

L'inéluctable augmentation des dépenses de santé

Note rédigée par **Brigitte DORMONT**¹, professeur à l'université Paris Dauphine et directrice de la Chaire Santé de la Fondation du Risque

Les dépenses de santé sont d'ordinaire abordées sous l'angle de leur financement, avec la perspective des sacrifices à consentir. Une croissance rapide des dépenses de santé est d'emblée considérée comme insoutenable. Implicitement, elles sont conçues comme un coût à comprimer.

En raisonnant de la sorte on confond deux questions : celle de l'efficacité de la dépense de santé et celle de son niveau optimal. L'efficacité de la dépense doit absolument être recherchée : elle consiste à minimiser les coûts, pour un niveau donné de consommation de soins et donc à réduire le gaspillage des ressources. Mais l'efficacité peut être atteinte pour un niveau de consommation de soins faible ou important. La question du niveau optimal des dépenses reste entière. Quelle proportion de ressources voulons-nous consacrer à notre consommation de soins ?

Les sources de la croissance des dépenses de santé

Depuis le milieu du XX^e siècle les économies développées connaissent deux grandes tendances : un formidable accroissement de la longévité et une augmentation continue de la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. Quel est le lien entre ces deux évolutions ? Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Certes, chaque individu voit ses dépenses de santé augmenter lorsqu'il vieillit. Mais les changements les plus importants sont dus au fait que les dépenses individuelles de santé augmentent dans le temps, à âge et à maladie donnés. En 2009, par exemple, un homme de 50 ans affecté d'un diabète dépense beaucoup plus pour sa santé que le même cinquantenaire diabétique ne dépensait en 2000. Ce mouvement est sans rapport avec le vieillissement de la population. Il résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, qui induisent des changements dans les pratiques médicales.

Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé.

Une étude réalisée sur des données françaises a montré que ces changements de pratiques influencent massivement la croissance des dépenses de santé. Sur la période 1992-2000, leur impact est presque vingt fois plus élevé que celui du vieillissement (cf. encadré 1). Des analyses rétrospectives menées pour les États-Unis sur la période 1965-2002 aboutissent au même constat : les changements technologiques expliquent la majeure partie de la croissance des dépenses.

De façon générale, le progrès technique permet des gains de productivité. Pourquoi serait-il responsable de la hausse des coûts de la santé ? En fait deux mécanismes sont à l'œuvre : la substitution de traitement, qui permet un gain d'efficacité ; la diffusion du traitement, qui correspond à une utilisation croissante de l'innovation.

C'est le mécanisme de diffusion qui conduit à une hausse des coûts de la santé : de nouveaux traitements apparaissent, dont l'usage s'étend plus ou moins rapidement. Pour l'exprimer en termes économiques, de nouveaux biens et services sont offerts et consommés.

L'exemple de la cataracte est éloquent. Les nouvelles technologies ont permis d'importants gains de productivité : on observe une stabilité du coût de l'opération de la cataracte entre la fin des années soixante et la fin des années quatre-vingt dix, alors qu'elle a gagné en efficacité, conduisant à de meilleurs résultats en termes d'acuité visuelle et de réduction des taux de complication. Les dépenses associées au traitement de la cataracte n'ont augmenté qu'à cause de l'extension de l'opération à une plus grande proportion de patients. Moins risquée et plus efficace, elle peut être réalisée sur des patients plus âgés ou éprouvant une gêne moins sévère.

Pareillement, une innovation majeure comme l'angioplastie a permis de résoudre certaines crises cardiaques sans recours à une opération à cœur ouvert. Moins coûteuse que le pontage et plus performante en termes de qualité de vie post opératoire, cette innovation a rendu possible l'extension du traitement à des patients plus nombreux. Observée dans la plupart des pays développés, cette évolution a permis de grands progrès dans les taux de survie et la qualité de vie des personnes atteintes.

On pourrait considérer quantité d'autres innovations médicales, comme la prothèse de hanche ou la chirurgie du genou, qui améliorent les performances sanitaires et réduisent les incapacités, tout en conduisant à une augmentation de la dépense de soins par personne, à âge et pathologie donnés.

^{1/} Brigitte Dormont est professeur à l'université Paris Dauphine et directrice de la Chaire Santé de la Fondation du Risque. Elle est aussi codirectrice du programme Economie publique et redistribution du Cepremap. Elle a récemment publié : Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?, éditions Rue d'Ulm, opusculé du Cepremap n° 15, 2009 (téléchargeable sur le site du Cepremap).

Comment évaluer l'influence de ces progrès sur la croissance future des dépenses de santé ? On peut supposer une croissance des dépenses de santé supérieure de 1 point à celle du revenu, rythme conforme à celui observé dans les dernières décennies. Dans ce cas, la part des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut des pays de l'Europe des quinze devrait passer de 7,7 % en 2005 à 12,8 % en 2050, soit 5,1 points d'augmentation². Mais si le progrès technique médical devait s'accélérer et atteindre un rythme deux fois supérieur à celui connu jusqu'à présent, la part des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut de l'Europe des Quinze devrait atteindre 19,7 % en 2050. Pour la France, on obtient 14 % ou 21 % du PIB consacré aux dépenses de santé en 2050, selon que l'on retient une hypothèse basse ou haute pour la rapidité des changements technologiques.

Ainsi, nous devrions consacrer une part toujours plus importante de notre richesse aux soins médicaux. L'avenir est-il sombre pour

La part des dépenses de santé dans le PIB de l'Europe des Quinze devrait passer de 7,7% en 2005 à 19,7 % en 2050.

autant ? Une erreur courante consiste à penser que des privations devraient en découler. Cette crainte est infondée. Certes, une part plus importante du PIB sera dévolue à la santé. Mais la taille du " gâteau " augmente continuellement. Rien ne permet de penser qu'il faudra se restreindre pour financer les soins. Un économiste de Harvard, David CUTLER, produit à cet égard le chiffre le plus convaincant : pour les pays de l'OCDE, à l'horizon 2050, la consommation des ménages en excluant les dépenses de santé devrait augmenter de 150 % entre 2000 et 2050 dans l'hypothèse

où le progrès technique médical suivrait un rythme comparable à celui observé jusqu'à présent. S'il devait s'accélérer et être deux fois plus rapide que dans le passé, la consommation des ménages en excluant les dépenses de santé devrait quand même augmenter de 100 %, c'est-à-dire doubler, d'ici à 2050. Le surcroît de dépenses prévu est donc soutenable, cela ne fait guère de doute.

Cette croissance est-elle souhaitable ?

Que ces dépenses puissent être financées ne signifie pas qu'une telle évolution soit souhaitable. Certains d'entre nous pourraient préférer consacrer leurs ressources à des dépenses personnelles plutôt que de les verser dans un pot commun pour financer des soins médicaux plus performants ; préférer prendre maintenant des vacances à la neige, faire une randonnée dans le désert, toutes choses excellentes pour le physique et le moral, plutôt que de financer un scanner de plus ! Certains d'entre nous pourraient aussi accepter que leurs ressources aillent à des dépenses décidées collectivement, mais préférer qu'elles portent sur la protection de l'environnement ou l'éducation plutôt que la santé.

En France, le financement de la dépense de santé est en grande partie socialisé : les arbitrages sont rendus par des instances publiques ou paritaires censées agir au nom des assurés sociaux. Se demander si la croissance des dépenses de santé est souhaitable, c'est se demander si les décisions actuellement prises sont conformes à nos préférences. Une telle question ne se pose pas pour un bien marchand dont l'achat relève d'une décision privée. Dans ce cas, les individus effectuent leurs propres arbitrages : leur demande exprime sur le marché la somme qu'ils sont prêts à payer pour acquérir ce bien.

Le financement par prélèvements obligatoires de l'assurance maladie ne permet pas aux préférences individuelles de s'exprimer, ce qui rend nécessaire une vigilance accrue concernant les services rendus par les soins ainsi financés. Dépensons-nous trop pour la santé ? Ou pas assez ? Pour répondre à de telles interrogations, il faut évaluer en unités monétaires la valeur obtenue en contrepartie de ces dépenses.

Comme d'autres biens et services pour lesquels n'existe ni marché ni prix, la santé n'est pas intégrée à la mesure du Produit Intérieur Brut. Le seul élément incorporé dans le PIB est le coût des soins, qui ne représente qu'une faible part de la valeur de la santé. Pourtant celle-ci a évidemment une valeur. Lorsqu'ils sont

interrogés, la plupart des individus sont prêts à consacrer des sommes importantes pour vivre longtemps et en bonne santé.

Le concept utilisé pour mesurer la valeur des gains en santé et en longévité est appelé " valeur statistique de la vie ". Il est utilisé dans d'autres domaines de la décision publique : pour des arbitrages concernant des infrastructures pouvant réduire le nombre d'accidents de la route, ou sur des questions environnementales, pour évaluer des investissements visant à améliorer la qualité de l'air.

Conférer une valeur monétaire à la vie peut sembler choquant sur un plan éthique³. Mais c'est la seule voie pour mesurer l'apport des dépenses de santé et le comparer avec d'autres productions bien visibles dans le PIB. C'est aussi le seul moyen de rendre explicites les critères utilisés pour la décision publique. En l'absence de cet outil de mesure, les arbitrages sont quand même rendus avec des critères souvent improvisés et généralement opaques.

La valeur statistique de la vie permet d'évaluer l'apport de chaque innovation médicale. Elle peut aussi être utilisée de manière plus globale, pour mesurer en unités monétaires la valeur créée par les gains en santé et en longévité. Les économistes Kevin MURPHY et Robert TOPEL, ont réalisé cette évaluation pour les États-Unis⁴. Ils aboutissent à une conclusion

contraire au sempiternel constat de dépenses de santé excessives. Ce résultat très différent du sens commun est obtenu car ils ont cherché à mesurer la valeur des gains en santé obtenus, au lieu de concevoir les dépenses de santé seulement comme un coût. Leurs conclusions sont spectaculaires : aux États-Unis, entre 1970 et 2000, les gains en santé et en espérance de vie auraient ajouté chaque année à la richesse du pays une valeur équivalente à environ 32 % du PIB ! L'apport annuel des dépenses de santé serait ainsi très supérieur à leur coût, qui est de 15 % du PIB aux États-Unis en 2000. Cet écart suggère que les dépenses de santé dans ce pays seraient inférieures à leur valeur optimale du point de vue des préférences de la société.

Aux États-Unis, entre 1970 et 2000, les gains en santé et en espérance de vie auraient ajouté chaque année à la richesse du pays une valeur équivalente à environ 32 % du PIB ! L'apport annuel des dépenses de santé serait ainsi très supérieur à leur coût, qui est de 15 % du PIB aux États-Unis en 2000.

2/ B. Dormont, J. Oliveira Martins, F. Pelgrin, M. Suhrcke, " Health expenditures, longevity and growth ", à paraître dans Ageing, Health and Productivity, Oxford University Press.

3/ Soulignons quand même que dans ce concept la vie a une valeur indépendamment des capacités productives de l'individu.

4/ Murphy, K. and R. H. Topel (2006), The value of Life and Longevity, Journal of Political Economy, 2006, Vol. 114, n°5, p. 871-904

Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en unités monétaires, les gains en bien-être obtenus en contrepartie de ces dépenses semblent

gigantesques. Certes, des gains d'efficacité sont possibles et souhaitables. Mais il est urgent d'organiser en France un débat public sur le niveau de l'effort consenti en faveur de la santé.

Comment financer ?

Imaginons qu'un consensus se dégage en faveur d'une croissance rapide de ces dépenses. Comment concevoir un financement rendant possible une telle évolution ? Pour l'instant la France offre une couverture universelle et généreuse des dépenses de santé. En 2008 la consommation de soins et de biens médicaux est couverte à 75,5 % par la sécurité sociale. Cette bonne couverture n'est pas un fait nouveau. La part de la consommation de soins prise en charge par l'ensemble constitué par la sécurité sociale et l'État⁵ est remarquablement stable dans le temps : égale à 76,8 % en 2008, elle était de 76,5 % il y a quarante ans, en 1970.

Cette stabilité de la couverture n'est possible qu'avec un taux de prélèvements obligatoires continuellement croissant. La dépense de soins et de biens médicaux représentait 5 % du PIB en 1970 ; elle en représente 8,7 % en 2008. Il suffisait de consacrer 3,8 % du PIB pour couvrir à 76,5 % ces dépenses en 1970. Pour offrir une couverture comparable en 2008, il faut un taux de prélèvements presque deux fois plus important, égal à 6,7 % du PIB. Si les dépenses de soins continuent à progresser plus rapidement que le PIB, le maintien du taux de couverture offert par la sécurité sociale et l'Etat ne pourra pas être garanti sans une augmentation du taux des prélèvements obligatoires dédiés à l'assurance maladie.

Il suffisait de consacrer 3,8 % du PIB pour couvrir 76,5 % des dépenses de santé en 1970. Pour offrir une couverture comparable en 2008, il faut un taux de prélèvements presque deux fois plus important, égal à 6,7 % du PIB.

L'arbitrage à réaliser est le suivant. Soit on gèle le taux des prélèvements obligatoires dévolus à la santé en organisant l'élargissement du champ d'intervention des complémentaires pour financer la croissance future. Soit on maintient le taux de couverture, ce qui implique une augmentation des prélèvements obligatoires au rythme de la croissance future des dépenses de santé.

L'assurance maladie en France

L'assurance maladie vise à couvrir les dépenses liées à la prise en charge d'une maladie. Les dépenses de soins peuvent être extrêmement élevées. Elles sont très concentrées : une année donnée, les 5 % de patients les plus coûteux représentent environ la moitié des dépenses couvertes par la sécurité sociale. Les coûts de certains traitements dépassent donc les capacités financières des ménages, même de ceux aux revenus les plus élevés. Tout individu encourt un risque non nul d'être exposé à un niveau de dépenses qu'il ne peut assumer. Rendre obligatoire l'assurance maladie présente l'avantage d'instaurer une mutualisation - un partage - de ces risques à l'échelle de la population. Son financement est alors basé sur des prélèvements obligatoires, qui peuvent prendre des formes variées : impôt, cotisations ou primes. La forme retenue détermine le caractère progressif, proportionnel ou dégressif du prélèvement. En France, les cotisations constituent un prélèvement proportionnel alors qu'en Suisse les primes d'assurance sont indépendantes du revenu, ce qui implique un effort de financement plus important pour les individus aux revenus modestes.

Une assurance maladie obligatoire est définie pour un périmètre de soins donné, le " panier de base ". On désigne ainsi des soins jugés fondamentaux, auxquels tous les membres de la société doivent avoir accès sans restriction⁶. Une assurance obligatoire peut coexister avec des assurances facultatives, qui jouent le rôle d'assurances complémentaires lorsqu'elles participent à la couverture des soins de base et celui d'assurances supplémentaires lorsqu'elles couvrent les autres soins. En France, les " organismes complémentaires " cumulent en réalité des fonctions d'assurances complémentaire et supplémentaire. Leur fonction principale est celle d'assurance complémentaire, c'est-à-dire de co-assureur pour les soins de base, ce qui constitue une originalité française. Dans les pays dotés d'un système d'assurance obligatoire, les assurances facultatives se cantonnent le plus souvent à une fonction d'assurance supplémentaire.

En France, les assurances complémentaires couvrent une part non négligeable de la dépense de soins, 13,7 % pour la totalité des dépenses en 2008 et 20,9 % pour l'ambulatoire. Environ deux cinquièmes des détenteurs d'une assurance complémentaire en bénéficient grâce à leur employeur. Pour les autres, l'accès à la complémentaire est facultatif. Il passe par le paiement d'une prime

souvent indépendante du revenu et croissante avec l'âge. Dans ce cas le financement est dégressif : en 2006 la part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire hors employeur est de 2,9 % pour les ménages les plus aisés mais peut atteindre 8 % pour les plus modestes.

A moins d'une régulation sévère, des compagnies privées en concurrence sur un marché d'assurance facultatif ne peuvent offrir qu'un partage des risques limité. Même des mutuelles qui affichent un idéal de solidarité ne peuvent se permettre d'égaliser durablement les primes de leurs adhérents. Ce faisant, elles risqueraient de perdre leurs affiliés jeunes et bien portants, réduisant ainsi l'étendue de la mutualisation et renchérissant d'autant la prime moyenne. Dans un tel contexte, les compagnies ont intérêt à calculer les primes au plus près des dépenses prévues pour chaque individu.

Quelle place allouer aux assurances complémentaires ?

Est-il raisonnable d'envisager le basculement d'une partie de la couverture vers les assurances complémentaires ? D'un point de vue formel cela permettrait d'alléger la pression fiscale puisque les primes des assurances complémentaires ne sont pas comptabilisées comme des prélèvements obligatoires. Mais un tel transfert est loin d'être neutre pour les assurés. Les soins couverts par la sécurité sociale sont financés par des cotisations proportionnelles au revenu. Tout change si leur couverture est transférée vers les complémentaires : pour les ménages qui n'ont pas accès à une complémentaire par leur entreprise, le prix à payer n'est plus une cotisation, mais une prime indépendante du revenu qui peut varier avec l'âge. Pour les ménages modestes, le transfert d'une partie de la couverture vers les complémentaires se traduit fatalement par une augmentation du prix à payer pour une couverture inchangée. Nous l'avons vu,

5/ L'Etat intervient pour une faible part dans la couverture des soins. Jusqu'à la création de la CMU, son intervention correspondait à l'aide médicale gratuite, financée principalement par les conseils généraux. Le Fond CMU a pris le relais à partir de l'an 2000.

6/ En France, les soins exclus du panier de base correspondent principalement à la médecine alternative, au confort à l'hôpital et aux dépassements d'honoraires.

l'effort pour acquérir une complémentaire peut déjà atteindre 8 % de leur revenu. Les écarts de prime entre les jeunes et les seniors peuvent aussi varier du simple au triple ! Résultat : malgré l'existence de la CMU-C, une proportion non négligeable de ménages à bas revenu n'a pas d'assurance complémentaire (14,4 %), ce qui conduit nombre d'entre eux à renoncer à certains soins⁷.

La régulation actuelle des organismes complémentaires ne permet pas d'éviter ce type d'exclusion. Le caractère facultatif de l'assurance complémentaire, joint à la concurrence entre les organismes, contraint les assureurs à segmenter les contrats en fixant les primes en rapport avec les dépenses prévues de chaque individu. La concurrence leur impose notamment de définir des primes plus élevées pour les personnes âgées. Dans ces conditions, organiser le glissement de la couverture des soins vers les complémentaires c'est accepter que la mutualisation des risques, telle qu'elle est offerte par la sécurité sociale, porte sur une part réduite des dépenses de santé.

L'argument du poids des prélèvements obligatoires est assez cosmétique. En supposant que tout le monde s'assure pour les soins de base, basculer de la couverture obligatoire vers la couverture facultative ne modifie pas le niveau des dépenses, mais seulement leur répartition : les individus aisés ou jeunes paieront un prix moins élevé qu'auparavant pour la même couverture. En revanche, les personnes âgées et les ménages modestes paieront plus... à moins qu'ils ne renoncent à l'assurance complémentaire.

L'augmentation du champ d'intervention des complémentaires serait concevable si l'on instaurait une régulation proche de celle mise en place en Suisse pour organiser la concurrence entre les compagnies qui couvrent les soins de base. En particulier, il faudrait séparer de façon stricte les activités d'assurances

complémentaire et supplémentaire, rendre la complémentaire obligatoire, mettre en place des dispositifs pour décourager la sélection des risques, définir des contrats-type et homogénéiser les primes des assurés, quelles que soient leurs caractéristiques. Sans s'étendre plus longuement sur le sujet, ceci impliquerait des changements considérables dans le métier d'assureur complémentaire, par rapport à la façon dont il est exercé actuellement en France.

On peut être attaché au caractère facultatif de l'assurance pour favoriser l'expression des préférences. Mais il y a un conflit entre la liberté individuelle de s'assurer et l'égalisation sociale, grâce à la mutualisation des risques à l'échelle de la population, des conditions d'accès à l'assurance et aux soins. Sans résoudre ce conflit, la distinction entre assurance complémentaire et supplémentaire permet de clarifier le débat : l'assurance complémentaire couvre les soins du panier de base, pour lesquels la société décide de faire jouer la solidarité. Elle devrait donc être obligatoire et régulée de façon à exclure la segmentation des contrats et la sélection des risques. En revanche, les préférences peuvent s'exercer dans le champ du panier de soins supplémentaire.

Comment financer les dépenses à venir ?

Le débat se concentre finalement sur la définition du panier de base et son évolution avec le progrès technique médical. Quels sont les biens et services de santé auxquels tous doivent avoir accès ? Pour ces biens, une société qui donne la priorité à la solidarité ne peut pas accorder la liberté de ne pas s'assurer. Si les dépenses associées à ce panier sont en croissance, les prélèvements obligatoires doivent augmenter suffisamment pour les financer. Le système d'assurance pour le panier de base peut comporter une assurance unique obligatoire ou un ensemble constitué par l'assureur unique et des complémentaires, qui seraient obligatoires et régulées comme nous l'avons suggéré plus haut⁸.

Pour les ménages modestes, le transfert d'une partie de la couverture vers les complémentaires se traduit fatalement par une augmentation du prix à payer pour une couverture inchangée.

Que veut-on au juste ?

Loin d'être une dynamique inexorable, la progression des dépenses de santé résulte de nos décisions. Notre système de santé nous donne accès à des innovations médicales grâce auxquelles nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en unités monétaires, les gains en bien-être obtenus semblent bien plus considérables que les coûts. La croissance des dépenses de santé s'en trouve justifiée. La poursuite de cette évolution dans le futur pose la question du financement. L'alternative est la suivante : on peut maintenir les conditions de couverture actuelles et la poursuite de la

croissance des dépenses implique une forte augmentation du poids des prélèvements obligatoires ; ou élargir le champ d'intervention des assurances complémentaires facultatives pour financer les dépenses à venir. Dans un cas une collectivisation croissante des choix de consommation est acceptée au nom d'un principe de solidarité, dans l'autre l'émergence d'inégalités assez considérables dans l'accès à l'assurance et aux soins est tolérée, afin de préserver une certaine marge de liberté dans les choix de consommation. Un débat démocratique doit s'instaurer sur ce choix fondamental.

7/ Kambia-Chopin B., M. Perronnin, A. Pierre et T. Rochereau, *La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire*, Questions d'économie de la santé, n°132, IRDES, 2008.

8/ On pourrait aussi concevoir que des assurances privées obligatoires offrent une couverture pour la totalité du panier de base comme en Suisse, dans le cadre d'une concurrence régulée. Mais le basculement du système français vers une telle organisation est difficile à imaginer.



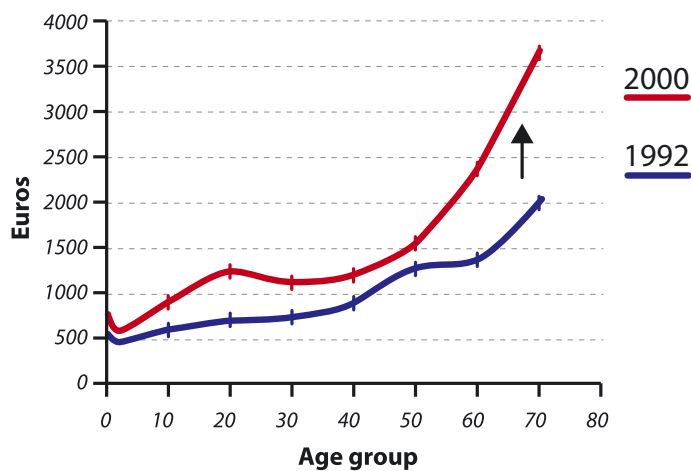
Secrétariat général : 01 41 14 99 00 / secretariat@club-hippocrate.fr

Conseil scientifique

Le faible impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé

Deux courbes tirées d'une étude réalisée sur données françaises⁹ permettent de comprendre les mécanismes à l'oeuvre. La courbe rouge représente la moyenne, calculée par tranche d'âge, des dépenses individuelles de santé observées en 2000 sur un échantillon représentatif des Français. Sans surprise, les dépenses augmentent avec l'âge des individus, avec une pente qui s'accroît à partir de 50 ans. Imputer toute la croissance des dépenses de santé au vieillissement revient à croiser cette courbe avec les évolutions prévues de la structure par âge de la population : pour la France, on prévoit par exemple que la part des individus de 65 ans et plus, égale à 16,1 % en 2000, atteindra 27,1 % en 2050.

Dépense de santé annuelle par tranche d'âge pour les années 1992 et 2000



Source : Dormont, Grignon et Huber (2006)
Moyenne par individu dans chaque tranche d'âge.
Données françaises, enquête Santé Protection Sociale (Irdes).

Raisonnement de la sorte fait fi du mécanisme principal qui est à l'origine de la croissance des dépenses de santé : le changement dans le temps du profil des dépenses par âge. Le graphique montre que ce profil se déplace vers le haut entre 1992 et 2000. A tout âge, la dépense individuelle de santé est plus élevée en 2000 qu'en 1992. Ce mécanisme est sans rapport avec le vieillissement de la population : il n'est pas de nature démographique, puisque que l'on examine ici les dépenses individuelles par âge. Or c'est cette évolution qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses de santé. En effet, son ampleur dépasse largement le glissement modéré dû au vieillissement de la population. L'augmentation des dépenses individuelles entre 1992 et 2000 dépasse les 50 % pour tous les âges, alors que les changements observés pour la structure par âge de la population sont beaucoup plus lents : par exemple, la proportion des 65 ans et plus passe de 14,5 % à 16,1 % dans la même période, soit 1,6 point d'augmentation seulement. Les ordres de grandeurs sont sans commune mesure.

La translation vers le haut du profil des dépenses par âge peut s'expliquer par deux phénomènes : à âge donné, les individus pourraient être plus souvent affectés par les maladies et invalidités en 2000 qu'en 1992. Dans la terminologie consacrée, on qualifierait cette détérioration de l'état de santé d'augmentation de la " morbidité ". Mais une autre explication est possible : à âge et morbidité donnée, les pratiques médicales auraient changé, conduisant à des dépenses plus importantes. Par exemple, un homme connaissant une crise cardiaque subirait plus d'examen et des procédures plus coûteuses en 2000 qu'en 1992. En fait, c'est ce deuxième mécanisme qui explique le déplacement du profil des dépenses par âge. Loin de se détériorer, l'état de santé des individus s'est au contraire amélioré entre 1992 et 2000.

Au niveau global, la croissance des dépenses de santé s'explique par les mouvements du profil des dépenses individuelles, mais aussi par l'évolution de la taille et de la structure par âge de la population. Une analyse économétrique a permis de quantifier les contributions des différents déterminants¹⁰. On observe entre 1992 et 2000 une augmentation de 54 % des dépenses de santé qui se partage de la façon suivante : + 58 % sont dus aux changements de pratiques (à âge et morbidité donnés) et - 10 % aux changements de morbidité. Les changements démographiques jouent à la hausse : + 3 % sont attribuables à l'augmentation de la taille de la population et + 3 % au vieillissement proprement dit, c'est à dire à l'augmentation de la proportion de personnes âgées.

L'impact du vieillissement est donc faible (+ 3 %), d'un ordre de grandeur sans commune mesure avec l'influence des changements de pratiques (+ 58 %). En outre, il est largement compensé par l'amélioration de l'état de santé à âge donné, qui contribue à freiner la progression des dépenses (- 10 %). A la limite, tout se passe comme s'il y avait plutôt rajeunissement que vieillissement. En définitive les changements de pratiques influencent massivement la croissance des dépenses de santé. Leur impact est presque vingt fois plus élevé que celui du vieillissement.

9/ Dormont, B., M. Grignon, H. Huber (2006), " Health Expenditure Growth : Reassessing the Threat of Ageing ", Health Economics, Vol.15, 9, 947-963.

10/ Les données mobilisées sont des échantillons représentatifs des assurés sociaux français (Dormont, Grignon et Huber, 2006). Ce sont ces mêmes données qui ont été utilisées pour le graphique des dépenses de santé annuelle par tranche d'âge pour les années 1992 et 2000.

Âge et Santé

Les réflexions sur le vieillissement sont influencées par l'ambivalence du mot. Vieillesse signifie avancée en âge, en mesurant celui-ci par le nombre d'années vécues. C'est dans ce sens que l'on parle de vieillissement de la population : on désigne ainsi l'augmentation de la proportion de personnes d'un âge supérieur à une borne choisie (65 ans par exemple). Mais le langage courant utilise aussi le mot vieillissement pour désigner l'usure qui affecte la personne humaine avec le temps et se traduit par une plus grande vulnérabilité aux maladies et invalidités. Comme le décrit bien Hervé LE BRAS, certains démographes français ont mené en leur temps une croisade en faveur d'un relèvement de la natalité assortie d'une description apocalyptique du vieillissement de la population, celui-ci devant s'accompagner d'une dégénérescence morale collective.

En matière de dépenses de santé, il est pourtant crucial de distinguer le vieillissement, c'est-à-dire l'augmentation de l'âge nominal, de la progression de la morbidité. En effet, les progrès médicaux permettent justement de différer l'apparition des maladies à des âges plus tardifs.

En réalité, c'est la morbidité et non l'âge en soi qui explique le profil des dépenses de santé. Ce qui compte en matière de soins, ce sont les besoins et donc les maladies qui affectent l'individu plutôt que son âge. Si l'état de santé s'améliorait à âge donné, on devrait assister à une déconnexion entre âge nominal et dépenses de santé.

Quelle sera l'évolution future de la morbidité ? Des groupes de travail mis en place par l'Organisation mondiale de la santé étudient comment l'augmentation de la longévité pourrait affecter l'état de santé à âge donné. Plusieurs scénarios sont envisagés, dits de " compression " ou d' " extension " de la morbidité, selon que les gains en longévité se traduisent ou non par des années additionnelles en bonne santé.

L'analyse des évolutions passées montre que la plupart des pays développés connaissent une élévation de la longévité qui ne s'accompagne pas d'une augmentation du temps vécu avec des handicaps. Des données pour la France et les États-Unis tendent à valider l'hypothèse la plus optimiste de compression de morbidité. Une étude réalisée par le prix Nobel d'économie Robert FOGEL sur un échantillon de 45 000 vétérans de l'armée américaine montre que l'âge moyen d'apparition des principales maladies chroniques a augmenté de 10 ans pendant les quatre-vingt dernières années, alors que dans le même temps leur espérance de vie n'augmentait que de 6,6 ans. D'autres études confèrent aussi un fondement empirique aux hypothèses optimistes. Les résultats que nous avons obtenus pour la France confirment cette hypothèse d'une amélioration dans le temps de l'état de santé : on a vu que la baisse de morbidité avait contribué à un freinage de 10 points de la croissance des dépenses de santé observée entre 1992 et 2000.

Les observations sont plus complexes à analyser lorsque l'on considère des indicateurs permettant de distinguer maladie chronique et handicap et de détailler l'information sur le handicap en fonction de son degré de sévérité. Les résultats obtenus sur différents pays sont alors plus nuancés, mais ils autorisent un optimisme modéré. On vit plus longtemps, avec moins d'incapacités sévères. Tout ceci contribue à une amélioration du bien-être.

La prospective en matière de morbidité est assez incertaine. La difficulté est aggravée du fait que beaucoup de maladies ne sont reconnues comme telles que lorsque des soins commencent à être possibles. Les tassements vertébraux touchant les femmes âgées et la démence sénile étaient naguère considérés comme des dégradations naturelles liés au vieillissement, alors qu'ils sont maintenant identifiés comme des maladies, ostéoporose et maladie d'Alzheimer, qu'il s'agit de prévenir et traiter. L'évolution de la morbidité n'est pas un processus exogène à la dynamique du progrès médical : celui-ci ne permet pas seulement d'améliorer la performance des soins ; il induit aussi une " demande révélée ", c'est-à-dire une augmentation des besoins au fil des possibilités offertes par les innovations technologiques.