

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

Jean-François Outreville

Volume 72, numéro 2, 2004

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1092741ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1092741ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)

2371-4913 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Outreville, J.-F. (2004). VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 72(2), 417–424. <https://doi.org/10.7202/1092741ar>

Étude technique

sous la responsabilité de Rémi Moreau

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

par Jean-François Outreville

I. Introduction

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le vieillissement de la population est un phénomène connu qui est associé à de nombreux problèmes de réforme et de financement des programmes sociaux dont l'assurance maladie fait partie.

En 1990, environ 18 % de la population des pays de l'OCDE avait plus de 60 ans. Ce chiffre sera de 30 % en 2030. À titre de comparaison, lorsque Bismarck a introduit le programme de sécurité sociale en Allemagne, l'âge de la retraite était fixé à 65 ans et l'espérance de vie des hommes était de 45 ans. Si l'on avait gardé ce même ratio, aujourd'hui l'âge de la retraite devrait être fixé à 98 ans.

La croissance des dépenses de l'assurance maladie (ou de l'assurance santé) est depuis longtemps attribuée principalement au vieillissement de la population (Longman, 1987). Les exemples sont connus : augmentation des conséquences des maladies chroniques, recherche d'une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, accroissement de la dépendance.

L'auteur :

François Outreville est économiste à l'Office des Nations unies à Genève.

Remarque : Les opinions émises dans cet article sont celles de l'auteur et ne doivent pas être assimilées à une position officielle de l'Organisation dont l'auteur est fonctionnaire.

En fait, d'un point de vue strictement macroéconomique, Jacobzone (2003) montre qu'il existe une relation beaucoup plus forte entre le niveau de revenu ou le PNB par habitant et les dépenses de santé.¹ Il existe aussi une plus forte concentration des dépenses dans les mois précédant un décès, ce qui explique une forte corrélation entre la courbe de mortalité et la courbe des dépenses d'assurance maladie.

Cette étude examine la ou les relations qui existent entre l'âge et les dépenses de santé à partir de données individuelles d'assurés d'une mutuelle d'assurance maladie. Plus particulièrement, elle montre que les dépenses précédant le décès d'un assuré sont beaucoup plus élevées que les dépenses moyennes pour le même groupe d'âge. Cette étude révèle aussi que certaines dépenses, comme la consommation de produits pharmaceutiques, sont effectivement liées à l'âge mais que cette relation ne peut être généralisée à l'ensemble des dépenses.

2. Les dépenses de santé sont-elles liées à l'âge?

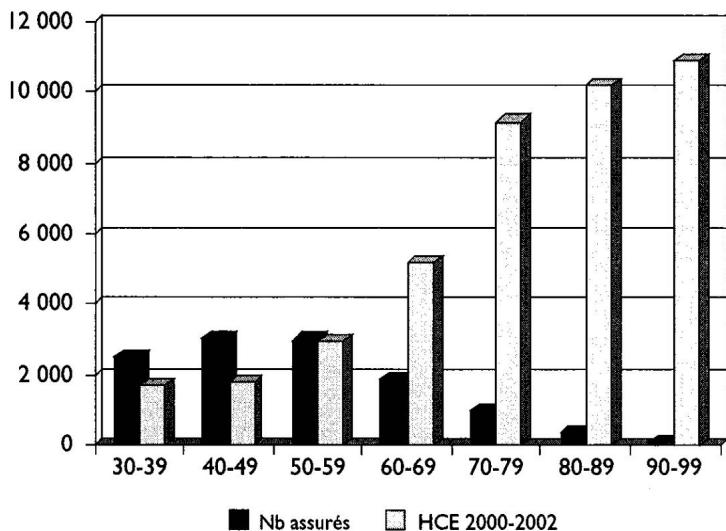
Cette étude est basée sur les données fournies par un régime d'assurance maladie autogéré d'une organisation internationale basée à Genève et dont les assurés vivent en grande majorité dans la région. Les données concernent environ 12 000 assurés âgés de trente ans ou plus et sont collectées sur les années 2000 à 2002. Durant cette période, les données relatives à 192 décès ont aussi été analysées. Les assurés ne disposent pas d'autre couverture sociale que celle de l'organisation et les dépenses concernent les remboursements pour tous les frais d'hospitalisation et ambulatoires à l'exclusion des frais dentaires, d'optique, de transport et de maternité, ceci afin d'éviter une distorsion des dépenses par groupe d'âge.

Les dépenses sont agrégées par groupe d'âge et la dépense moyenne par assuré de chaque groupe d'âge (HCE) est calculée et présentée dans le graphique 1. On peut immédiatement noter que les dépenses augmentent rapidement avec l'âge. La dépense moyenne HCE pour le groupe 60-69 ans est plus du double de la dépense moyenne au-dessous de 40 ans. Cette dépense double presque à nouveau pour les assurés âgés de plus de 80 ans.

GRAPHIQUE I

DÉPENSE MOYENNE PAR GROUPE D'ÂGE

(Les montants correspondant aux dépenses sont indiqués en francs suisses)



Dans une étude similaire réalisée en Suisse, Zweifel, Felder et Meier (2000) suggèrent que cette relation entre dépense moyenne et âge est due au fait que beaucoup plus de personnes décèdent après 70 ans qu'avant 40 ans. Il y aurait donc bien un effet de la courbe de mortalité. Plusieurs études ont été réalisées pour montrer que les dépenses moyennes sont beaucoup plus élevées dans les deux années précédant le décès d'un assuré.² Lubitz et Riley (1993) arrivent à la même conclusion en examinant les dépenses, durant la dernière année, des assurés du programme Medicare aux États-Unis.

Ces constatations suggèrent deux axes de validation :

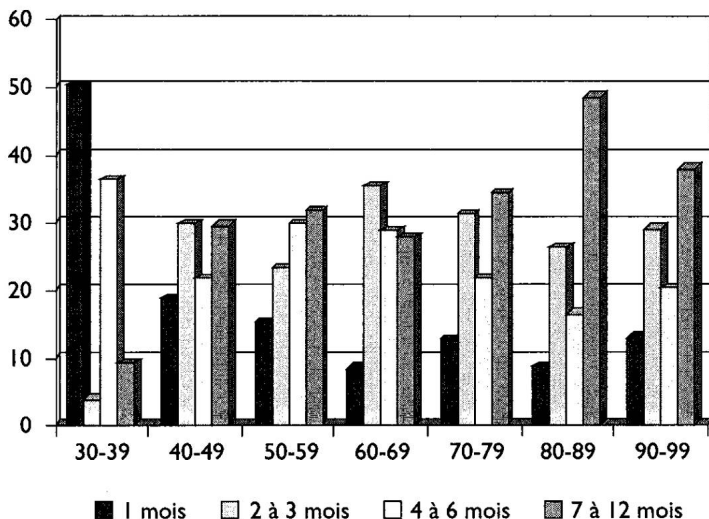
- la dépense moyenne est-elle plus élevée dans les mois précédant le décès?
- la dépense moyenne précédant le décès est-elle indépendante de l'âge du décès?

Les dépenses concernant 192 décès survenus durant la période 2000-2002 sont agrégées par groupe d'âge et la dépense moyenne par assuré est calculée pour chaque groupe d'âge. La dépense moyenne révèle, dans un premier temps, que plus le décès survient à un âge jeune, plus les dépenses sont groupées dans le mois qui

précède le décès et inversement pour les personnes âgées de 80 ans et plus, ce sont les dépenses cumulées sur 12 mois qui sont importantes (graphique 2).

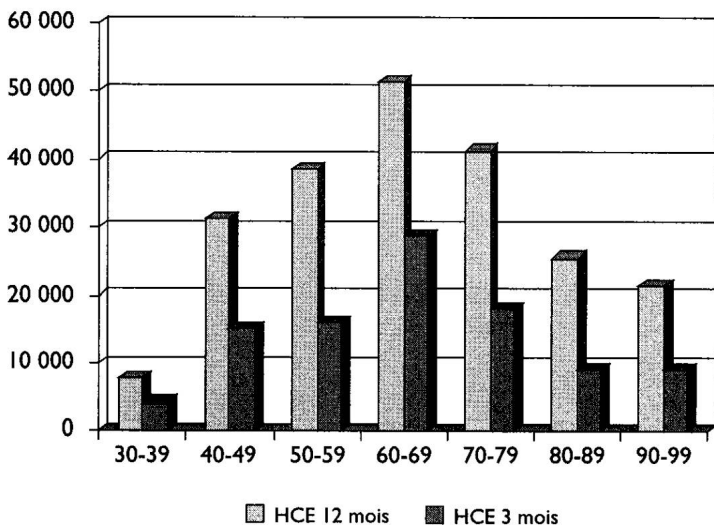
GRAPHIQUE 2

RÉPARTITION DES DÉPENSES PRÉCÉDANT LE DÉCÈS (La répartition est indiquée en % du montant total annuel)



La dépense moyenne dans les 12 mois (mais aussi 3 mois) précédant un décès est sans commune mesure avec la dépense moyenne de l'ensemble des assurés survivants dans un même groupe d'âge. La répartition des dépenses montre aussi que la dépense moyenne augmente fortement jusqu'au groupe d'âge 60-69 ans puis diminue régulièrement (graphique 3). La dépense moyenne n'est donc pas indépendante de l'âge du décès.

GRAPHIQUE 3 DÉPENSE MOYENNE PRÉCÉDANT LE DÉCÈS PAR GROUPE D'ÂGE (Les montants correspondant aux dépenses sont indiqués en francs suisses)

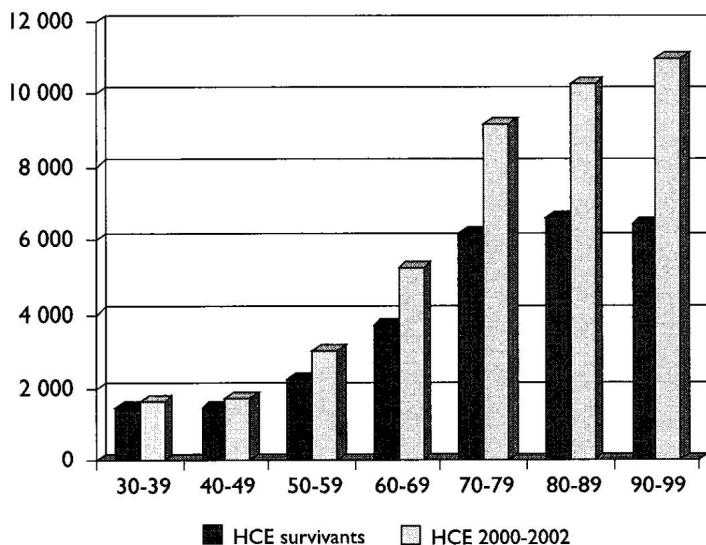


Si l'on exclut des dépenses totales les dépenses liées au décès dans chaque groupe d'âge, on peut calculer les dépenses de santé des survivants et vérifier s'il existe toujours une relation entre dépenses et âge. Ce calcul est présenté dans le graphique 4 et montre, de manière évidente, que passé l'âge de 70 ans, les dépenses se stabilisent.

GRAPHIQUE 4

DÉPENSE MOYENNE PAR GROUPE D'ÂGE DES SURVIVANTS

(Les montants correspondant aux dépenses sont indiqués en francs suisses)



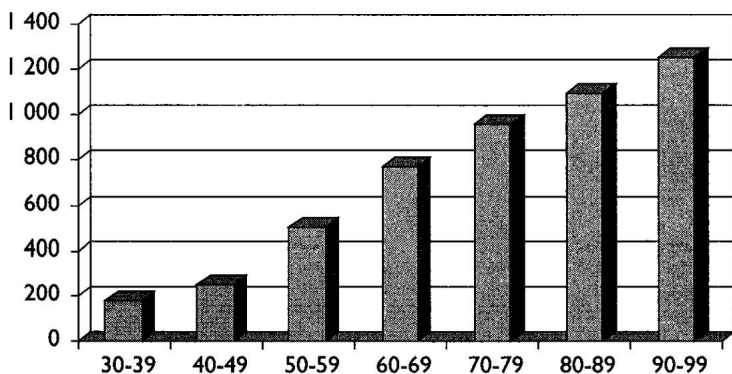
3. Quelles sont les dépenses de santé liées à l'âge ?

Les dépenses qui sont directement liées au vieillissement de la population concernent les conséquences des maladies chroniques, la recherche d'une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et l'accroissement de la dépendance.

Les soins infirmiers à domicile sont l'exemple connu de dépenses liées à l'âge et cette tendance va en s'accroissant dans les pays de l'OCDE, du fait de l'évolution du rôle des institutions hospitalières et des changements dans les structures sociales des pays (Jacobzone, 2000).

Les progrès de la recherche technologique dans le domaine de la santé sont aussi un facteur aggravant. À titre d'exemple, le coût des médicaments qui reflète l'innovation technologique dans le secteur de la santé croît, dans la plupart des pays européens, beaucoup plus vite que la moyenne des dépenses de santé et croît aussi en relation avec l'âge, comme le montre le graphique 5.

GRAPHIQUE 5
DÉPENSE MOYENNE DE MÉDICAMENTS
PAR GROUPE D'ÂGE
(Les montants correspondant aux dépenses sont indiqués en francs suisses)



4. Conclusion : les implications pour le risque assurable

Il y a un parallèle entre la croissance de la mortalité et la croissance des coûts de la santé relativement à l'âge. Cependant, les évolutions sont inverses puisque les taux de mortalité ont diminué dans le temps alors que les coûts de la santé, en fonction de l'âge, sont en augmentation constante. C'est la baisse de la mortalité qui permet, entre autres, aux compagnies d'assurance vie de garantir des primes d'assurance stables dans le temps, d'où l'idée d'utiliser les principes de l'assurance vie et de les associer à l'assurance maladie.

Les programmes de couverture des soins de longue durée dans de nombreux pays fonctionnent déjà selon le principe d'une prime nivelée dépendant de l'âge d'entrée dans le programme comme dans le cas d'une assurance vie-entière. Le même principe peut-être appliqué à la couverture des frais en fin de vie. Le risque décès bien maîtrisé en assurance vie pourrait être dissocié du risque maladie et refinancé par les assurances maladie selon le même principe que la réassurance vie. Lamas et Van Vliet (1998) considèrent eux aussi que le financement du risque décès devrait être séparé du financement du risque maladie.

L'étude montre que si l'on dissocie le risque décès du risque maladie, les dépenses de santé se stabilisent après 70 ans. Ce résultat est aussi conforme aux études épidémiologiques qui constatent que

la population en général vieillit en meilleure santé. Le groupe de population de plus de 95 ans est en général et en moyenne en meilleure santé que le groupe de population de plus de 80 ans (Marigliano, Tafaro et Trani (2003) et OCDE (2003)).

Il reste malgré tout un risque d'accélération des coûts lié au progrès technologique qu'il est aujourd'hui difficile de maîtriser. Certains pays de l'OCDE se désengagent de la couverture d'assurance sociale des médicaments. L'étude montre effectivement que le risque est croissant avec l'âge, mais dans ce cas, il ne peut être maîtrisé par un simple refus d'assurance. Le financement d'une couverture d'assurance des médicaments est un domaine de recherche à explorer afin d'éviter, à long terme, une dérive des coûts.

Références

- Getzen, T.E., 1992, « Population Aging and the Growth of Health Expenditures », *Journal of Gerontology: Social Science*, vol. 47, 98-104.
- Jacobzone, S., 2000, « Coping with Aging: International Challenges », *Health Affairs*, vol. 19, no. 3, 213-225.
- Jacobzone, S., 2003, « Ageing and the Challenges of New Technologies », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 28, no. 2, 254-274.
- Lamers, L.M. and Van Vliet, R.C., 1998, « The High Cost of Death: Should Plans Get Higher Payments when Members Die? », *Medical Care*, vol. 36, 1451-1460.
- Longman, Phillip, 1987, « Born to Pay: The New Politics of Aging in America », Boston, MA, Houghton Mifflin.
- Lutz, J.D. and G.F. Riley, 1993, « Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life », *New England Journal of Medicine*, vol. 328, 1092-1096.
- Marigliano, V., L. Tafaro, and I. Trani, 2003, « The Meaning of Longevity in Centenarians », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 28, 238-253.
- OECD, 2003, « What is Best and at What Cost? Lessons from a Disease-Based Approach for Comparing Healthcare Systems », Paris, OECD.
- Parkin, D., A. McGuire, and B. Yule, 1987, « Aggregate Healthcare Expenditures and National Income: is Health Care a Luxury Good? », *Journal of Health Economics*, vol. 6, June, 109-114.
- Schieber, G.J. and J.P. Poullier, 1991, « International Health Spending: Issues and Trends », *Health Affairs*, vol. 10, 106-116.
- Zweifel, P., S. Felder, and M. Meier, 2000, « Ageing of Population and Healthcare Expenditure: a Red Herring? », *Health Economics*, vol. 8, no. 6, 485-496.

Notes

1. Voir aussi Parkin, McGuire et Yule (1987), Schieber et Poullier (1991) et Getzen (1992).
2. Voir Jacobzone (2003).