



L'économie et la santé

“ Le développement de l'économie réelle n'a rien à voir avec la science économique. Bien qu'on les enseigne comme s'il s'agissait de mathématiques, les théories économiques n'ont jamais eu la moindre utilité pratique. ”

Karl Popper¹

Tout est là, dans ce changement de conjonction de coordination. Il n'est pas question ici, bien qu'il puisse être nécessaire de traiter de l'économie de la santé, de sa connaissance et de son approche à l'échelle d'une région mais bien, et la chose est nouvelle, de traiter de l'économie et de ses relations avec la santé, dans le cadre d'une région. L'inversion des termes – le numérateur à la place du dénominateur – et l'échelle retenue induisent un changement d'optique considérable pour ce qui est observé.

Diverses disciplines traitant tant de l'économie que de la santé, de la santé publique apportent la preuve de l'extrême variabilité des phénomènes selon l'échelle à laquelle se place l'observation. La contingence locale a été un objet de connaissance maintes fois décrit entre un ici et un là, souvent dans le souci de dévoiler des invariants communs à divers processus. Peu de publications n'avaient, jusqu'à ces dernières années, mis en évidence que ce qui est observé à l'échelle internationale ne s'apparente pas à ce que l'on peut constater à l'échelle nationale et encore moins à l'échelle régionale et locale. En cela le tout ne permet pas d'observer ce qui prévaut dans la somme des parties.

Il y a bien des mécanismes, des réalités reliant économie et santé qui n'existent qu'à certaines échelles. Ce qui se joue en région ou au plan local est d'une autre nature que ce qui est au plan national, quelle que soit la puissance économique ou l'effectif de population de telle ou telle nation dont les états peuvent avoir la charge.

Autre nouveauté, les regards portés sur l'économie, la santé et ce qui les relie explicitent de plus en plus leurs interrelations croisées. Les dépenses de santé peuvent être et ont été présentées comme des freins au « bon » développement des économies. Les prélèvements « abusifs » des systèmes de santé constatés à l'occasion du premier choc pétrolier des années 1970 sont apparus préjudiciables à la bonne marche de l'économie. Ils sont devenus d'autant plus insupportables dans les années 1990, lorsque la mise en place du marché unique européen a exacerbé la compétition économique entre entreprises européennes qui ne savaient comment faire pour réduire le coût du travail et donner satisfaction à leurs actionnaires, quand elles en avaient. Tant que la croissance est là, que le chômage est faible, que l'accroissement démographique est soutenu, les dépenses de santé peuvent s'accroître, comme n'importe quelle autre activité d'ailleurs. Mais ce que coûte la santé augmente, entre autres parce que les soins demandent de plus en plus de personnels et utilisent des technologies très avancées. Or qu'un problème de financement survienne, les contrôles, les velléités de contrôles pour en limiter l'accroissement sont considérés comme étant dérisoires et n'ont, jusqu'à ce jour pas donné les résultats déclarés (Geoffard 2006).

Dans une certaine mesure, tout fonctionne comme si les mécanismes nationaux, macroscopiques étaient bien décrits mais que cette connaissance n'était pas suffisante pour donner les résultats escomptés. N'y aurait-il pas là une prise en compte insuffisante de la variabilité des échelles ? Sur le terrain, localement, concrètement, dans tel ou tel territoire il est très difficile de savoir comment s'effectuent ces dépenses, en quoi elles sont excédentaires aux ressources, comment et quels personnels de santé utilisent les moyens dont ils disposent, où ont lieu les dépenses, où s'accroissent-elles le plus, la part du recours à des soins hyper techniques ou de confort ?

D'autres points restent inexplorés : dans quelle mesure la santé est-elle contributive à l'activité

Dans quelle mesure la santé est-elle contributive à l'activité économique ?

¹ · Philosophe et épistémologue autrichien 1902-1994.

économique ? Qu'en est-il de sa redistribution, de son impact sur l'attractivité et le dynamisme d'un lieu ? Quels sont les impacts économiques locaux ?

Ces questions trouvent ces temps-ci un écho imprévu mais pas chez les économistes de la santé, pour lesquels peu ou prou et en dépit des échecs réitératifs, l'objectif majeur – unique presque – reste de réduire les dépenses. Portant leur attention sur l'international et le local, ce sont les économistes de la croissance, ou de la crise qui s'en saisissent, accordant bien moins d'importance que leurs confrères à la dimension nationale (cf. Guillaume, Davezies, Veltz). Ce qui est observable et surtout analysé d'un pays à l'autre, n'a pas d'équivalent dans les régions. Ceci est resté derrière ce qui s'apparente à un voile d'ignorance. Sans doute est-il temps de le soulever.

La santé, une ressource économique exceptionnelle

L'opinion publique, partout ou presque dans le monde, n'a que rarement notion des ressources économiques brassées par la santé. En France, elles ne représentent certes que 3,5 % de la consommation moyenne des ménages. Et pourtant, les dépenses de santé nationales les plus récentes s'élèvent aujourd'hui à 206,5 milliards d'euros. Le chiffre est si élevé qu'il en devient abstrait. Ces 206,5 milliards d'euros représentent l'équivalent de près de 61,7 % du budget de l'État français (334,7 milliards d'euros), près de six fois le budget de la défense, trois fois et demie ce que rapporte l'impôt sur le revenu. La part de la santé dans l'ensemble de la consommation française est passée de 5,2 % en 1960 à 11,8 % en 2006. Cette croissance et la part qu'elle emporte sont supérieures à celles des dépenses alimentaires, bien plus élevées que l'ensemble de la consommation liée aux voitures.

Les dépenses de santé nationales représentent l'équivalent de près de 61,7% du budget de l'État français.

Qui paye ? La Sécurité sociale à hauteur de 77 %, les mutuelles et assurances privées pour 7 % mais aussi les ménages, qui contribuent aux dépenses de santé françaises à hauteur de 15 %.

Si jusqu'en 1970, la plus grande part des dépenses de santé servait à verser un revenu de remplacement aux personnes malades sous forme d'indemnités journalières, depuis cette date, la majeure partie est destinée au financement des soins dispensés : médicaments, frais de fonctionnement des structures dispensant des soins et par-dessus tout, puisque pour plus des deux tiers, rémunération des professionnels de santé. Cette évolution réelle et pourtant méconnue, entamée dès les années 1930, n'a pu s'opérer que parallèlement à une croissance économique forte, en France comme dans l'ensemble des pays développés. Bénéficiant aux populations, ces dépenses de santé réinjectées dans les économies nationales ont permis de diffuser les progrès remarquables de la médecine au bénéfice de tous, sont responsables d'avancées sociales importantes et ont aussi notablement contribué, par un effet de boucle, de feed-back, à la croissance économique.

Ces dépenses de santé ont permis de diffuser les progrès remarquables de la médecine, sont responsables d'avancées sociales importantes et ont contribué à la croissance économique.

Dès 1945 l'ensemble des salariés français – rejoints par les agriculteurs en 1961, les professions indépendantes en 1966 – (puis par l'ensemble de la population ayant bénéficié de la mise en place de la Couverture maladie universelle en 1999) a donc massivement investi dans un système de santé très enviable à l'étranger. Leur contribution à la croissance fut pourtant assez peu visible et peu perçue durant les trente glorieuses.

Pour leur part, les employeurs ont versé des cotisations sociales très significatives : 13 % du salaire brut. Depuis 1990, la contribution des cotisations sociales salariales et patronales a été relayée, complétée, par la mise en place de la contribution sociale généralisée (CSG) qui représente actuellement presque un cinquième des salaires. La CSG touche outre les revenus du travail, ceux du capital. Un salarié moyen consacre donc aujourd'hui – sans en être très conscient – pas loin d'un quart de son salaire au financement du système de santé national, puisqu'à la CSG (38 % des ressources allouées au système) il convient d'ajouter les cotisations de mutuelles (2 % à 5 % des revenus des assurés) et les achats de santé non couverts (3,5 % de la consommation moyenne des ménages). Ce sont donc les Français qui ont financé le développement d'un système de santé parmi les meilleurs au monde.

Économie, économie de la santé et développement, quelles relations durables ?

La cause est entendue entre experts (Majnoni, World Bank), partout, quel que soit l'état du monde, quel que soit le groupe d'états que l'on observe, c'est avant tout le revenu moyen par habitant qui détermine la dépense moyenne de santé des populations mais aussi des personnes. Cette relation se retrouve quel que soit le système de santé et son mode de financement. La disponibilité des ressources financières influe ou même détermine par ailleurs bien d'autres caractéristiques. Ainsi, si c'est le niveau d'éducation qui détermine l'espérance de vie, ce niveau d'éducation est avant tout dépendant des ressources des parents.

Les hommes, les femmes et les enfants, où qu'ils vivent n'ont les mêmes états de santé, ne sont pas exposés aux mêmes pathologies et aux mêmes risques, ne meurent pas des mêmes causes, ni aux mêmes âges, selon le niveau de développement du lieu où ils résident et travaillent. Ceci est particulièrement évident entre états, mais l'est aussi entre régions lorsque les données sont accessibles. On constate grâce au tableau

Plus le produit intérieur brut est élevé, plus les dépenses de santé sont fortes.

« Quelques exemples mondiaux » que plus le produit intérieur brut est élevé, plus les dépenses de santé

sont fortes et plus la tendance à une espérance de vie longue existe. Certes, il persiste quelques cas notables, les États-Unis par exemple, où cette règle est prise en défaut. Mais outre le fait qu'il convient de tenir compte de spécificités nationales telle que la fraction des dépenses de santé prise en charge par le secteur privé, d'autres effets de structure, l'âge moyen par exemple peuvent jouer leur rôle. Il n'en reste pas moins que l'organisation même de chaque système de santé national est déterminante pour expliquer la variabilité des statistiques. En revanche, il est flagrant que les ressources de la Suisse, de la Suède, de l'Australie ou de Singapour sont reliées à des espérances de vie élevées ; ce qui n'est pas, loin s'en faut, le cas du Niger, de la Mauritanie, du Pakistan, de l'Indonésie ou de l'Ukraine. Ceci est révélateur d'une tendance mondiale.

Quelques exemples mondiaux

États	Produit intérieur brut par habitant en \$ (2005)	Dépenses de santé			Espérance de vie à la naissance (2005)
		Public % du PNB (2004)	Privé % du PNB (2004)	Par habitant en \$ (2004)	
États-Unis	41890	6,9	8,5	6096	77,9
Norvège	41420	8,1	1,6	4080	79,8
Suisse	35633	6,7	4,8	4011	81,3
Canada	33375	6,8	3,0	3173	80,3
Royaume-Uni	33238	7,0	1,1	2560	79,0
Suède	32525	7,7	1,4	2828	80,5
Belgique	32119	6,9	2,8	3133	78,8
Australie	31794	6,5	3,1	3123	80,9
Japon	31267	6,3	1,5	2293	82,3
France	30386	8,2	2,3	3040	80,2
Singapore	29663	1,3	2,4	1118	79,4
Espagne	27169	5,7	2,4	2099	80,5
Arabie saoudite	15711	2,5	0,8	601	72,2
Lettonie	13646	4,0	3,1	852	72,0
Malaisie	10882	2,2	1,6	402	73,7
Mexique	10751	3,0	3,5	655	75,6
Costa Rica	10180	5,1	1,5	592	78,5
Brésil	8402	4,8	4,0	1520	71,7
Panama	7605	5,2	2,5	632	75,1
Colombie	7304	6,7	1,1	570	72,3
Algérie	7062	2,6	1,0	167	71,7
Ukraine	6848	3,7	2,8	427	67,7
Cuba	6000	5,5	0,8	229	77,7
Philippines	5137	1,4	2,0	203	71,0
Egypte	4337	2,2	3,7	258	70,7
Indonésie	3843	1,0	1,8	118	69,7
Bolivie	2819	4,1	2,7	186	64,7
Pakistan	2370	0,4	1,8	48	64,6
Angola	2335	1,5	0,4	38	41,7
Guinée	2316	0,7	4,6	96	54,8
Mauritanie	2234	2,0	0,9	43	63,2
Côte d'Ivoire	1648	0,9	2,9	64	47,4
Tchad	1427	1,5	2,7	42	50,4
Congo	1262	1,2	1,3	30	54,0
Niger	781	2,2	2,0	26	55,8
Burundi	699	0,8	2,4	16	48,5

Source : Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, Nations-Unies 2007/2008.

Plus un État jouit d'une économie développée et prospère, plus la population bénéficie de conditions de vie favorables. Car plus les ressources disponibles sont abondantes, plus les ressources allouées par les systèmes d'assurance maladie sont disponibles et bénéficient aux infrastructures de prévention et de soins.

En revanche, qu'une phase de récession brutale intervienne, que de fortes déstabilisations sociales soient ainsi générées et se développent inmanquablement une crise sanitaire. Ces ruptures n'ont été que trop rarement analysées pour ce qu'elles démontrent, étant présentées comme des épisodes conjoncturels locaux

Plus un État jouit d'une économie développée et prospère, plus la population bénéficie de conditions de vie favorables.

sans lien direct avec la santé. Et pourtant, la période post-communiste de l'après-chute du mur, l'irruption de la colonisation et son pendant historique de retrait durant la phase de décolonisation, et enfin la montée douce de la restructuration profonde de l'économie du Nord – Pas-de-Calais dès le milieu des années 1950, constituent autant de cas d'école.

Il serait temps d'écrire et de décrire l'histoire des crises sanitaires dans le monde.

Comme si seules les économies radieuses avaient une histoire aux yeux de la santé publique. Il serait temps d'écrire et de décrire l'histoire des crises sanitaires dans le monde, pour leur valeur structurelle et non pas conjoncturelle. Que d'ouvrages sur les phénomènes de crise thématiques ou leur gestion, tandis qu'il est temps de comprendre – sur le fond – ce que vivent les populations des états et des régions en crise sanitaire. Quels

sont les effets d'une crise économique, sociale et politique de grande ampleur, profonde et durable sur la santé d'une population ?

La santé, bien supérieur

La santé est, selon l'expression des économistes, un bien supérieur. Ceci signifie qu'il s'agit d'un service, d'un bien dont la consommation augmente plus que proportionnellement à l'augmentation du revenu, toute chose étant égale par ailleurs. La santé tout comme les services relatifs aux voyages ou à la culture sont des biens supérieurs parce que les sommes qui y sont consacrées s'accroissent au fur et à mesure de l'élévation des revenus ou des ressources, et baissent en cas inverse.

Les Français devenus de plus en plus riches à partir des années 1950, consomment de plus en plus de santé. La tendance s'accélère même par effet d'âges et de génération. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population induit une plus forte consommation, non seulement parce que les personnes âgées de 60 ans se rendent deux fois plus souvent chez le médecin que celles de 30 ans, mais aussi parce que la génération du Baby Boom a été et reste nettement plus consommatrice que les autres. Par ailleurs, le recours à d'autres biens de santé, tels que l'orthodontie, la contraception, la prévention, la santé mentale et la recherche du bien-être entretiennent cette croissance. Certains auteurs affirment même que quelques nouvelles maladies ont été fabriquées pour faire vendre des médicaments.

La santé destructrice ?

La santé est devenue un *business*, une affaire, un secteur économique.

La conception classique de la santé s'éloigne, s'estompe. Il ne s'agit plus seulement de relier en tant que politique sociale, la prise en charge collective et publique des dépenses de santé afin de garantir un revenu de remplacement, ni d'entretenir une forte productivité de la main d'œuvre par l'amélioration de son état de santé, ni de maintenir une capacité à

consommer en cas d'incapacité de travail, ni de créer des emplois. On ne peut, aujourd'hui, que très difficilement envisager de s'attendre à ce que les ménages et les pays ayant des niveaux de vie élevés cessent d'accorder la priorité à la santé, à la sécurité sanitaire ou à la prévention.

Les pays développés y consacrent entre 8 % et 10 % de leur Produit Intérieur Brut (PIB) : 15 % pour les États-Unis, 12 % pour la Suisse à et 11 % en France. Avant l'irruption de la crise économique actuelle, personne ne voyait comment empêcher le franchissement du cap des 20 % en 2030. L'utilité sociale de ces dépenses, l'attrait qu'elles ont sur les populations correspondent à de tels besoins qu'il semble certain que ce cap des 20 % de PIB soit atteint rapidement.

Et pourtant, les économistes décrivent à l'envi et de façon très classique et reconnue les effets négatifs des dépenses de santé sur les économies. Les refinancements permanents des 24 plans de réforme engagés depuis 1976, se sont traduits par une augmentation des prélèvements obligatoires. Augmentation qui s'apparente, à l'échelle des états, à ce que l'économie classique nomme *une destruction de richesse*. Il est certain que l'État *refinanceur* doit emprunter et rembourser, ce qui accroît le déficit public. Classiquement donc, ce sont des ressources nationales qui sont détournées de la production. Classiquement toujours, la santé est considérée comme étant un domaine non-productif parce que les activités économiques n'y étant pas investies subissent une augmentation de leurs prélèvements obligatoires et donc du coût du travail.

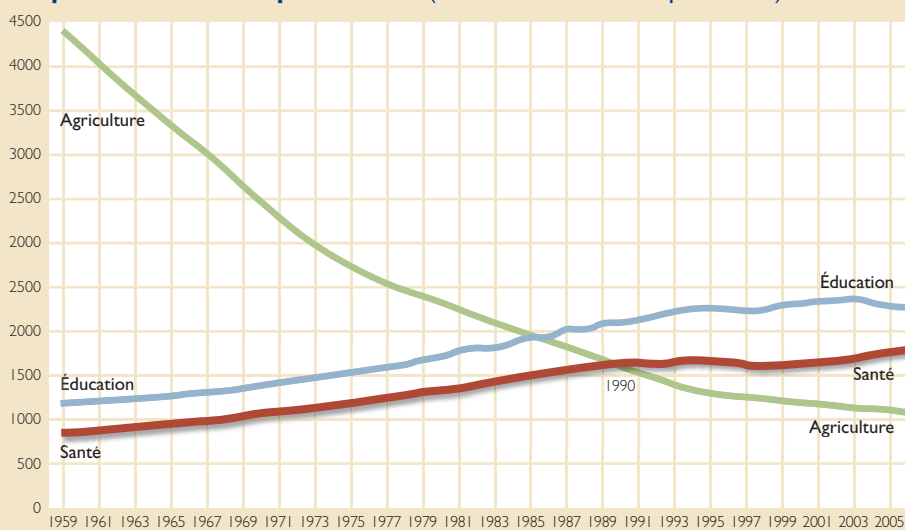
Mais l'économie mondiale n'était-elle pas devenue, depuis plusieurs années une économie basée sur les services, au moins dans les pays développés ? Ces services y représentent entre

La santé est devenue un business, une affaire, un secteur économique.

60 % et 70 % des emplois. Les emplois de santé se sont considérablement accrus en nombre et en poids depuis les années 1960 (cf. graphique ci-contre). L'agriculture en 2006 ne représente plus, en France, que 20 % de l'effectif employé en 1959. L'emploi global quant à lui s'est accru de 27 %. En comparaison et durant la même période, les emplois de l'éducation ont progressé de 94 %, et ceux de la santé de 109 %.

Quels sont au juste les domaines qui ne bénéficient pas des dépenses nationales de santé ? Ces dépenses touchent des secteurs

Emploi intérieur total par branche (nombre de milliers de personnes)



Source : Comptes nationaux - Base 2000, Insee.

Quels sont au juste les domaines qui ne bénéficient pas des dépenses nationales de santé ?

d'activités économiques bien plus divers que ce que l'on pourrait penser. Elles sont même prescrites par la santé. Les activités sportives, l'alimentation, les loisirs, et surtout bien d'autres activités de production et pas seulement de services sont touchées et en bénéficient. Les domaines économiques ayant la

santé comme client sont excessivement divers : informatique, bâtiment et travaux publics, transports, services divers à la personne ou aux entreprises aussi. La liste, qui resterait à établir ne se limite pas aux seules industries pharmaceutiques et de matériel médical. L'étendue des activités émergeant sur les budgets de la santé, collectifs ou privés, n'est pas cernée et n'a probablement jamais été estimée. Il y a sans doute captation par la santé d'une partie des richesses produites par les états, mais cette captation correspond-elle vraiment à une destruction ? Ceci serait à étudier, à l'échelle d'un pays et plus raisonnablement à celle d'une région ou d'un territoire local.

Certes, l'inscription des dépenses de santé dans la perspective d'un développement qualitatif et durable, en cohérence avec les orientations de croissance, exigerait un regard moins classique, plus décloisonné. À l'évidence pourtant, elles constituent un puissant moteur de croissance compte tenu de la densité des emplois liés aux services (voir tableau ci-contre). Il faut aussi tenir compte des enjeux de la compétitivité. Les dépenses de santé sont aussi des investissements, des investissements stratégiques, qui s'opèrent ici ou là, à différentes échelles depuis l'Union Européenne jusqu'aux nations telles que la France, sans oublier les régions et les territoires.

Les emplois de santé par région, dans la population active en 2006

Régions	Total santé employés* (2006)	Part santé dans l'emploi total (2006)	Indice (2006)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	128801	8,4%	109
Nord - Pas-de-Calais	97307	7,7%	99
Pays de la Loire	80303	7,0%	90
Aquitaine	80270	8,3%	108
Bretagne	78997	8,2%	106
Midi-Pyrénées	70635	8,0%	103
Centre	66875	8,4%	108
Lorraine	64705	9,2%	119
Languedoc-Roussillon	59218	8,4%	108
Alsace	54979	8,5%	110
Picardie	48158	8,6%	111
Haute-Normandie	45203	7,6%	98
Bourgogne	43018	8,3%	107
Basse-Normandie	41094	9,1%	118
Auvergne	39720	9,4%	122
Poitou-Charentes	39198	7,5%	97
Champagne-Ardenne	35309	8,4%	108
Franche-Comté	30997	8,4%	109
Limousin	23363	10,3%	134
Corse	6532	7,6%	98
France	1669866	7,8%	100

* Professions indépendantes et libérales non incluses.
Source : Insee, Clap.

Économie régionale et dépenses de santé

La santé exige beaucoup de main d'œuvre, d'abord pour dispenser des soins. Parce que les plus qualifiés, les médecins sont les plus visibles socialement, on pense souvent à tort que les emplois de santé sont hyper-qualifiés. L'essentiel de ces emplois sont en réalité moyennement à peu qualifiés, occupés principalement par des femmes. À titre d'exemple, les trois premières professions relevant du secteur économique santé sont les infirmières, les aides-soignantes et les agents de

On pense souvent à tort que les emplois de santé sont hyper-qualifiés.

service hospitalier. Or, la structure de la population active du Nord – Pas-de-Calais correspond à ces profils et bénéficie d'un avantage concurrentiel évident, mais encore sous-estimé. Il y a donc là un gisement : s'il est reconnu, il peut fort bien conditionner l'employabilité de demain et un pan de l'économie régionale.

À l'avenir, de plus en plus d'emplois, peu qualifiés toujours, devront être créés afin de répondre aux besoins, soit académiquement reconnus par le corps médical et ses sociétés savantes, soit exprimés par la population. Ces divers emplois relèveront souvent de nouveaux métiers, c'est-à-dire d'activités ou de tâches n'existant que peu ou pas aujourd'hui. Ils ne pourront toutefois être créés que si, et seulement si préexistent sur place ou à proximité, des noyaux d'offre, des pôles employant, eux, des professionnels diplômés et hyper-qualifiés. En d'autres termes, l'avenir de l'activité économique liée à la santé de cette région et des territoires qui la composent dépend des pôles d'offre existant aujourd'hui et des professionnels qualifiés qui s'y trouvent. Ceci signifie donc que ce qui se jouera demain, repose sur la présence quelques dizaines de médecins spécialistes de plus, quelques prescripteurs, quelques agents -pour reprendre un terme cher aux économistes- qui représentent le tout petit noyau dur d'une réponse aux besoins, la source d'emplois domestiques et pourquoi pas les éléments précurseurs d'une attractivité régionale européenne.

Au jeu de la distribution aveugle des emplois au sein de la nation, derrière le voile d'ignorance de l'impact de la santé sur l'économie (voir tableau Les emplois de santé, par région, dans la population active en 2006), certaines régions sont gagnantes. Provence - Côte-d'Azur, Aquitaine, Lorraine, Alsace, Basse-Normandie, Auvergne, Limousin et Picardie comptent en effet une plus grande proportion d'emplois de santé dans leur population active. D'autres peuvent sembler être perdantes : Île-de-France, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Corse. Mais il faut à l'évidence compter sur la surreprésentation régionale d'autres types d'activités de services comme le tourisme et le tertiaire de commandement.

Laurent Davezies l'a clairement démontré (Davezies 2008) : l'économie de la consommation dont la santé fait partie, n'est pas une variable d'ajustement dans la macroéconomie régionale ou locale. Elle devient une variable centrale. Pour le Nord – Pas-de-Calais,

l'économie de consommation a été essentielle puisqu'elle a fonctionné comme un puissant amortisseur de la crise régionale précédemment évoquée. Il est important de constater que s'il y a bien eu amortissement de la crise du côté de l'économie, il s'est produit une véritable catastrophe sanitaire sans équivalent en France, ayant atteint son paroxysme dans les années 1970. Son ampleur n'a pu être mesurée qu'au début des années 1990.

Cette économie de la consommation repose sur l'utilisation de revenus liés à la population et est générée par elle. C'est la demande locale des ménages qui induit la création d'emplois domestiques. Ce qui met bien en lumière le rapport entre emplois domestiques, demande locale, économie de la consommation et enfin économie régionale.

Les revenus disponibles des ménages du Nord - Pas-de-Calais (voir tableau ci-contre) sont les plus faibles de France. La raison de ce handicap résulte de la mise en place constatée en 1965, mais remontant probablement à la période 1950-1955, d'une progression bien plus lente de ce revenu que dans d'autres régions et par rapport à la tendance nationale. Tout comme l'évolution des indicateurs de santé, la progression du revenu disponible fut positive, réelle, mais n'atteint pas l'ampleur qu'elle connaît ailleurs.

Revenu brut disponible des ménages (+) par région, dont part des prestations sociales et cotisations sociales prélevées (-) en 2004

Régions	Revenu disponible		Part des prestations sociales	Cotisations sociales des salariés et des non-salariés	
	Montant brut (2004)	Indice (2004)		Montant brut (2004)	Indice (2004)
Île-de-France	21674	123	24%	2276	133
Alsace	17635	100	29%	1912	112
Rhône-Alpes	17634	100	30%	1732	101
Centre	17501	100	32%	1631	95
Bourgogne	17259	98	33%	1592	93
Paca	17247	98	32%	1588	93
Limousin	17199	98	34%	1511	88
Auvergne	17078	97	33%	1548	91
Franche-Comté	16992	97	31%	1593	93
Haute-Normandie	16965	96	32%	1604	94
Aquitaine	16795	95	32%	1579	92
Picardie	16657	95	31%	1555	91
Lorraine	16529	94	32%	1557	91
Champagne-Ardenne	16492	94	32%	1635	96
Poitou-Charentes	16438	93	33%	1509	88
Midi-Pyrénées	16365	93	32%	1576	92
Pays de la Loire	16351	93	32%	1572	92
Bretagne	16285	93	31%	1517	89
Basse-Normandie	16279	93	33%	1513	89
Corse	15536	88	32%	1415	83
Languedoc-Roussillon	15521	88	35%	1371	80
Nord - Pas-de-Calais	14503	82	32%	1411	83
France métrop.	17588	100	30%	1709	100

Source : Davezies L. Le rôle de la consommation des ménages dans le développement des territoires. Débroussaillage d'une question en fiche sur le cas du Nord – Pas-de-Calais.

Les prestations sociales versées sont venues alimenter près d'un tiers de la consommation régionale générée par des revenus dépensés localement.

Durant toutes ces années et aujourd'hui encore, les prestations sociales versées sont venues alimenter près d'un tiers de la consommation régionale générée par des revenus dépensés localement. Celles-ci ont donc bien, et puissamment, amorti la violence du choc de la désindustrialisation et continuent encore, en phase post-industrielle, d'en atténuer les effets durables. Pour autant, le Nord – Pas-de-Calais n'a pas été, loin s'en faut, la seule région à bénéficier du jeu de la redistribution de revenus au sein de la nation. Aujourd'hui encore, si l'on prend en compte les cotisations sociales versées par les salariés et les non-salariés, sur les 22 régions métropolitaines, 19 sont gagnantes - et non des moindres- puisque l'on y retrouve entre autres la totalité des régions méridionales. Deux sont perdantes car versent au pot plus que la moyenne : Île-de-France et Alsace ; Rhône-Alpes étant à l'équilibre.

Économies d'échelles

Les activités tournées vers la demande locale dont la santé fait partie sont très difficilement délocalisables vers d'autres pays aussi éloignés que ceux produisant du matériel électronique ou du textile. Au jeu du tourisme médical, la France, ses régions et le Nord – Pas-de-Calais sont peu exposés et se trouvent d'ailleurs plutôt dans une situation potentielle favorable, compte-tenu de la qualité reconnue de l'offre de soins.

En revanche, si les activités de santé ne sont pas exposées aux aspects négatifs de la mondialisation, elles sont *métropolissables*, et ce de plus en plus. En effet, l'offre de soins connaît depuis les années 1970 une forte modification de sa géographie, à échelle fine. De plus en plus, l'offre se concentre, se regroupe vers le cœur des agglomérations, désertant les campagnes et les interstices périurbains du territoire. Il y a donc un glissement de localisation à l'échelle des régions, reconnu au travers du traitement médiatique de la désertification médicale des zones rurales, qui est bien perceptible à cette échelle mais qui est totalement imperceptible puisque inexistant à l'échelle des états.

Peu perceptibles et parlantes d'un pays à l'autre, des inégalités d'offre se creusent entre régions et entre zones d'emplois par exemple. C'est ce que montre, en outre, l'indice de couverture élaboré par Laurent Davezies à partir de données provenant du ministère de la santé. Pour un indice 100 français, la région atteint la valeur de 89 mais la zone d'emploi de Lille tire son épingle du jeu en disposant d'un indice d'emplois publics et de médecins élevé. Les

Si les activités de santé ne sont pas exposées aux aspects négatifs de la mondialisation, elles sont métropolissables.

Les métropoles régionales attirent toujours à elles l'offre de soin la plus rare et la plus technique. Elles représentent aussi l'idéal-type majoritaire pour les professions médicales. Cette hyperpolarisation ne se retrouve pas dans la même proportion. En revanche, il est anormal, voire grave de constater que les chirurgiens-dentistes – exemple même d'une offre de soins de proximité – soient si peu nombreux dans la région (indice 71) tout comme dans la zone d'emploi de Lille (91). Ailleurs, hors de la métropole lilloise, que quelques zones d'emplois aient des indices de couverture très bas comme le Douaisis ou le Cambrésis, peut s'expliquer par la desserte assurée sur leur territoire par d'autres pôles périphériques. Mais les très faibles scores de Sambre-Avesnois, Lens-Hénin et Béthune-Bruay laissent augurer, du point de vue du comportement économique des ménages, d'une consommation domestique de santé qui soit ne suit pas la demande, soit qui s'est modelée sur une demande très faible. En tout état de cause,

Les métropoles régionales attirent toujours à elles l'offre de soin la plus rare et la plus technique.

Indices de couverture des professions de santé (salariés et non salariés) en 2004

Nombre d'emplois rapporté à la population

Zones d'emplois	Fonction publique hospitalière	Pratique médicale	Pratique dentaire	Auxiliaires médicaux
Roubaix-Tourcoing	111	87	71	84
Lille	165	115	91	101
Dunkerque	80	81	75	68
Flandre-Lys	74	70	69	76
Douaisis	40	77	73	69
Valenciennois	70	90	67	81
Cambrésis	42	87	71	93
Sambre-Avesnois	57	76	64	89
Artois-Ternois	73	81	63	91
Lens-Hénin	59	66	57	70
Béthune-Bruay	64	75	47	71
Saint-Omer	80	74	74	77
Calaisis	69	74	61	78
Boulonnais	81	101	73	97
Berck-Monbtreuil	97	83	83	105
Nord - Pas-de-Calais	89	87	71	84
France	100	100	100	100

Source : Davezies L. Le rôle de la consommation des ménages dans le développement des territoires. Débroussaillage d'une question en friche sur le cas du Nord – Pas-de-Calais.

Dépenses des ménages Services médicaux et de santé

Régions Indices (France = 100)

Alsace	139
Île-de-France	125
Basse Normandie	116
Aquitaine	109
Paca	108
Languedoc-Roussillon	107
Midi Pyrénées	105
Centre	105
Rhones-Alpes	103
Franche Comté	87
Limousin	86
Bretagne	86
Nord - Pas-de-Calais	85
Lorraine	85
Champagne-Ardenne	85
Bourgogne	83
Picardie	81
Poitou-Charentes	76
Haute Normandie	76
France	76
Pays de la Loire	73
Auvergne	70
France	100

Source : Davezies L. Le rôle de la consommation des ménages dans le développement des territoires. Débrassage d'une question en friche sur le cas du Nord - Pas-de-Calais.

cette situation ne peut être considérée comme acceptable puisque ces territoires ne disposent pas, et disposent de moins en moins des emplois, des professionnels de santé susceptibles de juguler la crise sanitaire qui sévit ici avec plus d'ampleur et depuis plus longtemps que dans le reste du pays. Comment pourrait-on plus clairement démontrer que le système de santé français n'est pas en mesure, comme d'autres l'ont fait, d'offrir par une réforme de son organisation, une consommation domestique de santé -en clair des possibilités de soins à des populations socialement, économiquement et d'un état de santé considérablement inférieur. Non seulement la santé reste un bien supérieur, trop orienté vers les catégories sociales aisées, dans des régions et des territoires favorisés et consommateurs, mais sa structuration actuelle prive en partie les économies des territoires des revenus domestiques dont ils pourraient tirer profit. La demande locale ne peut donc pas induire une circulation monétaire interne égale à celle de territoires favorisés, venant stimuler les activités marchandes et les biens produits. En règle générale, l'économie de la consommation domestique des ménages démontre bien que les besoins des communautés, des populations de quel territoire que ce soit – aussi hétérogènes soient-ils socialement – sont finalement assez homogènes. Or force est de constater que si les besoins sont homogènes, la santé n'y répond pas autrement qu'en exacerbant son fonctionnement de bien supérieur. Voilà pourquoi le Nord - Pas-de-Calais et ses ménages sous-consomment de 15 % des services médicaux et de santé pourtant largement rendus accessibles par la protection sociale et la couverture maladie universelle. Cette inégalité n'existait pas dans une telle proportion à la fin des

La santé reste un bien supérieur, trop orienté vers les catégories sociales aisées, dans des régions et des territoires favorisés.

années 1990 (voir tableau ci-dessous). Beaucoup de prestations sociales – allocations chômage, retraites, allocations familiales, pensions d'invalidité, etc – sont bien une source d'amortissement des effets des crises telle qu'elle était recherchée et conçue en 1945 dans le programme du Conseil national de la résistance. Laurent Davezies l'explique comme un amortissement économique profitable aux ménages et à l'économie des territoires où ils vivent. En cela, la solidarité nationale, le développement des systèmes productifs régionaux des régions les plus dynamiques, s'est bien traduit par le truchement de mécanismes nationaux, en développement social puis économique dans les régions moins productives. Le Nord - Pas-de-Calais en a donc bénéficié.

Cependant, il ne semble pas certain, il n'a pas été démontré que l'économie de la santé, le financement et le versement des prestations maladies aient atténués dans de mêmes proportions les conséquences les crises sociales sur l'état de santé et la circulation de cette richesse entre les territoires de la République. Dans le cas du Nord Pas-de-Calais – des territoires qui le composent et des populations qui y résident – il est tentant de conclure que l'organisation de notre système de santé, son évolution incontrôlée depuis les années 1970 ont abouti, au mieux à une incapacité à répondre à la crise sanitaire, et au pire à ce que celle-ci se soit retrouvée avivée, presque exaltée par le système qui était censé la juguler.

Dépenses de santé, revenus disponibles et espérance de vie dans les régions françaises à la fin des années 1990.

Régions	Dépenses de santé (en francs)		Revenu disponible par habitant	Espérance de vie à la naissance Hommes (1997)
	Valeur non corrigée (1998)	Valeur corrigée (1998)		
Corse	4 811	4 619	88 100	74,5
Paca	4 389	4 195	93 800	75,6
Languedoc-Roussillon	3 883	3 664	87 600	75,0
Midi Pyrénées	3 839	3 624	91 600	76,0
Limousin	3 673	3 193	90 600	74,8
Aquitaine	3 645	3 468	95 100	74,9
Nord - Pas-de-Calais	3 330	3 603	81 300	71,6
Auvergne	3 320	3 126	92 000	74,1
France	3 227	3 288	94 000	74,7
Poitou-Charentes	3 204	2 983	87 300	75,6
Centre	3 158	3 097	91 600	75,2
Picardie	3 156	3 395	83 600	72,8
Bretagne	3 103	3 038	92 700	72,9
Bourgogne	3 086	2 951	92 300	74,4
Haute Normandie	3 068	3 264	89 900	73,3
Champagne -Ardenne	2 998	3 094	92 400	73,6
Alsace	2 978	3 195	97 100	74,3
Lorraine	2 938	3 060	87 400	73,8
Rhône-Alpes	2 925	3 057	91 000	75,6
Pays de la Loire	2 858	2 864	88 400	74,8
Basse Normandie	2 852	2 870	88 900	73,8
Ile-de-France	2 841	3 162	110 800	76,0
Franche Comté	2 761	2 814	88 100	75,1

Source : Balsan D. Analyse des disparités inter-régionales de dépenses de santé. Drees, 2000.

Potentiels locaux, innovations, ambitions

Dans le Nord – Pas-de-Calais, comme dans d'autres territoires de la République, les dépenses de santé constituent bien l'un des déterminants de l'état de santé des populations. Elles restent aussi une contrainte économique que l'on s'efforce de maîtriser, d'organiser, (enfin serait-on tenté d'écrire !), au travers d'une nouvelle grande loi de santé publique : *Hôpital, patients, santé et territoires*.

Un effet de boucle, et divers processus d'entraînement existent non seulement à l'échelle internationale, mais aussi nationale, régionale et locale. Si celui-ci ne peut être jugé que comme étant secondaire, accessoire au regard des objectifs déclarés de la santé publique, il est désormais connu du point de vue de l'économie générale, à diverses échelles, et nécessite d'être plus amplement étudié, compris et accompagné par les divers agents de développement. En cela, les régions et les intercommunalités sont très directement concernées.

100 euros investis dans la santé, génèrent 38 euros de consommation de biens intermédiaires domestiques. La valeur ajoutée est aussi très élevée, plus élevée que la moyenne des activités économiques. En France, aujourd'hui, la santé génère 7 % de valeur ajoutée contre 5,5 % pour les autres secteurs.

Enfin il convient de s'interroger pour conclure, sur l'attractivité, les potentiels d'attraction de territoires pourtant urbains mais en crise, ne bénéficiant pas des mêmes services à la personne, des mêmes possibilités de consommation et d'accès aux soins que ce que chaque communauté

Quelle entreprise parviendrait, à coût constant, à motiver ses cadres à venir œuvrer au maintien d'activités productrices de biens, dans un territoire où pédiatres, gynécologues, chirurgiens-dentistes ou services d'urgence seraient notoirement déficients ?

recèle et offre à ses résidents. Si cette faiblesse a été maintes fois signalée, décrite et fait l'objet de longs discours au sujet du monde rural, elle existe et pire se développe en certains secteurs hyper-urbains du Nord – Pas-de-Calais. Quelle entreprise parviendrait, à coût constant, à motiver ses cadres à venir œuvrer au maintien d'activités productrices de biens, dans un territoire où pédiatres, gynécologues, chirurgiens-dentistes ou services d'urgence seraient notoirement déficients ?

L'étude d'implantation préalable de l'usine Toyota à Onnaing n'a-t-elle pas, dit-on, conclu à la nécessité de restructurer l'hôpital voisin, de devenir attractif aux yeux des professionnels de santé pour renforcer son offre de soins ?

Même les territoires les plus productifs ont besoin d'une offre de soins visible. Celle-ci fait bel et bien partie des aménités urbaines indispensables. Localement la santé est un bien, un service, une fonction urbaine « supérieure ».

Quelques intercommunalités l'ont compris. C'est entre autres le cas de la Communauté d'agglomération de Boulogne-sur-Mer qui a depuis plusieurs années l'ambition de devenir un pôle d'excellence santé, certes moins important que celui de Lille, mais tout au moins égal à Saint-Nazaire ou La Rochelle.

100 euros investis dans la santé, génèrent 38 euros de consommation de biens intermédiaires domestiques.

3 idées clés :

- *Les revenus domestiques en partie générés par les prestations sociales représentent des flux de redistribution considérables au sein des territoires de la nation.*
- *Ce que génèrent ces flux lorsqu'ils proviennent des dépenses de santé, reste insuffisamment connu aux échelles régionales et locales. La connaissance de la diversité des activités et des emplois qui en bénéficient permettrait pourtant de construire de réels projets, des stratégies régionales et locales.*
- *À l'évidence, les prestations sociales ont un puissant rôle d'amortisseur des crises économiques dans les territoires en difficulté. Rien n'est moins certain que la redistribution des dépenses de santé ait joué ce rôle, bien au contraire.*

La bibliographie

- Balsan D. Analyse des disparités interrégionales de dépenses de santé. Paris : Drees, 2000 ; 65 p.
- Davezies L. La République et ses territoires : la circulation invisible des richesses. Paris : Seuil, 2008 ; 110 p.
- Davezies L. Le rôle de la consommation des ménages dans le développement des territoires : débroussaillage d'une question en friche sur le cas du Nord – Pas-de-Calais. Lille : Conseil régional Nord – Pas-de-Calais, 2008 ; 57 p.
- Geoffard P-Y. La lancinante réforme de l'Assurance maladie. Paris : Éditions Rue d'Ulm-ENS, 2006 ; 42 p.
- Guillaume M, dir. Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution ! Paris : PUF, 2007 ; 87 p.
- Majnoni d'Intignano B. Économie de la santé. Paris : PUF, 2001 ; 426 p.
- Majnoni d'Intignano B. Santé et économie en Europe. Paris : PUF, 2007 ; 127 p.
- Palier B. La réforme des systèmes de santé. Paris : PUF, 2009 ; 127 p.
- Veltz P, Davezies L. Nord – Pas-de-Calais 1975-2005 : le grand tournant. Paris : Éditions de l'Aube, 2004 ; 168 p.
- Veltz P. La grande transition : la France dans le monde qui vient. Paris : Seuil, 2008 ; 260 p.
- World Bank. World development report : Investing in Health. New York : Oxford University Press, 1993; 369 p.

Le lexique

CSG : contribution sociale généralisée
PIB : Produit intérieur brut
PNB : Produit national brut