

jeudi 15 novembre 2012

## La santé, ses dépenses, sa valeur

Par **Jacques Grolier**. Maître de conférences à l'Université de Rennes 1. Directeur du Master Économie et gestion des établissements sanitaires et sociaux.



À l'heure où le Sénat se penche sur le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, on reparle de « trou de la sécu », de « dette léguée à nos enfants », mais on oublie ce que rapporte le secteur de la santé. Et pourtant...

Entre 1992 et 2000, la hausse de 54 % des dépenses de santé a résulté de quatre effets. Le plus décisif est le progrès technique (+58 %). Les économies découlant de ce progrès (la coelochirurgie, par exemple, à la place de la chirurgie classique) sont plus qu'annulées par le surcoût lié à la diffusion des traitements (multiplication des prothèses de hanche, des opérations de la cataracte...).

Les trois autres facteurs sont la morbidité (-10 %), la démographie (+3 %) et la proportion de personnes âgées (+3 %). Le vieillissement de la population fait peu augmenter les dépenses car le décalage d'apparition des pathologies -- retardée de dix années en quatre-vingts ans - est plus important que la durée de vie, augmentée de 6,6 années sur la même période. On le voit, c'est la légitime diffusion des traitements dans la population qui est la cause principale de l'augmentation des dépenses.

Les produits de santé étant qualitatifs, on ne peut pas les mesurer financièrement. En effet, quel prix donner à une diminution de la douleur sinon, pour le comptable, le coût du traitement ? Pourtant, quel migraineux pense que l'effacement par un opiacé de sa douleur intense ne « vaut » que 0,21 € (prix d'une microgranule de 10 mg de sulfate de morphine) ? L'estimation économique de la valeur créée par le secteur de la santé est donc impossible dans un cadre comptable se limitant à des indicateurs financiers.

Cette estimation est pourtant indispensable puisque la dépense repose sur la collectivité. Il faut donc estimer une « valeur statistique de la vie » même si cela semble éthiquement choquant. Cela permet d'aider à la décision publique dans le cadre d'approches « coûts engagés/bénéfices attendus ». Sinon, on tombe dans l'arbitraire de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie), objectif fondé sur la recherche des grands équilibres macro-économiques et non sur la couverture des besoins exprimés par la population et qu'elle accepte de financer.

Dans cette perspective, l'apport annuel des dépenses de santé aux États-Unis a été estimé à 32 % du PIB (la richesse produite) pour une charge de 15 % du PIB. La productivité marginale des dépenses de santé est donc nettement positive.

On ne peut pour autant dépenser sans compter. La santé étant financée par des prélèvements obligatoires, les cotisations doivent être utilisées le plus efficacement possible. Mais être « coût-efficace » ne signifie pas respecter la contrainte d'un objectif de dépenses sans fondement autre que la limitation mécanique des investissements en santé, investissement au poids relativement faible dans la dette publique : fin 2012, le déficit de la Sécurité sociale ne représente que 12 % de cette dette contre 78 % pour l'État.

N'oublions pas, enfin, que le secteur de la santé est créateur d'emplois qui présentent l'avantage de ne pas être délocalisables.

**Jacques Grolier**