

Impact du vieillissement sur les dépendances de santé ?

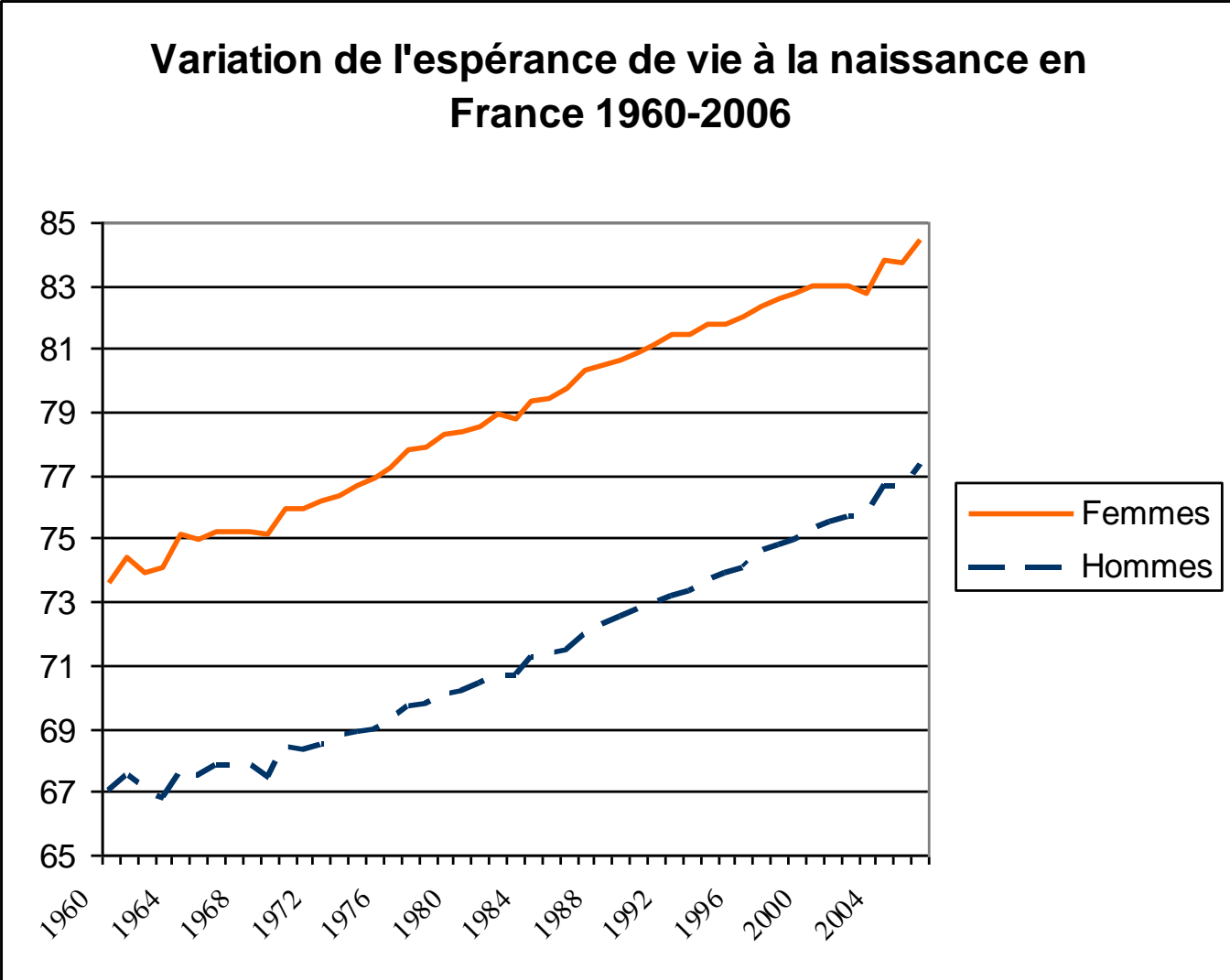
Brigitte Dormont

*Groupe d'Etudes Parlementaires sur la Longévité
Paris 8 novembre 2011*

L'augmentation de la longévité

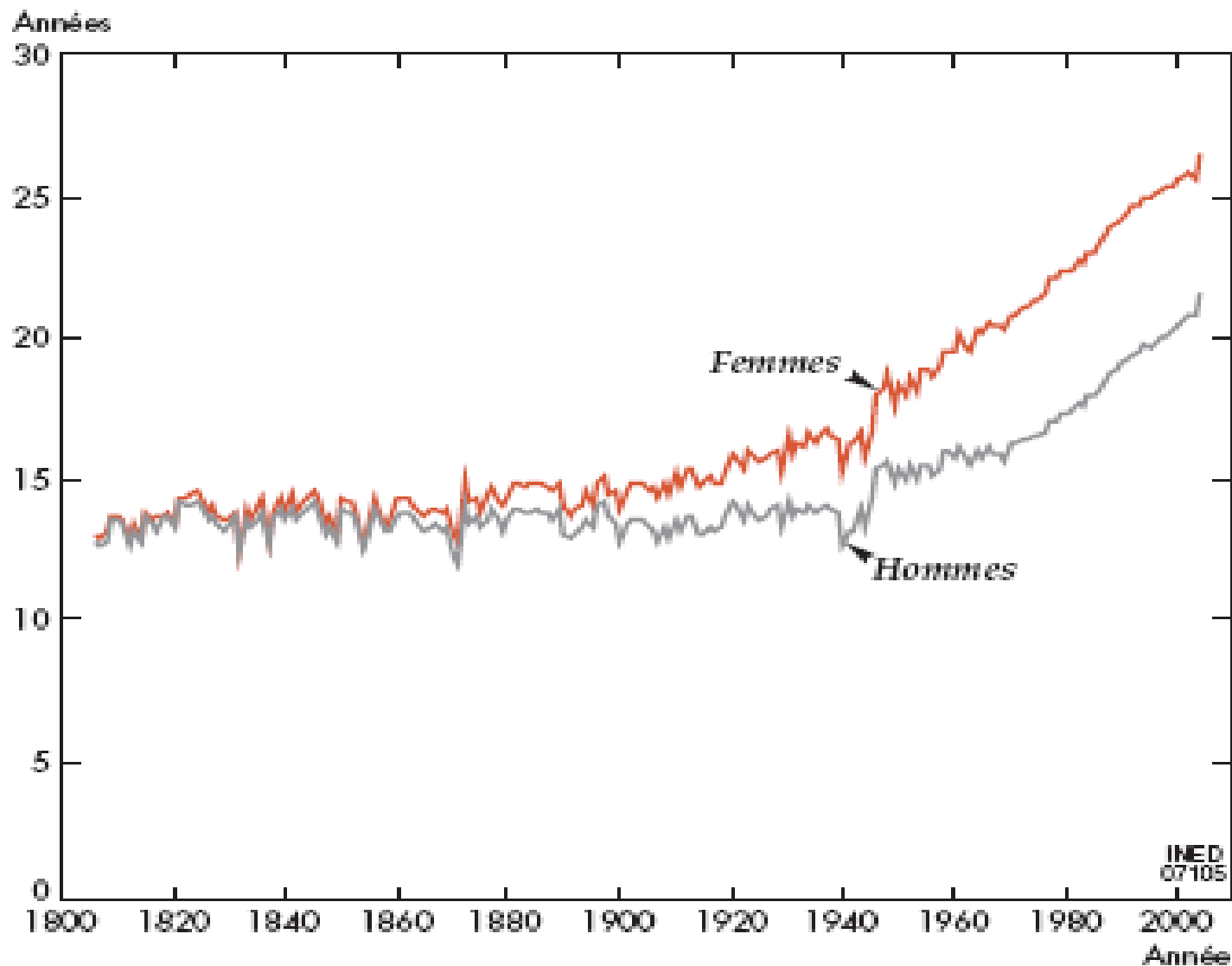
- Les conditions de la vie humaine ont été profondément modifiées par l'augmentation de l'espérance de vie
- L'espérance de vie a plus que triplé depuis le 18ème siècle
- En France : 25 ans en 1750 → plus de 80 ans début des années 2000

Variation de l'espérance de vie à la naissance 1960-2006

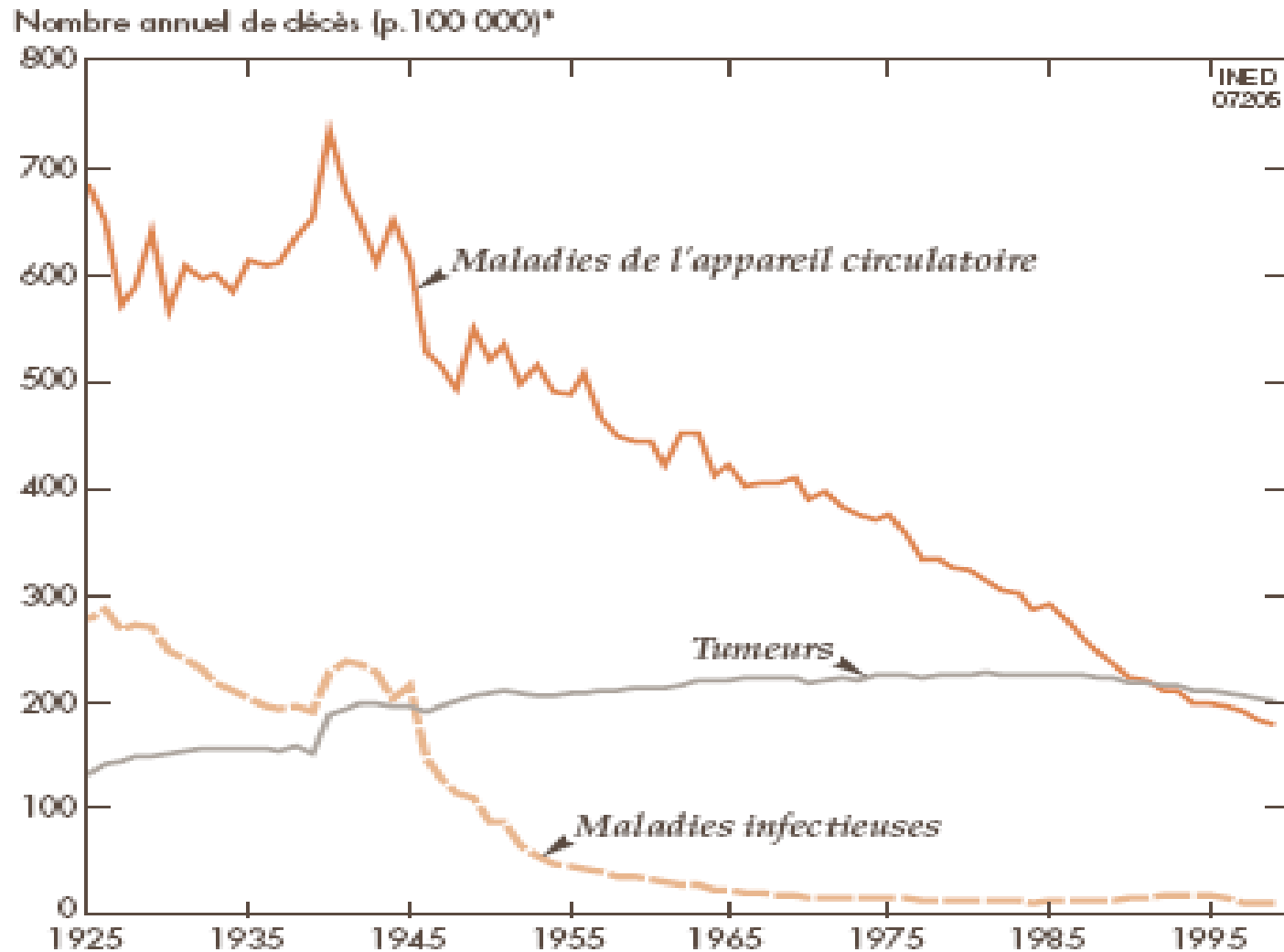


- Aux 18ème et 19ème siècles les progrès reposent sur la baisse de la mortalité infantile
- Les décennies récentes sont marquées par des avancées dans la lutte contre la mortalité aux âges élevés

Espérance de vie à 60 ans 1806-2004



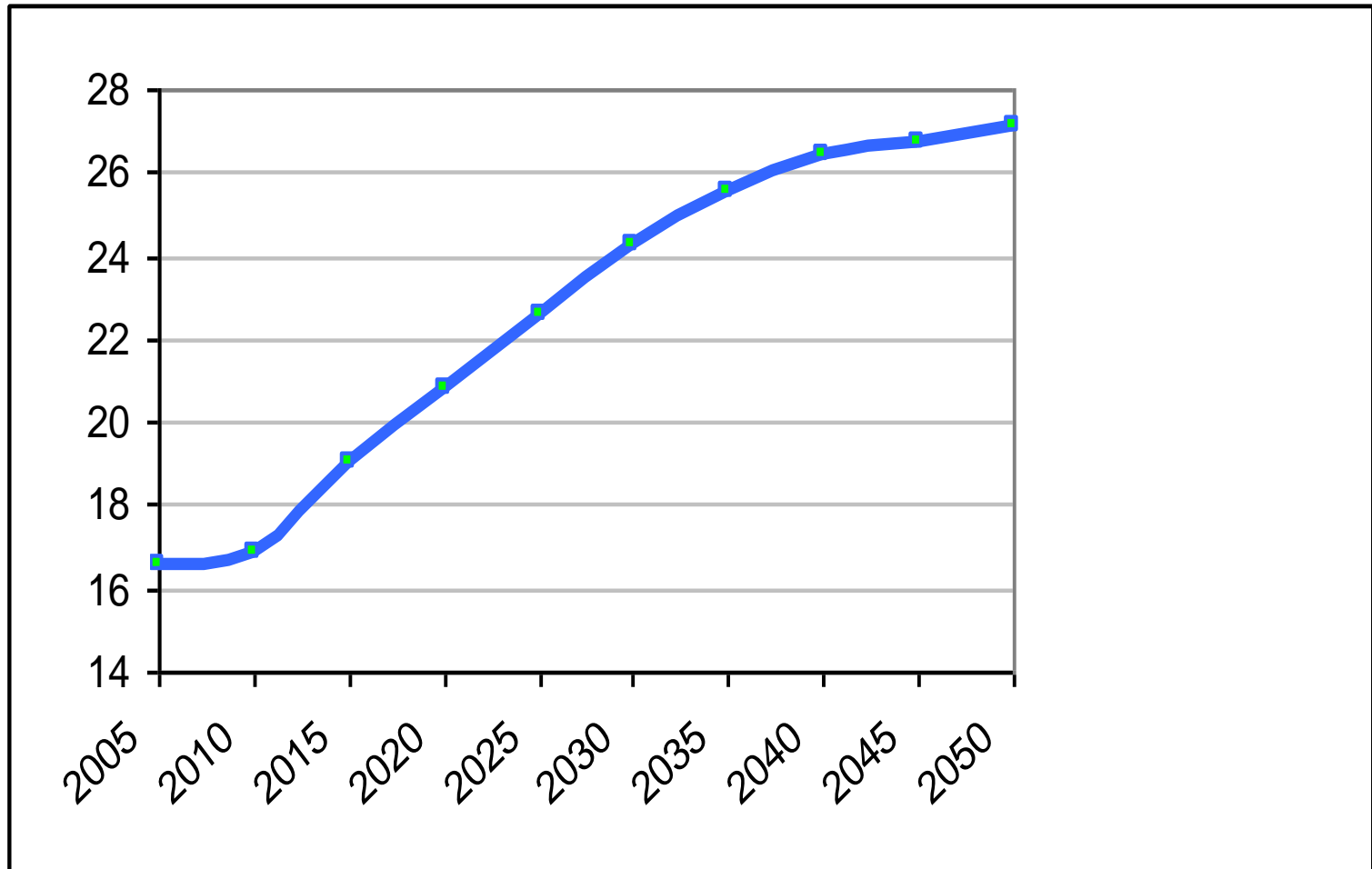
Mortalité par cause de décès en France de 1925 à 1999



Dans les dernières décennies

- L'espérance de vie s'est accrue grâce aux progrès obtenus dans la mortalité des personnes âgées
- Accroissement de la longévité
- Augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population
- Changement de structure appelé :
« vieillissement de la population »

Proportion des 65 ans et plus dans la population française à l'horizon 2050



Le vieillissement peut-il submerger nos systèmes de santé ?

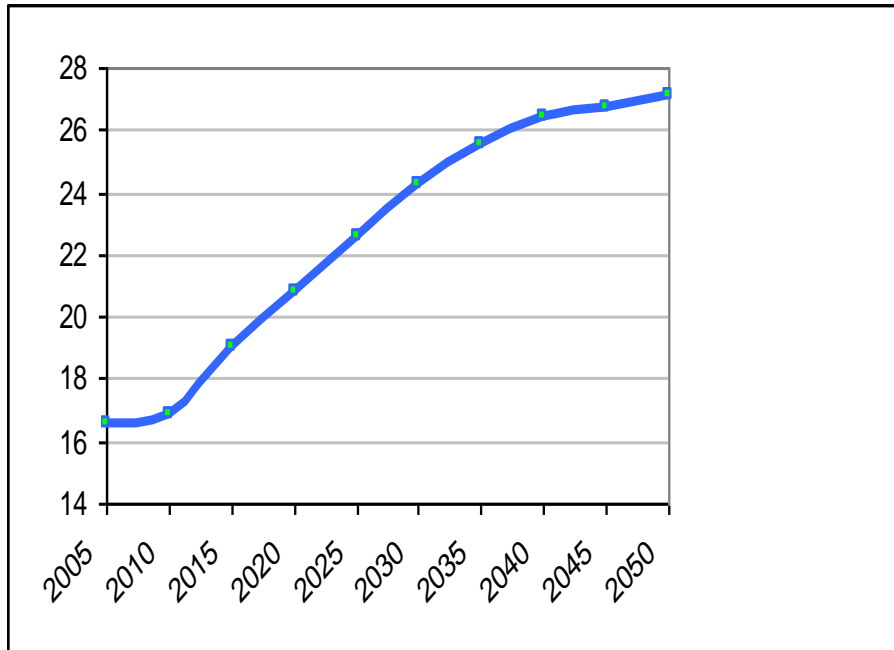
- Les estimations sur données macro économiques ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 :
7.7 % → 12.8 % entre 2005 et 2050
soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques
- Il faut tenir compte des ordres de grandeurs : le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur

Le vieillissement peut-il submerger nos systèmes de santé ?

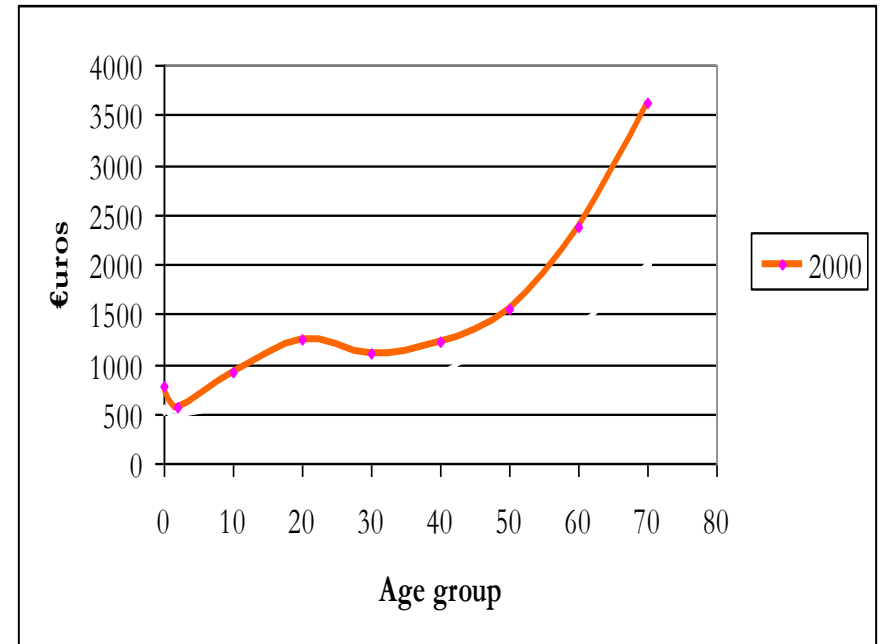
- Les estimations sur données macro économiques ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 :
7.7 % → 12.8 % entre 2005 et 2050
soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques
- Il faut tenir compte des ordres de grandeurs : le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur

Une illustration pour comprendre les mécanismes en jeu

Raisonnement standard

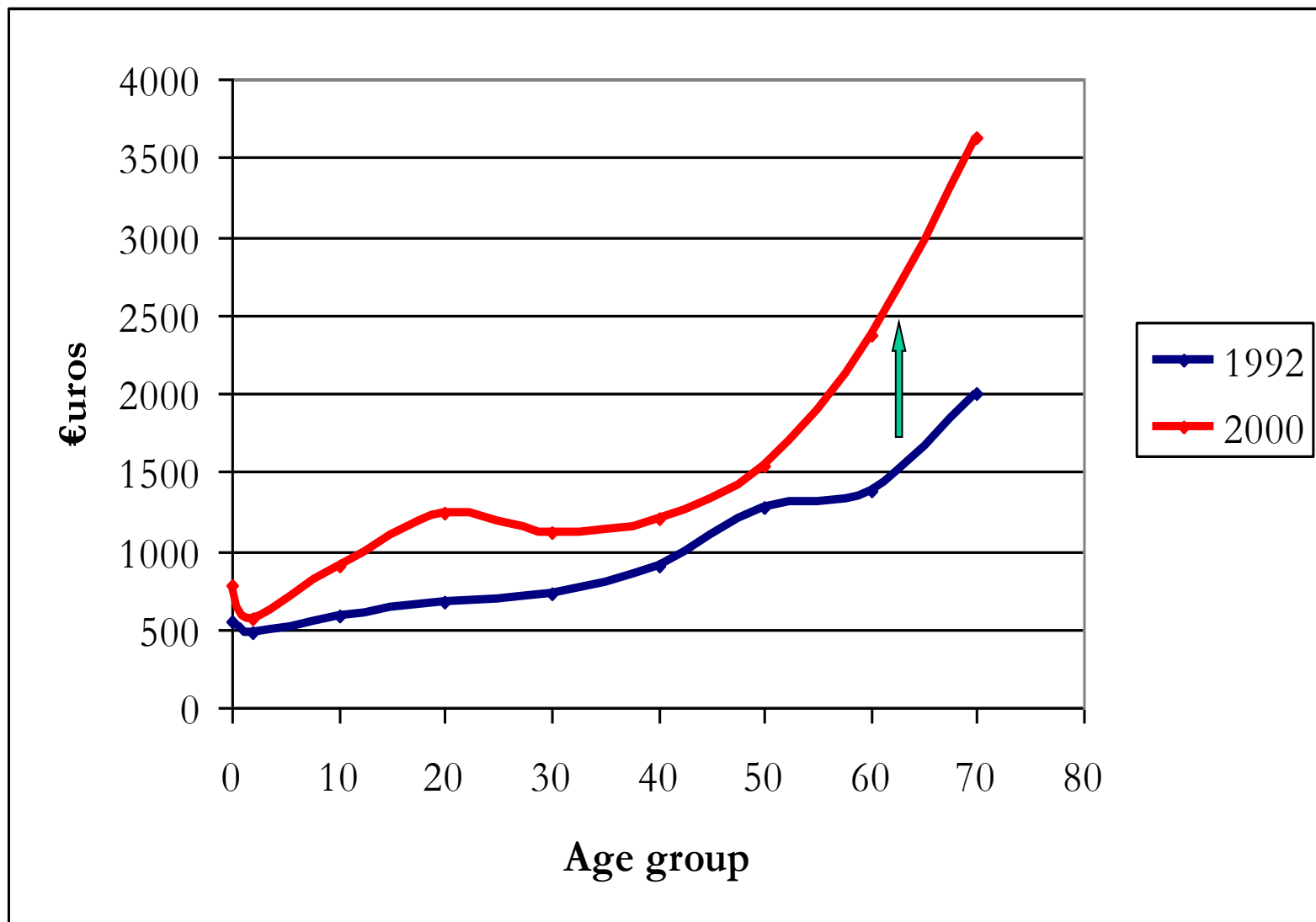


Vieillessement
2005-2050



Dépenses de santé par âge
En 2000

La principale source de croissance des dépenses de santé au niveau macro

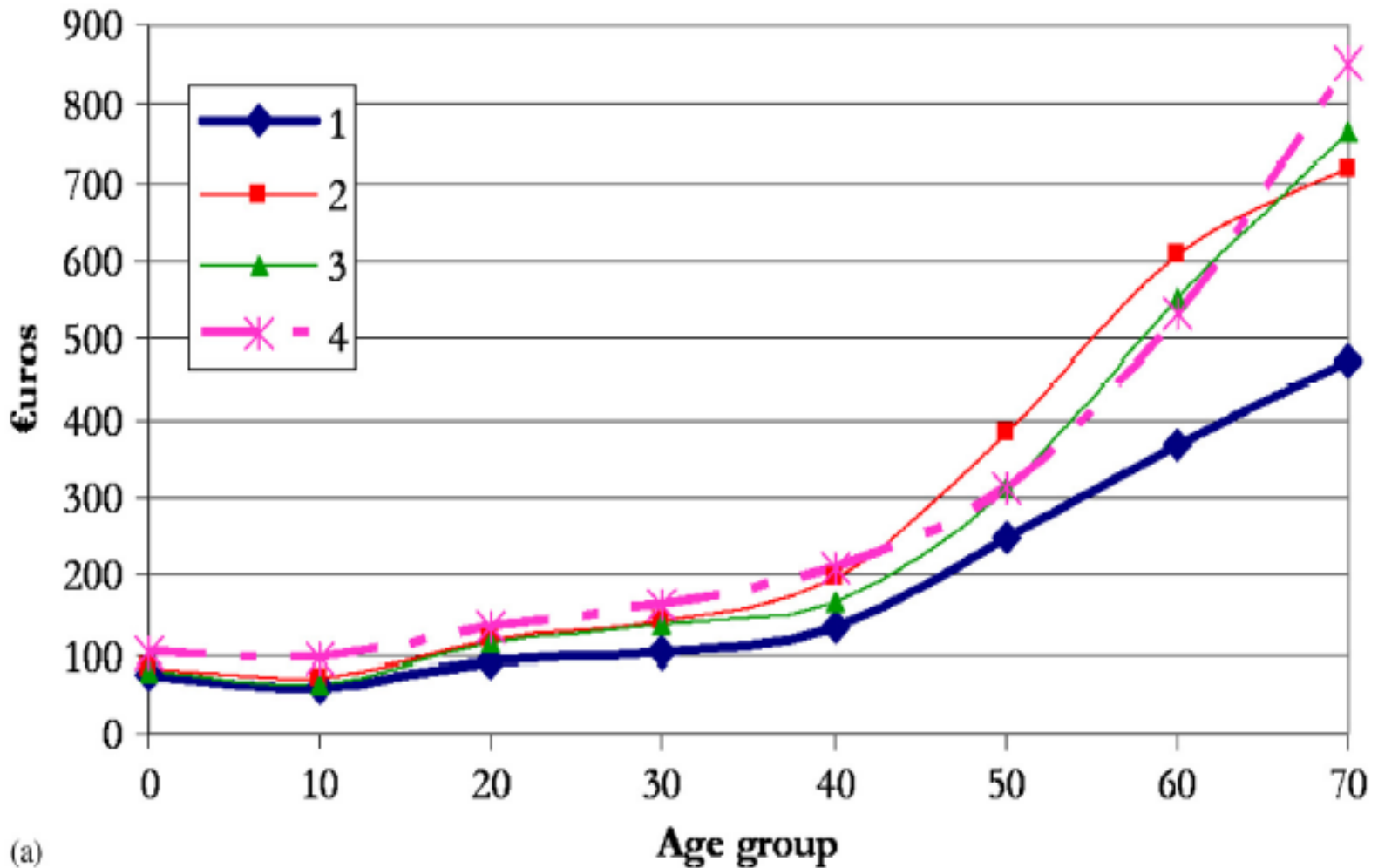


Analyse rétrospective pour la France

- Analyse rétrospective 1992-2000 (Dormont-Grignon-Huber, 2006)
- Échantillons d'assurés sociaux français observés en 1992 et 2000
- Information individuelle détaillée sur les maladies chroniques
- Méthodes de microsimulation pour évaluer les composantes du déplacement vers le haut du profil des dépenses

Résultats des microsimulations

Pharmacie (consommation non conditionnelle)



(a)

Décomposition de l'évolution des dépenses de santé 1992-2000

Variation 1992-2000 (%)	53.9
Dont changements démographiques	+ 6.3
évolution de la structure par âge	3.3
évolution de la taille de la population	3.0
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	- 9.7
Dont changements de pratiques à morbidité donnée :	+ 57.3

- Le vieillissement n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de soins
- L'évolution de la morbidité a un effet négatif sur cette progression
- Cet effet négatif est suffisant pour annuler l'impact du vieillissement
- Les changements de pratiques expliquent l'essentiel de la progression des dépenses
- Enjeu : la croissance des dépenses ne résulte pas d'un processus exogène incontrôlé

La dynamique du progrès médical

- Conception traditionnelle du progrès technique : source de gains de productivité. Pourquoi serait-il responsable de la hausse des coûts ?
- Deux mécanismes
 - Substitution : gain d'efficacité
 - Diffusion : utilisation croissante de l'innovation
- La croissance des coûts résulte exclusivement de la diffusion des innovations (Cutler & McClellan, 1996)
 - Exemple : traitement de la crise cardiaque avec le Pontage et l'Angioplastie
 - Autres exemples : chirurgie de la cataracte, prothèse de la hanche...

Intégration du progrès technique dans les prévisions macroéconomiques

- Hypothèse de croissance des dépenses de santé supérieure de 1 ou 2 points à celle du revenu
- Variation des dépenses de santé dans le PIB pour EU15 entre 2005 et 2050
 - Si rythme différentiel = 1 point: 7.7 % → 12.8 % soit + 5.1 points
 - Si rythme différentiel = 2 points: 7.7 % → 19.7 % soit + 12 points

Cette croissance est-elle soutenable ?

- Cutler (2003) : dans toutes les hypothèses, on prévoit une croissance positive de la consommation des ménages hors santé (OCDE)
- Pour la période 2000-2050 :
 - Si rythme différentiel = 1 point, la consommation hors santé croîtrait de 150 %
 - Si rythme différentiel = 2 points, la consommation hors santé croîtrait de 100 %
- Que ces dépenses puissent être financées ne signifie pas qu'une telle évolution soit souhaitable

La croissance des dépenses est-elle souhaitable ?

- Quel est l'impact des soins médicaux sur la longévité et la santé ?
- La valeur des gains en santé et en longévité est-elle supérieure ou égale aux coûts liés aux dépenses ?

Digression: l'efficacité de la dépense de santé

- Il faut distinguer
 - Le niveau « optimal » de dépenses de santé
 - L'efficacité de la dépense
- La recherche d'efficacité est un impératif qui vaut pour tout niveau de dépenses
- Ici, on s'intéresse au niveau « optimal » des dépenses de santé

Impact des soins sur la santé

- Beaucoup de difficultés pour identifier l'effet des dépenses de soins sur la santé
- Murphy & Topel (2006) : gains d'espérance de vie aux Etats-Unis seraient de 9 ans entre 1950 et 2000, dont
 - + 3.7 années pour la baisse de la mortalité due aux maladies cardiaques
 - + 1 année pour la baisse de la mortalité due aux AVC
- Les progrès dans les prothèses de la hanche ou du genou ont réduit les handicaps associés aux troubles musculo-squelettiques (Cutler, 2003)

La valeur des gains en santé

- On utilise la valeur statistique de la vie. Valeur d'une année de vie : 100'000 \$ (Cutler, 2004)
- Concept utilisé en économie publique dans d'autres domaines : transport, environnement
- Dans ce concept, la vie a une valeur indépendamment des capacités productives de l'individu
- Conférer une valeur monétaire à la vie peut sembler choquant pour des raisons éthiques
 - Seul moyen de rendre explicites les critères utilisés pour la décision publique
 - Seule voie pour mesurer l'apport des dépenses de santé et le comparer avec d'autres productions bien visibles dans le PIB

- Cet outil permet de procéder à une mesure globale de la valeur des gains en santé et en longévité (Murphy & Topel, 2006)
- Résultat spectaculaire : pour les États-unis entre 1970 et 2000, les gains en santé et en longévité correspondent *chaque année* à une valeur équivalente à 32% du PIB !
- La valeur de ces gains est supérieure au coût associé (15% du Pib pour les dépenses de santé aux États-Unis)

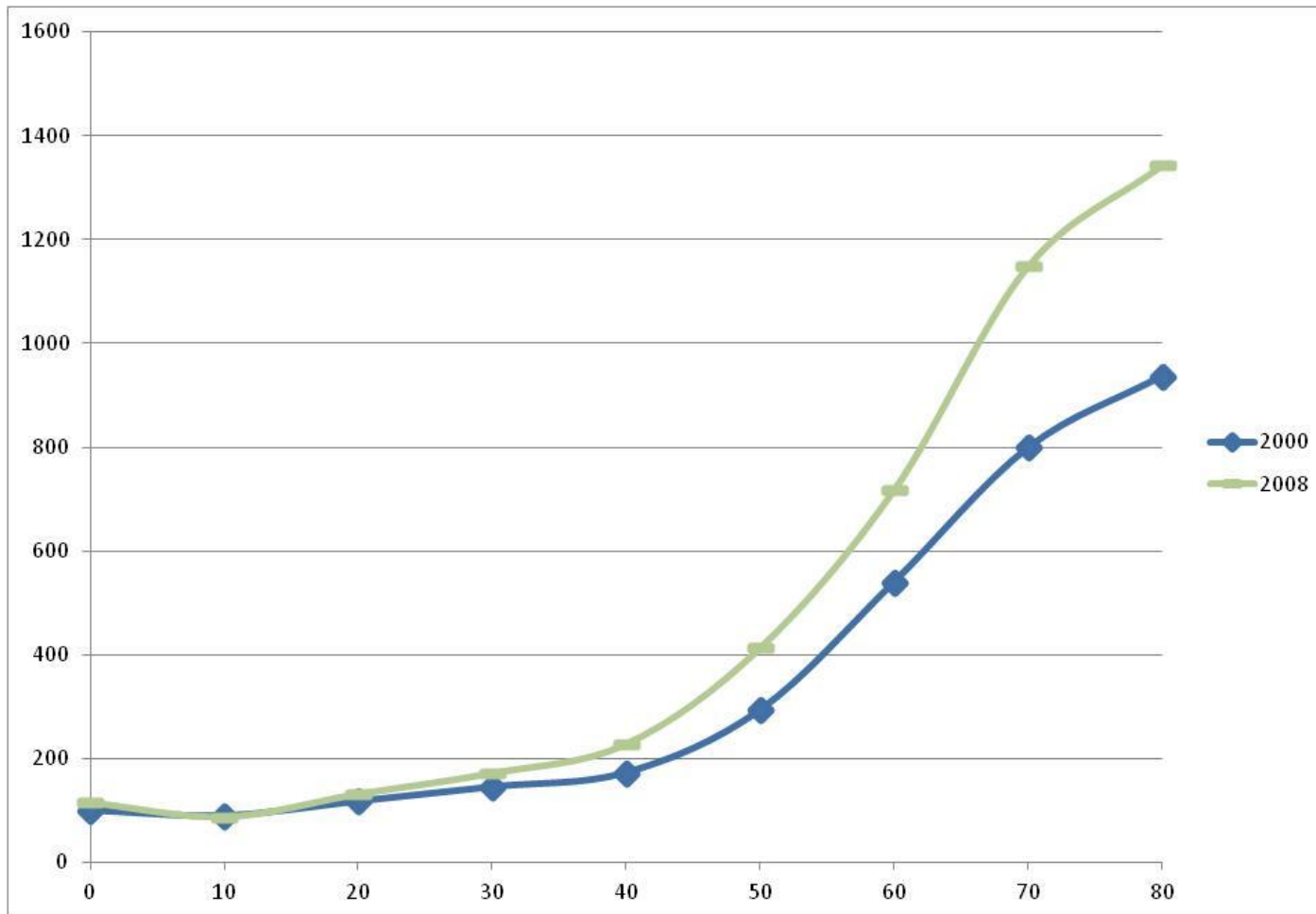
Conclusions 1

- Le moteur principal de la croissance des dépenses de santé n'est pas le vieillissement de la population
- La croissance des dépenses s'explique par la diffusion des innovations médicales: plus de biens sont disponibles et consommés
- La diffusion des nouvelles technologies a entraîné des dépenses additionnelles, mais a aussi créé de la valeur grâce aux gains en longévité et en santé
- Cette valeur dépasse largement le coût des soins
- Dépenser plus pour la santé pourrait répondre aux préférences collectives

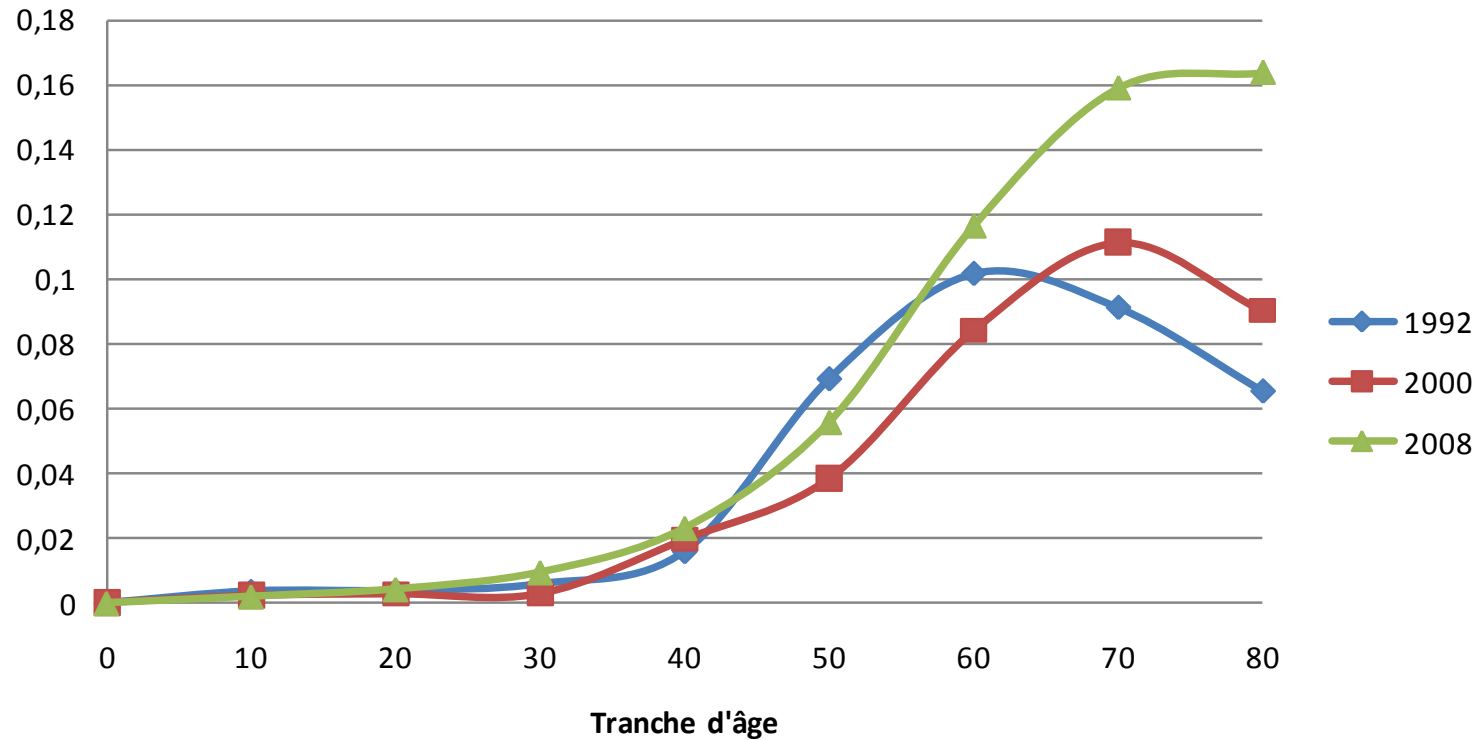
La période récente 2000 - 2008

- Les résultats sur 1992-2000 sont-ils maintenus sur les huit années suivantes 2000-2008 ?
- Même approche par microsimulations
- Appariement ESPS : 6 843 individus en 2000, 7 943 en 2008
- Résultats provisoires à confirmer

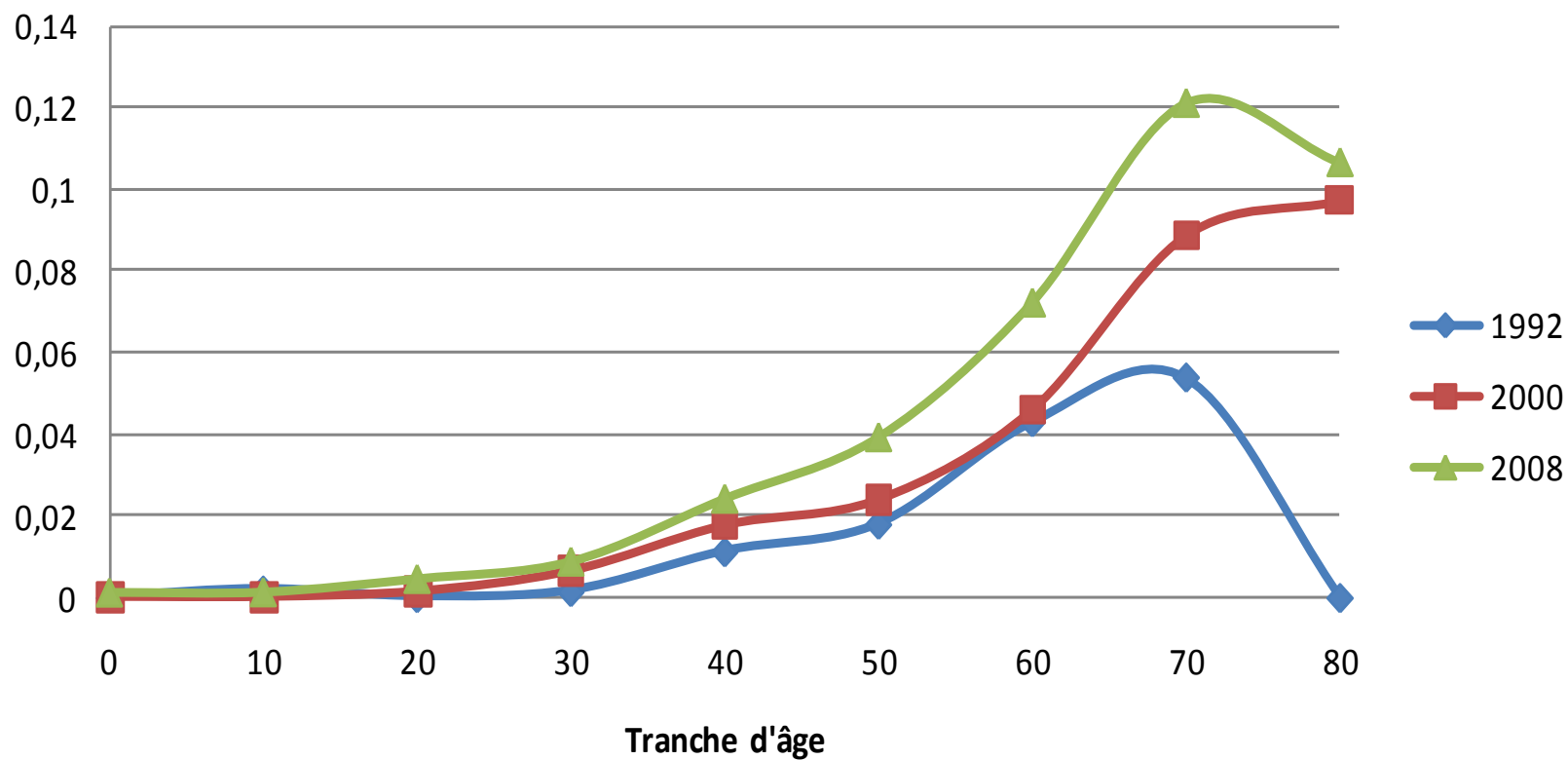
Dépenses de médicaments



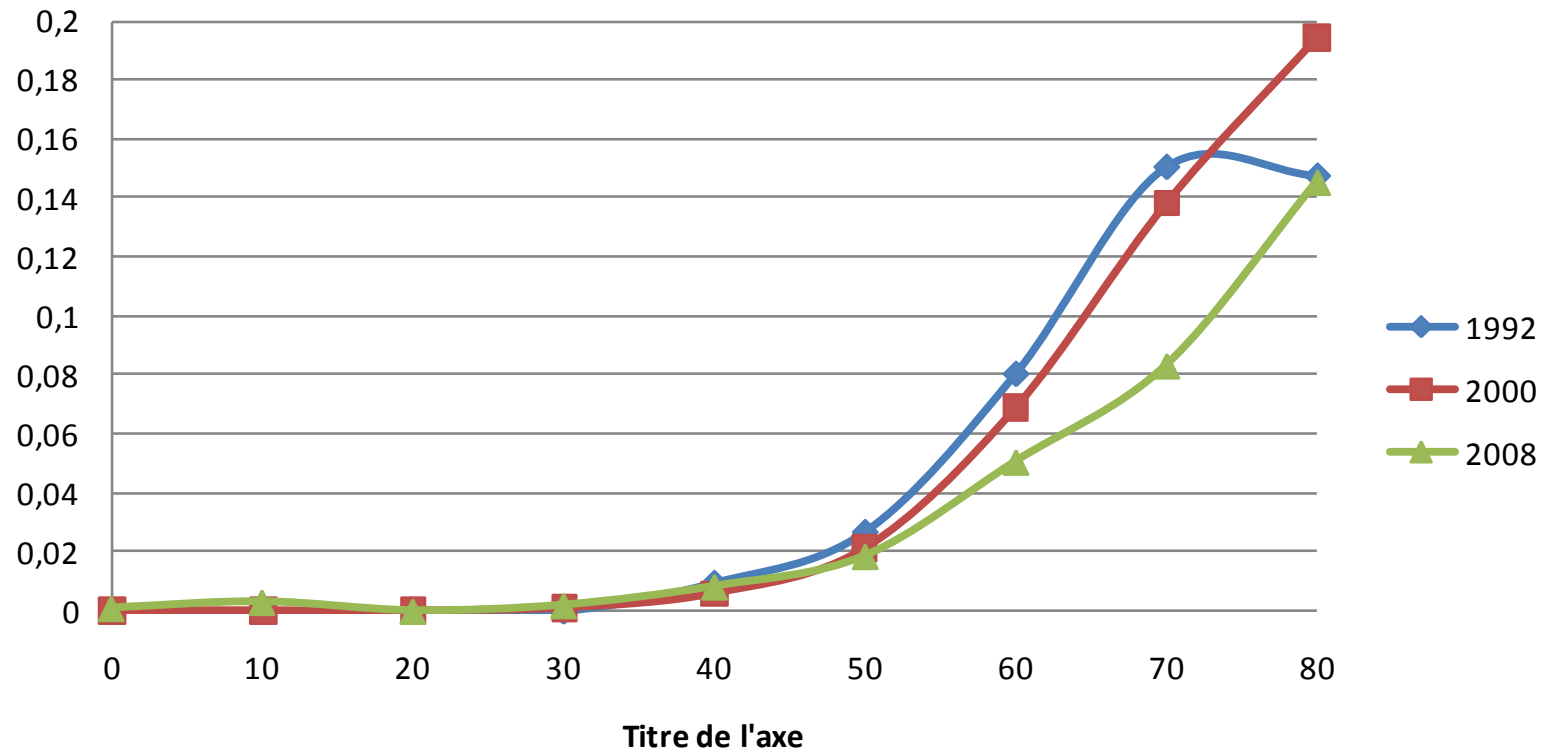
Diabète: prévalence par âge



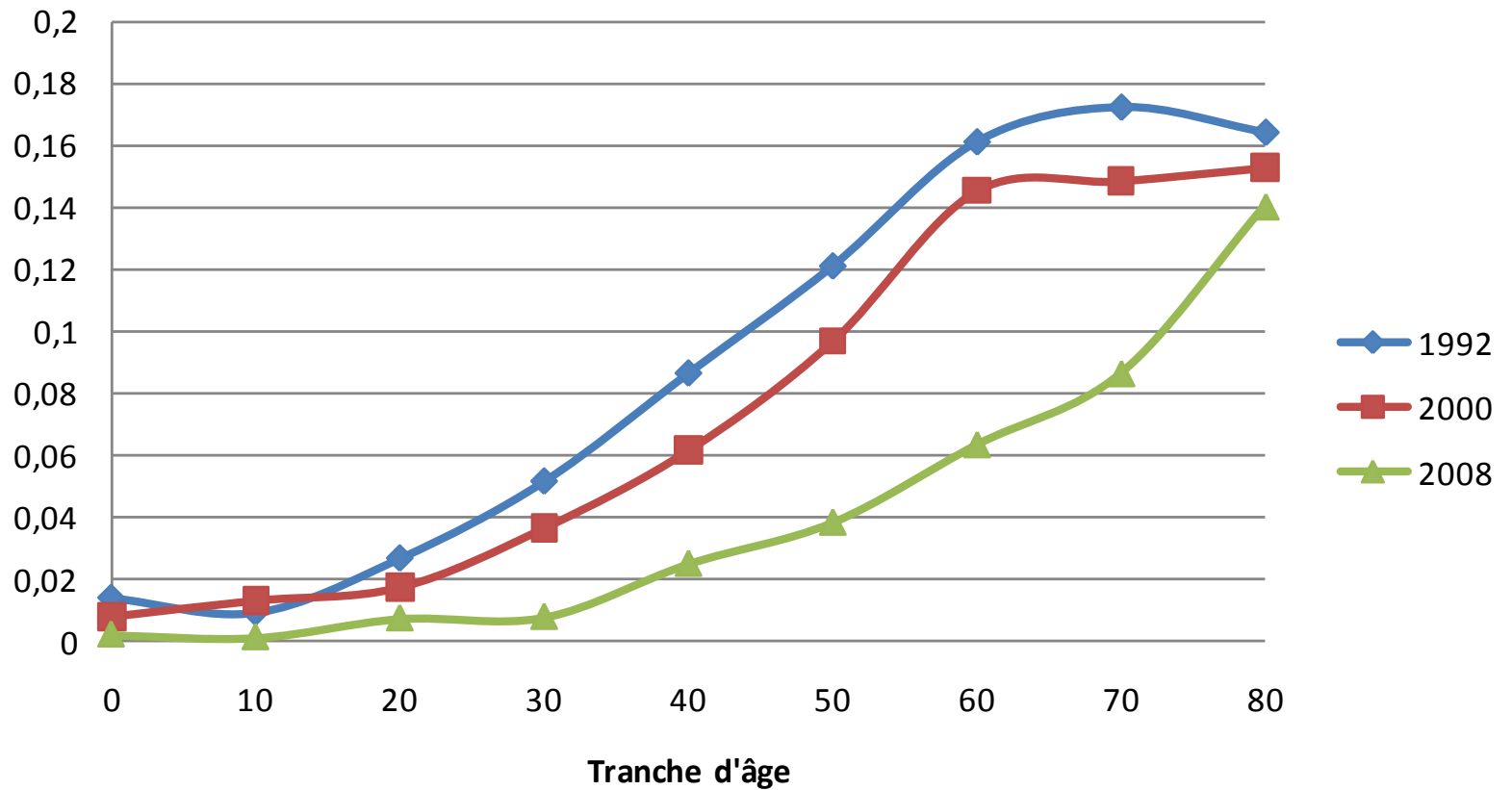
Cancer: prévalence par âge



Cardiopathies ischémiques: prévalence par âge



Troubles du sommeil: prévalence



Médicaments : décomposition de l'évolution des dépenses 2000-2008

Variation 2000 - 2008 (%)	48.4
Dont changements démographiques	+ 11.0
évolution de la structure par âge	5.1
évolution de la taille de la population	5.9
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	+ 4.7
Dont changements de pratiques à morbidité donnée :	+ 41.9
Dont autres changements :	- 9.2

Décomposition de l'impact des changements de pratiques

Changements de pratiques à morbidité donnée : (%)	41.9
<i>Dont :</i>	
Changement de l'impact des maladies	+ 4.7
Changement des effets d'âge	+ 7.5
Changement sur l'impact du statut ALD	+ 4.0
Changement d'accès au statut ALD	+ 16.9
Changement de l'impact de la détention d'une complémentaire	+ 25.3
Changement de l'adhésion à une complémentaire	+ 2.2

Conclusions 2

- Le vieillissement de la population n'explique toujours qu'une part mineure de la croissance des dépenses de santé
- Les changements de pratiques sont encore le facteur déterminant de l'augmentation des dépenses
- Les changements de morbidité n'ont pas toujours un impact négatif
 - positif pour la pharmacie
 - négatif pour l'hôpital
- On observe clairement le rôle du statut ALD et de la détention d'une complémentaire dans l'accès aux soins

Conclusions 3

Le vieillissement est-il un problème ?

- Il faut distinguer
 - La croissance des dépenses de santé
 - Le niveau différent des dépenses de santé entre « jeunes » et « vieux »
- Sur la croissance → nous avons vu que le vieillissement de la population joue faiblement par rapport à d'autres facteurs
 - Accès à des innovations qui améliorent la qualité de la vie

Conclusions 3 (suite)

Le vieillissement est-il un problème ?

- En niveau :
 - Le vieillissement pose problème s'il y a une concurrence entre des organismes qui ont des structures par âge de leurs adhérents différentes
- Lien entre croissance et niveau : c'est parce que la croissance des dépenses de santé est rapide que se posent les questions :
 - D'augmentation de l'intervention par les complémentaires
 - D'équité dans l'accès à la couverture

Merci !

Référence

- *Les dépenses de santé. Une augmentation salubre ?* Opuscule du CEPREMAP, Editions Rue d'Ulm, 2009
- <http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>