

CREDES 2002

Impact du vieillissement de la population sur les dépenses de soins médicaux

En France, comme dans la plupart des pays riches, l'allongement de la durée de vie semble porteur de menaces pour l'équilibre des finances publiques ou des transferts sociaux. Le financement socialisé de l'assurance maladie pourrait être menacé si l'augmentation des effectifs de personnes âgées consommant beaucoup de soins devait contraindre les actifs qui financent le système à des taux de prélèvement trop lourds à supporter. Qu'il y ait dans cinquante ans plus de personnes âgées vivantes de plus de soixante ou quatrevingts ans qu'aujourd'hui est une quasi-certitude, sauf régression imprévisible. On peut même penser que la part des plus de soixante ou quatre-vingts ans dans la population totale augmentera, la fécondité et l'immigration ne fonctionnant sans doute pas au même rythme que l'allongement de la durée de vie. Il y aura donc une augmentation mécanique du poids démographique des personnes âgées dans la population. L'idée selon laquelle le vieillissement entraînera une croissance inéluctable et massive des dépenses de soins est utilisée par certains comme argumentaire pour justifier l'impossibilité de toute maîtrise des dépenses, ou encore la nécessité d'accroître les financements privés, l'assurance maladie ne pouvant faire face. Il est donc essentiel d'apporter, sur cette question, des analyses rigoureuses et scientifiques, permettant de bâtir des scénarios sur des bases solides.

En 2001, à l'initiative du Comité de Politique Économique de la Commission Européenne, qui a commandité des prévisions de l'impact du vieillissement démographique sur les finances publiques, le CREDES a initié un travail sur l'impact du vieillissement sur les dépenses de soins et de prise en charge. Un premier scénario a été produit qui estime l'impact mécanique de la déformation de la structure par âge sur les dépenses (c'est-à-dire en supposant que le profil de dépense de soins par âge sera stable dans l'avenir).

Ce scénario traduit certes une accélération de la croissance de la dépense de soins par rapport aux décennies précédentes, mais certainement pas une explosion.

Mais ce scénario de base est trop simpliste. En particulier, l'hypothèse sous-jacente de stabilité du profil de dépense de soins par âge dans les années à venir est probablement fautive, en tous cas on observe l'inverse sur la période passée, c'est-à-dire que la courbe de dépenses par âge se déforme au fil du temps.

Comment dès lors élaborer des scénarios pour l'avenir ? Il faut tout d'abord décomposer cet effet global du vieillissement selon les différents facteurs. Ce travail a été réalisé en 2002.

En effet, si la consommation de soins des personnes âgées est différente du reste de la population, c'est dû :

- avant tout, à un effet d'état de santé (les personnes âgées consomment plus que les autres parce qu'elles sont plus malades),

- le cas échéant, plus marginalement sans doute, à d'autres variables qui influencent le recours aux soins, et qui peuvent être différentes pour les personnes âgées (revenu, couverture complémentaire, niveau d'éducation),
- enfin, de manière résiduelle, à un effet âge proprement dit : cet effet est négatif, c'est à dire qu'à état de santé, revenu, couverture et niveau d'éducation identique, les vieux ont moins recours aux soins que les jeunes, et cet effet semble s'accroître dans le temps.

Plusieurs hypothèses peuvent permettre de rendre compte de ce résultat. La question est dès lors de bâtir des scénarios en fonction des anticipations que l'on peut faire sur ces différents facteurs explicatifs.

Ceci n'est pas trivial, et notamment, pour l'état de santé, des modèles différents s'affrontent. Car on peut penser qu'à âge donné, les individus auront moins de maladies, grâce à une prévention accrue, ou bien qu'ils seront tout autant malades, mais avec des possibilités thérapeutiques croissantes pour leur permettre de vivre plus longtemps et mieux avec leurs maladies. A l'évidence, l'impact sur la consommation médicale ne sera pas le même. L'hypothèse d'une pression croissante sur les dépenses n'est pas unanimement partagée : certains auteurs vont même jusqu'à prédire que le vieillissement diminuera la dépense, du fait du recul de la dernière année de vie qui est celle qui coûte le plus cher. Il faut donc poursuivre en 2003 la réflexion sur ce thème, qui suscite de fortes interrogations et inquiétudes et est lourds d'enjeux pour l'avenir de l'assurance maladie. La Cour des Comptes a d'ailleurs incité le CREDES, ainsi que la DREES et la CNAMTS, à contribuer au débat sur cette question.

En 2003, nous proposons trois voies d'approfondissement :

- **tester la stabilité dans le temps** de la fonction de dépense, notamment des liens entre morbidité et dépense d'une part et âge et dépense d'autre part ;
- **interpréter les variations dans le temps de ces liens (morbidité – dépense et âge – dépense)**, comme des effets de progrès technique (lien morbidité – dépense) ou de génération (lien âge – dépense) ; ces travaux d'interprétation feront l'objet d'une thèse sous la direction de Brigitte Dormont et de Michel Grignon
- décrire les **variations de la morbidité** par âge (et sexe) au cours de la décennie 90, afin d'établir **un scénario possible d'évolution pour les décennies à venir**. Une littérature a mené l'exercice pour les années 80, le plus souvent sur des données plus pauvres que celles disponibles dans ESPS et à propos d'invalidité plus que de morbidité, afin de trancher le débat entre tenants du vieillissement morbide (toute année de vie gagnée est en mauvaise santé) et du vieillissement sain (toute année de vie gagnée est en bonne santé). En France, on penche plutôt pour le vieillissement sain au cours des années 80 (Robine), mais une récente revue de littérature de l'OCDE (Jacobzone) montre que les résultats sont contrastés selon les pays étudiés. Nous pourrions également analyser les liens entre vieillissement, santé et recours aux soins à travers un éclairage international, grâce à l'enquête SHARE (voir ci-dessous).

Enquête SHARE : Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe. Les liens entre santé, âge et activité professionnelle et mode de vie dépendent du contexte institutionnel, notamment des protections sociales nationales : politique de santé, politique de retrait d'activité, politique de formation professionnelle, politique de prise en charge de la dépendance. D'autre part, pour étudier ces liens, notamment les liens réciproques entre état de santé et activité professionnelle ou entre état de santé et institutionnalisation, les données en coupe transversale sont souvent insuffisantes, et il serait nécessaire de suivre les mêmes individus pendant une période déterminée.

L'université de Mannheim (Axel Borsch-Supan) a mis sur pied un **projet d'enquête auprès des ménages à mener dans plusieurs pays d'Europe** (9 au total) selon un questionnaire identique, et traitant des questions de santé (description de l'état de santé et consommations médicales), d'activité professionnelle, de revenu et de richesse. L'uniformité du questionnaire dans tous les pays permettra de comparer les profils d'activité et d'état de santé par âge, et d'évaluer l'impact du contexte institutionnel. Le caractère longitudinal de l'enquête permettra de répondre aux questions d'influence réciproque entre âge et santé, âge, santé et prise en charge, ou santé et activité.

Outre les domaines intéressant l'économie de la santé, l'enquête abordera aussi des problématiques liées au comportement d'épargne des individus. Le CREDES est impliqué pour la partie française aux côtés de l'INRA et du DELTA.