

Hausse des dépenses de santé

Quel rôle joue le vieillissement démographique ?

Marianne Tenand

> Le vieillissement démographique est souvent mis en avant pour expliquer la hausse des dépenses de santé. Puisque les personnes âgées consomment davantage de soins médicaux que leurs cadets, l'augmentation de la part des 60 ans et plus que connaissent les pays développés ne devrait-elle pas conduire à une augmentation marquée des dépenses de santé ? Ce raisonnement en apparence logique oublie le rôle joué par les conditions épidémiologiques et les pratiques médicales. Il occulte également l'importance du progrès technique médical qui, de manière paradoxale, a contribué à la hausse des budgets consacrés aux soins. Cet article propose un aperçu de la littérature économique qui s'est attachée à isoler et à quantifier les effets respectifs du vieillissement de la population et des déterminants non-démographiques sur la dynamique des dépenses de santé. <



Paris-Jourdan Sciences Économiques (UMR 8545), École d'économie de Paris et École normale supérieure, 48, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France. marianne.tenand@ens.fr

en matières d'organisation et de régulation du secteur médical [36] (→).

Vieillissement démographique et hausse des dépenses de santé sont allés de pair

(→) Voir le Faits et chiffres de Carine Franc, *m/s* n° 2, février 2014, page 199

Alors que les efforts de stabilisation des dépenses publiques se poursuivent dans l'Union européenne, les regards se tournent vers les ressources financières consacrées à la santé, lesquelles représentent en moyenne 9 % du produit intérieur brut (PIB) dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) [1]. Largement socialisées en Europe, les dépenses de santé y ont crû continuellement depuis 1960¹, beaucoup plus rapidement que le revenu national. Or, dès les années 1980, des travaux académiques, relayés par les organismes internationaux, ont prédit que cette hausse était appelée à s'amplifier avec l'accélération du vieillissement démographique [2]. S'appuyant sur des travaux de synthèse existants [3, 4], cet article propose un tour d'horizon de la littérature qui a depuis cherché à isoler et à quantifier l'impact du vieillissement de la population sur la dynamique des dépenses de santé. Si les résultats laissent penser que la hausse devrait se poursuivre à l'avenir, ils permettent également de mettre à distance les discours alarmistes faisant du « papy boom » le synonyme d'une explosion des dépenses de santé. Le vieillissement démographique apparaît comme un facteur secondaire au regard du rôle joué par le progrès technique et les choix politiques

Revenons, pour commencer, sur la définition du vieillissement démographique. Dire d'une population qu'elle vieillit signifie que la part des groupes d'âges élevés au sein de la population augmente, ou encore, que l'âge moyen s'élève au cours du temps. En ce sens, la population française, à l'instar de l'ensemble de la population européenne, a beaucoup vieilli au cours du siècle dernier : d'un peu moins de 13 % en 1910, la part des 60 ans et plus est passée à 16,8 % en 1960 et à 23,0 % en 2010 [5]. Cette évolution s'explique en grande partie par la forte hausse de la longévité : l'espérance de vie des Françaises est ainsi passée de 73,6 ans en 1960 à 85,7 ans en 2011. Dans la première moitié du xx^e siècle, c'est la baisse de la mortalité infantile qui a le plus contribué à cette hausse. Mais ce sont surtout l'amélioration des conditions de vie et le recul de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires et aux cancers qui ont permis d'augmenter les taux de survie aux âges élevés au cours des cinquante dernières années. Cela explique le « vieillissement par le haut » [6] que connaissent les pays de l'OCDE : la hausse des effectifs des cohortes âgées (Figure 1) induit une augmentation de la proportion de la population que représentent ces groupes d'âges élevés². L'arrivée

¹ Si on fait abstraction de la baisse enregistrée en 2010, consécutivement à la crise économique.

² Dans la plupart des pays développés ce phénomène se double d'un « vieillissement par le bas » provoqué par l'amincissement des cohortes d'âge actif. La France y échappe du fait d'un flux migratoire net positif et d'une fécondité relativement haute [6].

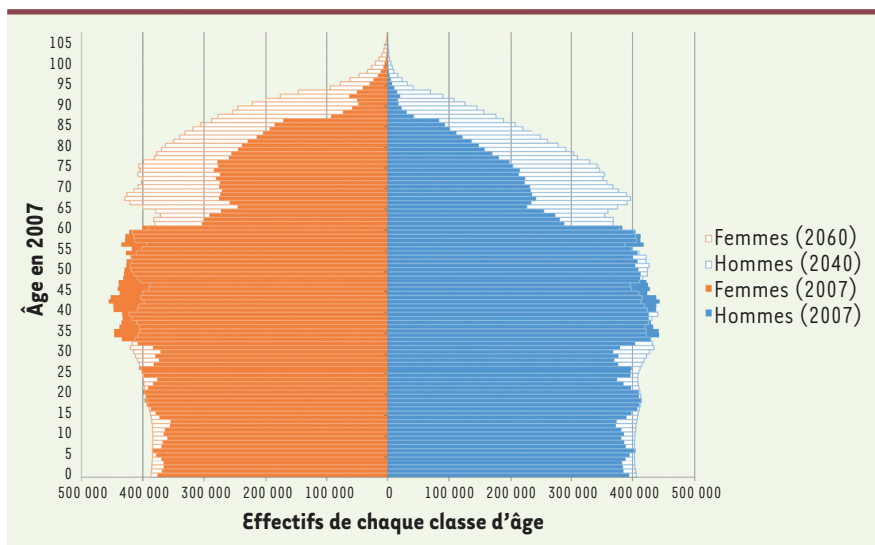


Figure 1. Pyramides des âges : France, 2007 et 2040. En 2007, la France compte 47 000 femmes de 90 ans ; en 2040, on devrait en dénombrier 222 000 (d'après *Estimations de population et projection de population 2007-2060*, Insee).

Dis-moi quel âge tu as et je te dirai combien tu dépenses

C'est un fait stylisé très simple qui donne (en apparence) la réponse à cette question. La courbe bleue de

progressive des *baby-boomers* (nés après la Seconde Guerre mondiale, entre 1945 et 1965) au seuil des 60 ans accentue de manière transitoire un phénomène que l'augmentation continue de l'espérance de vie rend structurel.

Si on regarde maintenant les dépenses de santé, force est de constater que leur accroissement a accompagné le vieillissement de la population. Nous continuons avec l'exemple français, mais les tendances observées sont là encore communes à l'ensemble des pays développés. En 2012, les dépenses de santé en France représentaient 11,6 % du PIB ; ce chiffre n'était que de 5,4 % en 1970 [1]. Cette dépense est financée aux trois-quarts par des fonds publics ; si les dépenses de santé représentaient 11 % de l'ensemble des dépenses publiques en 1970, elles en constituent aujourd'hui près de 17 %. La concomitance entre hausse des dépenses de santé et vieillissement de la population est indéniable, comme l'illustre la *Figure 2* dans le cas français. Mais quelle logique permet de mettre en relation ces deux phénomènes ?

la *Figure 3*, réalisée avec des données françaises de 2008, indique le montant annuel moyen consacré aux dépenses de santé en fonction de l'âge des individus [7]. Si on omet les montants élevés des dépenses engagées dans les premiers mois de la vie, la dépense par tête croît lentement jusqu'à la tranche d'âge des 50-60 ans. La courbe devient ensuite fortement croissante : la dépense moyenne d'un individu ayant 80 ans ou plus représente ainsi 2,7 fois le montant engagé par une personne dans sa cinquantaine³.

³ Les dépenses de santé consacrées aux personnes âgées hébergées dans un établissement spécialisé (EHPA [établissement d'hébergement pour personnes âgées] ou EHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes]), dans les unités de soins de longue durée (USLD) ou par des Services de soins infirmiers d'aide à domicile (SSIAD) ne sont pas incluses dans les chiffres de la *Figure 3*. Toutefois, la croissance de ces dépenses avec l'âge des individus est encore plus marquée que pour les soins de ville et les dépenses d'hospitalisation.

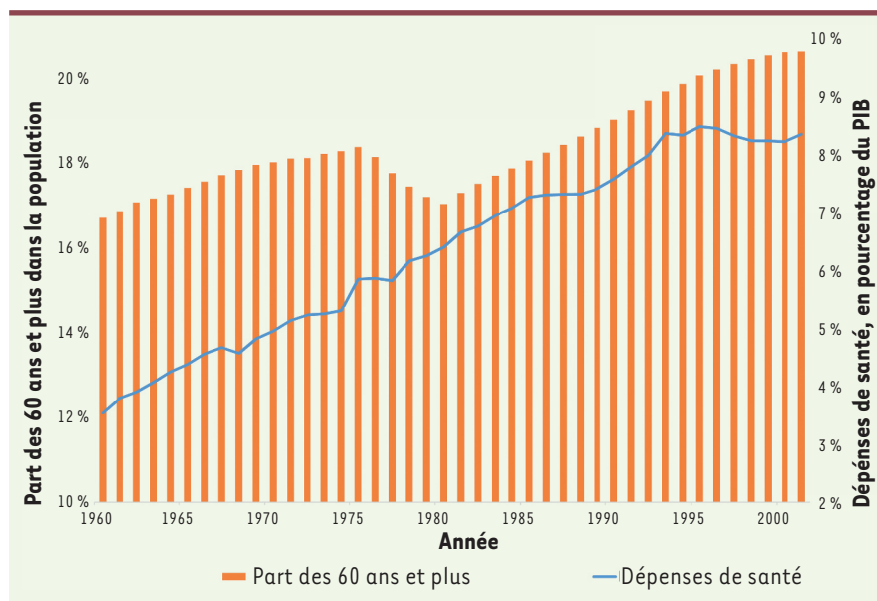


Figure 2. Dépenses de santé et part des 60 ans dans la population en France (1960-2001). En 1980, 17 % de la population de France métropolitaine avait 60 ans ou plus et la dépense de santé mesurée par la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) représentait 6,4 % du PIB (d'après [35], *Estimations de population et projection de population 2007-2060*, Insee et *Comptes nationaux - Base 2010*, Insee [calculs de l'auteur]).

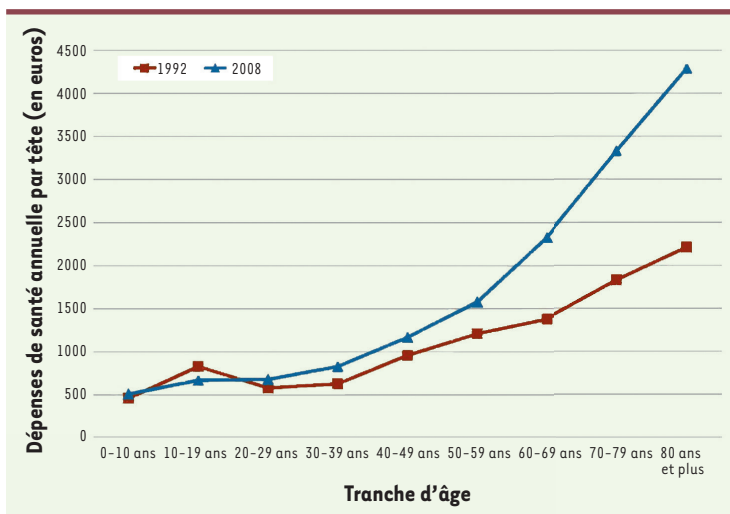


Figure 3. Dépense de santé moyenne par tranche d'âge en 1992 et 2008 (en euros constants base 2000). La dépense de santé moyenne en France métropolitaine, pour un individu appartenant à un ménage comportant au moins un assuré social des régimes général, des professions agricoles et des professions indépendantes, ayant entre 50 et 59 ans, s'élevait à 1 200 euros en 1992, et à 1 600 euros en 2008. Utiliser des euros « constants » plutôt que des euros courants facilite les comparaisons dans le temps en corrigeant les montants exprimés par le niveau d'inflation générale des prix. La dépense individuelle est calculée comme la somme des dépenses réalisées à l'hôpital, des dépenses de médicaments et de consultations (d'après [7], données *Enquête santé et protection sociale* appariée à l'échantillon permanent d'assurés sociaux [ESPS-EPAS, 1992 et 2008], Irdes [Institut de recherche et documentation en économie de la santé]).

Le croisement du profil de dépenses par âge avec les projections démographiques n'est pas de nature à apaiser les esprits [3, 8] : l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) prévoyant une augmentation de 50 % de la part des 60 ans d'ici à 2060 [5], la dépense de santé par tête devrait continuer à croître dans les prochaines décennies du fait de la pression démographique.

Corrélation n'est pas causalité

Ce raisonnement va un peu vite en besogne car il confond corrélation et causalité. D'ailleurs les travaux macro-économiques réalisés sur des pays de l'OCDE ont montré qu'une fois que sont pris en compte d'autres facteurs pouvant influencer les dépenses de santé (comme le revenu par habitant), la part des 60 ans et plus n'explique que faiblement, sinon nullement, le poids croissant de ces dépenses dans le PIB [9, 10]. On remarquera également que la dépense de santé individuelle moyenne en France a augmenté de 50 % entre 1992 et 2000, alors que dans le même temps la part des 60 ans et plus n'a augmenté que de 6 %. Il aurait fallu que le ratio de la dépense par tête des plus de 60 ans, relativement à la dépense moyenne de leurs cadets, soit extrêmement élevé pour que l'augmentation des dépenses de santé puisse s'expliquer principalement par le vieillissement démographique. Il faut en fait chercher ce qui, derrière l'âge biologique des individus, influence leur consommation de soins.

La proximité de la mort comme meilleur prédicteur des dépenses ?

Dans la quête des déterminants de la consommation médicale, l'hypothèse de la « proximité de la mort » a rencontré un certain succès. Dans les années 1990, il a été mis en évidence que les dépenses de santé d'un individu sont multipliées par quatre dans les douze mois précédant son décès, et ce, quel que soit l'âge auquel ce dernier survient [11]. L'hypothèse qui a alors été émise est que ce n'est pas l'âge en soi qui explique les dépenses de santé mais plutôt le temps restant à vivre. La probabilité de décès dans l'année augmentant avec l'âge, la dépense de santé par tête augmente avec l'âge du fait d'une plus grande proportion de « décédants dans l'année » dans les groupes d'âges élevés [12]. Or, dès qu'on tient compte de l'impact des évolutions de la mortalité sur la dépense de santé individuelle par âge, les projections de dépenses de santé à long terme deviennent plus optimistes⁴ [13, 14] : le ratio des dépenses moyennes engagées pour un individu « décédant » au cours d'une année donnée sur les dépenses moyennes pour un individu « survivant » à l'issue de cette année est en effet plus faible aux âges élevés⁵. La hausse de l'espérance de vie retardant les décès, l'augmentation des dépenses devrait s'en trouver ralentie.

L'hypothèse de la « proximité de la mort » rend pourtant difficilement compte des dynamiques passées des dépenses de santé. Les « décédants » ne représentent qu'une portion minoritaire de la population dans les pays développés, dont les dépenses ont peu varié en proportion des dépenses totales de santé [3]. C'est donc bien du côté des « survivants », dont la dépense moyenne reste croissante avec l'âge, qu'il faut chercher les explications de la hausse observée au cours des cinquante dernières années.

Les déterminants non démographiques de la dépense de santé individuelle

D'une manière générale, quels éléments déterminent la consommation de soins d'un individu à un instant donné ? Celle-ci dépend d'abord de son état de santé

⁴ L'âge biologique, en masquant le niveau élevé des dépenses engagées pour les personnes en fin de vie, a été accusé d'avoir été le « chiffon rouge » (*red herring*) qui a motivé les scénarios catastrophistes d'évolution des budgets consacrés à la santé [12].

⁵ Si certains avancent qu'une « discrimination selon l'âge » expliquerait en partie ce constat [15], le plus faible ratio efficacité/risques des traitements intensifs sur les individus âgés contribue également à diminuer la consommation de soins des personnes âgées en fin de vie.

général et des pathologies dont il est atteint. Mais il ne suffit pas d'être en mauvaise santé pour recevoir des soins : les comportements de recours (c'est-à-dire la propension plus ou moins grande à aller consulter des professionnels de santé) vont influencer le type de soins engagés et leur intensité. En France, il est possible de s'adresser à un pharmacien d'officine, consulter un professionnel de santé en libéral ou à l'hôpital, ou encore passer par le circuit des urgences ; ce choix – en partie contraint – conditionne le diagnostic formulé et, par la suite, les traitements reçus. Au fur et à mesure du développement des connaissances médicales et des dispositifs de dépistage, la capacité à identifier les problèmes de santé s'est considérablement améliorée. Ainsi, la maladie d'Alzheimer, autrefois considérée comme une forme « normale » de démence sénile, est aujourd'hui plus souvent diagnostiquée et de manière plus précoce qu'il y a dix ans, grâce notamment aux plans de sensibilisation. Une fois le diagnostic établi, la dépense engagée pour les soins dépend des traitements disponibles ainsi que de l'ensemble des moyens humains et techniques déployés autour du patient (examens de contrôle, consultations, utilisation de matériel médical, etc.). Ces différents éléments, qui tiennent à l'état de santé et aux comportements de la population mais aussi aux caractéristiques de l'« offre médicale », ont connu d'importantes modifications dans les dernières décennies. Ce sont eux qui expliquent que la relation entre l'âge biologique et la dépense de santé par tête, loin d'être immuable, évolue au fil des années. Revenons à la *Figure 3*, et mettons à présent en regard la courbe orangée qui représente le profil des dépenses de santé moyennes par âge pour l'année 1992 [7], et la courbe bleue précédemment commentée ; cette comparaison montre qu'à tout âge (sauf pour la tranche des 10-19 ans) on dépense en moyenne davantage en 2008 qu'en 1992. Cette hausse, si elle n'est pas uniforme (elle a été plus forte pour les tranches d'âges élevés⁶), ne peut s'expliquer par des évolutions démographiques, puisqu'on raisonne par tête et à âge donné. C'est donc du côté des déterminants non démographiques des dépenses de santé que s'est tournée la recherche [17, 18].

Des travaux en épidémiologie et en économie ont établi qu'à un âge donné, l'état de santé est bien meilleur aujourd'hui qu'il y a un siècle [19]. Cette amélioration générale tient à la fois à l'évolution des conditions de vie et à la diminution de certains comportements à risque. Elle est également le fruit de l'investissement dans la recherche médicale et la mise en place de systèmes de soins performants couplés à des dispositifs d'assurance santé. Bien qu'elle ait pu « coûter » en termes financiers, l'amélioration de l'état de santé devrait servir de frein à la dépense⁷. Toutefois, d'autres éléments jouent en sens

inverse. On parle d'effet de génération pour caractériser le fait que, pour un état de santé donné, nous consultons aujourd'hui davantage que ne le faisaient nos grands-parents. Les changements de comportements en matière de recours aux soins s'expliquent en partie par l'augmentation du niveau d'éducation et du revenu de la population⁸, mais également par certaines caractéristiques de l'offre médicale : avec une densité accrue et une rémunération à l'acte dans le secteur libéral, le risque de l'existence d'une « demande induite » [23] s'est accru. Mais c'est également le progrès technique dans le secteur médical qui a pesé sur les dépenses de santé. Selon les études, il serait responsable de 25 à 75 % de la hausse observée depuis les années 1960 [3]. Comment se fait-il que dans le secteur de la santé les avancées scientifiques et technologiques ont été synonymes d'inflation des coûts, au lieu de permettre des économies de ressources ?

La contribution ambiguë du progrès technique médical

Le progrès médical s'accompagne en réalité de plusieurs effets aux impacts financiers contraires : les avancées technologiques permettent bien de faire baisser le coût unitaire des traitements existants (*effet d'efficacité*) ; mais elles favorisent également l'apparition de nouveaux traitements dits « de pointe », plus coûteux, qui peuvent soit venir en remplacement des anciens (*effet de substitution*) soit élargir l'éventail des interventions existantes (*effet de diffusion*) [24]. Le cas de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fournit une bonne illustration des effets paradoxaux du progrès technique médical. Combiné à la diffusion des pratiques de dépistage, le développement de nouveaux traitements antirétroviraux a permis non seulement de réduire le risque de transmission du virus, mais aussi d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées et d'augmenter substantiellement leur espérance de vie avec le virus. En diminuant la probabilité de survenue des infections opportunistes et des tumeurs induites par l'augmentation de la charge virale, les nouveaux traitements contribuent à diminuer les dépenses, puisque moins de soins devront être engagés pour traiter ces affections associées à l'immunodéficience. Parallèlement, l'augmentation des chances de survie des personnes infectées pousse, toutefois, à la hausse le coût total (sur l'ensemble de la vie d'un patient) du traitement du VIH.

⁶ La littérature économique décrit ce phénomène par le terme de *steepening* [16] (« accroissement de la pente », sous-entendu de la courbe représentant la dépense de soins moyenne par âge).

⁷ Cela est vrai en termes absolus, mais encore davantage si on considère la dépense rapportée au PIB. En effet, la bonne santé d'un individu ou d'une population constitue un élément favorisant sa capacité à produire de la richesse, au même titre que les compétences techniques ou les aptitudes relationnelles. Par analogie avec le capital physique, les économistes ont proposé le terme de « capital humain » pour désigner l'ensemble des ressources immatérielles individuelles ou collectives qui augmentent la productivité du travail [20]. Les dépenses de santé peuvent dès lors se concevoir comme un investissement qui permet d'éviter la dépréciation du stock de capital humain et même de l'augmenter (en améliorant l'état de santé de la population) [21], et cet investissement contribue à augmenter les ressources économiques produites [22].

⁸ Les économistes qualifient les soins de santé de « bien supérieur de luxe » dans la mesure où la part du budget d'un ménage consacré à la santé augmente lorsque son revenu augmente.

Afin d'identifier le rôle des différents facteurs affectant le niveau des dépenses de santé, des travaux ont exploité des données individuelles sur les consommations de soins [8, 25]. Ils concluent que ce sont les éléments *non démographiques* qui expliquent principalement la hausse passée des dépenses. Dans la décomposition proposée par Dormont *et al.* [8], le vieillissement démographique ne représente que 3 points de pourcentage de la hausse de 54 % des ressources financières consacrées à la santé intervenue entre 1992 et 2000 en France ; c'est à peine plus que l'augmentation de la taille de la population. Les changements de pratiques au sens large (incluant le progrès technique médical et son effet de diffusion) auraient fait gonfler les dépenses de + 58 points de pourcentage alors que l'évolution de l'état de santé de la population aurait poussé à la baisse les dépenses, à hauteur de 10 points. Autrement dit, sans le recul de la morbidité, la hausse des dépenses de santé aurait été encore plus forte que l'augmentation qui a été constatée (+ 64 % au lieu de 54 %)⁹.

Quel poids des changements démographiques dans les évolutions futures des dépenses de santé ?

Les résultats précédents, reproduits sur d'autres pays, sont convainquants : ce n'est pas l'avancée en âge de la population qui est le premier responsable de l'augmentation des dépenses. De là à en conclure que les évolutions démographiques à venir n'auront qu'un faible poids sur la dynamique des dépenses futures, il n'y a qu'un pas... qu'il faut bien se garder de franchir. C'est plus précisément le *type* de vieillissement à l'œuvre qui aura une importance majeure : jusqu'ici, si l'évolution de la morbidité a joué en faveur des budgets consacrés à la santé, c'est parce que les années de vie gagnées ont été essentiellement des années de vie en bonne santé. Il est cependant difficile de prévoir si cette tendance va se poursuivre. L'incertitude conduit à envisager plusieurs scénarios dans les exercices de projections : la Commission européenne envisage ainsi deux évolutions polaires de la morbidité [26]. Un scénario dit d'« expansion de la morbidité » [27], dans lequel l'état de santé par âge resterait inchangé en dépit de la hausse de la longévité, et un scénario consistant en un report de l'âge d'apparition des pathologies égal aux gains d'espérance de vie. Le premier scénario permet d'évaluer l'impact des seules évolutions démographiques : si rien ne devait changer en dehors de la pyramide des âges, les dépenses publiques de santé de l'ensemble de l'Union européenne (UE) à 27, qui représentent aujourd'hui 7,1 % du PIB de l'UE, atteindraient en 2060 8,6 % du PIB, ce qui correspondrait à une augmentation de 20 %. Dans le scénario alternatif, dit de *healthy ageing* (vieillesse en bonne santé), la hausse ne serait que de 8 %, portant les dépenses à 7,6 % du PIB en 2060.

⁹ La décomposition en *points de pourcentage* permet de retrouver l'augmentation en *pourcentage* des dépenses (54 %). La décomposition en *pourcentages* permet quant à elle d'arriver à un total de 100 %, et est la suivante : le vieillissement démographique et l'augmentation de la population expliquent chacun environ 5 à 6 % de la hausse des dépenses de santé survenue entre 1992 et 2000, tandis que les changements de pratiques à eux seuls auraient induit une hausse de 107 % des dépenses. Le recul de la morbidité ayant joué un rôle modérateur sur les dépenses, sa contribution à la hausse observée est négative (- 19 %).

Les évolutions épidémiologiques récentes laissent penser que la France se situera dans un scénario intermédiaire : loin de la « compression de la morbidité » envisagée un temps par certains médecins [28], le temps de vie passé avec des incapacités légères s'allonge – même si la durée de vie passée avec des handicaps lourds semble poursuivre sa baisse [29]. En actualisant leurs premiers travaux, Dormont et Huber [7] trouvent ainsi qu'entre 2000 et 2008, l'évolution de la morbidité a contribué non pas à la baisse, mais bien à la hausse des dépenses de santé, du fait notamment d'une plus grande prévalence de certaines maladies chroniques¹⁰.

L'importance des choix collectifs et de la décision politique

Plusieurs éléments sont à retenir des exercices de projection [37] (→). Du fait de son accélération, le vieillissement démographique contribuera davantage à la hausse des dépenses dans les décennies à venir que par le passé¹¹. Il devrait pourtant rester un facteur secondaire au regard des évolutions épidémiologiques, de la dynamique des innovations médicales, des changements dans le coût des personnels sanitaires ou encore de l'augmentation de la consommation de soins avec l'enrichissement des populations [26]. C'est d'autant plus vrai que les projections sont généralement réalisées à « politiques sanitaires et systèmes de soins » donnés. Or, les choix politiques ont une influence considérable sur les dépenses de santé, que celles-ci soient financées sur fonds publics ou de manière privée. Les régulations du secteur sanitaire que constituent les politiques des brevets, les décisions de mise sur le marché de nouveaux dispositifs médicaux, les tarifs décidés pour les prestations médicales, les décisions sur le niveau d'assurance publique et privée et, plus généralement, l'organisation du système de soins, sont autant de facteurs qui ont eu, par le passé, des effets majeurs sur le niveau des dépenses. Ils conditionneront les ressources économiques qui seront demain consacrées à la santé, et cela, que le vieillissement démographique s'accompagne ou non d'une augmentation des années passées en bonne santé.

¹⁰ De telles évolutions épidémiologiques auront un fort impact sur les soins consacrés aux personnes âgées dépendantes [30], qui par convention font l'objet de budgets et de projections propres. Si à l'heure actuelle ces « soins de dépendance » représentent seulement 0,5 % de la dépense de santé en France [31], la part du PIB consacrée à ces soins devrait passer de 0,55 % en 2011 à 0,97 % en 2060 [32].

¹¹ Notamment du fait de l'arrivée des *baby-boomers* aux classes d'âges élevés qui, malgré un effet modéré sur la dépense de santé *par tête*, sera un facteur transitoire de hausse des montants *agrégés* qu'il faut anticiper.

Bien sûr, on s'attend également à ce que les décisions qui seront prises en matière d'organisation du secteur médical et d'assurance santé dépendent de la situation démographique et épidémiologique qui se profilera. Pour autant, il est important de ne pas occulter la marge de manœuvre dont dispose la société dans la définition des politiques de santé et des objectifs qui leur sont assignés (notamment en termes de santé publique, d'équité territoriale et sociale dans l'accès aux soins). Relativiser le rôle des évolutions démographiques, c'est aussi permettre au débat public de discuter les choix collectifs qui sont faits en matière de santé. N'oublions pas que la hausse des dépenses de la seconde moitié du xx^e siècle s'est accompagnée d'une formidable amélioration de l'état de santé général : plutôt que de considérer les dépenses engagées comme un fardeau, il est essentiel de poser la question de la valeur sociale qu'elles produisent [3, 33].

Dire qu'il est possible – et souhaitable – que soit discutée la part des ressources économiques qu'une société désire consacrer au financement des soins de santé, ne dispense cependant pas de chercher les moyens d'augmenter l'efficacité de la dépense. Si un nouveau dispositif médical, ou une forme alternative de régulation de la demande de soins, permet d'employer moins de moyens humains et financiers pour les mêmes résultats que ceux produits par le système en place, il est légitime de faire évoluer ce dernier, à moins que des considérations d'ordre social, éthique ou environnemental ne fassent pencher la balance en sa faveur. Si les dépenses engagées à l'heure actuelle, en France, pour les personnes très âgées, peuvent paraître élevées au vu de leur morbidité, c'est en étudiant tant les pratiques médicales et les défaillances organisationnelles, que les facteurs sociaux et économiques qui influencent les modalités et les coûts de leur prise en charge médicale, que l'on pourra déterminer si ces dépenses sont réellement « excessives », et quels leviers peuvent être actionnés pour les réduire [34]. En bref, les dépenses de santé ne doivent être sources d'inquiétude que si on considère que les ressources en jeu pourraient apporter un plus grand bien-être en étant allouées différemment. ♦

SUMMARY

Healthcare expenditures growth: the red herring of demographic ageing?

Demographic ageing is often deemed responsible for the massive increase in health expenditures experienced by developed countries. As the elderly consume more medical care than the rest of the population, how could the increase in the share of the 60 + not lead to a marked expansion of healthcare public and private budgets? Despite its apparent logics, such reasoning is fallacious: it ignores that medical care consumption depends on many factors beyond age, which have tremendously evolved in the last decades and may change again in the future. Based on French stylized facts, this article provides an overview of the international literature that aimed at disentangling the respective roles of population ageing and of the non-demographic factors in explaining the dynamics of health expenditures. Paradoxically, technical medical progress has been a major contributor to the increase of healthcare spending. Results from economics research lead to qualify the impact of demographic trends and call

for more attention to the public policies decisions that shape healthcare systems. ♦

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie chaleureusement deux rapporteurs anonymes pour leur lecture attentive et leurs commentaires, ainsi que Marlène Guillon (PSE-IEP Paris) pour ses remarques sur les éléments relatifs au traitement du virus de l'immunodéficience humaine.

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Organisation de coopération et de développement économiques. *Statistiques de l'OCDE sur la santé pour 2014*. Paris : OCDE, 2015.
2. Organisation de coopération et de développement économiques. *Ageing population: the social policy implications*. Paris : OCDE, 1988.
3. Dormont B. *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?* Opuscules du Cepremap. Paris : Éditions ENS, 2009 ; 15 : 80 p.
4. Barnay T. *L'impact du vieillissement sur les dépenses de santé*. Chaire Transitions Démographiques. Notes TDTE. Paris : Transitions Économiques 2014 ; 46 : 14 p.
5. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première* 2010 ; 1320 : 4 p.
6. Blanchet D, Le Gallo F. Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? *Insee Analyses* 2013 ; 12 : 4 p.
7. Dormont C, Huber H. *Vieillesse de la population et croissance des dépenses de santé*. Collection Recherches. Paris : Institut Montparnasse, 2012 : 54 p.
8. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Econ* 2006 ; 15 : 947-63.
9. Barnay T, Damette O. *What drives health care expenditure in France since 1950?* Document de travail. Paris : TEP, 2012 : 30 p.
10. Bac C, Cornilleau G. *Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970*. Paris : Drees - Études et résultats 2002 ; 175 : 12 p.
11. Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 1092-6.
12. Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 1999 ; 8 : 485-96.
13. Stearns SC, Norton EC. Time to include time to death? The future of health care expenditure Predictions. *Health Econ* 2004 ; 13 : 315-27.
14. Payne G, Laporte A, Deber R, Coyte PC. Counting backward to health care's future: using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Q* 2007 ; 85 : 213-57.
15. Brockmann H. Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Soc Sci Med* 2002 ; 55 : 593-608.
16. Gregersen FA. The impact of ageing on health care expenditures: a study of steepening. *Eur J Health Econ* 2014 ; 15 : 979-89.
17. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973 ; 51 : 95-124.
18. Yang Z, Norton EC, Stearns SC. Longevity and health care expenditures: the real reasons older people spend more. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003 ; 58 : S2-10.
19. Fogel RW. Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project. *Popul Dev Rev* 2004 ; 30 (suppl) : 19-47.
20. Becker GS. *Human capital*, 3^e ed. Chicago : University of Chicago Press, 2009 : 412 p.
21. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ* 1972 ; 80 : 223-55.

RÉFÉRENCES

22. Fuchs VR (ed). *Economic aspects of health. National bureau of economic research conference report*. Chicago : University of Chicago Press, 1982 : 344 p.
23. Fuchs VR. The supply of surgeons and the demand for operations. *J Hum Resour* 1978 ; 13 (suppl) : 35-56.
24. Cutler DM, McClellan M. The determinants of technological change in heart attack treatment. *National Bureau of Economic Research Working Paper* 1996 ; 5751.
25. Barnay T, Thiébaud S, Ventelou B. L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments remboursables en ville. Une microsimulation quinquennale (2004-2029). *Économie Publique* 2012 ; 24-25 : 157-86.
26. European Commission. *The 2012 ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 members states (2010-2060)*. European economy. office for publications of the European communities. Luxembourg : European Commission, Ageing Working Group, 2012 : 470 p.
27. Gruenberg EM. The failure of success. *Milbank Q* 2005 ; 83 : 779-800.
28. Fries JF. *Vitality and aging: Implications of the rectangular curve*. San Francisco : WH Freeman and Co, 1981 : 172 p.
29. Cambois E, Blachier A, Robine JM. Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *Eur J Public Health* 2013 ; 23 : 575-81.
30. De Meijer C, Koopmanschap M, Bago d' Uva T, van Doorslaer E. Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability? *J Health Econ* 2011 ; 30 : 425-38.
31. Le Garrec MA, Bouvet M. *Comptes nationaux de la santé 2012*. Document de travail. Paris : Drees - Séries statistiques 2013 ; 185 : 242 p.
32. Renoux A, Roussel R, Zaidman C. *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060*. Paris : Drees - Dossiers Solidarité et Santé 2014 ; 50 : 44 p.
33. Viscusi KW, Aldy JE. The value of a statistical life: a critical review of market estimates throughout the world. *J Risk Uncertainty* 2003 ; 27 : 5-76.
34. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. *Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientation. Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, 22 avril 2010.
35. Caussat L, Fenina A, Yves G. *Les comptes de la santé de 1960 à 2001*. Document de travail. Paris : Drees - Série Statistiques 2003 ; 54 : 44 p.
36. Franc C. Les comptes nationaux de la santé 2012 : une stabilité d'apparence. *Med Sci (Paris)* 2014 ; 30 : 199-203.
37. Detournay B. L'évaluation économique dans le champ de la santé. *Med Sci (Paris)* 2014 ; 30 : 584-7.

TIRÉS À PART

M. Tenand

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les anticorps monoclonaux en thérapeutique... dans *Médecine/Sciences*. Pourquoi un numéro spécial de *Médecine/Sciences* sur les anticorps monoclonaux thérapeutiques ? Il nous a semblé que le moment était venu de dresser un état des lieux de ces biomédicaments qui prennent désormais une place considérable - et croissante - dans les traitements de maladies souvent lourdes et désespérantes. Ce voyage que nous vous proposons à la découverte du monde des anticorps thérapeutiques nous a appris, ou plutôt rappelé, une évidence : les compétences en France sont fortes et nombreuses, qu'elles soient académiques ou industrielles, biotechnologiques ou cliniques. Le paysage français, trop longtemps discret, bruisse désormais de mille initiatives balayant de multiples aspects des anticorps thérapeutiques : études précliniques et cliniques menées avec de nouveaux anticorps dirigés contre des cibles originales, développement de nouveaux formats d'anticorps ou d'anticorps optimisés reposant sur des études structurales et fonctionnelles sophistiquées, recherche active de cibles pertinentes, mise au point de méthodologies de bioproduction, de couplage, etc. L'expansion industrielle rapide de ce champ est un défi que peut et doit relever notre pays, défi tant scientifique qu'économique, avec ses combats pour la propriété intellectuelle et pour l'emploi de nos jeunes scientifiques.

Alain Beck, Jean-Luc Teillaud, Hervé Watier

Bon de commande

À retourner à EDK, 109, avenue Aristide Briand, 92541 Montrouge Cedex, France

Tél. : 01 41 17 74 05 - Fax : 01 49 85 03 45 - E-mail : edk@edk.fr

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction :

Je souhaite recevoir M/S n° 12 - décembre 2009 (Anticorps monoclonaux en thérapeutique) : 25 € + 3 € de port = 28 € TTC

en exemplaire, soit un total de €

Par chèque, à l'ordre de E D K

Par carte bancaire : Visa Eurocard/Mastercard

Carte n° | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'expiration : | | | | | |

N° de contrôle au dos de la carte : | | | | |

Signature :