

L'impact des dépenses publiques de santé sur l'espérance de vie sans incapacité dans l'union européenne : Etude de données de panel.

The impact of public health expenditure on Disability-free life expectancy in the European Union: A panel data analysis

Fadia HABCHI¹, Dr. Tadj MEZIANE²

¹ Centre Universitaire Belhadj Bouchaib – Ain Temouchent.
fadia-angel@hotmail.fr

² Ecole Supérieure de Management de Tlemcen
mezianetadj@gmail.com

Received: 04/9/2018

Accepted: 08/12/2018

Published: 30/12/2018

Résumé:

Cette étude vise à évaluer l'impact des dépenses publiques de santé sur l'espérance de vie sans incapacité des femmes et des hommes en Europe. L'analyse de données s'est faite sur la période 2006-2015 avec la méthode des données de panel, en appliquant le modèle à effet fixe. L'échantillon de l'étude comprend 19 pays de l'union européenne. Les résultats affichent une très faible élasticité entre les dépenses publiques de santé et l'espérance de vie sans incapacité pour les deux sexes, comparée à celles des autres variables, où le taux de chômage présente l'impact significatif le plus élevé. Toutefois, les dépenses ont révélé leur non significativité qui peut être traduite par une mauvaise allocation de ressources.

Mots clés: dépenses publiques de santé, espérance de vie sans incapacité, union européenne, données de panel

Jel Classification Codes: H51, I1, C01

Auteur correspondant : HABCHI Fadia, **Email :** fadia-angel@hotmail.fr

Abstract:

This study aims to assess the impact of public health expenditures on Disability-free life expectancy of women and men in Europe. The data analysis was done over the period 2006-2015 using the panel data method, applying the fixed effect model. The study sample comprises 19 countries of the European Union. The results show a very low elasticity between public health expenditures and Disability-free life expectancy for both sexes compared to the other variables, where the unemployment rate has the highest significant impact. However, the expenditures revealed their non-significance, which can be translated by a misallocation of resources.

Keywords: public health expenditures, Disability-free life expectancy, European Union, panel data

Jel Classification Codes : H51, I1, C01

1. Introduction

Par le passé les Etats se focalisaient sur le fait d'augmenter au maximum le taux d'espérance de vie de leurs citoyens, mais aujourd'hui il n'est plus seulement question d'accroître la longévité des personnes mais que leur durée de vie soit aussi vécue sans incapacité, car de nombreuses maladies et conditions qui causent un handicap et une perte de fonctionnement ne sont pas des causes très importantes de décès ; des exemples comprennent l'arthrite, l'ostéoporose et des problèmes affectifs et cognitifs. D'autre part, le cancer est une cause majeure de décès, mais pas de perte de fonctionnement ou de handicap (Crimmins, 2015). En 1948, l'OMS définissait la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et non simplement comme une absence de maladie ou d'infirmité. Mais, à la première conférence internationale pour la promotion de santé à Ottawa que sera énoncée une nouvelle vision de la santé comme suit : « La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Il s'agit d'un concept positif

mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. La santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes vie sains pour viser le bien-être.». La définition de l’OMS infère que tous les besoins fondamentaux d’un individu ; affectifs, sanitaires, nutritionnels, cognitifs, sociaux et culturels, doivent être satisfaits pour dénoter un indice de bonne santé, ainsi, implicitement l’OMS montre la voie à des critères validant un concept de qualité de vie (OMS, 1994); (ferron, 2011). Si on voulait mesurer l’état de santé d’une population en se basant sur cette définition, l’espérance de vie à la naissance qui est généralement utilisée comme indicateur de santé, ne pourra satisfaire les critères de cette définition, par conséquent, des indicateurs sur l’espérance de santé tels que les années de vie en bonne santé¹ ont été mis au point. Ces indicateurs portent sur la qualité de vie plutôt que sur la longévité et peuvent être mesuré de plusieurs façons, y compris l’espérance de vie en bonne santé auto évaluée, sans incapacité, exempte de toute maladie spécifique, ou sans soins de longue durée (SLD). Les années de vie en bonne santé sont un indicateur important de la santé relative des populations de l’Union européenne (UE). (Eurostat, 2017) ; (Yang, 2017)

A travers ce qu’on vient de citer, on peut conclure que l’état de santé est un indicateur fondamental de la qualité de vie. A titre d’exemple, dans l’ensemble de l’UE, 67,7% ont déclaré un très bon ou un bon état de santé, tandis que 9,5% de la population ont perçu leur état de santé comme mauvais ou très mauvais en 2013. L’évaluation subjective de sa propre santé est un très bon prédicateur de la satisfaction globale de la vie, la proportion de personnes ayant une faible satisfaction à la vie augmentant à mesure que la santé perçue diminue. Le contraire est vrai pour la proportion de personnes ayant une satisfaction de vie élevée. Alors que dans le groupe ayant déclaré une très bonne santé, 36,9% ont montré une satisfaction de vie élevée, il n’y avait que 7,1% de satisfaction de vie élevée dans le groupe avec une très mauvaise santé. Il semble être possible d’avoir une bonne vie même en très mauvaise santé, bien que la probabilité soit plus de 5 fois inférieure à celle des personnes en très bonne santé. L’état de santé est donc

le prédicateur le plus notable pour la satisfaction de la vie en général. Rien, pas même le chômage ou la privation matérielle, ne met autant en danger la satisfaction de la vie que la mauvaise santé. (eurostat, 2015).

La région européenne est considérée comme la région qui bénéficie du meilleur taux d'Espérance de vie puisqu'elle contient le nombre le plus élevé des pays développés, les dépenses de santé par habitant sont aussi les plus élevées dans ces pays, malgré les différences existantes dans ce sens à travers les pays de l'Europe (nous verrons ces tendances en plus détaillées dans les sections qui suivent). Les augmentations de l'espérance de vie au cours des dernières décennies en Europe sont en grande partie dues à la baisse de la mortalité cardiovasculaire, à l'amélioration des facteurs de style de vie (réduction du tabagisme) et la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires par les statines (Jagger, 2015). Elle a rapidement augmenté aussi grâce à la réduction de mortalité infantile, l'amélioration du niveau et de l'hygiène de vie, l'amélioration de l'éducation, ainsi que le progrès des soins de santé et de la médecine. (Eurostat, 2017) Néanmoins, la morbidité et la mortalité évitables significatives avant l'âge de 65 ans se produisent toujours. D'anciens problèmes, principalement de nature infectieuse, persistent ou réapparaissent avec de nouveaux désordres dégénératifs et d'autres pathologies sociales. Beaucoup de ces problèmes entraînent la mort ou la survie avec une incapacité permanente. (EUROPEAN COMMISSION, 2003).

En effet, l'un des résultats paradoxaux des progrès de la médecine est d'augmenter la durée de vie totale plus rapidement que la durée de vie en bonne santé. Ce qui provoque, mécaniquement, une augmentation du nombre de personnes âgées qui souffrent d'incapacités ou de maladies chroniques. Cette situation réduit sensiblement l'intérêt de vivre plus longtemps et elle fait exploser le coût des soins nécessaires pour une population vieillissante. (Alberganti, 2013).

En d'autres termes, nous ne pouvons pas nier le fait que les dépenses de santé ont contribué à l'amélioration de l'espérance de vie durant les dernières décennies, ce qui a été prouvé par plusieurs études tels que : (Tae

Kuen Kim, 2013); (van den Heuvel WJ, 2017) ; (John Nixon, 2006) ; (Natasha Deshpande, 2014). Ainsi qu'une analyse récente qui a été présentée dans « le panorama de la santé de l'OCDE 2017 », qui met en évidence une corrélation positive et statistiquement significative entre la hausse des dépenses de santé et les gains d'espérance de vie. Mais même si on doit aux dépenses de santé une amélioration de la longévité, cela ne signifie pas pour autant qu'elles contribuent aussi à effacer de l'incapacité à ces années supplémentaires.

Face à ces enjeux, notre problématique s'articulera autour de cette question : **est-ce que les dépenses publiques de santé ont un impact significatif sur l'espérance de vie en bonne santé dans la région de l'union européenne ?**

1.1. Revue de littérature :

1.1.1. Dépenses de santé et espérance de vie sans incapacité :

Comme on vient de le citer, dans la littérature ; il existe beaucoup d'études analysant la relation entre les dépenses de santé et l'espérance de vie ; néanmoins à notre connaissance il existe un nombre restreint d'études analysant la relation entre ces dépenses et l'espérance de vie en bonne santé. Parmi celles-ci, on peut citer l'étude de (Md Shariful Islam, 2018) ; (Gani) et (colin D Mathers, 2001) ; où les auteurs sont tous arrivés au même résultat qui est celui de l'existence d'une relation positive entre ces deux variables.

Certains résultats sont également disponibles concernant l'impact des soins de santé sur l'invalidité réduite. Cutler, Landrum et Stewart (2006) montrent que l'amélioration des soins médicaux explique jusqu'à 50% de la réduction de l'invalidité causée par les maladies cardiovasculaires aux États-Unis entre 1984 et 1999. L'augmentation de l'espérance de vie ajustée à la qualité pour ces patients est de 3,7 années. Les procédures intensives telles que le remplacement de la hanche et d'autres chirurgies ont augmenté particulièrement pour les personnes ayant des problèmes musculo-squelettiques entre 1989 et 1999 aux États-Unis. Cutler (2003) montre qu'ils ont conduit à une forte baisse de l'invalidité associée à ces conditions au

cours de la même période. Ces données suggèrent que les investissements et les dépenses dans les soins de santé ont eu un impact positif sur l'état de santé, soutenant le régime du «vieillessement en bonne santé» aux États-Unis, en Europe et au Japon.

Pour résumer, il y a une bonne part de soutien empirique à l'idée que les soins de santé (et / ou les dépenses) sont importantes pour les résultats de santé. Mais les preuves sont beaucoup plus solides lorsqu'on examine les effets d'interventions ou de traitements spécifiques, tels que les traitements contre la maladie cardiovasculaire ou la dépression, par rapport aux études qui examinent les relations globales (Brigitte Dormont, 2008).

1.1.2. Autres déterminants du nombre d'années en bonne santé :

Au cours des dernières décennies, les inégalités dans l'état de santé par niveau d'éducation ou autres mesures du statut socio-économique ont persisté et augmenté. Les calculs d'espérance de santé ont montré que les personnes moins instruites ont non seulement une espérance de vie plus courte mais vivent également plus d'années en mauvaise santé. Aux Pays-Bas, par exemple, Statistics Netherlands (CBS) a signalé une différence d'environ 7 ans dans l'espérance de vie à la naissance entre les groupes ayant les niveaux d'éducation les plus bas et les plus élevés, alors que cette différence atteignait 14 ans pour l'espérance de vie sans incapacité. (Baal, 2015).

Pour ce qui est du facteur revenu, la pauvreté et mauvaise santé vont de pair. En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches. Cette association révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. (Wagstaff, 2002)

En plus de la pauvreté, il est largement reconnu que le chômage de longue durée affecte l'estime de soi et la santé mentale, la perception de sa propre santé et la mortalité. (Santana, 2012).

La santé et le bien-être sont aussi affectés par des facteurs comportementaux tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, et

l'inactivité physique. Ces facteurs augmentent le risque de développer des maladies et des incapacités. Il semble y avoir un consensus d'études en Europe et aux États-Unis qui, au moins à des âges plus avancés, l'obésité a plus d'impact sur l'espérance de vie en bonne santé que sur l'espérance de vie à la naissance. Comparé au tabagisme et à la consommation d'alcool, l'obésité réduit l'espérance de vie de 5,5 ans, (Fumeurs : 4,0 ans, consommation d'alcool : 3,0 ans) mais augmente de 5,9 ans avec incapacité (fumeur : 3,8 ans, consommation d'alcool : 3,1 ans). (Jagger, 2015)

Les facteurs de risque environnementaux sont multiples aussi. En effet, plusieurs produits toxiques dans l'eau, l'air, le sol, les habitations et l'alimentation, peuvent induire des changements comme c'est le cas pour l'exposition au plomb, qui engendre des modifications neurologiques chez l'enfant, limite ses capacités de développement, et l'expose au risque du saturnisme. (Abdellatif, 2017)

1.2. Les tendances sur les années de vie en bonne santé en Europe :

En 2015, le nombre d'années de vie en bonne santé à la naissance était estimé à 63,3 ans pour les femmes et à 62,6 ans pour les hommes dans l'UE-28 ; cela représentait environ 76% et 80% de l'espérance de vie totale pour les femmes et les hommes. L'écart entre les sexes était considérablement plus faible en termes d'années de vie en bonne santé que pour l'espérance de vie en général. L'espérance de vie des femmes dans l'UE-28 était en moyenne de 5,4 ans plus longue que celle des hommes en 2015. Cependant, la plupart de ces années supplémentaires ont tendance à être vécues avec des limitations d'activité. En effet, à seulement 0,7 année de différence en faveur des femmes, l'écart entre les sexes était considérablement plus faible en termes d'années de vie en bonne santé que pour l'espérance de vie globale. (Eurostat, 2017).

Enfin, si on parlait d'une façon générale, les pays de l'UE 28 ont connu une augmentation marginale des années de vie en bonne santé entre 2010 et 2015 pour les femmes ainsi que pour les hommes. Cependant il faut citer que quelques pays comme Luxembourg, la Grèce, la Lituanie, l'Autriche, les pays bas, le Danemark, la Croatie, et la Suisse ont connu une

diminution considérable des années de vie en bonne santé pendant cette période contrairement à la suède, malte et l'Allemagne, qui ont connu une augmentation significative. (Voir Les Figures 1 et 2 dans les annexes)

1.3. Les tendances sur les dépenses de santé en Europe :

Les dépenses de santé ont reculé au sein de l'Union Européenne en 2010, au moment où les pouvoirs publics à court de liquidités ont limité les dépenses afin de réduire les déficits budgétaires. Cette chute des dépenses de santé par habitant et en pourcentage du PIB met fin à la hausse observée au cours des années ayant précédé la crise économique, lorsque les dépenses de santé par habitant augmentaient deux à trois fois plus vite que les revenus dans de nombreux pays. D'un taux de progression annuel moyen de 4,6 % entre 2000 et 2009, les dépenses de santé par habitant sont passées à -0,6 % en 2010. C'est la première chute que connaissent les dépenses de santé en Europe depuis l'année 1975. En Irlande, elles ont reculé de 7,9 % en 2010, alors que leur taux de progression annuel moyen entre 2000 et 2009 était de 6,5 %. En Estonie, les dépenses de santé par habitant, publiques et privées confondues, ont chuté de 7,3 % en 2010, après avoir enregistré des hausses de plus 7 % par an entre 2000 et 2009. En Grèce, on estime qu'elles ont décliné de 6,7 % en 2010, après avoir connu une progression annuelle de 5,7 % entre 2000 et 2009. (OCDE, 2012).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, le rythme étant toutefois plus modéré qu'au cours de la période précédant la crise. En UE-15, les dépenses de santé augmentent de 2 % annuels en moyenne entre 2013 et 2015, soit près de trois fois plus que durant la période 2009-2013. Ce rebond de la dépense de santé en moyenne au niveau de l'UE-15 est dû à la fois à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie. (Drees, 2017).

Selon les données disponibles en 2016, il y avait 10 pays appartenant à l'union à européenne qui ont affiché les dépenses de santé par habitant les plus élevées parmi les membres de l'OCDE après les états unis. (Voir la

figure 3 dans les annexes). L'Allemagne, La suède et la France ont les dépenses de santé les plus élevées par rapport au Pib parmi les pays membres de l'UE. Par rapport à la population et après ajustement des écarts de prix en exprimant les dépenses en standards de pouvoir d'achat, le Luxembourg, Allemagne, suède, Autriche, pays bas ont enregistré les ratios les plus élevés de dépenses par habitant en SPA , tandis que la Lettonie, la Roumanie, avaient les ratios les plus bas. (Voir la figure 4 dans les annexes).

Quant au financement des dépenses, les régimes obligatoires et publics sont les plus dominants dans les états membres de l'union européenne. La part des régimes publics et des régimes obligatoires de financement des soins de santé dans les dépenses totales de santé dépassait 80,0% aux Pays-Bas, au Luxembourg, en République tchèque, en Suède, au Danemark et en Allemagne (84,5%), ainsi qu'en Islande et en Norvège (qui ont déclaré une part supérieure à celle enregistrée dans l'un des États membres de l'UE, soit 85,4%). (Eurostat, 2018).

En 2016, au niveau de l'UE, les dépenses «santé» sont restées le deuxième poste de dépenses publiques après les dépenses de «protection sociale». En 2016, dans l'UE-28, les dépenses totales des administrations publiques en matière de santé représentaient 7,1% du PIB.

En termes absolus, au niveau de l'UE-28, les dépenses «santé» des administrations publiques ont relativement augmenté entre 2002 et 2016 - soit 13,7% des dépenses totales en 2002, 14,7% des dépenses totales en 2009 et 15,3% en 2016. En pourcentage du PIB, les dépenses publiques de santé de l'UE-28 représentaient 6,2% du PIB en 2002 et 7,1% du PIB en 2016. Le plus haut niveau enregistré est en 2009 et 2010, au début de la crise économique, à 7,3% du PIB, en raison d'une baisse du PIB nominal et non d'une augmentation inhabituelle des dépenses publiques. (Eurostat, 2018).

2. Méthodologie et sources de données :

Pour évaluer l'impact des dépenses publiques de santé sur l'état de santé de la population de la région européenne de l'OMS, nous avons utilisé des données de 19 pays de l'union européenne durant la période 2006-2015.

Ces pays sont tous classés comme des pays à revenu élevé. Les pays qui ont été choisis pour notre étude sont : Autriche, Belgique, chypre, Allemagne, Danemark, Estonie, Espagne, France, Hongrie, Irlande, Lettonie. Lituanie, Pologne, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni. Slovaquie. Slovénie, Malte. Le choix des pays et de la période a été fait selon la disponibilité des données dont les sources sont : l'Eurostat et la banque mondiale. Pour mesurer l'état de santé, notre choix a été porté sur l'espérance de vie sans incapacité car cet indicateur englobe les critères de la qualité de vie. L'OCDE a choisi six indicateurs de santé qui mesurent la qualité de vie et reposent principalement sur des enquêtes sociales et de santé : L'espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, état de santé auto-déclaré, longue maladie auto déclarée, limitations auto-rapportées des activités quotidiennes, l'obésité et le surpoids. Sauf que quand nous étudions l'état de santé d'une population tout en introduisant réellement l'aspect de qualité de vie, l'espérance de vie à la naissance reste un indicateur limité, puisque il ne reflète pas réellement l'état de santé dans lequel vit une population ; car même si l'Europe a le taux d'espérance de vie le plus élevé, les maladies chronique sont de plus en plus importantes dans cette région, ce qui affecte considérablement la qualité de vie. En raison de cela, nous avons opté pour l'espérance de vie sans incapacité des femmes et des hommes comme variables dépendantes représentant l'état de santé dont l'impact des dépenses publiques de santé sera analysé pour chacune d'elles séparément. Puisque l'état de santé des personnes n'est pas affecté que par le système uniquement, nous avons introduit dans les deux modèles d'autres variables indépendantes représentant les autres déterminants de l'espérance de vie sans incapacité présents dans littérature.

Les variables incluses sont des facteurs socio-économiques comme le taux de chômage et le revenu par habitant, des facteurs environnementaux comme l'accès à des sources d'eau potables améliorées, et en fin des facteurs démographiques comme le taux de la population âgée de 65 ans et plus. Nous avons utilisé le modèle log-log régression, c'est-à-dire que toutes les données ont été transformées en logarithme.

La fonction de log-log permet non seulement de déterminer une relation non linéaire entre les variables, mais elle peut également être nécessaire pour corriger l'asymétrie des données. D'autre part, cette transformation facilite l'interprétation des coefficients, car ils fournissent des élasticités qui correspondent au changement de pourcentage de la variable dépendante pour un changement de 1% de la variable indépendante. (Çevik & Taşar, 2013).

L'analyse s'est faite à travers une étude de données de panel, nous avons aussi fait le test de Hausman pour choisir entre le modèle à effet dynamique ou fixe. En fin ce dernier a été retenu pour nos deux modèles.

3. Résultats :

Les résultats du premier modèle et du deuxième, présents dans le tableau 1 et 2 (voir dans les annexes), nous révèlent que les élasticités² des dépenses publiques de santé par rapport à l'espérance de vie sans incapacité des femmes et des hommes sont positives et très faibles comparées à celles des autres variables sauf pour celle du taux de la population âgée de 65 et plus qui affiche elle aussi une élasticité faible. A vrai dire, une hausse de 1% des dépenses publiques de santé peut contribuer respectivement à une augmentation de 0,00000856% et 0,00000508% de l'espérance de vie sans incapacité des femmes et des hommes. Ces résultats nous montrent aussi que les élasticités de ces dépenses sont statistiquement non significatives ce qui laisse comprendre qu'elles n'ont d'impact ni sur l'espérance de vie sans incapacité des femmes ni celle des hommes.

Quant au revenu par habitant, il a un impact positif et faible mais significatif au seuil de 1% constaté dans les deux modèles ; ce qui corrobore les résultats trouvés par (Jong In Kim, 2016). Le résultat le plus surprenant dans notre étude est l'impact positif et significatif au seuil de 1% du taux de chômage dans les deux modèles, ce qui est contraire à la littérature. Une hausse de 1% du taux de chômage conduit respectivement à une hausse 0.23% de l'espérance de vie sans incapacité des femmes et de 0.16% l'espérance de vie sans incapacité des hommes. Les élasticités de l'accès à une source d'eau potable améliorée ainsi que le taux de la population âgée

de 65 ans et plus sont statistiquement non significatives dans les deux modèles.

4. Discussion des résultats :

La détection plus précoce de maladies comme le diabète et le cancer ; l'amélioration de leur traitement ainsi que la part importante accordée aux soins de réadaptation en Europe, peuvent expliquer l'effet positif des dépenses publiques de santé sur l'espérance de vie sans incapacité des femmes et des hommes. Quant à leurs faibles élasticités, elles confirment l'hypothèse tirée d'un schéma de la banque mondiale représentant la corrélation entre les dépenses de santé et l'espérance de vie ; et selon laquelle, à partir d'un certain palier, pour tous les pays développés, les dépenses supplémentaires n'ont plus de bénéfice (ou très peu) pour le citoyen. (RTS, 2016) Cependant, la non-significativité de leurs élasticités peut être expliquée par une allocation non optimale de ces ressources. Premièrement, la part des soins de longue durée³ ne représentent que 16% du total des dépenses publiques de santé des pays membres de l'OCDE y compris l'Europe (OCDE, 2013). Cette part, vue comme faible, nous laisse prétendre que le reste à charge des patients soit lourd, sachant qu'aujourd'hui l'union européenne est confrontée à un vieillissement de la population de plus en plus important, et un taux de plus en plus élevé d'une population dépendante et incapable dans l'accomplissement des activités quotidiennes. La deuxième supposition, est la partie minime que bénéficient les soins préventifs tels que l'immunisation, le tabagisme, l'alcool, la nutrition et l'activité physique dans les dépenses publiques de santé. Il faut savoir qu'aujourd'hui les maladies chroniques qui sont généralement causées par ces facteurs de risque, représentent la principale cause d'incapacité en Europe. Le tabagisme est responsable de la plus forte proportion d'années de vie en bonne santé perdues dans 15 pays de l'OCDE⁴, et se classe au deuxième rang dans 16 autres, sans oublier de citer que la prévalence de fumer est la plus élevée dans la région européenne de l'OMS. La consommation d'alcool compte parmi les dix principaux facteurs de risque en termes de nombre d'années en bonne santé perdues

dans 32 pays de l'OCDE. La population jeune consommant du tabac augmente en Europe. Une faible consommation de fruits, une faible consommation de légumes et de faibles niveaux d'activité physique comptent parmi les dix principaux facteurs de risque en termes de nombre d'années en bonne santé perdues dans 24, 6 et 16 pays de l'OCDE respectivement. L'indice de masse corporelle élevé représente le premier facteur de risque en termes d'années de vie en bonne santé perdues en Turquie, le deuxième dans six autres pays de l'OCDE, et le troisième dans 24 autres pays membres. (Panorama de la santé , 2017).

Selon des études récentes (statistica, 2017), l'augmentation de l'espérance de vie par rapport au revenu est moins susceptible de se produire à un degré élevée dans les régions les plus développées d'Europe, ce qui nous mène à expliquer de la même manière la faible élasticité du revenu par habitant figurant dans nos résultats.

Comme nous l'avons bien remarqué, l'impact le plus surprenant de notre étude est celui du taux de chômage qui a un effet positif le plus élevé comparé aux autres variables, ainsi que significatif pour les deux indicateurs. Cet impact positif est contraire à la littérature selon laquelle le chômage accentue la mortalité. Néanmoins, de mauvaises conditions de travail peuvent aussi causer une dégradation de la santé. L'explication de ces résultats peut être inspirée par une étude publiée dans l'*American Journal of Epidemiology* (Cassely, 2014), où les auteurs avancent des hypothèses comme quoi le chômage réduit les accidents de travail, et fait vivre la personne sans emploi un rythme de vie plus calme, avec moins de transport, plus de sommeil– favorable à une baisse des attaques cardiaques. En sus de ce qu'on vient de citer, l'Union Européenne est le continent le plus avancé pour la protection sociale, selon un récent rapport de l'Organisation Internationale du Travail, où 80% des salariés ont une assurance chômage (Viennot, 2016), ce qui diminue le risque pour un chômeur européen de subir les conséquences de cette situation comparé à un individu vivant aux USA où le filet de protection sociale est maintenu à un minimum. (Pierre Meneton, 2017).

Pour justifier l'impact faible de « l'accès à une source d'eau potable améliorée » sur les deux indicateurs, est le fait que sur les 900 millions de personnes qui habitent la Région européenne de l'OMS, 9 sur 10 ont accès à de meilleures infrastructures pour l'eau potable et l'assainissement. Ce qui peut expliquer la faible élasticité de cette variable par rapport aux autres, ajoutant à cela, que durant la période de l'étude (2006-2015) le pourcentage de personnes qui avaient accès à une source d'eau potable améliorée était déjà considérable en début de période et a encore évolué mais seulement avec un pourcentage minime.

Pour ce qui est du taux de personnes âgées de 65 et plus, dont l'impact représente une élasticité faible avec un signe négatif. Logiquement, les maladies chroniques, les incapacités physiques et d'autres pathologies, tendent à avoir une forte prévalence chez les personnes âgées. Les maladies chroniques touchent plus de 80% des personnes de plus de 65 ans en Europe. De plus, chez les patients de plus de 65 ans, la présence de pathologies multiples ou de comorbidités a un effet multiplicateur sur le fardeau de la maladie. (Directorate General Health and Consumers, European Commission, 2013) Pourtant nos résultats ont montré un impact non significatif de cette variable. Cela pourrait être dû au fait que les bénéficiaires majoritaires des soins de longue durée sont les personnes appartenant à cette tranche d'âge. Mais aussi, si on jette un œil sur les statistiques de l'OCDE, en 2015, Plus de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus se déclare en bonne santé dans 14 des 34 pays de l'OCDE considérés.

En fin, nous concluons cette section, avec une remarque sur les différences entre les élasticités qu'affichent les résultats des deux tableaux. Au fait, l'impact des variables indépendantes est généralement plus élevé chez l'espérance de vie sans incapacité des femmes que celle des hommes, car les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre dans des conditions invalidantes (hypertension, arthrite, maladie respiratoire) ; alors que les hommes sont plus susceptibles de souffrir de maladies mortelles. (Jagger, 2015).

5. Conclusions et suggestions :

Notre étude a été menée afin d'analyser l'impact des dépenses publiques de santé sur l'espérance de vie sans incapacité dans l'union européenne. Les résultats suggèrent que les dépenses publiques de santé seraient un moyen efficace pour faire évoluer les années de vie en bonne santé de la population de l'union européenne si les ressources financières sont allouées de manière optimale. Les pouvoirs publics européens devraient consacrer une part plus importante du budget de santé aux programmes de prévention et de promotion de santé, ainsi agir sur les facteurs comportementaux tels que l'alcool dont le taux est le plus élevée en Europe ; pour diminuer le risque d'avoir des maladies chroniques à un jeune Age et ainsi voir une population vieillir en bonne santé. La santé maternelle devrait aussi constituer une place importante dans les programmes de prévention. Les soins curatifs qui absorbent une part élevée des dépenses publiques de santé en Europe servent peut être à améliorer l'espérance de vie à la naissance mais pas nécessairement celle en bonne santé, alors il est préférable de prévenir des maladies aujourd'hui que d'être obligé de les soigner demain ; et le faire peser lourd sur les budgets d'Etats. Même si le taux de la population âgée de 65 et plus représente une élasticité faible et non significative grâce aux efforts fournis par ces états en matière de prise en charge de cette population, ce ne sera pas forcément le cas demain ; car la part de la population vieille augmentera de plus en plus les années avenir. Alors il faudrait bien profiter des fruits de la médecine et prévenir ou éviter les maladies liées à la vieillesse telle que la démence. En fin, pour assurer une vie de qualité aux européens, les politiques de santé doivent se tourner vers la prévention, et introduire une démarche intersectorielle qui touche tous les déterminants de la santé, comme l'éducation, le revenu, un mode de vie sain y compris la vie professionnelle qui doit représenter un avantage pour la personne et non une éprouvante situation.

6. Liste bibliographique :

- Abdellatif, M. (2017, février). Impact de l'environnement sur la santé humaine. *Annales des Sciences de la Santé.*, 1(10), 1-8. Récupéré sur https://www.researchgate.net/publication/313842832_Impact_de_l'environnement_sur_la_sante_humaine.
- Alberganti, M. (2013, Avril). La durée de vie en mauvaise santé augmente en Europe et en France. Récupéré sur Slate: <http://www.slate.fr/life/70959/duree-vie-mauvaise-sante-augmente-europe-france>.
- Baal, M. G. (2015). Health inequalities in the Netherlands: trends in quality-adjusted life expectancy (QALE) by educational level. *European Journal of Public Health*, 26(5), 794-799. Récupéré sur <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw043>.
- Brigitte Dormont, J. O. (2008). HEALTH EXPENDITURES, LONGEVITY AND GROWTH. health, longevity and productivity. Récupéré sur <http://brigitte-dormont.fr/pdf/SSRN-id1130315.pdf>.
- Cassely, J.-L. (2014). Le chômage, c'est bon pour la santé (des autres). Récupéré sur Slate: <http://www.slate.fr/story/90315/esperance-vie-augmente-avec-le-taux-de-chomage>.
- Çevik, S., & Taşar, M. O. (2013). PUBLIC SPENDING ON HEALTH CARE AND HEALTH OUTCOMES: CROSSCOUNTRY COMPARISON. *Journal of Business, Economics & Finance*, 2(4). Récupéré sur <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/374580>.
- colin D Mathers, R. S. (2001). healthy life expentency in 191 countries. *THE LANCET*, 357. doi:doi:10.1016/S0140-6736(00)04824-8.
- Crimmins, E. M. (2015). Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. (O. U. Press, Éd.) *The gerontological society of america*, 55(6), 901-911. doi:10.1093/geront/gnv130.
- Directorate General Health and Consumers, European Commission. (2013). REFLECTION PROCESS ON CHRONIC DISEASES. brussels. Récupéré sur

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/reflection_process_cd_final_report_en.pdf.

- Drees. (2017). les dépenses de santé en 2016. Récupéré sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-3.pdf>.
- EUROPEAN COMMISSION. (2003). The health status of the european union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Récupéré sur http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_status_en.pdf.
- Eurostat. (2015). quality of life in europe- facts and views-overall life satisfaction. Récupéré sur http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_-_overall_life_satisfaction.
- Eurostat. (2017). Statistiques sur les années de vie en bonne santé. doi:http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics/fr.
- Eurostat. (2018). Government expenditure on health. Récupéré sur http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health.
- Eurostat. (2018). Healthcare expenditure statistics. Récupéré sur http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics.
- ferron, m. (2011, avril). la relation entre la qualité de vie et santé: une question épistémologique. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise. Récupéré sur https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6135/Ferron_Marc_2011_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
- Gani, R. (s.d.). Levels Of Association Between Health Care Expenditure And Health Care Indicators In Economically Developed Countries. The Official News & Technical Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research. Récupéré sur <https://www.ispor.org/News/articles/Jan08/LOA.asp>.

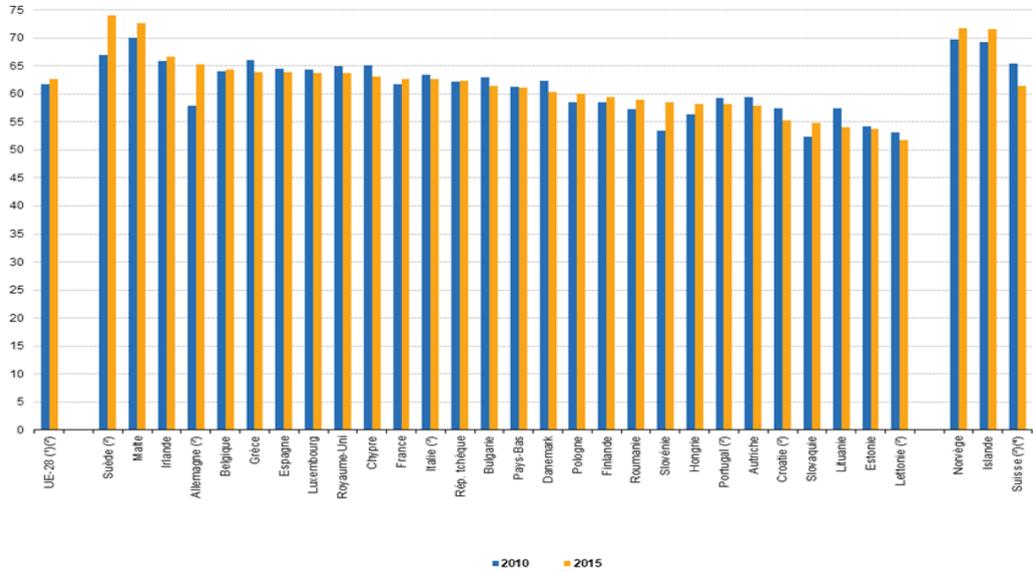
- Jagger, C. (2015). Trends in life expectancy and healthy life expectancy. Newcastle University Institute for Ageing and Institute of Health & Society, 21. Récupéré sur https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/464275/g5-15-13-future-ageing-trends-life-expectancy-er12.pdf.
- John Nixon, P. U. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and caveats for a causal link. *The European Journal of Health Economics*, 7, 7–18. doi:10.1007/s10198-005-0336-8.
- Jong In Kim, G. K. (2016). Relationship Between the Remaining Years of Healthy Life Expectancy in Older Age and National Income Level, Educational Attainment, and Improved Water Quality. doi:DOI: 10.1177/0091415016657560.
- ma.RTS. (2016). Quelle corrélation entre espérance de vie et dépenses de santé? Récupéré sur <https://www.rts.ch/info/suisse/8239347-quelle-correlation-entre-esperance-de-vie-et-depenses-de-sante-.html>.
- Md Shariful Islam, M. N. (2018). Correlates of healthy life expectancy in low and lower middle-income countries. *BMC public health*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5377-x>.
- Natasha Deshpande, A. K. (2014). The Effect of National Healthcare Expenditure on Life Expectancy.
- OCDE. (2012). Les dépenses de santé en Europe diminuent pour la première fois depuis des décennies. Récupéré sur <http://www.oecd.org/fr/presse/lesdepensesdesanteeneuropediminuentpourlapremierefoisdepuisdesdecennies.htm>.
- OCDE. (2013). Dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée. doi:<https://doi.org/10.1787/5k44t7jrhr1s-fr>.
- Panorama de la santé . (2017). Les indicateurs de l'OCDE. doi:https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr.
- Pierre Meneton, M. P. (2017, septembre 18). L'impact du chômage sur la santé: la cohorte constances, un outil d'études promoteur. *medecines*

sciences, 33(8-9), 785-789.
doi:<https://doi.org/10.1051/medsci/20173308025>.

- Santana, V. S. (2012). Employment, work conditions and health. SALUD COLECTIVA. Récupéré sur http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n2/en_v8n2a01.pdf.
- statistica. (2017). Average life expectancy in Europe for those born in 2017, by gender and region (in years). Récupéré sur <https://www.statista.com/statistics/274514/life-expectancy-in-europe/>.
- Tae Kuen Kim, S. R. (2013, September). Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study. American International Journal of Contemporary Research, 3(9). Récupéré sur https://www.researchgate.net/publication/271525637_Government_health_expenditure_and_public_health_outcomes.
- van den Heuvel WJ, O. M. (2017). How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. J Am Med Dir Assoc, 276e9-276e12. doi:10.1016/j.jamda.2016.11.027.
- Viennot, M. (2016). La France championne du monde de la protection sociale. Récupéré sur Franceculture: <https://www.franceculture.fr/emissions/le-billet-economique/la-france-championne-du-monde-de-la-protection-sociale>.
- Wagstaff, A. (2002). Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé(7), 97-105. Récupéré sur <http://www.who.int/bulletin/volumes/100to108.pdf>.
- Yang, S. (2017). The effects of socioeconomic status on healthy life expectancy among different age groups of Japanese suburban elderly. Educational Gerontology, 43(12), 595-608. doi:10.1080/03601277.2017.1376455.

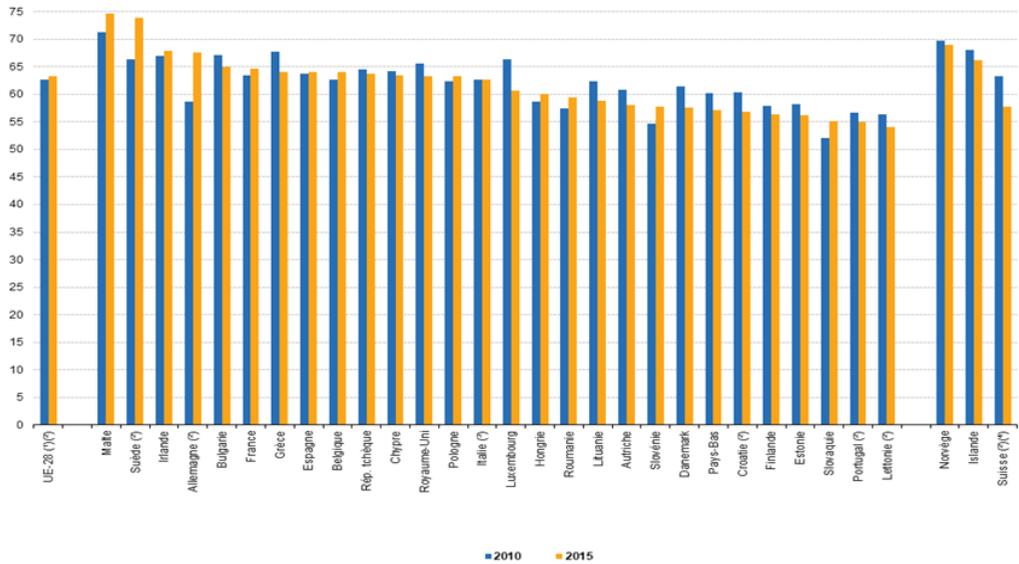
7. Annexes :

Figure 1: Espérance de vie en bonne santé- Homme



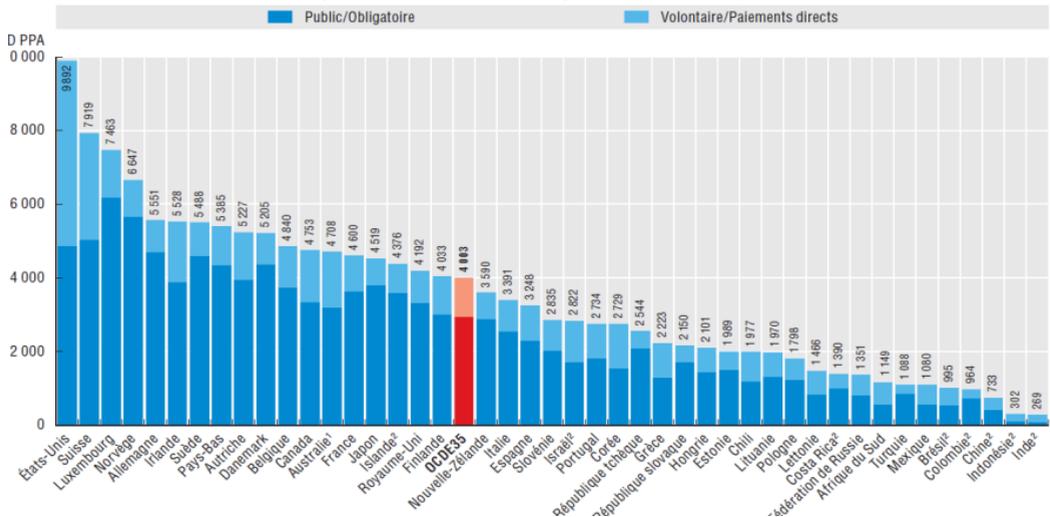
Source : Eurostat

Figure 2: Espérance de vie en bonne santé-Femme



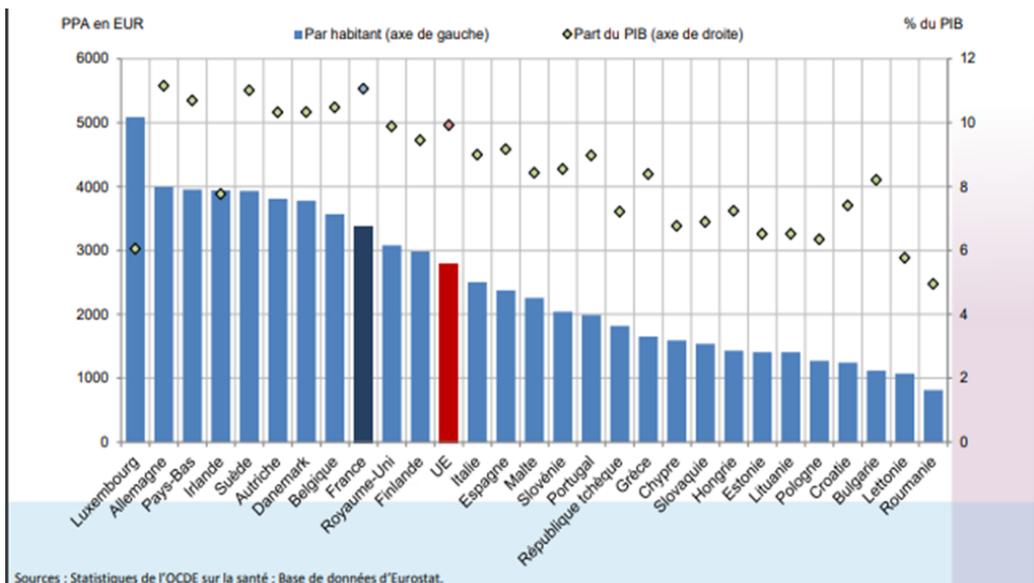
Source : Eurostat

Figure 3: Dépenses de santé par habitant 2016 ou année la plus proche



Source : Panorama de la santé 2017

Figure 4 : les dépenses de santé et la part du PIB dans l'UE



Source : Panorama de la santé OCDE 2017

Tableau1 : résultats du premier modèle à effet fixe

Variable dépendante	
Espérance de vie sans incapacité des femmes	
Variables indépendantes	Coefficients
- Dépenses publiques de santé	8.56E-06
- Revenu par habitant	0.000298*
- Taux de chômage des femmes	0.227984*
- Accès à une source d'eau potable améliorée	-0.013330
- Population des femmes âgée de 65 ans et plus	-9.43E-07
R- squared	0.86
Prob (f-Statistic)	0.000000

*, **, ***, indiquent les niveaux de significativité au seuil de 1 %, 5 %, 10 %, respectivement.

Source : calculé par les auteurs en utilisant Eviews 9

Tableau2 : résultats du deuxième modèle à effet fixe

Variable dépendante	
Espérance de vie sans incapacité des hommes	
Variables indépendantes	Coefficients
- Dépenses publiques de santé	5.08E-06
- Revenu par habitant	0.000293*
- Taux de chômage des hommes	0.161111*
- Accès à une source d'eau potable améliorée	0.040786
- Population des hommes âgée de 65 ans et plus	-9.43E-07
R- squared	0.91
Prob (f-Statistic)	0.000000

*, **, ***, indiquent les niveaux de significativité au seuil de 1 %, 5 %, 10 %, respectivement.

Source : calculé par les auteurs en utilisant Eviews 9

8. Renvois :

- ¹ Le nombre d'**années de vie en bonne santé (AVBS)**, également appelé **espérance de vie sans incapacité (EVSI)**, équivaut au nombre d'années qu'une personne d'un âge donné peut espérer vivre en bonne santé. Cet indicateur statistique est calculé séparément pour les hommes et pour les femmes, à la naissance et à l'âge de 50 et de 65 ans. Il se fonde, pour chaque âge, sur la prévalence des individus en bonne et en mauvaise santé et sur les informations connues sur la mortalité à cet âge. Un individu est dit «en bonne santé» lorsqu'il ne souffre ni de limitation fonctionnelle ni d'incapacité.
- ² Le coefficient d'élasticité permet de mesurer l'accroissement d'une variable V (l'espérance de vie) par rapport aux variations d'une autre variable (*dépenses de santé*)
- ³ Ils couvrent les soins médicaux et infirmiers prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et d'une réduction de leur capacité à accomplir certains actes de la vie quotidienne. Les « services sociaux » sont expressément exclus (OCDE, 2000)
- ⁴ La plupart des membres de l'OCDE sont membres de l'union européenne.