

Contribution spéciale I : Promotion de la santé et lutte contre les maladies chroniques : Quel impact sur l'économie?

par

Marc Suhrcke, Université d'East Anglia

Une meilleure santé est-elle synonyme d'une plus grande richesse, à l'échelle individuelle ou de la collectivité? Cette question peut être examinée sous l'angle d'au moins trois concepts économiques (Suhrcke et al., 2005 ; Suhrcke et al., 2006) :

- les coûts et avantages en termes de bien-être social, qui traduisent la valeur qu'attachent les individus à une meilleure santé;
- les coûts micro- et macroéconomiques, notion plus limitée mais plus tangible;
- les coûts de soins de santé associés aux maladies chroniques, concept de coût largement utilisé même s'il s'agit également du plus étroit.

Coûts du bien-être social

Du point de vue de l'économie du bien-être, le concept de coût le plus pertinent est la valeur que les individus accordent à la santé en général et aux maladies chroniques en particulier – valeur dont on peut se former une idée, par exemple, en analysant la manière dont les personnes se comportent ou dont elles répondent à certaines questions portant sur des situations réelles ou hypothétiques supposant un arbitrage entre le coût monétaire et la santé. Il s'avère que les avantages de la santé en termes de bien-être social sont considérablement plus élevés que ceux observés à l'aune de mesures plus conventionnelles (et incomplètes) – et, en tout état de cause, beaucoup trop élevés pour n'être pas pris en compte dans les décisions de politique publique (Viscusi et Aldy, 2003; Ushe r, 1973; Nordhaus, 2003; Costa et Kahn, 2003;

Crafts, 2008). Qui plus est, à l'inverse des autres concepts, cette mesure saisit la valeur intrinsèque de la santé.

Analyser l'évolution de l'espérance de vie dans les pays européens à revenu élevé (qui a notablement augmenté entre 1970 et 2003) sous l'angle du rapport coûts/avantages du bien-être social permet d'illustrer la valeur monétaire des progrès accomplis. Dans la mesure où l'amélioration de l'espérance de vie dans les pays riches est essentiellement à mettre au compte du recul des maladies chroniques, ces progrès peuvent être interprétés, presque intégralement, comme étant le gain de bien-être associé au recul des maladies chroniques. Exprimée en pourcentage du PIB par habitant, la valeur attribuée aux gains sanitaires dépasse largement le montant des dépenses de santé de chaque pays, allant de 29 % à 38 % du PIB par habitant de 2003, ou de 2 598 USD à 12 676 USD en parités de pouvoir d'achat.

Coûts micro- et macroéconomiques

L'approche microéconomique consiste à évaluer les coûts au niveau individuel ou du ménage en posant la question de savoir si, par exemple, la maladie amoindrit la productivité d'une personne au travail ou la probabilité qu'elle travaille. L'approche macroéconomique examine quant à elle les effets de la santé à l'échelon de l'économie nationale, cherchant généralement à déterminer dans quel mesure la mauvaise santé freine la croissance économique d'un pays.

La grande majorité des études consacrées aux conséquences microéconomiques de la santé des adultes s'est concentrée sur les effets au niveau du marché du travail (Currie et Madrian, 1999). La mauvaise santé réduit la productivité du travail mesurée par les revenus d'activité (Contoyannis et Rice, 2001; Jäckle, 2007) et exerce une influence importante sur l'offre de main-d'œuvre (García Gómez, 2008; Gannon, 2005). Si un bon état de santé accroît la probabilité de travailler en général, la santé peut également constituer le déterminant principal (mais pas unique) de l'offre de travail chez les seniors (Currie et Madrian, 1999; Sammartino, 1987; Deschryvere, 2004; Lindeboom, 2006; Hagan et al., 2006).

Alors qu'un vaste pan de la littérature s'est intéressé à l'impact des facteurs de risque sur les performances au regard du marché du travail, il existe un nombre étonnamment faible d'études sur les effets du tabagisme seul sur les indicateurs du marché du travail – même si plusieurs auteurs ont examiné les effets simultanés de la consommation de tabac et d'alcool (Auld, 2005; Lee, 1999; Lye et Hirschberg, 2004; van Ours, 2004). Une étude parvient à la conclusion que les fumeurs gagnent entre 4 et 8 % de moins que les non-fumeurs (Levine, 1997), et une autre étude réalisée aux Pays-Bas observe que chez les hommes, la consommation d'alcool est associée à des salaires plus

élevés de 10 % et le tabagisme à des salaires inférieurs d'environ 10 % (aucun effet de l'un ou l'autre facteur n'a été relevé chez les femmes) (van Ours, 2004).

Plusieurs autres études confirment que, contrairement à ce que l'intuition permettait de supposer, la consommation d'alcool est associée à un effet positif sur les salaires, mais toutes n'en donnent pas la même explication. Si une consommation d'alcool modérée peut avoir un effet bénéfique sur la santé, ce n'est pas le cas chez les jeunes gens qui sont peu exposés au risque de maladie cardiovasculaire. Autre explication possible, certaines personnes sont amenées à consommer de l'alcool à l'occasion de sorties entre collègues, qui leur permettent d'accéder à certaines informations ou de donner une image positive de leur engagement vis-à-vis de l'entreprise et, ce faisant, peuvent influencer leurs perspectives professionnelles ou leurs chances de promotion ou d'augmentation de salaire (MacDonald et Shields, 2001). Les résultats observés pourraient également être dus à des erreurs de mesure. Par exemple, deux études ont démontré que la pratique du « binge drinking » (suralcoolisation sporadique) réduisait les revenus d'activité des hommes et des femmes aux États-Unis (Keng et Huffman, 2007; Mullahy et Sindelar, 1995) et des données provenant de Finlande montrent que l'alcoolisme réduit la probabilité qu'un homme (une femme) exerce un emploi à temps plein ou à temps partiel d'environ 14 (11) points de pourcentage (Johansson et al., 2006; Johansson et al., 2007).

Théoriquement, la surcharge pondérale devrait produire le même type d'effet sur les performances au regard du marché du travail que d'autres variables plus générales liées à la santé, pour la simple raison que l'excès de poids est mauvais pour la santé. L'impact de l'obésité pourrait même être encore plus grand si les employeurs ont des préjugés à l'encontre des demandeurs d'emploi ou des travailleurs obèses ; cependant, la plupart des études empiriques ne permettent pas de savoir si c'est effectivement le cas car elles évaluent l'effet global sur les indicateurs du marché du travail sans chercher à dissocier l'effet de discrimination de l'effet de productivité.

Des recherches plus poussées seront nécessaires pour trouver des explications plus convaincantes aux variations entre études et entre pays et mieux comprendre les interactions avec les institutions du marché du travail et la nature très complexe des relations entre l'obésité et les facteurs socioéconomiques. Une partie des différences observées pourrait s'expliquer par les imperfections des mesures utilisées pour rendre compte de l'adiposité (Burkhauser et Cawley, 2008).

Au niveau macroéconomique, relativement peu d'études se sont intéressées aux rapports entre santé et croissance dans les pays à revenu élevé. Il y a quelques années, la Commission macroéconomie et santé de l'OMS (OMS, 2001) a entrepris de combler cette lacune. Notant que les

responsables politiques avaient reconnu de plus en plus tôt que les investissements dans les infrastructures physiques et les ressources humaines sont utiles pour promouvoir la croissance économique et faire reculer la pauvreté, la Commission a présenté des arguments en faveur de la réalisation d'investissements similaires dans le secteur de la santé, en se concentrant spécifiquement sur les crises de santé publique qui réclament des réponses urgentes en Afrique, notamment les épidémies de maladies infectieuses (VIH/SIDA, paludisme et tuberculose) et les problèmes de santé maternelle et infantile. Bien que parfaitement justifié, cet angle d'approche n'a pas apporté d'éclairage sur les relations entre la santé et les résultats économiques dans les pays avancés ni sur les types de maladies les plus courants dans ces pays, c'est-à-dire les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires et pulmonaires, diabète de type 2 et cancer notamment). Rejoignant les conclusions d'un vaste corpus de recherches, les travaux de la Commission ont montré qu'il existait un lien causal robuste entre la santé et la croissance économique. Toutefois, des travaux plus récents axés sur les pays en développement nuancent – voire même infirment – l'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la santé se traduit par une hausse de croissance substantiels, arguant que la plupart des études antérieures sur ce thème n'ont pas correctement pris en compte l'endogénéité de la relation entre santé et croissance économique (Acemoglu et Johnson, 2007; Ashraf et al., 2008).

À en juger par trois études qui ont utilisé les dépenses de santé comme variable indicatrice de l'état de santé dans les pays de l'OCDE, il existe une association positive entre les dépenses de santé et la croissance économique ou les niveaux de revenu (Beraldo et al., 2005; Rivera et Currais, 1999a et b). Ces résultats sont passablement intrigants, d'autant plus que le pouvoir explicatif des dépenses de santé dans la croissance économique ressort comme étant beaucoup plus important que celui des dépenses d'éducation. D'un autre côté, deux études basées sur un échantillon de 22 pays développés et portant sur la période 1960-85 sont parvenues à la conclusion que la santé – mesurée par l'espérance de vie – n'a pas d'impact significatif sur la croissance économique (Knowles et Owen, 1997) ou sur le revenu par habitant (Knowles et Owen, 1995). Faut-il en conclure qu'au-delà d'un certain niveau de développement économique, toute amélioration supplémentaire de la santé est sans effet sur la croissance économique future, voire la freine? En l'état actuel des choses, il est impossible de répondre à cette question avec certitude.

Dans une autre étude (Suhrcke et Urban, 2009) qui a utilisé une variable d'état de santé présentant une plus forte hétérogénéité entre pays riches que l'espérance de vie, l'impact causal de cette variable sur le taux de croissance par habitant apparaît très robuste dans l'échantillon de 26 pays à haut revenu examinés sur la période 1960-2000. D'après l'une des estimations, une réduction de 10% de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires est

associée à une hausse d'un point de pourcentage de la croissance du revenu par habitant – chiffre qui peut paraître modeste mais qui, cumulé sur une longue période, finit par représenter une somme importante. D'autres études récentes telles que celles d'Aghion *et al.* (2010) et de Cervellati et Sunde (2009) parviennent à des conclusions plus optimistes concernant l'impact de la santé sur la croissance même si elles ne s'intéressent pas spécifiquement aux maladies chroniques.

Coûts des soins de santé

Nulle donnée ne permet d'accréditer l'hypothèse selon laquelle la prévention des maladies chroniques permettra d'atténuer, voire d'enrayer, la progression des dépenses de santé. Même si les progrès sanitaires peuvent, dans certaines circonstances, entraîner une diminution des dépenses de santé, ces économies éventuelles sont largement contrebalancées par d'autres facteurs générateurs de coûts, en particulier le progrès technologique, qui exerceront inévitablement une pression à la hausse sur les dépenses. L'amélioration de la santé des populations peut, au mieux, ralentir le rythme de croissance des dépenses de santé. D'un autre côté, l'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la santé serait elle-même un facteur de coûts majeur n'a guère de défenseurs.

Conclusion

Bien qu'il ne couvre pas les coûts et avantages des interventions de santé publique, ce rapide examen a d'importantes implications pour les politiques :

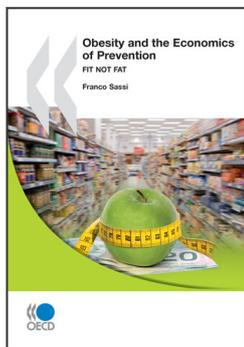
- Les coûts estimés de la mauvaise santé peuvent être considérés comme représentant la limite haute des avantages économiques potentiels des interventions de santé publique.
- En démontrant que les maladies chroniques peuvent réduire le bien-être social, affaiblir les capacités économiques des individus et des pays entiers et (éventuellement) peser à la hausse sur les dépenses de santé, peut-être parviendra-t-on à capter l'attention des décideurs au-delà de la sphère du système de santé.
- Même s'il est utile de montrer qu'une meilleure santé est source d'avantages micro- et macroéconomiques tangibles et qu'elle peut, dans certains cas, réduire les coûts futurs des soins de santé, ces avantages économiques sont modestes en comparaison des gains économiques mesurés à l'aune de la valeur monétaire que les individus attachent à l'amélioration de la santé. C'est cette valeur qu'il y a lieu de prendre en compte dans l'évaluation économique de la prévention des maladies chroniques, faute de quoi les avantages économiques réels associés aux interventions de santé publique risquent d'être sous-évalués.

Bibliographie

- Acemoglu, D. et S. Johnson (2007), « Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth », *Journal of Political Economy*, vol. 115, n° 6, pp. 925-985.
- Aghion, P., Howitt, P. et F. Murtin (2010), « The Relationship Between Health and Growth: When Lucas Meets Nelson-Phelps », *NBER Working Paper*, n° 15813, Cambridge, MA.
- Ashraf, Q.H., A. Lester et D.N. Weil (2008), « When Does Improving Health Raise GDP? », Economics Department, Université Brown, Providence, RI.
- Auld, M.C. (2005), « Smoking, Drinking and Income », *Journal of Human Resources*, vol. 40, n° 2, pp. 505-518.
- Beraldo, S., D. Montolio et G. Turati (2005), « Healthy, Educated and Wealthy: Is the Welfare State Really Harmful for Growth? », *Working Paper in Economics*, n° 127, Espai de Recerca en Economia, Université de Barcelone, Barcelone.
- Burkhauser, R.V. et J. Cawley (2008), « Beyond BMI: The Value of More Accurate Measures of Fatness and Obesity in Social Science Research », *Journal of Health Economics*, vol. 27, n° 2, pp. 519-529.
- Cervellati, M. et U. Sunde (2009), « Life Expectancy and Economic Growth: The Role of the Demographic Transition », *IZA Discussion Paper*, n° 4160, Bonn.
- Contoyannis, P. et N. Rice (2001), « The Impact of Health on Wages: Evidence from the British Household Panel Survey », *Empirical Economics*, vol. 26, pp. 599-622.
- Costa, D.L. et M.E. Kahn (2003), *Changes in the Value of Life, 1940-1980*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA.
- Crafts, N. (2005), « The Contribution of Increased Life Expectancy to Growth of Living Standards in the United Kingdom, 1870-2001 », London School of Economics, Londres, consulté le 5 mai 2008 à l'adresse <http://wpeg.group.shef.ac.uk/documents/crafts.pdf>.
- Currie, J. et B.C. Madrian (1999), « Health, Health Insurance and the Labour Market », O. Ashenfelter et D. Card (dir. pub.), *Handbook of Labour Economics*, vol. 3. Elsevier Science, Amsterdam, pp. 3309-3415.
- Deschryvere, M. (2004), « Health and Retirement Decisions: An Update of the Literature », *ETLA Discussion Paper*, n° 932, Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos (ETLA), Helsinki.
- Gannon, B. (2005), « A Dynamic Analysis of Disability and Labour Force Participation in Ireland », *Health Economics*, vol. 14, pp. 925-938.
- García Gómez, P. (2008), « Institutions, Health Shocks and Labour Outcomes across Europe », *FEDEA Working Paper*, n° 2008-01, Fundación de Estudios de Economía Aplicada, Madrid, consulté le 6 mai 2008 à l'adresse www.fedea.es/pub/Papers/2008/dt2008-01.pdf.
- Hagan, R., A.M. Jones et N. Rice (2006), « Health and Retirement in Europe », *HEDG Working Paper*, n° 06/10, Health Economics Research Centre, Université d'York, York.
- Jäckle, R. (2007), « Health and Wages: Panel Data Estimates Considering Selection and Endogeneity », *Working Paper*, n° 43, Ifo Institute for Economic Research, Université de Munich, Munich.

- Johansson, E. et al. (2006), « Abstaining from Alcohol and Labour Market Underperformance – Have we Forgotten the ‘Dry’ Alcoholics? », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 41, n° 5, pp. 574-579.
- Johansson, E. et al. (2007), « The Association of Alcohol Dependency with Employment Probability: Evidence from the Population Survey ‘Health 2000 in Finland’ », *Health Economics*, vol. 16, n° 7, pp. 739-754.
- Keng, S.-H. et W.E. Huffman (2007), « Binge Drinking and Labour Market Success: A Longitudinal Study on Young People », *Journal of Population Economics*, vol. 20, n° 1, pp. 35-54.
- Knowles, S. et P.D. Owen (1995), « Health Capital in Cross-country Variation in Income per Capita in the Mankiw-Romer-Weil Model », *Economic Letters*, vol. 48, pp. 99-106.
- Knowles, S. et P.D. Owen (1997), « Education and Health in an Effective-labour Empirical Growth Model », *Economic Record*, vol. 73, n° 223, pp. 314-328.
- Lee, Y. (1999), « Wage Effects of Drinking and Smoking: An Analysis Using Australian Twins Data », *Working Paper*, n° 99-22, Université d’Australie-Occidentale, Perth.
- Levine, P.B., T.A. Gustafson et A.D. Valenchik (1997), « More Bad News for Smokers? The Effects of Cigarette Smoking on Wages », *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 50, pp. 493-509.
- Lindeboom, M. (2006), « Health and Work of Older Workers », A.M. Jones (dir. pub.), *The Elgar Companion to Health Economics*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, pp. 26-35.
- Lye, J.N et J. Hirschberg (2004), « Alcohol Consumption, Smoking and Wages », *Applied Economics*, vol. 36, pp. 1807-1817.
- MacDonald, Z. et M.A. Shields (2001), « The Impact of Alcohol Consumption on Occupational Attainment in England », *Economica*, vol. 68, n° 271, pp. 427-453.
- Mullahy, J. et J.L. Sindelar (1995), « Health, Income, and Risk Aversion: Assessing Some Welfare Costs of Alcoholism and Poor Health », *Journal of Human Resources*, vol. 30, n° 3, pp. 439-459.
- Nordhaus, W. (2003), « The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards », K.M. Murphy et R.H. Topel (dir. pub.), *Exceptional Returns: The Value of Medical Research*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 9-40.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2001), « Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique », Commission macroéconomie et santé de l’OMS, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Rivera, B. et L. Currais (1999a), « Economic Growth and Health: Direct Impact or Reverse Causation? », *Applied Economics Letters*, vol. 6, pp. 761-764.
- Rivera, B. et L. Currais (1999b), « Income Variation and Health Expenditure: Evidence for OECD Countries », *Review of Development Economics*, vol. 3, n° 3, pp. 258-267.
- Sammartino, F.J. (1987), « The Effect of Health on Retirement », *Social Security Bulletin*, vol. 50, n° 2, pp. 31-47.
- Suhrcke, M. et D. Urban (2009), « Are Cardiovascular Diseases Bad for Economic Growth? », *Health Economics*, publication électronique précédant la publication imprimée.
- Suhrcke, M. et al. (2005), *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Commission européenne, Bruxelles.

- Suhrcke, M. et al. (2006), *Chronic Disease: An Economic Perspective*, Oxford Health Alliance, Londres.
- Usher, D. (1973), « An Imputation to the Measure of Economic Growth for Changes in Life Expectancy », M. Moss (dir. pub.), *The Measurement of Economic and Social Performance*, Columbia University Press pour le National Bureau of Economic Research, New York, pp. 193-226.
- van Ours, J.C. (2004), « A Pint a Day Raises a Man's Pay; But Smoking Blows that Gain Away », *Journal of Health Economics*, vol. 23, pp. 863-886.
- Viscusi, W.K. et J.E. Aldy (2003), « The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates Throughout the World », *NBER Working Paper*, n° 9487, Cambridge, MA.



Extrait de :
Obesity and the Economics of Prevention
Fit not Fat

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264084865-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

Suhrcke, Marc (2010), « Promotion de la santé et lutte contre les maladies chroniques : Quel impact sur l'économie? », dans OCDE, *Obesity and the Economics of Prevention : Fit not Fat*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264084889-6-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.