

# Vieillessement: un poids pour le système de santé?

**Marianne Prévost,**  
sociologue, membre du service  
Espace promotion santé et  
qualité et coordinatrice du  
Santé conjugée, Fédération  
des maisons médicales.

*Le coût du vieillissement menace-t-il la viabilité du système de santé ? Cette question est souvent agitée comme un chiffon rouge sur fond d'alarmisme. Quelques éléments de contextualisation et d'analyse permettent toutefois de voir qu'il n'y a pas péril en la demeure. Ou que le péril est ailleurs.*

## Une grave épidémie mondiale

« Une véritable épidémie mondiale inévitable entraînant une demande d'aide et de soins sans limites »<sup>1</sup> : c'est ainsi qu'est souvent évoqué le vieillissement. 'Epidémie', 'inévitabile'... : étrange vocabulaire ! Au lieu d'être vus comme un progrès de l'humanité, les gains de longévité seraient donc une catastrophe. En santé publique pourtant, une espérance de vie élevée est considérée comme un indicateur positif du bien-être social ; et au niveau individuel, la plupart d'entre nous souhaitent ne pas mourir trop vite - la seule façon d'y arriver, c'est de devenir vieux, on n'a rien trouvé de mieux jusqu'ici.

## La valeur de la santé

Avant d'aborder le poids du vieillissement en terme pour le système de santé, faisons un petit détour sur le coût de la santé en général. Il est bien loin, le temps où l'on disait que « la santé n'a pas de prix » : si, la santé a un prix, un coût. En général, le prix que l'on accepte de payer est lié à la valeur que l'on attribue à ce que l'on veut posséder, ce dont on souhaite bénéficier (les transports). Mais quelle est la valeur de la santé ?

Au niveau personnel, il y a sans doute autant de réponses que d'individus, et la réponse de chacun peut varier dans le temps – tout comme le concept même de santé, de « bonne santé » : de nombreux éléments interviennent à côté de la « vérité médicale », en lien avec la culture, le trajet et les conditions de vie, les aspirations, le moment et les circonstances dans lesquelles se pose la question...

1. J.-C. Henrard, J. Ankri, *Vieillessement, grand âge et santé publique*, Rennes, Editions ENSP, 2003 p. 221.

Mais il faut bien réfléchir à la valeur de la santé au niveau collectif et économique ; c'est indissociable du principe de solidarité qui est à la base de nos systèmes de sécurité sociale, et légitime dans un souci d'équilibre global des ressources publiques. Alors, comment mesurer la valeur de la santé en termes économiques ? Le produit intérieur brut, indicateur qui permet d'évaluer la richesse produite par année dans un pays, intègre seulement le coût des soins. Ce qui n'entre pas dans cet indicateur, c'est le gain que peut apporter une meilleure santé globale dans une population.

Pour étudier la question, deux économistes américains, Kevin Murphy et Robert Topel<sup>2</sup>, se sont basés sur un concept utilisé dans différents domaines de la décision publique<sup>3</sup>, la 'valeur statistique de la vie' : ce concept permet d'évaluer l'apport de chaque innovation médicale pour mesurer en unités monétaires la valeur créée par les gains en santé et en longévité (ce concept peut aussi être utilisé de manière plus globale).

B. Dormont<sup>4</sup>, qui rapporte cette étude dans un article très intéressant, concède que « conférer une valeur monétaire à la vie peut sembler choquant sur un plan éthique ». Mais, ajoute-t-elle, « c'est la seule voie pour

2. K.M. Murphy et R.H. Topel, "The value of life and longevity", *Journal of Political Economy*, vol. CXIV, n° 5, 2006.

3. Par exemple pour des arbitrages sur les infrastructures à même de réduire les accidents de la route, des questions environnementales, etc.

4. B. Dormont, J. Oliveira Martins, F. Pelgrin et M. Suhrcke, « Health expenditures, longevity and growth », contribution au colloque « Ageing, health and productivity » organisé par la fondation Rodolfo de Benedetti, Limone Sul Garda (Italie), mai 2007. Disponible sur [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1130315](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1130315)

mesurer l'apport des dépenses de santé et le comparer avec d'autres productions bien visibles dans le produit intérieur brut. C'est aussi le seul moyen de rendre explicites les critères utilisés pour la décision publique. En l'absence de cet outil de mesure, les arbitrages sont quand même rendus avec des critères souvent improvisés et généralement opaques ». Elle précise également que dans ce concept, la vie a une valeur indépendamment des capacités productives de l'individu.

Nos deux économistes ont donc réalisé une évaluation pour les États-Unis<sup>3</sup> ; au lieu de concevoir les dépenses de santé seulement comme un coût, ils ont mesuré la valeur des gains en santé obtenus. Leurs conclusions contredisent totalement le « *sempiternel constat de dépenses de santé excessives* » dénoncé par B. Dormont. Bien plus, souligne-t-elle, ces conclusions sont « *spectaculaires : aux États-Unis, entre 1970 et 2000, les gains en santé et en espérance de vie auraient ajouté chaque année à la richesse du pays une valeur équivalente à environ 32 % du produit intérieur brut ! L'apport annuel des dépenses de santé serait ainsi très supérieur à leur coût, qui est de 15 % du produit intérieur brut aux États-Unis en 2000<sup>5</sup>. Cet écart suggère que l'effort consenti pour les dépenses de santé dans ce pays serait inférieur à sa valeur optimale du point de vue des préférences de la société* ».

## Le coût des soins liés au vieillissement en Belgique

Revenons-en au vieillissement : ladite 'épidémie' entraînerait « *une demande d'aide et de soins sans limite* » ... de là à assimiler vieillesse et maladie, il n'y a qu'un pas. Pourtant, on peut mourir vieux et en bonne santé.

Bien sûr, le vieillissement s'accompagne souvent d'une série de maladies chroniques, depuis longtemps élément majeur dans la morbidité des pays riches, et plus récemment dans les pays émergents. Mais c'est ici qu'il aurait fallu placer le terme 'inévitable' - ou plutôt 'évitable' : la plupart de ces maladies sont essentiellement dues à des facteurs de risque bien connus, liés à des contextes de vie présents dès le plus jeune âge. Et nous savons tous que, plus on monte dans l'échelle sociale, plus on a de chances de vivre en bonne santé, plus on a de chances d'avoir devant soi de longues années de vie sans incapacité (AVSI).

La prévalence des maladies chroniques, ainsi que les inégalités sociales face à la santé, pourraient donc diminuer de manière considérable si l'on mettait une priorité centrale sur les déterminants de la santé. Les stratégies efficaces sont connues, elles relèvent de la prévention et,

5. 17,9% aujourd'hui.

plus largement, de la promotion de la santé. Leur mise en place implique des changements profonds d'organisation et d'orientation, non seulement au niveau du système de santé, mais aussi dans l'emploi, l'éducation, l'environnement, la mobilité, la culture... : ces changements appellent des réponses politiques. Il s'agit de penser autrement les rapports entre l'économique et le social, de répartir les richesses disponibles d'une manière plus égalitaire, favorable au bien-être de tous. Ce n'est pas un scoop.

Redescendons maintenant dans notre monde tel qu'il est. Il y a quelques années, l'UNMC<sup>6</sup> et l'INAMI<sup>7</sup> ont analysé la situation belge en matière de coût des soins liés au vieillissement, sur base d'études précédentes et des chiffres disponibles en matière de consommation des soins. Bonne nouvelle : il n'y a pas péril en la demeure ! L'effet « *vieillesse pure* » ne représenterait qu'une hausse annuelle des dépenses publiques de santé de l'ordre de 0,7%. A titre de comparaison, ces dépenses avaient, de manière globale entre 1983 et 2003, augmenté de 6,6% (inflation comprise).

L'INAMI signalait par ailleurs un profil des dépenses en général un peu supérieur chez les plus jeunes (qui nécessitent plus de soins intensifs) que chez les plus âgés, où il tend à diminuer - l'hypothèse étant qu'une part notable d'entre eux s'estimeraient trop âgés pour s'offrir des prestations onéreuses. Il est aussi éclairant de souligner l'importance des dépenses liées au décès : les 0,8% de membres des MC décédés en 2002 avaient bénéficié de près de 8% des remboursements totaux. Fait plus remarquable encore, l'étude montrait que ce coût n'augmentait pas avec l'âge et qu'il était maximal à 60 ans.

La conclusion irait donc dans le même sens que celle de B. Dormont<sup>8</sup> pour la France : « *Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé* ».

## Vieillesse pure et effet générationnel

Ce n'est évidemment pas tout-à-fait vrai : un homme de 60 ans affecté d'un diabète dépense beaucoup plus pour sa santé en 2015 qu'il ne l'aurait fait en 1970. Mais, comme l'explique très bien l'étude de l'UNMC, c'est là un effet générationnel, c'est-à-dire un effet lié au changement d'époque, et non au vieillissement « pur ». Celui-ci se calcule en extrapolant les données démographiques

6. « *Mythes et réalités à propos du vieillissement* », *En Marche du 7/7/2005*.

7. Inami, *Impact du vieillissement de l'assurance maladie* - [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be)

8. B. Dormont op.cit.

d'une année à l'autre, 'toutes choses étant égales par ailleurs'. Or justement, beaucoup de choses changent à travers les époques, indépendamment de la structure des âges. L'effet générationnel joue en fait un rôle majeur : il entraîne 90% de l'augmentation des dépenses de santé.

L'augmentation du coût des soins liée à l'effet générationnel est due à la dynamique du progrès médical : nouveaux produits, nouvelles procédures, changements dans les pratiques médicales. « *Sur la période 1992-2000, l'impact (de ces changements de pratiques) est presque vingt fois plus élevé que celui du vieillissement proprement dit. Des analyses rétrospectives menées aux Etats-Unis sur la période 1965-2002 aboutissent au même constat : les changements technologiques expliquent la majeure partie de la croissance des dépenses* »<sup>9</sup>.

On peut s'en réjouir : si elles conduisent à une augmentation du coût des soins par personne, à âge et pathologie donnés, beaucoup d'innovations médicales améliorent les performances sanitaires et réduisent les incapacités. C'est par exemple le cas pour la prothèse de hanche, la chirurgie du genou, les nouvelles technologies pour le traitement de la cataracte : « *(celles-ci) ont permis d'importants gains de productivité (efficacité) : on observe une stabilité du coût de l'opération de la cataracte entre la fin des années 1960 et la fin des années 1990, alors qu'elle a gagné en efficacité, conduisant à de meilleurs résultats en termes d'acuité visuelle et de réduction des taux de complication* ».

La croissance des dépenses est également liée à la diffusion des changements technologiques et B. Dormont en donne des exemples éclairants : « *Les dépenses associées au traitement de la cataracte n'ont augmenté qu'à cause de l'extension de l'opération à une plus grande proportion de patients. Moins risquée et plus efficace, elle peut être réalisée sur des patients plus âgés ou éprouvant une gêne moins sévère.*

*Pareillement, une innovation majeure comme l'angioplastie a permis de résoudre certaines crises cardiaques sans recours à une opération à cœur ouvert. Moins coûteuse que le pontage et plus performante en termes de qualité de vie postopératoire, cette innovation a rendu possible l'extension du traitement à des patients plus nombreux. Observée dans la plupart des pays développés, cette évolution a permis de grands progrès dans les taux de survie et la qualité de vie des personnes atteintes* ».

9. B. Dormont op.cit.

## Une question de choix

La conclusion de B. Dormont est claire : « *Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. (...) Les gains en bien-être obtenus en contrepartie des dépenses semblent gigantesques. Certes, des gains d'efficacité sont possibles et souhaitables. Mais il est urgent d'organiser en France un débat public sur le niveau désirable de l'effort consenti en faveur de la santé* ».

La question des gains d'efficacité, ou plutôt d'efficience, est loin d'être anodine, et elle n'est pas spécifique à l'une ou l'autre partie de la population. Il s'agit ici de maîtriser les dépenses en limitant certains honoraires ainsi que l'offre de certains soins et/ou médicaments (inutiles ou accessibles à qualité égale et moindre coût) ; de déployer les soins de santé primaires avec échelonnement ; d'implanter des modes efficaces de financement des soins ; de modifier certains comportements des patients et des soignants. Une telle politique doit être soutenue scientifiquement par des structures ad hoc (Conseil national pour la promotion de la qualité - CNPQ, Centre fédéral d'expertise en soins de santé - KCE) développant des approches d'assurance de qualité, et s'accompagner de mesures de contrôle.

Plus globalement, l'urgence est de maintenir un premier pilier fort pour le financement des prestations sociales ; de limiter la personnalisation et/ou la privatisation de la couverture, de renforcer la prévention et la promotion de la santé. Faute de quoi le vieillissement risque, tout comme la plupart des aspects de la vie, de devenir de plus en plus pénible pour la majorité des gens.

Pour conclure, rappelons qu'en cette époque de consternante austérité, tout discours pointant le manque de ressources affectant un domaine de la vie publique mérite la suspicion. De tels discours font trop souvent l'impasse sur des questions fondamentales telles que la répartition inéquitable des richesses et la marchandisation des services - laquelle est en l'occurrence déjà bien implantée dans le secteur des maisons de repos et de soins<sup>10</sup> : on ne peut délier la question du vieillissement d'une analyse critique des choix politiques qui se mettent en place aux niveaux national et européen<sup>11</sup>. ■

10. Marinette Mormont, Soins de santé en Belgique : un marché en or ? Santé conjugulée n°69, dec 2014.

11. voir le dossier : « Europe et marchandisation des soins », Santé conjugulée n°69, dec 2014.