

Point de vue

Les dépenses de santé



Nous vivons plus vieux. Nous nous soignons davantage, souvent mieux, toujours plus cher. Quel lien faire entre vieillissement de la population et croissance des dépenses de santé ? L'évidence d'une causalité majeure s'est trop vite imposée dans les esprits.

Si l'analyse de la période la plus récente (2000-2008) accentue la part du vieillissement dans la croissance des dépenses de santé, elle en confirme cependant le caractère second. Elle nous ramène à l'évidence première, ce n'est pas l'âge qui fait le coût, mais la pathologie, sa gravité, sa chronicité ainsi que l'évolution des traitements et prises en charge.

Dans la croissance des dépenses de santé le vieillissement a impact d'environ 20% sur la période récente. Les changements de pratiques soignantes ont un impact double. Plutôt que de peser les dépenses de santé de telle catégorie d'âge ou de condition sociale c'est l'organisation du système de soins et des acteurs de santé qu'il faut soumettre à l'exigence de qualité et de rationalité des dépenses.

Jean-Michel Laxalt
Président de l'Institut Montparnasse

Vieillesse de la population et croissance des dépenses de santé

Bref aperçu de l'étude publiée dans la Collection Recherches de l'Institut Montparnasse

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 quinquagénaire 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.

Est-il possible que l'impact de l'apparition des innovations médicales se soit accéléré récemment ? Ou bien freiné par les politiques de maîtrise des coûts de la santé ? L'impact du vieillissement de la population, minime pour la période 1992-2000, peut-il s'amplifier fortement, sur la période 2000-2008, marquée par l'accession des cohortes du baby-boom aux âges élevés ? La comparaison des décompositions sur les deux périodes peut être riche d'enseignements.

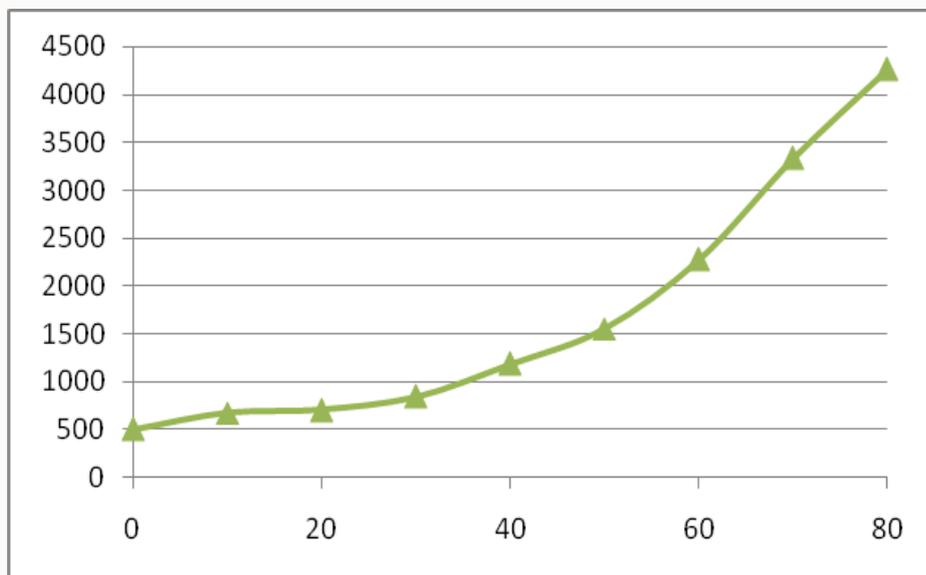
I : Mécanismes et enjeux : la question du vieillissement

Quels sont les mécanismes à l'œuvre ?

Le graphique 1 représente la dépense de santé moyenne d'un individu en fonction de son âge. Plus exactement, on a calculé la moyenne par tranche d'âge des dépenses individuelles de santé observées sur un échantillon représentatif des assurés sociaux de France métropolitaine en 2008. Sans surprise, les dépenses augmentent avec l'âge de l'individu. Imputer toute la croissance des dépenses de santé au vieillissement de la population revient à croiser cette courbe avec les évolutions prévues de la structure par âge de la population. Mais raisonner de la sorte néglige le principal mécanisme à l'origine de la croissance des dépenses de santé : le changement dans le temps du profil des dépenses par âge. Le graphique 2 montre que ce profil se déplace vers le haut entre 1992 et 2000, et à nouveau entre 2000 et 2008.

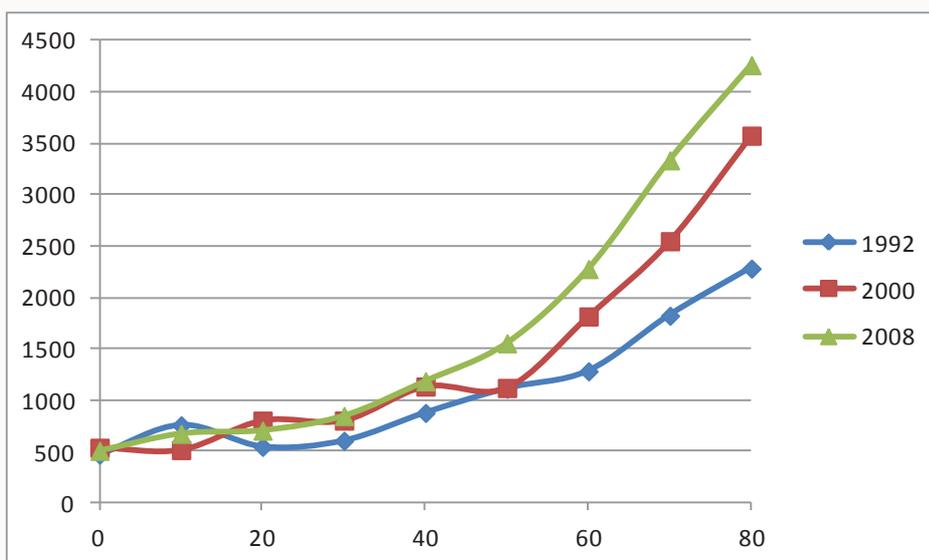
À tout âge, la dépense individuelle de santé est plus élevée en 2008 qu'en 2000, et en 2000 qu'en 1992. Ce mécanisme est sans rapport avec le vieillissement de la population : il n'est pas de nature démographique, puisque que l'on examine ici les dépenses individuelles par âge. Or c'est cette évolution qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses de santé. En effet, son ampleur dépasse largement le glissement plutôt lent dû au vieillissement de la population. Par exemple, l'augmentation des dépenses individuelles de santé entre 1992 et 2008 atteint 40 % pour les quinquagénaires et 77 % pour les sexagénaires (graphique 2), alors que les changements observés pour la structure par âge de la population sont beaucoup plus lents : dans la même période, la proportion des 60 ans et plus passe de 19,5 % à 21,9 %, et celle des 50 ans et plus passe de 29,5 % à 35,3 %, soit respectivement 2,4 points d'augmentation et 5,8 points d'augmentation seulement. Les ordres de grandeurs sont sans commune mesure.

Graphique 1 : Dépense de santé annuelle par tranche d'âge de 10 ans en 2008 (2000) - Total : Consultations + Médicaments + Hôpital



Source : Calcul à partir des données ESPS appariées 1992, 2000 et 2008

Graphique 2 : Dépense de santé annuelle par tranche d'âge en 1992, 2000 et 2008 (2000) - Total : Consultations + Médicaments + Hôpital



Source : Calcul à partir des données ESPS appariées 1992, 2000 et 2008

II : Analyse descriptive : l'évolution de la consommation de soins et de la morbidité en France entre 1992 et 2008

Evolution dans le temps des profils de dépenses individuelles

L'examen du graphique 2 a déjà montré les déplacements au fil du temps du profil de dépenses individuelles de santé, pour la totalité des dépenses de santé (dépenses en consultations de médecins généralistes et spécialistes, dépenses de pharmacie et d'hôpital). Le profil est fortement croissant avec l'âge de l'individu et, à tout âge mais surtout à partir de 40 ans, le profil se déplace vers le haut entre 1992 et 2000, puis entre 2000 et 2008. À âge donné, la consommation de soins augmente au fil du temps.

Ce résultat doit être nuancé : en effet, les évolutions sont assez différentes sur chacune des trois composantes de la dépense. Le profil des dépenses de consultations de médecins est, certes, croissant avec l'âge, mais ne se déplace quasiment pas dans le temps. En revanche, le profil des dépenses de pharmacie est fortement croissant avec l'âge, avec une pente qui s'accroît au fil du temps, et se déplace vers le haut à tout âge à partir de l'âge de 30 ans. Les dépenses hospitalières

offrent un profil quasiment horizontal pour les jeunes. Elles ne croissent avec l'âge qu'à partir de 60 ans, avec un déplacement vers le haut du profil pour les personnes de 60 ans et plus.

Evolution dans le temps des profils de morbidité

Les évolutions sont contrastées. Tous les profils sont, certes, croissants avec l'âge : les maladies affectent les individus dans de plus grandes proportions lorsqu'ils vieillissent. Mais, si la morbidité en matière de pathologie cardiaque diminue, à âge donné entre 2000 et 2008, on observe une évolution inverse pour les cancers et les diabètes.

Pour les autres pathologies observées. Les évolutions sont tout aussi diverses, avec par exemple une forte amélioration entre 1992 et 2008 pour les troubles du sommeil et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, mais une pour les troubles du métabolisme des lipides et l'hypertension artérielle.

III : Analyse économétrique : évaluation des composantes de la croissance des dépenses de santé sur les périodes 1992-2000 et 2000-2008

Les résultats sont substantiellement modifiés sur la période 2000-2008. Le vieillissement de la population a maintenant un impact plus important à cause de l'arrivée aux âges élevés des cohortes du baby-boom : l'impact est de 4.8 points. Le vieillissement demeure toutefois une cause mineure de croissance des dépenses de santé, représentant, 4.8 points sur 23.6 points d'augmentation, soit seulement un cinquième de la croissance. Un autre changement notable concerne l'impact des changements de morbidité, maintenant positif (+ 3.1 points). Contrairement à ce que l'on observait sur la période 1992-2000, l'évolution de la morbidité à âge donné contribue à l'accroissement des dépenses de santé sur la période 2000-2008. Dans ce contexte dégradé, la croissance des dépenses de santé n'explose pas grâce à une forte réduction de la croissance due aux changements de pratiques (+ 9.9 points, au lieu de + 35.8 dans la période précédente).

Tableau 1 : Les déterminants de la croissance des dépenses de santé - Décomposition sur 1992-2000 et 2000-2008

	Variation 1992-2000	Variation 2000-2008
(%)	35,1	23,6
Dont changements démographiques	+5,9	+10,6
évolution de la structure par âge	2,7	4,8
évolution de la taille de la population	3,2	5,8
Dont changement dus à l'évolution de la morbidité	-6,6	+3,1
Dont changements de pratiques à morbidité donnée	+35,8	+9,9

Tableau 2 : Décomposition par postes de l'évolution des dépenses de santé - 2000-2008

	Méd	Phar	Hôp
Variation 2000-2008 (%)	-2,5	48,9	19,6
Dont changements démographiques	+8,0	+10,6	+11,8
évolution de la structure par âge	2,3	4,8	5,9
évolution de la taille de la population	3,2	5,8	5,9
Dont changement dus à l'évolution de la morbidité	+1,3	+3,1	+2,7
Dont changements de pratiques à morbidité donnée	+11,8	+33,3	+5,1

Nos évaluations montrent à quel point les changements de pratiques influencent de manière prédominante le rythme de croissance des dépenses de santé. A contrario, le vieillissement de la population est un déterminant mineur de la croissance des dépenses de santé. Ainsi, l'essentiel de la croissance connue dans le passé n'est-il pas subi, mais choisi. Et d'importantes marges de manœuvres existent pour absorber le choc plutôt modéré du vieillissement de la population.

Etude réalisée par Brigitte Dormont et Hélène Hubert

Bulletin d'information de l'Institut Montparnasse

Directeur de la publication : Jean-Michel Laxalt
Comité de rédaction : Jean-Michel Laxalt - Anne Babut
Maquette : Direction de la Communication MGEN
Crédits photos : H. Thouroude, Phovoir
Impression : Service Reprographie MGEN

Institut Montparnasse
 3 square Max-Hymans - 75015 PARIS
 Tél. : 01 40 47 20 27
 e-mail : contact@imontparnasse.fr
 www.institut-montparnasse.fr