



HAL
open science

Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ?

Marianne Tenand

► **To cite this version:**

Marianne Tenand. Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ?. Informations sociales, 2014, Démographie et protection sociale, 183, pp.74-82. hal-01294944

HAL Id: hal-01294944

<https://hal.science/hal-01294944v1>

Submitted on 30 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ?

Marianne Tenand – économiste



La hausse des dépenses de santé est communément, et avec raison, attribuée au vieillissement de la population. Toutefois, celui-ci n'en est la cause ni directe ni principale. En raison du rôle décisif de nombreux autres facteurs non démographiques – état de santé aux âges avancés, innovations médicales, formation et coût du personnel, législation sur les médicaments et les brevets, entre autres –, il pèse beaucoup moins sur les dépenses de santé que les choix de politiques publiques.

À l'heure actuelle, les pays membres de l'Union européenne consacrent chaque année en moyenne 8 % de leur revenu national au financement des soins de santé de leurs populations ⁽¹⁾. Au cours des dernières décennies, tous les pays développés ont vu leurs dépenses de santé croître de manière importante, alors qu'en parallèle la proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population totale a fortement augmenté. Dans les pays de l'Europe occidentale, où ces dépenses sont fortement socialisées, les pressions budgétaires actuelles ont fait ressurgir les inquiétudes face à la possibilité d'une hausse continue et non maîtrisée. Si le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses sanitaires, alors les projections démographiques, qui prévoient un quasi-doublement de la part des plus de 60 ans dans la population d'ici à 2060 ⁽²⁾, ne permettent guère d'envisager une stabilisation des dépenses. Mais le lien entre vieillissement de la population et hausse des dépenses de santé est-il si mécanique ? Depuis le milieu du XX^e siècle, ce n'est pas seulement la structure démographique des pays développés qui a changé ; les systèmes et technologies de soins ont connu des évolutions majeures et les conditions de vie se sont transformées. Cet article se propose de mettre en évidence les facteurs qui influencent les dynamiques des dépenses de santé afin d'évaluer le rôle que joue le seul vieillissement de la population. Si l'analyse invite à considérer la poursuite de la hausse des dépenses de santé comme le scénario le plus probable, elle conduira à

remettre en cause l'équivalence mécanique entre augmentation de la proportion des « seniors » et croissance des dépenses.

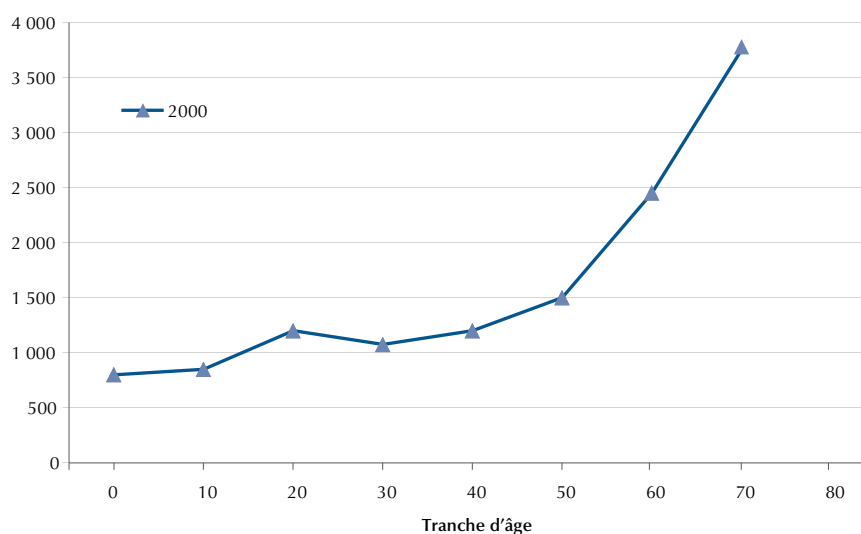
Hausse des dépenses de santé et vieillissement de la population : une corrélation sans appel

Pour commencer, revenons sur les éléments factuels qui alimentent la vision selon laquelle croissance des dépenses de santé et vieillissement vont nécessairement de pair. Nous prenons le cas de la France mais les tendances décrites sont communes à l'ensemble des pays de l'OCDE. La première observation est que la longévité s'est beaucoup accrue au cours du siècle dernier. L'espérance de vie en France est passée de 73,6 ans en 1960 à 85,7 ans en 2011 pour les femmes, et de 67 à 78,7 ans pour les hommes. Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, cette hausse était principalement due à la baisse de la mortalité infantile ; mais, depuis les années 1950, le recul des maladies infectieuses et cardiovasculaires ainsi que l'amélioration générale des conditions de vie et de travail ont permis d'augmenter fortement l'espérance de vie aux âges élevés. C'est ce qui, conjointement à la baisse de la natalité, explique la forte augmentation de la part des plus de 60 ans dans l'ensemble de la population française : d'un peu moins de 13 % en 1910, cette proportion est passée à 16,8 % en 1960 pour atteindre 23 % en 2010 (3). C'est ce phénomène de « glissement vers le haut » de la pyramide des âges que décrit le terme de vieillissement de la population, et qui est appelé à se prolonger en Europe dans les décennies à venir.

En quoi la hausse de la longévité laisse-t-elle redouter une hausse des dépenses de santé ? Un graphique simple donne (en apparence) la réponse, celui du profil des dépenses de santé par âge. Le graphique 1 indique le montant annuel consacré en moyenne aux dépenses de santé en fonction de l'âge des individus. Très élevée les premiers mois suivant la naissance, la dépense baisse pour augmenter ensuite lentement jusqu'à 50 ans. À partir de cet âge, la courbe devient fortement croissante : en 2000, les dépenses de santé d'un individu de 70 ans représentaient en moyenne 1,3 fois celles d'un individu de 50 ans. Le croisement de cette information avec le phénomène de vieillissement de la population semble donner lieu à une prédiction sans appel : les plus âgés dépensent davantage pour leur santé, or leur proportion dans la population augmente, donc la dépense de santé moyenne est appelée à augmenter. Au niveau agrégé, les dépenses de santé en proportion du PIB devraient augmenter à mesure qu'augmente la part des plus de 60 ans dans la population.

Qu'en a-t-il été de l'évolution des dépenses de santé, à mesure que la population française a « vieilli » ? En 2012, 11,2 % du PIB ont été consacrés aux financements de soins de santé ; ce chiffre, en légère baisse par rapport aux années 2000, n'était que de 5,4 % en 1970. Aujourd'hui, plus des trois quarts de ces dépenses sont financées par des organismes publics ; la santé

Graphique 1. Le profil de dépenses de santé par âge en 2000
(dépenses de santé annuelles par tranches d'âge) en euro



Sources : Dormont, Grignon et Huber, 2006, cité in Dormont, 2009. Données Irdes, enquête Santé Protection sociale. Lecture : en 2000, la dépense moyenne de santé moyenne des individus ayant entre 10 et 19 ans était de 1 250 euros, contre 1 500 euros pour les individus ayant entre 50 et 60 ans.

représente près de 17 % de l'ensemble des dépenses publiques, contre 11 % en 1970. Indéniablement, les Français consacrent en moyenne une plus grande part de leurs revenus au financement de soins aujourd'hui qu'il y a quarante ans, et les pouvoirs publics allouent une part croissante de leurs ressources à ce poste de dépenses.

Pourquoi le lien entre dépenses de santé et vieillissement de la population n'est pas mécanique

Viellissement de la population et hausse des dépenses de santé ont ainsi été clairement corrélés dans les pays européens au cours des dernières décennies. Peut-on pour autant en déduire que le vieillissement de la population est le seul, ou même le principal, facteur explicatif de la hausse des dépenses de santé, et que cette hausse va se poursuivre au fur et à mesure que les plus de 60 ans vont représenter une part plus importante de la population ?

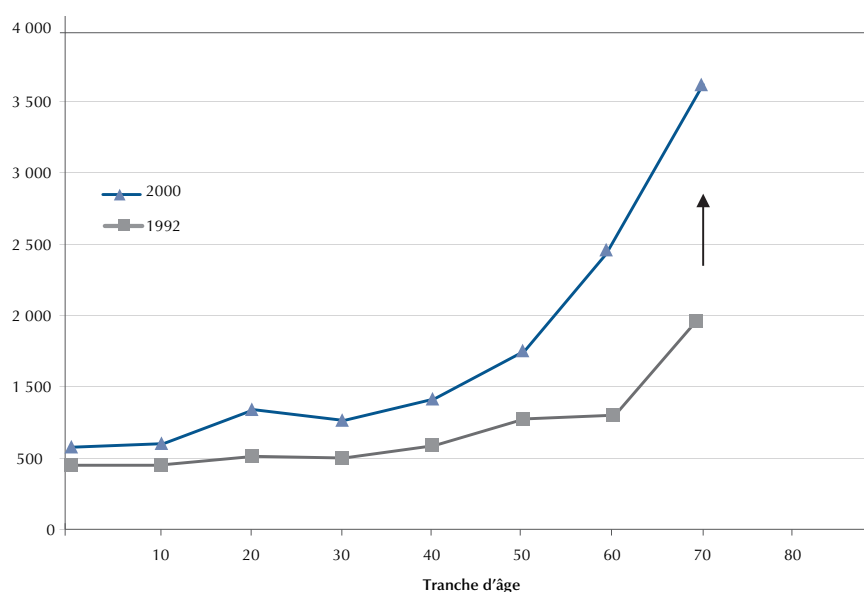
Première observation : sur l'ensemble de la population française, la dépense de santé individuelle moyenne a augmenté de 50 % en moins de dix ans, entre 1992 et 2000. Dans le même temps, la part des 60 ans n'a augmenté que de 1,5 point de pourcentage, pour atteindre 20,6 %. Il aurait fallu que le ratio des dépenses moyennes des 60 ans et plus par rapport aux dépenses moyennes des moins de 60 ans soit extrêmement élevé pour que l'augmentation globale des dépenses de santé puisse entièrement s'expliquer par le vieillissement de la population. La plupart des macroéconomistes qui se sont penchés sur la question, en exploitant des données relatives aux pays de

l'OCDE, concluent que lorsqu'on introduit d'autres facteurs pouvant influencer les évolutions des dépenses de santé, la part des plus de 65 ans dans la population n'explique que faiblement, sinon nullement, la croissance de ces dépenses en pourcentage du PIB qui a été observée au cours des dernières décennies (4).

Des données états-uniennes ayant montré que les dépenses de santé sont multipliées par quatre dans l'année qui précède le décès, quel que soit l'âge auquel il survient (Lubitz et Riley, 1993), de nombreux travaux ont testé l'hypothèse que ce n'est pas tant l'âge en soi qui explique les dépenses de santé individuelles que la « proximité de la mort ». Comme la probabilité de décès augmente avec l'âge, la dépense moyenne par tranche d'âge augmente avec l'âge du fait d'une plus grande proportion de « décédants dans l'année » dans les tranches d'âges élevés (Zweifel *et al.*, 1999). La corrélation entre âge et dépense de santé reposerait en fait sur la corrélation entre âge et probabilité de décès. C'est vrai, mais seulement en partie : si on ne regarde que les « survivants », définis comme les individus qui ne sont pas décédés dans les douze mois suivant l'observation, le profil de dépense de santé reste croissant avec l'âge. Un consensus s'est finalement dégagé pour reconnaître l'importance de la « proximité de la mort » dans l'explication de la hausse des dépenses de santé moyenne aux grands âges. Mais ce facteur n'explique pas tout : sinon, comment comprendre que les dépenses augmentent alors même que l'allongement de la vie implique une diminution du taux de décès ? Comme le rappelle Brigitte Dormont (2009), les « décédants » ne représentent qu'une petite portion de la population, et leurs dépenses de santé restent stables en proportion des dépenses totales. Ce sont bien les dépenses des « survivants », qui constituent la majorité de l'ensemble des dépenses de santé, qui expliquent la croissance des sommes allouées aux soins dans les pays développés. Pour comprendre les déterminants des dépenses des « survivants » et examiner la place du vieillissement démographique, il est nécessaire de comprendre de quoi dépend, à chaque âge, la dépense de santé individuelle. À une date donnée, celle-ci dépend de l'état de santé général de l'individu : *a priori*, plus celui-ci est mauvais et plus l'individu aura des raisons d'avoir recours à des soins. Mais il ne suffit pas d'être malade pour recevoir des soins ; encore faut-il être diagnostiqué comme tel. Ainsi, à morbidité donnée (c'est-à-dire pour un ensemble de pathologies donné), les soins engagés pour un individu vont être grandement conditionnés par le diagnostic porté sur son cas. Au cours du temps, la capacité à reconnaître et dépister les pathologies s'est considérablement développée : du fait des nombreuses campagnes de dépistage, les cancers, par exemple, tendent à être détectés et donc traités plus rapidement après leur apparition qu'il y a dix ans. Enfin, à diagnostic établi, la dépense de soins engagée va dépendre du coût des traitements disponibles et effectivement utilisés, ainsi que de l'ensemble des interventions médicales qui vont être mises en œuvre (consultations, examens, etc.).

Or tous ces facteurs – état de santé général, connaissances médicales, pratiques de diagnostic et de soins, traitements appliqués – évoluent au cours du temps ⁽⁵⁾. Cela signifie que, année après année, le « profil de dépenses par âge » se déplace. Le graphique 2 montre qu'en quelques années seulement, la dépense moyenne des individus de 70 ans a presque doublé, tout comme celle des individus de 20 ans. De ce fait, le profil de dépenses n'est plus uniformément croissant avec l'âge. Il reste néanmoins qu'en 2000 la dépense de soins individuelle était en moyenne supérieure à celle engagée en 1992 pour chaque tranche d'âge ⁽⁶⁾.

Graphique 2. Le déplacement du profil des dépenses de santé par âge au cours du temps, en euros



Sources : Dormont, Grignon et Huber, 2006. Données Irdes, enquête Santé Protection Sociale. Lecture : la dépense moyenne de santé moyenne des individus ayant entre 10 et 19 ans a été de 700 euros en 1992 et de 1 300 euros en 2000.

L'importance des déterminants non démographiques des dépenses de santé

De nombreux travaux économétriques ont cherché à évaluer l'importance relative des différents déterminants de la dépense de santé, tant au niveau individuel qu'à une échelle macroéconomique. Bien que les chiffreages obtenus divergent, tous montrent que le vieillissement de la population a eu un rôle relativement faible dans la hausse des dépenses de soins.

Le premier candidat à l'explication de la hausse des dépenses est l'hypothèse d'une détérioration de l'état de santé, plus ou moins importante selon l'âge. En partant du profil de dépenses par âge présenté par le graphique 2, Dormont, Grignon et Huber (2006) utilisent une technique de microsimulation pour montrer que, si les pratiques médicales étaient restées inchangées entre 1992 et 2000, l'évolution de l'état de santé des individus aurait entraîné

une baisse des dépenses de santé. Globalement, même si l'espérance de vie aux grands âges a beaucoup augmenté au cours des dernières décennies, l'état de santé de la population semble s'être amélioré. Cela implique que si, à une date donnée, âge et morbidité sont corrélés (le nombre et la gravité des pathologies augmentant avec l'âge), au cours du temps ces deux variables tendent à se déconnecter.

Les simulations de B. Dormont et ses coauteurs (2006) permettent de décomposer ainsi la hausse des dépenses de 54 % survenue entre 1992 et 2000 : - 10 points de pourcentage sont dus aux évolutions de la morbidité, + 3 points à l'augmentation de la taille de la population. Seuls 3 points de hausse seraient dus au vieillissement de la population. En fait, 58 points de pourcentage peuvent être attribués aux changements de pratiques médicales au sens large. Celles-ci incluent des éléments d'offre et de demande des soins, et résultent de l'interaction entre organisation du système de soins, patients, corps médical et acteurs institutionnels.

Parmi ces facteurs, le progrès technologique médical joue un rôle de premier plan : selon les études, il expliquerait entre 25 et 75 % de l'augmentation des dépenses de santé des cinquante dernières années. Il est paradoxal de constater que les avancées technologiques conduisent à une augmentation des dépenses car, dans la plupart des secteurs, progrès technologique rime avec économies et non avec inflation des coûts. En fait, les différents effets du progrès technologique médical ont des impacts financiers contradictoires : si les avancées technologiques permettent généralement de faire baisser le coût des traitements existants (effet d'efficacité), elles entraînent l'introduction de nouveaux traitements, qui peuvent soit remplacer les anciens (effet de substitution) soit venir en complément (effet d'expansion). Enfin, de la nature de l'innovation va dépendre la diffusion du nouveau traitement à un nombre plus ou moins grand de patients (effet de diffusion). Citant des travaux états-uniens réalisés sur des pathologies et traitements ciblés, B. Dormont (2009) indique que si la substitution de nouvelles procédures médicales aux anciennes permet bien une baisse des coûts, l'effet de diffusion conduit à une *augmentation* globale des dépenses, en permettant à davantage d'individus, dont les pathologies n'étaient auparavant pas diagnostiquées ou pas traitées, d'avoir accès à certaines procédures et à certains traitements. Évidemment, la plus ou moins large diffusion d'un traitement dépend crucialement de l'organisation du système de soins, des effectifs et des compétences du personnel médical. Du côté de la demande, le recours aux soins semble dépendre du revenu individuel et, plus encore, du degré d'assurance. Enfin, même s'il est difficile d'en quantifier l'effet, il est indéniable que l'évolution des normes sociales et des attitudes face au corps, à la maladie et au système médical (du côté des patients comme des personnels de santé) contribue à influencer la dynamique des dépenses de santé. Pour s'en convaincre, on peut regarder les dépenses de santé des plus de 85 ans.

Au-delà de cet âge, la dépense moyenne individuelle décroît avec l'âge et le ratio des dépenses des « décédants » par rapport aux dépenses des « survivants » est beaucoup plus faible qu'elle ne l'est pour les moins de 85 ans. Cette observation est difficile à expliquer sauf à reconnaître que la propension à recourir à des soins peut varier avec l'âge ou avec la génération, et que l'attitude du corps médical peut se modifier en fonction de l'âge du patient.

Projections des dynamiques des dépenses de santé : l'impact du « type » de vieillissement

En résumé, au niveau individuel l'âge seul n'explique qu'une faible part du niveau des dépenses de santé ; au niveau agrégé, la croissance et le vieillissement de la population au cours des dernières décennies ne sont responsables

“ (...) la propension à recourir à des soins peut varier avec l'âge ou avec la génération, et (...) l'attitude du corps médical peut se modifier en fonction de l'âge du patient. ”

que d'une petite partie de l'importante augmentation des dépenses de santé constatée depuis les années 1950. Il serait toutefois trop rapide d'en conclure que l'augmentation de l'espérance de vie qui se poursuit dans tous les pays développés ne jouera guère dans les dynamiques futures des dépenses de santé. Celles-ci dépendront en effet du « type » de vieillissement qui sera à l'œuvre. Jusqu'ici, l'augmentation de l'espérance

de vie s'est accompagnée d'une augmentation équivalente de la durée de vie en bonne santé. Il est cependant difficile de prévoir si cette tendance va se poursuivre dans les prochaines décennies, car elle dépendra tant de l'évolution des conditions de vie que du progrès technologique et des recours aux soins. On ne peut exclure *a priori* que l'augmentation de l'espérance de vie après 60 ans s'accompagnera d'une augmentation de la durée de vie passée avec des affections chroniques ou des démences séniles, dont les traitements sont coûteux.

Pour évaluer la sensibilité des projections de santé au « type » de vieillissement, il est nécessaire de comparer plusieurs scénarios plausibles. La Commission européenne (2012) a mis en regard le cas où les évolutions démographiques envisagées ne s'accompagneraient d'aucun changement dans le profil des dépenses par âge avec le cas où tout gain d'espérance de vie serait un gain d'espérance de vie en bonne santé. Le premier scénario permet d'évaluer l'impact du vieillissement au sens strict : si rien d'autre ne devait changer que la pyramide des âges, le vieillissement démographique conduirait à une augmentation des dépenses publiques de santé de 1,5 point de PIB entre 2010 et 2060, soit une hausse de 20 %. Le deuxième scénario conduirait à une hausse de seulement 8 %, soit 0,7 point de PIB. Les données disponibles (Dormont, 2009 ; Sieurin *et al.*, 2011) laissent penser que l'évolution la plus probable se situera entre les deux scénarios : dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels des données précises existent, la

hausse de l'espérance de vie s'accompagne d'une hausse de l'espérance de vie sans incapacité sévère, mais d'une hausse de la durée de vie passée avec des incapacités modérées et, dans certains cas, de maladies chroniques.

Orienter l'attention vers les choix de politiques publiques

Plusieurs enseignements peuvent être tirés des exercices de projections. Premièrement, la dynamique des dépenses de santé dépend de façon cruciale de paramètres (état de santé aux âges avancés, innovations technologiques, coûts du personnel médical, demande, etc.) dont l'évolution est extrêmement difficile à prévoir.

Deuxièmement, malgré les incertitudes, il est acquis que le vieillissement de la population a en soi un impact beaucoup plus modeste que celui qu'on lui attribue généralement. Certes, cet impact sera plus fort dans les décennies à venir du fait de l'accélération de la hausse de la part des plus de 65 ans dans la population. Mais il devrait rester deux fois plus faible que l'effet de l'ensemble des facteurs non démographiques (telle l'évolution des coûts dans le secteur médical) pris en compte par la Commission européenne, qui raisonne « à politiques sanitaires et système de soins » donnés. Or, la Commission souligne, à raison, que les choix politiques auront des conséquences considérables tant sur les dépenses publiques que sur l'ensemble des dépenses consacrées à la santé. Le degré d'assurance pris en charge ou imposé par les pouvoirs publics (*via* les assurances complémentaires obligatoires), la politique industrielle relative aux brevets, les mesures de régulation des autorisations de mise sur le marché et de remboursement des médicaments, la formation et la rémunération du personnel médical, etc., sont autant de facteurs qui auront un impact beaucoup plus fort que le vieillissement de la population, que ce dernier s'accompagne ou non d'une augmentation des années passées en mauvaise santé ⁽⁷⁾.

Il serait donc utile au débat public que le spectre du vieillissement de la population cesse d'être brandi comme une menace majeure pour les finances publiques. Les véritables enjeux relatifs aux dynamiques des dépenses de santé résident en grande partie dans des choix de politiques publiques. Derrière l'augmentation tendancielle des sommes allouées à la santé se cache une formidable amélioration de l'état de santé de la population : plutôt que de considérer ces dépenses comme un poids croissant et inévitable, il serait bon de s'interroger davantage sur leur valeur individuelle et sociale. Des dépenses de santé en hausse ne devraient être source d'inquiétude que si l'on estime que les sommes engagées pourraient être dépensées plus efficacement et apporter un plus grand bien-être en étant affectées différemment.

Notes

1 – Commission européenne, 2012.

2 – Eurostat.

3 – Insee, Projections de population.

4 – Dans son excellent ouvrage de synthèse, Brigitte Dormont (2009, p. 23) donne un certain nombre de références d'études réalisées sur des données macroéconomiques.

5 – Les dépenses engagées dans les mois précédant le décès et la mortalité par âge dépendent également de ces facteurs.

6 – Sans que la proportion des décédants dans chaque tranche d'âge n'ait augmenté. Le graphique 1 (resp. le graphique 2) a été réalisé en utilisant des informations sur l'ensemble de la population en 1992 (resp. en 2000), mais il offrirait le même profil s'il était répliqué en utilisant uniquement les individus qui ne sont pas décédés en 1992 (resp. en 2000).

7 – L'augmentation de la prévalence des Affections de Longue Durée (ALD) et des dépenses engagées par l'Assurance Maladie à ce titre fournit une bonne illustration du rôle tant des conditions de vie (exposition à des produits nocifs, alimentation, etc.) que du niveau de remboursement des soins fixé par les pouvoirs publics (il s'élève à 100 % pour les patients en ALD), deux facteurs sur lesquels les politiques publiques peuvent influencer.

Bibliographie

- Calvet L., 2012, « **Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus** », *Les comptes nationaux de la santé*, p. 55-70.
- Commission européenne, 2012, *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*, *European Economy*, 2/2012.
- Dormont B., 2009, *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Paris, Opuscule du Cepremap, Éditions Rue d'Ulm.
- Dormont B., Grignon M. et Huber H., 2006, « **Health Expenditure growth : reassessing the threat of ageing** », *Health Economics*, vol. 15, n° 9, p. 947-963.
- Lubitz J.-B. et Riley G.-F., 1993, « **Trends in Medicare payments in the last year of life** », *New England Journal of Medicine*, n° 328, p. 1092-1096.
- Pison P., 2005, « **France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans** », *Populations et sociétés*, n° 410.
- Sieurin, A., Cambois, E. et J.-M. Robine, 2011, « **Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé** », *Document de travail de l'Ined*, n° 170, 30 p.
- Yang Z., Norton E.-C. et Stearns S.-C., 2003, « **The real reasons older people spend more** », *Journal of Gerontology Science*, vol. 58B, n° 1, p. S1-S10.
- Zweifel P., Felder S. et Meiers M., 1999, « **Ageing of population and health care expenditure : a red herring** », *Health Economics*, n° 8, p. 485-496.