹⁰ Les effets de la maladie et de l'alimentation ne peuvent être dissociés car la malnutrition compromet les défenses immunitaires ; inversement une amélioration de l'alimentation n'améliore pas l'état personnel si le corps est incapable d'absorber la nourriture (diarrhée chronique, infection intestinale).

¹¹ ou plus récemment la grippe dite espagnole survenue en 1918-1919 qui a tué 20 millions de personnes, c'est-à-dire davantage que la Première Guerre mondiale.

(**boucle 5-6**) Enfin, l'amélioration de l'état de santé moyen de la population est un des facteurs de la croissance endogène. Elle accroît la rentabilité du **capital productif** qu'il s'agisse d'investissements d'affaires ou d'infrastructures. Historiquement l'histoire de la construction du canal de Panama en est un bon exemple. L'échec français et la réussite américaine s'expliquent pour une bonne part par la sous-estimation puis la résolution du problème de la malaria et de la fièvre jaune. De même, il semble que les efforts de réduction de la malaria en Europe du Sud au cours des années 1940 et 1950 aient eu un effet d'entraînement non négligeable sur l'expansion du tourisme de masse et sur les flux d'IDE concomitants. Les gains économiques globaux (mais aussi les conséquences sociales et culturelles) dépassent dans ces deux cas très largement les gains estimés à partir d'une étude purement épidémiologique en termes de comparaison coût du traitement/nombre de vies sauvées. De même le turn-over, l'absentéisme et la fuite de cerveaux résultant du SIDA en Afrique de l'est et du sud constituent selon l'OMS une véritable barrière aux investissements dans la région¹². Enfin, il ne faut pas non plus oublier que l'égalité dans l'accès aux soins est aussi un des éléments du capital social de la nation, facteur essentiel de cohésion sociale et politique et donc de performance globale.

3. Agir

L'unanimité concernant **la dynamique** interactive entre santé et développement est maintenant assurée même si cette logique n'a été que très récemment intégrée par les organisations internationales à « vocation économique ». Mais cette approche est encore trop souvent présentée sous une optique de « pur développement économique » et non de développement durable (en dehors de l'UNICEF qui milite depuis longtemps pour un développement humain, cf. par exemple [11]).

a) Politique de santé et développement économique

La démarche économique présentée ci-dessus a quatre implications en matière d'action publique.

En premier lieu, elle infirme le triple postulat libéral qui oppose en permanence l'économique et le social en prétendant qu'un certain niveau de richesse économique doit nécessairement précéder la mise en place de tout système de protection sociale (optique du financement) ; que les inégalités sont « bonnes » pour le développement car elles sont sources de plus d'épargne et donc d'investissement et de croissance à terme ; et que les dépenses sociales constituent un frein à la performance économique (dénonciation du « poids » des « charges » sociales et de la « désincitation » à l'épargne, à la prise de risque et au travail). Autrement dit, la Sécurité sociale serait un luxe réservé aux sociétés riches (luxe à contrôler sévèrement), relevant d'une simple logique d'altruisme et d'une concession faite aux droits de l'homme. Or l'analyse précédente permet de répliquer sur le même terrain en valorisant la « rentabilité économique » de l'investissement en santé aux plans individuel¹³ et collectif, condition même de la rentabilité du capital productif.

¹² La pandémie du HIV/SIDA constitue en elle-même un obstacle au développement économique et surtout humain (cf. OMS [2]).

¹³ De plus selon le rapport de l'OMS, et dans une logique toute beckerienne, l'intégration dans le calcul économique de la peine (évaluée par la perte de loisirs engendrée par la maladie, l'invalidité ou la mort) et de la souffrance (analyse économique des émotions de Becker) conduirait à valoriser une année de vie à trois fois le gain monétaire.

En second lieu, en soulignant que le taux de « rentabilité » de ce type d'investissement est plus élevé chez les pauvres (et les femmes) que chez les riches (et les hommes), sorte d'application du principe des rendements décroissants, elle met aussi en valeur le fait que le laisser faire en matière de santé conduit à enfermer les personnes dans une véritable trappe à pauvreté (qui n'est pas du tout celle de la désincitation au travail des libéraux) et à entraver le développement économique. Dès lors il faut une volonté et une détermination politique d'agir au profit de la santé (au plan national et international) et une redistribution durable et ciblée de ressources des pays riches vers les pays pauvres et au sein de ces pays : « *en donnant aux populations pauvres du monde accès à des services de santé essentiels, notamment à quelques interventions spécifiques, on pourrait sauver chaque année des millions de vie, combattre la pauvreté, favoriser le développement économique et promouvoir la sécurité internationale*¹⁴ » (cf. le programme de l'OMS « Investir dans la santé pour le développement » en annexe de cet article).

En troisième lieu, il faut cependant souligner que cette « rentabilité » de l'investissement en santé ne peut s'apprécier que sur le long terme puisque par nature elle agit sur la formation du « capital humain ». Toute réforme du système de santé ne donnera donc des résultats complets en termes d'état sanitaire de la population et de développement économique, qu'après un certain nombre d'années, voire au bout d'une ou deux générations.

Enfin, la mise en place de dispositifs tentant de réduire les inégalités d'accès aux soins est certes nécessaire mais non suffisante. L'efficacité de tout effort de santé dépend aussi des interventions concomitantes sur les déterminants sociaux et économiques en amont (l'emploi, le logement, l'environnement, l'urbanisme). Comme l'indique l'OMS on ne peut isoler un programme d'amélioration de la santé « *d'une stratégie globalisante de lutte contre la pauvreté englobant l'annulation de dette, la prise en compte de la société civile, la coordination entre donateurs, la cohérence avec la politique macroéconomique et la nécessité d'investissements complémentaires qui conditionnent le succès de l'effort de santé : éducation, eau, assainissement, amélioration de l'agriculture* ».

b) La santé au cœur du développement durable

Cependant l'inconvénient du raisonnement « macroéconomique » est qu'il peut conduire à oublier l'homme en tant qu'être humain par sa logique d'agrégation : on additionne des valeurs monétaires et on « arbitre » en termes de bilan coûts/avantages. Or l'effort de santé ne se réduit pas à un simple investissement avec des taux de rendement plus ou moins élevés. La santé a une valeur intrinsèque, elle est un but en soi. Pour ce faire il nous semble nécessaire d'élargir la perspective théorique présentée au développement durable, en réinterprétant **les objectifs et les résultats du développement**¹⁵, selon une approche développée par Armatya Sen, Prix Nobel d'économie en 1998 [12].

¹⁴ « *Au moment même où le monde intensifie la lutte contre le fléau du terrorisme, il est très important qu'il s'engage en même temps à sauver des millions de vies par des moyens pacifiques, en mettant à profit la science et la technique modernes ainsi que les énormes richesses des pays développés.* » [2]

¹⁵ Nous ne développerons pas ici faute de place (et de compétence) le volet environnemental du développement durable. Les liens entre environnement et santé sont juste suggérés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Santé, développement durable et science économique

Les trois champs du développement durable	Langage politique	Langage économique	Implications pour l'analyse économique	Références
La richesse des nations = viabilité économiquement	« il n'y a richesse ni force que d'hommes » (Jean Bodin)	la santé comme « facteur de production »	- croissance à long terme - réduction de la pauvreté	« macroéconomie et santé » (rapport OMS 2001 [2])
Éthique = socialement équitable	« droit universel de l'homme » (1948)	la santé (comme l'éducation) fait partie des capacités fondamentales (Armatya Sen)	- couverture maladie pour tous - appui sur le milieu culturel et communautaire - relativiser les indicateurs traditionnels de bien-être (IDH et IPH)	« le développement à visage humain » (UNICEF [11])
Environnement = écologiquement supportable	« la terre n'est pas à nous (la génération présente) »	« capital naturel »	Coût pour la santé de la pollution et de l'alimentation	Principe de précaution
Sur ces trois critères, choix du système de santé	« la sécurité sociale »	défaillances et inéquité du marché face au risque santé	Économie politique de la santé et de la protection sociale	« Rapport sur la santé dans le monde » OMS 2000 [8]

Pour Sen, l'approche économique traditionnelle de la croissance et du développement se focalise indûment sur le revenu et les biens marchands qu'il permet d'acquérir, et néglige la capacité (*capability*) très inégale entre les hommes de transformer ces biens en fonctionnements (*commodity*) comme le bien-être physique, la mobilité, le sentiment de bonheur, le respect de soi, l'insertion dans la vie de la Cité... Ainsi une personne souffrant d'une maladie digestive tirera moins de vertus nutritives d'une quantité donnée d'aliments, comparée à une personne saine, ou une personne illettrée ne tirera aucun avantage d'un document écrit décrivant ses droits. Dans un but de justice sociale, il serait évidemment absurde de préconiser l'égalisation de toutes les capacités (aucune société ne peut proposer à tout homme la possibilité de devenir un champion du cent mètres ou un grand compositeur), mais Sen soutient seulement que la justice implique que tous disposent d'un certain nombre de capacités fondamentales, qui leur permettront d'avoir une liberté réelle de choisir leur vie et de réaliser leurs aspirations. Par capacité fondamentale, il entend l'aptitude pour les hommes et pour les femmes à éviter la malnutrition, l'ignorance, la maladie et la mortalité précoce, à mener une vie plus pleine et plus longue, à fonder une famille dans des conditions matérielles et émotionnelles acceptables et à participer aux prises de décisions au sein de la communauté. Dans ce cadre éthique, la santé est une condition indispensable (avec l'éducation) à la liberté réelle, condition qui doit être assurée par une couverture maladie pour tous sans exception afin de permettre à chaque individu de « se réaliser » dans ses projets économiques, familiaux et participatifs¹⁶.

¹⁶ Dans le même esprit, pour l'OMS, la santé doit être considérée comme un état de bien-être complet, physique, mental et social, et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité [1].

La pensée de Sen a profondément inspirée les travaux du Programme des Nations unies pour le développement et a suscité la mise au point du concept de «développement humain durable». Le PNUD définit ainsi le développement humain comme « *l'élargissement des possibilités de choix ouvertes aux individus* » et le *Rapport mondial sur le développement humain*, élaboré chaque année depuis 1990 est une tentative pour placer l'individu au centre d'une réflexion sur l'effort de développement. L'Indicateur de développement humain est ainsi un indice pondéré prenant en compte l'espérance de vie, le taux d'alphabétisation, et le revenu moyen, auxquels on peut ajouter les libertés civiles et politiques. Parallèlement, l'Indicateur de pauvreté humaine (IPH-1 pour les PVD), est fondé sur la mesure de la privation dans trois domaines : l'espérance de vie (le pourcentage de la population ne dépassant pas l'âge de 40 ans) ; le savoir (le taux d'analphabétisation) ; une vie matérielle décente (l'accès aux services de santé, l'accès à l'eau potable et la part des enfants de moins de 5 ans victimes de malnutrition).

Au-delà de l'argumentaire économique en termes de « gagnant/gagnant » présenté en 2, cette perspective en termes de développement durable nous semble avoir deux implications majeures.

D'une part, même si la croissance économique est forte, elle est cependant très loin de suffire : comme nous l'avons souligné, pour un même niveau de revenu, les indicateurs sanitaires varient énormément. Autrement dit, les pays bénéficiant d'une croissance de revenu élevé ne s'attachent pas forcément à améliorer le sort de tous leurs citoyens (comme les Etats-Unis, où près de 18% de la population ne bénéficie d'aucune couverture maladie), alors qu'inversement certains pays (Sri Lanka, Malaisie, Botswana, Costa Rica, Cuba, État du Kerala en Inde) ont pu réaliser le développement social malgré de faibles niveaux de revenu et à des stades précoces du processus de développement. Ainsi « *la croissance ne stimule pas automatiquement le développement social, et les politiques de l'Etat sont une condition sine qua non du développement humain* » ([11] p.157).

D'autre part, cette perspective de solidarité institutionnalisée a également le mérite de replacer l'humain et l'éthique au centre de la notion de développement, et de rappeler que « l'économie est au service de la vie », selon l'expression d'Henri Bartoli. Par nature, la politique de santé est toujours une composante majeure d'un projet de société, qui pour nous ne peut accorder la prééminence à la croissance du revenu monétaire, même si (et c'est déjà rare) elle est équitablement partagée.

Bibliographie

- [1] SURAULT Pierre, Inégalités sociales devant la santé et la vie dans les pays du nord, in *Sociologie des populations*, PUM, 1995, pp. 235-255
- [2] SACHS Jeffrey (dir.), *Macroéconomie et santé*, OMS, 2001 (téléchargeable sur www.who.int)
- [3] PRESTON Samuel, The changing relation between mortality and level of economic development, *Population Studies*, 1975, n°29, pp. 231-248
- [4] DEATON Angus, Health, Inequality, and Economic Development, *CMH Working Paper Series*, n° WG1:3, 2001 (disponible sur www.cid.harvard.edu)
- [5] INSERM, *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, 2000
- [6] WAGSTAFF Adam, Poverty and Health, *CMH Working Paper Series*, n° WG1:3, 2001 (disponible sur www.cid.harvard.edu)

[7] *La santé en France en 2002. Le paradoxe français*. Rapport du haut comité de la santé public, 2002 (téléchargeable sur www.hcsp.ensp.fr).

[8] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* (téléchargeable sur www.who.int)

[9] LEIBENSTEIN, *Economic backwardness and economic growth*, Wiley, 1957

[10] CAIRE Gilles, *Économie de la protection sociale*, Bréal, 2002 (à paraître)

[11] MEHROTRA Santosh, *Le développement à visage humain*, Unicef - Economica, 2001

[12] SEN Amartya, *Commodities and capabilities*, North Holland, 1985

Annexe : La stratégie « Investir dans la santé pour le développement » proposée par l'OMS [2]

a) la méthode : 4 axes

1) La priorité doit être accordée à la lutte contre les maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose), les carences nutritionnelles, l'amélioration de la santé maternelle et infantile (pathologies maternelles et périnatales, maladies infectieuses de l'enfant dont beaucoup peuvent être évitées par la vaccination), les maladies liées au tabac, avec une action parallèle sur les régimes alimentaires et les modes de vie et de planification familiale.

2) Ces interventions doivent atteindre en priorité les déshérités en assurant une couverture universelle (sociale et géographique) des services de santé essentiels (peu d'interventions font appel à des hôpitaux ; elles peuvent être menées par des postes de santé de proximité) et en encourageant des systèmes de financement communautaire prépayés, de manière à améliorer la répartition des risques pour les ménages pauvres.

3) Il faut développer les biens publics mondiaux en investissant dans de nouveaux savoirs et des « meilleures pratiques » : en renforçant la collecte et l'analyse des données épidémiologiques ; en amplifiant la recherche opérationnelle sur les protocoles de traitement dans les pays à faible revenu (logistique, observance, posologie, distribution et formulation pharmaceutique) car il y a encore beaucoup à apprendre sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et pour quelles raisons ; et en incitant à la Recherche-développement sur les maladies des pays pauvres, notamment dans le domaine de la santé génésique

4) Ce programme doit s'intégrer dans une stratégie globalisante de lutte contre la pauvreté (PRSP) englobant l'annulation de dette, la prise en compte de la société civile, la coordination entre donateurs, la cohérence avec la politique macroéconomique et la nécessité d'investissements complémentaires qui conditionnent le succès de l'effort de santé : éducation, eau, assainissement, amélioration de l'agriculture.

b) les moyens

1) Le coût total du programme est estimé à 101 milliards de dollars¹⁷, soit 34\$ par personne et par an. Le financement du programme doit provenir d'une augmentation massive des ressources consacrées à la santé par les pays pauvres comme par les donateurs : 63 milliards seraient dégagés par les pays eux-mêmes, soit environ 2% de leur PNB (l'industrie privée, notamment les multinationales, devant apporter sa contribution en protégeant ses employés), et 38 milliards par les pays donateurs, soit

¹⁷ A titre de comparaison le Budget de la défense américain pour 2003 est de plus de 455 milliards de dollars, et l'augmentation prévue par rapport au budget précédent de près de 50 milliards.

0,1% de leur PNB. De plus l'industrie pharmaceutique doit participer (y compris par la loi) à l'effort par des dons de médicaments, des réductions de prix et l'octroi de licences aux fabricants de génériques

Cette aide est échelonnée de façon croissante pour qu'elle puisse être absorbée avec efficacité et transparence par les pays récepteurs. De plus à l'accroissement des aides destinées à l'amélioration de la santé doit s'ajouter et non se substituer aux autres aides actuelles, en particulier concernant l'éducation, l'assainissement et l'approvisionnement en eau.

2) Parallèlement il s'agit d'éliminer les obstacles autres que financiers qui empêchent les pays pauvres d'assurer des services de santé : corruption, mauvaise gestion, désorganisation des systèmes de santé, mal gouvernance. Cette réforme des systèmes de santé et de leur financement doit reposer en particulier sur un engagement politique et administratif ferme ; sur la rigueur comptable et la transparence des achats et des budgets du secteur public ; sur des mécanismes de participation communautaire en associant société civile et ONG ; sur des vérifications, des bilans et des évaluations régulières, afin de mettre en œuvre les corrections nécessaires en fonction des enseignements tirés de l'expérience.

c) les résultats espérés

L'OMS pense que l'application de ce programme serait en mesure de sauver à l'horizon 2015 au minimum 8 millions de vie par an, soit de façon cumulée 330 millions d'années de vie supplémentaire sans incapacité, soit encore 186 milliards de dollars en valorisant chacune de ces années par le montant du revenu par tête, en sachant que le bénéfice économique est ici largement sous-estimé car il néglige l'opportunité de briser le cercle vicieux de la pauvreté.