

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Les ressources allouées au domaine de la santé : questions sur leur efficience, leurs fonctionnalités et leurs effets d'entraînement.

Jean-Louis LANOË

Centre de Recherches en Économie de la Santé, Le Kremlin-Bicêtre, France

Le domaine santé est un domaine d'activité économique dont la régulation globale est « hors marché » (il n'y existe pas de prix ou ceux-ci sont administrés/conventionnés). Par ailleurs, ses unités de production ont des fonctionnalités parfois complémentaires mais souvent substituables et donc concurrentes. Enfin, le poids socio-économique du domaine, en termes de besoins à satisfaire comme en termes de ressources mobilisées, est, dans l'absolu, considérable. Relativement au niveau et à la croissance des dépenses du domaine santé, trois grandes questions doivent être posées :

- 1) Que peut-on inférer d'une connaissance sur les ressources affectées aux consommations sans connaissance des « utilités » propres aux biens et services consommés ?
- 2) Que peut-on comprendre aux transformations structurelles de la production si les fonctions des offreurs du système, pour lesquels les consommations ne sont autres que les recettes, sont insuffisamment ou incomplètement spécifiées ?
- 3) Peut-on ne s'intéresser qu'aux seules unités de production de santé et négliger les liens qu'elles entretiennent avec d'autres producteurs pour lesquels elles constituent un débouché souvent important.

Ces trois questions posent en fait celles relatives aux « emplois » des ressources que le domaine mobilise, et que les Comptes de la Santé ne permettent de mettre en évidence que sous une dimension unique, à savoir l'emploi « consommation médicale » du PIB (1). Dans cette perspective elles peuvent être reformulées de la façon suivante :

- les ressources ainsi allouées procurent elles les satisfactions attendues ? Efficience de leur emploi relativement aux résultats obtenus (2);
- à quel type de production-consommation se destinent ces ressources ? Fonctionnalité de leur emploi (3);
- quels sont les effets d'entraînement propres à ces ressources ? Induction d'emplois dans d'autres secteurs que celui de la santé (4).

1 - Les comptes de la santé et la croissance des dépenses.

1.1. Les Comptes.

L'élaboration de comptes dits « satellites » répond aux besoins de mieux connaître l'économie de domaines d'activité (Éducation, Environnement, Recherche, Protection Sociale etc.) que le cadre central de la comptabilité nationale ne permet pas d'étudier en tant que tel mais dont la gestion comporte des enjeux macro-économiques significatifs, notamment en matière de régulation publique. Dans cette perspective, les comptes satellites doivent fournir une description du domaine concerné sous plusieurs dimensions : sa production, ses dépenses, son financement et ses bénéficiaires.

Le Compte Satellite Santé, depuis 1970, permet l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé où sont définis et quantifiés deux agrégats principaux :

- La consommation médicale totale, dont les principaux postes permettent de représenter le domaine santé de façon fonctionnelle et donc, aux limites propres à la nomenclature utilisée, d'en décrire la production.

- La dépense courante de santé, qui, sur un domaine élargi par rapport à la consommation médicale totale, se définit du point de vue des « financeurs » des activités de santé (Assurance-Maladie, État, ménages, assurances complémentaires) et traduit l'effort contributif des agents (dépenses en capital exclues).

Il n'existe pas, cependant, de compte des bénéficiaires qui, du point de vue des ménages mais aussi de celui du secteur productif, servirait à l'évaluation directe ou indirecte des performances du domaine santé, par exemple en termes d'équité voire de satisfaction procurée.

Les Comptes Nationaux de la Santé et leurs agrégats constituent la seule source de données macro-économiques homogènes sur le domaine.

1.2. L'évolution des dépenses de santé.

En 25 ans, le domaine de la santé a pris une importance grandissante dans l'économie générale. Les Comptes de la Santé permettent de retracer avec précision cette évolution et d'en dégager certaines dimensions analytiquement intéressantes. Ainsi, en 1970, la consommation de biens et services médicaux représentait 6,1% du Produit Intérieur Brut (PIB) et 9,2% de la Consommation Élargie des Ménages (CEM). Elle atteignait, en 1995, 9,1% du PIB et 12,9% de la CEM, soit plus de deux fois la consommation de biens durables et presque le niveau de la consommation alimentaire.

Sur cette période, à une croissance annuelle de 1 point de PIB en valeur répond une croissance de près de 3 point de la consommation médicale en valeur. On peut cependant observer deux périodes très contrastées, l'une de croissance rapide - les années 70 - où à 1 point de croissance du PIB correspond une croissance de 4,5 points de la consommation médicale, l'autre de croissance significativement ralentie - la période 1980-1995 - où à 1 point de croissance du PIB ne correspond « plus » que 1,8 point de croissance de la consommation médicale.

Par ailleurs, des transformations notables quant à la structure de la consommation médicale et du financement des dépenses de santé peuvent être mises en évidence. Ainsi, l'hospitalisation qui représentait en 1970 moins de 40% de la consommation médicale atteint 52% dans les années 80 pour revenir à moins de 50% en 1995 (49,1%). Dans le détail de la croissance de certaines consommations relatives aux activités ambulatoires on note, depuis 1980, l'explosion de postes tels que les analyses de laboratoire, les auxiliaires médicaux et la pharmacie qui, en volume, ont été multipliés par 2,5 alors que, par exemple l'hospitalisation publique (service public hospitalier) n'augmentait que de 40%. On note cependant la grande stabilité de la consommation de médecine préventive dont la part relative dans la consommation médicale totale reste autour de 2%.

Il est particulièrement remarquable que la croissance soutenue observée sur la longue période (25 ans) est avant tout une croissance en volume, les prix des biens et services médicaux ayant eu tendance à augmenter moins vite que l'indice général des prix à la consommation. Cependant, cette croissance en volume s'explique elle même largement par une transformation des structures de consommation allant toujours, pour une production particulière, dans le sens d'une part relative augmentée en faveur des biens et services les plus coûteux. A titre d'exemple, la croissance des consommations de services de médecin

traduit, certes un accroissement du nombre moyen de consultations par habitant, mais surtout une transformation de la part respective des actes de spécialité et des actes de médecine générale. De la même façon, pour l'hôpital, à une diminution constante des entrées correspond une évolution à la hausse des dépenses, reflétant pour l'essentiel une modification du contenu technique et humain des journées consommées. L'effet volume, explicatif de la croissance, correspond donc, surtout, à une évolution de la nature des biens et services consommés dont on peut penser qu'elle correspond à une amélioration sensible de la qualité des soins.

Au niveau du financement des dépenses, le partage entre financement socialisé et financement privé évolue également de façon significative. La période des années 70 se traduit par un accroissement sensible du rôle de l'Assurance Maladie dont la part passe de moins de 66% en 1970 à plus de 76% en 1980. Entre 1980 et 1995 on note une inversion de tendance puisque la part de l'Assurance Maladie n'atteint plus, en 1995, que moins de 74% du financement total. Ce désengagement relatif a pour corollaire obligé un transfert sur les ménages d'une part accrue du financement privé mais il est notable que ce transfert se réalise, surtout pour les soins ambulatoires, plus par l'augmentation du financement direct des ménages que par celle du financement complémentaire (mutuelles et assurances). On peut sans doute attribuer une large part de cette évolution à la croissance de la consommation d'actes médicaux de Secteur 2 (honoraires conventionnés pour lesquels les dépassements sont autorisés).

On pourrait poursuivre une telle présentation, en analysant, de façon plus approfondie, poste par poste, ou en s'intéressant à d'autres sous-périodes, les chiffres disponibles dans les Comptes de la Santé. Il n'est pas certain cependant que les résultats obtenus permettent d'apporter des réponses aux questions qui restent posées relativement aux contreparties de la croissance ainsi décrite.

2 . La question de l'efficience des emplois.

Le financement collectif des dépenses de santé, dont on a vu qu'il représente, en France, plus des trois-quarts du financement total, traduit la reconnaissance d'un droit, sinon à la santé, du moins aux consommations médicales. Les ménages indépendamment de leur revenu, et quel que soit le prix des biens et services offerts, doivent être en mesure de se procurer ces derniers quand leur état de santé le nécessite. Ils n'ont donc pas à arbitrer entre leur consommation médicale et les autres types de consommation possible, pas plus que leur demande spécifique de santé ne repose sur des arbitrages financiers entre des modalités alternatives de satisfaction du besoin de santé.

Ce contexte, qui apparente largement les consommations de santé à des consommations de bien collectif, soulève intrinsèquement des interrogations quant à l'économie d'une telle régulation. Le niveau absolu atteint par les dépenses ainsi que leur rythme de croissance conduisent en fait à préciser deux questions fondamentales :

– La demande sociale de santé, telle qu'elle se traduit en consommation de biens et services médicaux, exprime-t-elle les besoins de santé et leur évolution ?

Pour répondre à cette question il conviendrait, par exemple, de savoir si les états de santé s'améliorent de façon significative, reflétant par exemple une réduction des inégalités dans l'accès aux soins, ou si la qualité des soins tend, dans l'état des connaissances médicales, à s'homogénéiser quelle que soit la pathologie dont souffrent les personnes ou selon la nature des structures auxquelles ont recours les ménages.

– Qu'en est-il de la productivité du système de santé ?

Autrement dit, il convient de s'interroger sur l'efficacité collective de l'allocation des ressources, qu'il s'agisse du domaine pris dans son ensemble ou de telle ou telle activité de production, en repérant l'existence d'éventuelles rentes pour certains offreurs et de surconsommations propres à certains ménages.

On ne dispose que de peu d'éléments solides pour répondre, même de façon partielle, aux questions ainsi posées. Certes il est particulièrement délicat de se donner des indicateurs et des mesures satisfaisantes des besoins de santé et de leur évolution, de spécifier une courbe de demande sociale de santé qui permettrait une planification rationnelle des processus d'allocation de ressources, de mettre en évidence et de quantifier les relations entre les consommations et leur efficacité, notamment dans leur dimension qualitative, souvent intangible. Cette complexité, consubstantielle à la nature du domaine étudié, et à laquelle se trouve notamment confrontée la recherche en évaluation, induit une opacité certaine quant à l'efficacité du système de santé.

Dans les comptes de la Santé, l'absence de toute donnée sur les bénéficiaires des consommations médicales ne permet en rien d'atténuer cette opacité.

Pour en rester aux seuls ménages, il n'est pas possible de ventiler, globalement et, a fortiori, à l'intérieur de chaque poste de la nomenclature, la consommation ou la dépense selon les caractéristiques des individus, y compris celles qu'on peut considérer comme les plus faciles à identifier : l'âge, le sexe, le lieu de domicile et le type de couverture du risque maladie. La documentation de ces variables permettrait pourtant le développement de perspectives analytiques solides quant aux facteurs susceptibles d'expliquer la croissance des dépenses de santé ou de certains postes de la consommation médicale et donc, indirectement, d'en apprécier certains résultats.

Ce n'est que par le biais d'enquêtes décennales, réalisées par l'INSEE et le CREDES, que l'on dispose de données à même de documenter, du point de vue des bénéficiaires, les grandes caractéristiques de la consommation médicale et son évolution. Sans rien retirer aux mérites réels de ces enquêtes et des analyses qu'elles permettent, on conviendra qu'elles se prêtent mal à des analyses fines, notamment sur la courte période, où pourtant les évolutions conjoncturelles, notamment celles éventuellement attribuables aux multiples interventions publiques visant à réguler la croissance des dépenses de santé, mériteraient d'être observées avec précision. Par ailleurs, la méthodologie même de ces enquêtes ne garantit pas la fiabilité des observations faites quant à certains postes de la consommation médicale, surtout en matière d'hospitalisation, et n'autorise pas d'analyse spatiale des données.

Au total, dans le domaine de la santé, ni les dépenses engagées par les financeurs, ni les ressources drainées par les offreurs ne peuvent être traduites en résultats, que ceux-ci soient mesurés, directement, en terme d'état de santé ou, indirectement, en termes de « qui consomme quoi ? ». L'efficacité économique et sociale des ressources allouées à ce domaine reste mal connue. Les constats alarmistes habituellement portés sur l'évolution des dépenses de santé semblent ainsi encore exagérément fondés sur la seule appréciation des coûts d'une croissance forte et de leur retentissement sur l'équilibre des comptes de la protection sociale.

A l'absence de données portant sur les bénéficiaires des consommations médicales vient s'ajouter une méconnaissance de la nature des consommations effectivement réalisées.

3 . La question de la fonctionnalité des ressources allouées au domaine de la santé.

3.1. Une « entité hôpital » fonctionnellement discutable.

Si la distinction, fondamentale dans les Comptes de la Santé, entre consommation hospitalière et consommation ambulatoire a pu, jusqu'à la fin des années 70 se justifier,

traduisant l'existence d'une complémentarité technique entre ces deux modes de prise en charge sur la base de fonctionnalités spécifiques à l'un et l'autre, l'évolution des besoins de santé, des pratiques médicales, des conditions de vie des individus, ont transformé de façon significative le rôle de l'hôpital ainsi que les relations qu'entretiennent avec lui les différentes unités de production dites ambulatoires.

Ainsi, l'hôpital, par le biais de ses consultations externes, produit des soins ambulatoires, exerçant une activité directement concurrente à la médecine libérale spécialisée. Les « hospitalisations de jour », quant à elles, sont un mode d'utilisation des ressources dévolues au secteur hospitalier qui ne diffère en rien d'une programmation, en secteur ambulatoire, d'examens complémentaires, d'explorations fonctionnelles ou de traitements, qui seraient prescrits et/ou coordonnés par un médecin spécialiste libéral. L'hospitalisation à domicile où l'hôpital redéploie ses ressources en faveur de patients qu'il n'a plus à héberger témoigne également d'une concurrence évidente à l'égard d'autres modes de prises en charge (médicaux et/ou paramédicaux) qui pourraient être dispensés par les acteurs libéraux. On peut également ajouter que fréquemment les urgences hospitalières se substituent au recours au médecin généraliste et que les pharmacies hospitalières jouent un rôle grandissant dans la distribution de certains médicaments, souvent très coûteux, dont on souhaite que la prescription, au bénéfice de malades ambulatoires (patients transplantés, patients séropositifs au VIH, au VHC...) reste sous contrôle de médecins hospitaliers.

Dans ces conditions, on conviendra que quantifier annuellement les dépenses d'hospitalisation, les ventiler entre différentes catégories d'hôpitaux, c'est beaucoup moins signifier une réalité socio-économique quant aux consommations des individus et à l'organisation fonctionnelle de la production de biens et services médicaux qu'apprécier les recettes d'offres partageant des caractéristiques communes qu'elles soient administratives ou relatives à leur mode de financement.

La logique de cette nomenclature administrativo-comptable a pour corollaire qu'on ne dispose, dans les Comptes de la Santé, d'aucune information permettant de caractériser et apprécier, poste par poste, le sens des évolutions observées. Ainsi, le ralentissement très net de la croissance des dépenses hospitalières et la diminution sensible de sa part relative dans la consommation de biens et services médicaux ne permet de tirer d'autre conclusion solide que la démonstration de l'efficacité financière certaine de la politique de « budget global assujéti à taux directeur unique ».

On ne dispose, par contre, que de peu d'éléments pour discuter des transformations des processus de production et de leur retentissement en termes de productivité. Les coûts hospitaliers ont-ils effectivement progressé moins vite que l'activité grâce à une rationalisation interne des processus de production ? Quel a été l'impact, en terme de qualité des services offerts, de cette croissance ralentie ? Est-il possible que certains établissements hospitaliers aient transféré certaines activités vers le secteur ambulatoire ou des établissements concurrents pour redéployer leurs ressources sur des processus de production permettant la réalisation de gains de productivité ?

Ainsi, faute d'éléments analytiques appropriés sur les types de soins consommés par les patients, on ne peut, à partir de la nomenclature d'activité des Comptes de la Santé, appréhender les transformations médico-techniques ou médico-sociales significatives de l'évolution du domaine santé. Ce sont pourtant ces transformations fonctionnelles qui, si elles étaient spécifiées, permettraient de mieux cerner la dynamique de croissance ou de ralentissement des dépenses de santé voire d'en apprécier certains des effets.

3.2. Des fonctionnalités relatives à la santé non spécifiées.

Les consommations médicales quantifiées dans les comptes de la santé sont relatives aux trois grandes fonctionnalités du système de santé : prévenir/dépister, diagnostiquer et traiter les pathologies qui peuvent affecter la population. On pourrait considérer, qu'au moins en ce qui concerne la prévention et le dépistage, les nomenclatures utilisées permettent une évaluation de cette fonctionnalité particulière. En réalité, au niveau de la consommation médicale totale, n'est repérée, en tant que telle, que la seule prévention dite médicale à savoir celle effectuée par la médecine dont c'est la fonctionnalité principale : médecine du travail, médecine scolaire, médecine de protection maternelle et infantile etc. Ainsi, les actes relatifs à la prévention (vaccinations en particulier mais aussi les consultations de diététique, les consultations antibac) comme ceux relatifs au dépistage (prescription d'exams radiologiques et biologiques dans les pathologies cancéreuses, cardio-vasculaires, antenatales etc ...) sont comptabilisés, aussi bien dans la consommation de soins hospitaliers que celle de soins ambulatoires, de façon indifférenciée par rapport aux actes diagnostiques et thérapeutiques relevant de la médecine dite « curative ».

Un tel mode de comptabilisation conduit en premier lieu, en sous-estimant très largement l'activité médicale propre à la prévention, à pérenniser l'idée que celle-ci est délibérément sacrifiée au profit du diagnostic et du traitement. Plus grave, à notre sens, est l'impossibilité qui en découle d'apprécier dans quelle mesure le développement de nouveaux outils diagnostiques, notamment biologiques et radiologiques, accroît comme on peut en faire l'hypothèse, la part relative des biens et services porteurs d'une information de nature préventive. On pense, par exemple, à l'identification de nombreux facteurs de risques, qu'ils soient de nature génétique ou comportementale. Cette évolution est susceptible d'influer, d'une part, sur le niveau des dépenses, tant en raison des coûts unitaires, souvent élevés, de mise en oeuvre de ces technologies que de la multiplication des examens dans de nombreux domaines de la pathologie, et, d'autre part, sur les performances du système de santé à moyen et long terme. A cet égard, ne peut-on par exemple attribuer à la forte croissance passée des consommations médicales, et plus particulièrement celles de nature préventive mais non repérées comme telles, un rôle contributif non négligeable dans l'amélioration constante des taux de mortalité par classes d'âge ?

4 . Les effets d'induction du système de santé.

En analysant le domaine santé à partir d'agrégats portant sur les consommations médicales ou les dépenses, celui semble constitué d'activités économiques peu différenciées auxquelles sont dévolues des ressources toujours croissantes et dont les résultats, notamment en terme de satisfaction procurée aux consommateurs, restent méconnus.

Certaines des raisons d'une telle représentation tiennent, dans les Comptes de la Santé, à l'absence de compte, ou de prise en compte, des bénéficiaires et au caractère discutable des nomenclatures utilisées. On ne reprochera cependant pas à ces comptes d'être ce qu'ils sont, c'est à dire la traduction d'un compte satellite dont la construction relève, par nature, des limites propres au cadre central de la Comptabilité Nationale. En d'autres termes, notamment en ce qui concerne le rôle que peut jouer le domaine au sein de l'ensemble de l'activité productive, il convient d'accepter la faiblesse des données disponibles, en particulier celle qui concerne les emplois des ressources allouées au domaine, ne serait ce qu'en terme de partage entre valeur ajoutée et consommation intermédiaire.

4.1. Le domaine santé : une « industrie » de main d'oeuvre.

Le poids économique du domaine santé peut être apprécié à partir de la main d'oeuvre qu'il occupe directement ou indirectement. Là encore cependant, les données disponibles,

qu'elles émanent du Ministère de la Santé ou de la CNAMTS, sont souvent incomplètes et c'est principalement à partir de l'exploitation des recensements de la population générale qu'il est possible, de dresser, mais avec un net décalage dans le temps, un certain nombre de constats sur cet aspect du domaine santé et de son insertion dans l'activité économique d'ensemble.

Ces données permettent d'observer, pour les seuls secteurs directement producteurs de biens et services médicaux (ceux qui dans la Nomenclature d'Activités et de Produits - NAP - correspondent aux postes de la Consommation Médicale Totale) une forte progression des effectifs. Ceux-ci passent de 965 000 en 1975 à plus de 1 500 000 en 1990 soit une croissance de 55%. Sur la même période, le volume de la consommation médicale a cependant été multiplié par 2. Par ailleurs, la part, dans la population active occupée, des emplois relevant des secteurs de la santé est passée de 4,6% en 1975 à 6,8% en 1990.

Au total, en mobilisant les données du recensement de 1990, celles des Comptes de la Santé et celles du « Rapport sur les Comptes de la Nation » on peut estimer que pour produire un chiffre d'affaires de 1 milliard de francs, le domaine de la santé mobilisait un effectif de l'ordre de 2800 personnes quand par exemple l'industrie des biens d'équipement ménager ne mobilisait, la même année, que 1550 personnes (2300 personnes pour les services marchands pris dans leur ensemble). Le domaine santé apparaît ainsi comme une industrie de main-d'oeuvre tant par les effectifs absolus qu'il occupe que par leur poids relatif dans la valeur de la production. Par exemple, au niveau de l'hôpital public, probablement le secteur d'activité dans lequel la valeur ajoutée est, en proportion des ressources mobilisées, au niveau le plus bas, celle-ci en représente plus de 75%.

Comme pour les dépenses de consommation, la croissance des effectifs, au cours des années 80, se ralentit nettement. Entre 1975 et 1982, à une croissance en volume de la consommation médicale de 71% correspond une croissance de 40% des emplois des secteurs de la santé. Entre 1982 et 1990, leurs croissances ne sont plus, respectivement, que de 60% et 11%. Ce freinage significatif de la croissance des emplois, dont une des traductions macro-économiques est la régression de la part du domaine dans l'emploi du secteur tertiaire (10,9% en 1982, 10,6% en 1990) conduit à constater que si, sur la période 1975-1982, le domaine santé a pu jouer un rôle contra-cyclique considérable à l'égard du chômage, offrant des débouchés à des actifs de toutes qualifications, cette régulation s'est considérablement altérée ultérieurement. Ainsi, entre 1975 et 1982, pour 100 emplois occupés supplémentaires, 72 concernaient le domaine santé; entre 1982 et 1990 ils ne sont plus que 23.

Par ailleurs, le décrochage entre croissance des effectifs occupés dans les secteurs de la santé et croissance des consommations médicales en volume, vient souligner l'importance des mutations dans les processus de production et dans la nature des biens et services consommés. On peut par exemple faire l'hypothèse qu'une amélioration sensible de la productivité et/ou une réallocation des ressources au profit des productions nécessitant l'emploi des qualifications les plus coûteuses, a conduit à un freinage quantitativement significatif de la croissance des emplois du domaine, notamment ceux les moins qualifiés.

4.2. Le domaine santé : « une industrie » aux effets d'entraînement a priori limités.

L'activité des unités de production de biens et services médicaux est inductrice d'activité à deux niveaux.

En premier lieu, la gestion d'ensemble du domaine par l'assurance maladie ainsi que sa régulation par les tutelles centrales régionales ou locales exigent la mobilisation de ressources importantes. Ainsi, à partir des Comptes de la Santé, on peut estimer les frais de gestion du domaine santé à plus de 50 milliards de Francs, soit à titre de comparaison, une

valeur sensiblement supérieure au chiffre d'affaires réalisé par la branche « biens d'équipement ménager ». Environ 170 000 emplois relatifs à ces activités de gestion pouvaient être dénombrés à partir des données du recensement de 1990.

En second lieu, le domaine santé constitue un débouché pour des industries et services diversifiés, l'industrie pharmaceutique constituant celle dont le poids relatif est le plus important. Peu de travaux, en raison de la difficulté à mobiliser des données pertinentes (tableaux entrées-sorties à un niveau suffisamment fin de nomenclature) se sont attachés à analyser les effets d'entraînement du domaine santé sur l'ensemble du secteur productif. G. Duru et J-P. Auray ont cependant exploré cette question, mettant en évidence des effets d'entraînement assez marqués en ce qui concerne l'industrie pharmaceutique, très limités pour les secteurs de la santé marchands et non marchands. Ces résultats ne sont pas surprenant et s'expliquent par le très faible poids relatif des consommations intermédiaires dans la valeur de la production du domaine santé.

Par ailleurs, les données du recensement permettent de dénombrer, dans les secteurs industriels et des services pour lesquels le domaine santé est le principal débouché (pharmacie, matériel médical, commerce de gros de produits pharmaceutiques), 190 000 emplois. Un volume somme toute modeste eu regard de l'emploi total du domaine.

L'induction d'activités permise par les consommations médicales et par leur croissance peut être ainsi tenue, en termes relatifs, pour assez faible même si les éléments de validation de cette hypothèse restent exagérément intuitifs. Des analyses fines sont nécessaires pour mieux établir ces effets d'entraînement. Il conviendrait tout particulièrement d'analyser dans quelle mesure les transformations techniques de la production de soins conduisent à modifier les effets d'induction.

Conclusion

La politique de santé ne peut en France se définir comme la poursuite d'objectifs sanitaires ou socio-sanitaires explicites, définis de façon rigoureuse, hiérarchisés et cohérents entre eux, congruents avec les autres objectifs des politiques publiques. Bien au contraire, elle se caractérise par la mise en oeuvre de mesures d'encadrement ou de pilotage, souvent ponctuelles et circonstanciées, dont la principale justification peut être trouvée dans les problèmes posés par l'équilibre des comptes de l'Assurance-Maladie, c'est à dire dans le retentissement, en termes de déficit public, du financement ex post des dépenses de santé.

Peut-on cependant déduire de la simple existence de ce déficit que sa cause tient à une dérive exagérée des dépenses (l'effort contributif des agents est-il suffisant relativement aux satisfactions procurées ?) et peut-on postuler que sa réduction, par la diminution des dépenses (ou en en freinant significativement la croissance), constitue un enjeu de politique public décisif pour améliorer le bien être. Pour répondre de façon positive à ces questions il conviendrait que les décideurs disposent d'une connaissance acceptable des performances du système, de sa dynamique de croissance et de l'impact macro-économique de cette dernière. On a vu que l'information relative au domaine santé, notamment celle fournie par les Comptes de la Santé, permet correctement de mesurer la croissance de ses dépenses. Cependant, exagérément lacunaires quant aux contreparties de cette croissance, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier avec pertinence les enjeux économiques et sociaux inhérents aux politiques publiques de santé construites pour l'essentiel autour de restrictions financières.

BIBLIOGRAPHIE.

- ARCHAMBAULT. E., 1994 - « La Comptabilité Nationale ». *Economica*.
- AURAY J-P , DURU G., 1995 - « Le secteur santé au sein de la structure productive ». *Revue d'Économie Financière*. N°34, automne.
- DERAMON J., NAVELLOU E., 1988 - « 1970-1991 : vingt ans de consommation médicale dans les Comptes de la Santé ». *Solidarité santé*, mars - avril.
- DURIN F., 1992 - « Compte Satellite et système d'information : le cas de la protection sociale » dans « la Comptabilité Nationale pour quoi faire ». *Economica*.
- LANOË J.L , KERLEAU M., LE VAILLANT M., 1992 - « L'emploi dans les secteurs de la Santé ». Éditions de l'INSERM.
- 1989 - « Le compte de la santé », INSEE méthodes, n°2.
- 1995 - « Rapport sur les Comptes de la Nation 1994 », INSEE, juin.
- 1994 - « La santé en France », Annexes : travaux des groupes thématiques. *La Documentation Française*, novembre.