

Le coût de la santé au grand âge

Le vieillissement de la population est communément présenté comme un facteur majeur de l'augmentation des dépenses de santé. La concomitance des deux phénomènes ne vaut toutefois pas causalité. Pour autant, aux côtés des frais médicaux, l'avancée dans l'âge entraîne des coûts sociaux destinés à faire face à la perte d'autonomie.

Vieillesse et dépenses de santé : une relation complexe

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, la part des personnes âgées dans la population totale croît et continuera d'augmenter fortement au cours des prochaines décennies. Le nombre de personnes de 75 ans et plus va ainsi doubler d'ici 2060 : près d'un Français sur six aura alors atteint cet âge, pour un total de près de 12 millions d'habitants. L'effectif des 85 ans et plus devrait, quant à lui, quadrupler, passant de 1,3 à 5,4 millions de personnes. De plus, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM¹⁸) a, depuis un demi-siècle, progressé plus vite que le produit intérieur brut (PIB), pour en constituer une part de plus en plus importante (de 3,5 % du PIB au début des années 1960 à 9 % en 2012). Enfin, les dépenses individuelles de santé ont tendance à augmenter avec l'âge : une personne de 75 ans consomme en moyenne quatre fois plus qu'une personne de 30 ans [20]. Sans surprise, le débat public a par conséquent fait du vieillissement un facteur majeur de l'évolution des dépenses de santé, en raison à la fois de l'ampleur du phénomène et de son caractère prévisible [1].

Les travaux initiés par Zweifel il y a quinze ans tendent cependant à relativiser l'impact du vieillissement sur l'augmentation des dépenses de santé [64]. Tout d'abord, le vieillissement ne constitue que l'un des facteurs influençant l'évolution des dépenses de santé, dont les contributions respectives ne sont pas toujours faciles à isoler. Les autres facteurs qui interviennent sont (a) le niveau de vie (une hausse globale du niveau de vie s'accompagne d'une augmentation de la demande de soins ainsi que d'une amélioration de l'offre de santé), (b) le progrès des connaissances et des techniques médicales (le progrès suscite de nouveaux besoins et offre de nouvelles thérapeutiques et ces innovations sont le plus souvent très coûteuses) et (c) les caractéristiques institutionnelles du système de santé (niveau

de couverture assurantielle publique ou privée, modes d'organisation, politiques de maîtrise des coûts).

Par ailleurs, un autre phénomène minore l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé : il s'agit du décalage dans le temps des coûts de santé vers les âges plus élevés. En effet, les coûts de santé les plus importants sont ceux de la période précédant le décès et ces coûts élevés interviendront plus tardivement, du fait de l'allongement de la vie (entre 2030 et 2045 lors du décès de la génération des baby-boomers).

Projeter l'évolution à long terme des dépenses de santé peut nécessiter par exemple l'élaboration de scénarios mettant en œuvre des modèles de micro-simulation dynamiques¹⁹ qui prennent en compte différents facteurs, tels que l'arrivée aux âges avancés des baby-boomers et les évolutions les plus récentes en termes d'état de santé (diabète, obésité, maladies neuro-dégénératives, etc.) [58]. Ces scénarios diffèrent selon les hypothèses que l'on fait. L'une des hypothèses communément utilisée, appelée « *healthy aging* », suppose que les années de vie gagnées sont des années passées en bonne santé. Dans cette optique, le vieillissement de la population ne s'accompagne pas nécessairement de dépenses plus élevées.

Le vieillissement ne jouerait donc pas un rôle aussi massif dans la croissance des dépenses de santé que ce que l'on pourrait croire au premier abord. Il faut d'ailleurs noter que la relation entre dépenses de santé et vieillissement de la population est à double sens : si l'espérance de vie augmente, c'est aussi en raison de l'augmentation des dépenses de santé, la causalité se révélant ainsi simultanée.

Le coût de l'aide formelle aux personnes âgées : la partie émergée de l'iceberg

Avec l'avancée en âge peuvent survenir des pathologies chroniques et des limitations fonctionnelles nécessitant le recours à des aides techniques, des aménagements de l'environnement des personnes âgées et l'intervention de tiers pour les aider à accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, se nourrir, etc.). Même si la perte d'autonomie n'est pas inéluctable et si des marges existent dans la prévention de celle-ci, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera dans les années à venir en raison simplement de l'accroissement du nombre de personnes âgées. Leur prise en charge constitue un enjeu majeur

Bérengère Davin

Observatoire régional de la santé PACA, Sesstim, UMR 912 Inserm-IRD-Aix-Marseille Université

Alain Paraponaris

Observatoire régional de la santé PACA, Sesstim, UMR 912 Inserm-IRD-Aix-Marseille Université, Aix-Marseille School of Economics

Bruno Ventelou

Observatoire régional de la santé PACA, Sesstim, UMR 912 Inserm-IRD-Aix-Marseille Université, Aix-Marseille School of Economics, CNRS – Greqam

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 52.

18. La CSBM comprend les soins hospitaliers, les soins de ville, les transports de malades, les médicaments et autres biens médicaux. Ne sont pris en compte que les soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. En sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées. En 2012, la CSBM a été évaluée à 183,6 milliards d'euros, soit 2806 euros par habitant.

19. Un modèle de micro-simulation est basé sur des données qui contiennent des informations individuelles sur les agents micro-économiques (individus, ménages). La micro-simulation dynamique modélise des évolutions des comportements individuels pour reconstituer artificiellement des trajectoires de vie.



Les effets pervers d'une aide publique à l'accès aux soins de long terme pour les personnes âgées dépendantes

Il peut apparaître utile de considérer, dans cet encadré, certains travaux d'économistes mettant en évidence le risque d'*effets pervers* d'une aide publique à l'accès aux soins de long terme pour les personnes âgées. La notion d'effet pervers est largement exploitée en économie, et consiste à systématiquement évaluer/réévaluer des décisions de politiques sociales (ou même des règles de compensation appliquées par le secteur privé, par exemple les assurances), en tenant compte du fait que les bénéficiaires *anticipent* les transferts sociaux et les intègrent à leur comportement. Ils auraient ainsi tendance à s'exposer à plus de risques (chômage, maladie...) qu'ils ne le feraient spontanément en l'absence d'intervention publique. Sur le marché de l'emploi, on va penser par exemple que certains acteurs s'exposent au risque de chômage, ou sont chômeurs, parce qu'ils savent pouvoir bénéficier d'une indemnité. Dans le domaine de l'assurance (automobile, logement), on peut rencontrer des cas où les assurés s'exposent à des risques (conduite dangereuse, construction en zone inondable), en raison même de la couverture assurancielle dont ils peuvent profiter. Il y a sans doute, dans cette traque aux effets pervers, quelque chose d'un peu trop systématique. Dans le domaine de la dépendance, le vieillissement n'apparaît pas comme une véritable *décision*¹, et il paraît peu probable que les individus aient vraiment accru notablement leur risque dépendance en raison du simple fait qu'ils se savaient couverts par l'État (les agents ont des incitations directes à l'autoprotection dès lors qu'ils valorisent leur santé pour elle-même). En revanche, une fois la perte d'autonomie avérée, il est très possible que les décisions de prise en charge d'une incapacité soient en partie déterminées par les conditions de financement de l'accès aux soins ou aux services. C'est donc plutôt dans le détail des choix familiaux qu'il faut regarder les possibles effets non désirés d'une assurance dépendance.

Les travaux théoriques en économie

1. Même si quelques éléments de la dégradation de l'état de santé sont sans doute partiellement endogènes aux comportements (AVC, traumatismes consécutifs à un accident, etc).

consacrés à la prise en charge de la dépendance ont un point commun : ils tentent de formaliser les interactions qui s'opèrent entre les générations pour étudier l'*équilibre intrafamilial*, possiblement intergénérationnel, trouvé par les agents concernant la prise en charge du parent dépendant. Généralement, le jeu de décisions étudié revient à déterminer un montant d'heures ou un transfert monétaire de l'enfant vers le parent. Les motifs de ce transfert peuvent être l'altruisme ascendant (les enfants se fixent un objectif de qualité de vie pour leur parent), mais aussi le chantage ou la concurrence à l'héritage (quand frères et sœurs rivalisent) ou la protection de la valeur de la succession (les enfants protègent leur succession en assumant eux-mêmes des coûts plutôt que voir leur perspective d'héritage *érodé* par les frais occasionnés par la dépendance). À partir de cet équilibre intrafamilial déterminé sont évalués les effets d'un financement par les pouvoirs publics (ou éventuellement, de l'assureur-dépendance) sur le comportement *rationnel* des agents, par exemple pour voir s'ils provoquent des effets d'éviction sur l'aide familiale spontanée. En bref, la solvabilisation par l'État des soins formels pourrait pousser les enfants à affaiblir leur offre de soins informels, considérés comme substituables². Des travaux, également théoriques, réalisés pour le contexte français de l'APA, ont aussi montré qu'une des vertus de la récupération sur succession des sommes versées par les départements était de pousser l'enfant aidant à accroître son effort d'aide (le raisonnement est effectué *a contrario* ; c'est le même que plus haut : l'enfant protège son héritage). La démonstration est faite pour des couples parent-enfant purement égoïstes, mais un des apports de l'article consiste justement à montrer que les résultats ne tiennent plus dès lors que les parents ou les enfants sont altruistes l'un pour l'autre [59].

Une autre gamme de modèles cherche aussi à établir des politiques optimales de prise en charge avec un objectif de réduction

des inégalités. Ces redistributions peuvent aller vers les personnes âgées sans assistance familiale, vers les familles les plus pauvres, vers les aidants informels ou encore des personnes non dépendantes vers celles qui le sont. L'État peut, par exemple, offrir un service public de prise en charge aux parents sans assistance, afin de rétablir un *juste équilibre* entre les parents d'enfants altruistes et les parents d'enfants non altruistes. Les outils de politique publique que l'on rencontre dans ces articles sont des subventions à l'achat d'aide formelle ou à la souscription d'assurance dépendance, des allocations destinées aux aidants informels ou encore une offre de service public d'aide à domicile ou de maisons de retraite. Ces politiques sont subventionnées par des taxes proportionnelles, basées sur les revenus. Dans beaucoup de ces modèles, les aides publiques ne sont pas totalement efficaces, voire ont des effets *contre-productifs* car comme plus haut, les familles ont tendance à anticiper sur l'aide et réduire de ce fait leur niveau d'effort dans la prise en charge de la personne âgée. Dans ce cadre-là, une partie des aides destinées à lutter contre les inégalités est utilisée à compenser les comportements opportunistes et l'objectif de réduction des inégalités n'est pas pleinement atteint.

Ces arguments théoriques sont légitimes mais ils n'ont, quand ils peuvent être testés, que peu de substance empirique. Un autre élément à faire valoir est que l'*effet d'éviction* de l'aide informelle des enfants par l'aide formelle achetée auprès des professionnels peut très bien s'avérer être un phénomène justement recherché par la puissance publique. Pour deux raisons : d'une part, l'aide formelle et l'aide informelle ne sont pas de même nature et peuvent fournir à la personne dépendante des satisfactions complémentaires (les deux services ne sont pas totalement substituables, surtout quand le niveau de handicap augmente...) ; d'autre part, le retrait de l'aidant familial permis par l'intervention de professionnels libère du temps et peut générer de la valeur économique pour l'aidant lui-même (sur le marché du travail, en termes de qualité de vie, voire de santé). 🧠

et la question du coût de la dépendance fait également l'objet de l'attention des différents acteurs.

Pour l'année 2010, le coût de la dépendance a été estimé, dans une hypothèse haute, à plus de 34 milliards d'euros. Le secteur public couvre environ 70 % de la dépense, soit 24 milliards d'euros (1,3 % du PIB). La dépense est prise en charge principalement par la Sécurité sociale (62 %) pour le remboursement des soins, les collectivités locales (22 %) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (11 %) pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et l'État (5 %) à travers divers dispositifs fiscaux comme les crédits d'impôt ou les exonérations. Les personnes âgées ou leurs familles supportent le reste du coût de la perte d'autonomie, soit 10,4 milliards d'euros (30 % des dépenses totales). Ces dépenses se décomposent en 8,2 milliards de « reste à charge » liés aux frais d'établissement et 1,5 milliard dans le cadre de l'APA, le reste étant lié au ticket modérateur dans le cadre des remboursements de l'assurance maladie.

Le coût de l'aide informelle : la partie immergée de l'iceberg

Pour autant, ces dépenses ne comptabilisent pas l'ensemble des coûts supportés par les personnes en perte d'autonomie et leur entourage [38]. Les évolutions démographiques et sociales observées ces dernières années ont, certes, modifié la composition et la disponibilité des familles, mais les proches constituent encore les acteurs majeurs de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie [48]. En dépit d'un discours public sur l'importance de l'engagement des aidants informels, l'évaluation de cette aide reste balbutiante et sa reconnaissance économique sous-évaluée. Les aidants informels présentent l'apparent paradoxe d'être en première ligne et incontournables dans l'aide humaine apportée aux personnes âgées et d'être en même temps invisibles dans les comptes sociaux de la prise en charge de la dépendance. Cette aide informelle ne peut pas se substituer complètement à l'aide professionnelle, et la composition de l'aide reçue par les personnes en perte d'autonomie vivant à leur domicile laisse apparaître une mixité de l'aide entre professionnels et proches, au fur et à mesure que le niveau de dépendance augmente. De plus, remplacer un aidant familial par un professionnel augmente le coût de la perte d'autonomie à volume d'aides inchangé. Ces observations soulignent la difficulté à estimer le périmètre du coût de la dépendance, qui ne dépend pas que du public cible (les personnes âgées dépendantes), mais aussi de préférences individuelles et de choix fami-

liaux ou collectifs (voir encadré ci-contre sur les effets pervers de l'aide publique aux soins de long terme).

Si ces coûts sont complexes à évaluer en raison de la difficulté à quantifier et à valoriser le volume d'heures d'aide informelle apportée, l'enjeu est cependant de taille car cette aide joue un rôle prépondérant dans le cas de maladies de plus en plus fréquentes comme les maladies chroniques, les maladies neurodégénératives ou l'aide aux personnes en fin de vie.

En France, des travaux utilisant les données de l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) de 2008 et la méthode des biens proxy, prenant comme salaire le Smic horaire, ont conduit à une estimation de 7,4 milliards d'euros pour l'aide à la vie quotidienne apportée par l'entourage aux personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus vivant à domicile. Si l'on intègre le temps consacré à la surveillance, à la supervision d'activités réalisées par les personnes dépendantes ou au soutien moral, le montant s'élève alors à 15 milliards d'euros.

Les premiers résultats des questions liées à l'évaluation contingente tirées de l'enquête Handicap Santé Aidants informels (HSA), sur les aidants informels de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus, donnent des éléments de connaissance sur la valeur que les aidants eux-mêmes attribuent au soutien qu'ils apportent. Ces aidants ont déclaré être prêts à payer en moyenne 16,40 euros pour être déchargés d'une heure d'aide (et remplacés), tandis qu'ils souhaiteraient recevoir 14,40 euros en moyenne pour apporter une heure d'aide de plus. Les analyses montrent que le consentement à payer est plus élevé lorsque les aidants sont plus âgés, plus éloignés et plus aisés, ainsi que lorsque la personne aidée dispose d'un revenu important. Le consentement à recevoir croît avec la fatigue physique et le stress de l'aidant, ainsi qu'avec l'âge et le revenu de la personne aidée âgée de 75 ans et plus [16].

Conclusion

Le vieillissement de la population n'est pas le seul ni même le principal moteur de l'évolution des dépenses de santé. Médicalisation de la santé, rythme et diffusion du progrès technique, habitudes de consommation de soins sont des facteurs au moins aussi importants. Pour autant, le vieillissement peut rendre difficile l'organisation du financement de ces dépenses, notamment pour ce qui concerne les dépenses liées à la dépendance, qu'elles soient collectives ou supportées par les personnes âgées elles-mêmes et leur entourage. Des solutions devront être trouvées pour mieux « aider les aidants » et pour articuler davantage l'aide informelle avec l'aide formelle. 🗨️