

RISQUES

« LE COMMUN DES HOMMES, QUI NE SAIT QUE FAIRE DE CETTE VIE,
EN VEUT UNE AUTRE QUI NE FINISSE POINT »

A. FRANCE



N° 26

Longévité
et dépendance

AVRIL-JUIN 1996

RISQUES

AVRIL-JUIN 1996 — N° 26



© SCEPRA - 1996

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication — loi du 11 mars 1957 — sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du copyright, 6 bis, rue Gabriel-Laumain, 75010 Paris.

LONGEVITE ET DEPENDANCE

Présentation.....	6
Les progrès de la longévité..... Jacques Dupâquier	9
Vie et santé progressent de concert..... Pierre Mormiche	21
Espérance de santé : concepts, théories et objectifs..... Jean-Marie Robine	35
De l'espérance à la qualité de la vie..... Michel Frossard	49
Prévalence des incapacités chez les personnes âgées..... Jean-Marie Robine, Isabelle Romieu	63
Espérance de vie et santé mentale..... Karen Ritchie	73
Apports de la médecine à l'espérance de vie sans invalidité..... Francis Kuntzmann	81
Les enjeux économiques de l'incapacité..... Denis Kessler	89
Changement social et allongement de la durée des vies..... Françoise Cribier	93
Les enjeux éthiques du vieillissement..... Robert Moulia	103
La prise en charge collective de la dépendance..... Jean-Marie Spaeth	111
Longévité et dépendance : quelle protection sociale ?..... Pierre-Yves Le Corre	117
L'assurance dépendance..... Pierre Laversanne	123
L'approche collective des contrats dépendance..... Jean-Luc Martin	129

André Babeau
Claudie Bernheim
Pierre Bollon
François Bourguignon
Pierre-André Chiappori
Claude Delpoux
Jean-Jacques Duby
Georges Durry
François Ewald
Christian Gollier
Lucien Faugères
Georges-Yves Kervern
Denis Kessler
Michel Lutfalla
Jean-Pierre Moreau
Pierre Picard
Martine Rémond-Gouilloud
Pierre Sonigo
Dominique Steib
Patrick Thourot
Dominique Vastel
Patrick Warin

COMITÉ SCIENTIFIQUE

François-Xavier Albouy
Anton Brender
Éric Briys
Francis Calcoen
Henri Debruyne
Georges Dionne
Louis Eeckhoudt
Thierry Chauveau
Régis de Larouillère
Marc Lauwers
Michel Levasseur
Jacques Marseille
Jean-Claude Milleron
Jacques Mistral
Pierre Pestieau
Patrick Picard
Jacques Plessard
Georges Plescoff
André Renaudin
Jean-Charles Rochet
Pierre Rosanvallon
Harold Skipper
Göran Skogh
Jean-Marc Suret
Pierre Tabatoni
Robert Teyssier
Peter Zweifel

Rubriques

Les grands classiques

Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux..... Kenneth J. Arrow	141
--	-----

Économie

Un quart de siècle de croissance du patrimoine des ménages..... André Babeau, Sébastien Faudemer	171
---	-----

Chroniques

Risk management

Peut-on encore sauver l'assurance ?..... Thierry Van Santen	191
---	-----

Livres

• « <i>Le Droit des assurances</i> », de Françoise Chapuisat, par Philippe Poiget	
• « <i>Droit des assurances</i> », d'Yvonne Lambert-Faivre, par Claude Delpoux.....	195

Communiqué

SCEPRA — 9, rue d'Enghien — 75010 Paris
Téléphone : 42 47 93 56/40 22 06 67
Télécopie : 42 47 94 25/40 22 06 09

LONGEVITE ET DEPENDANCE

Présentation

Jacques Dupâquier
Les progrès de la longévité

Pierre Mormiche
Vie et santé progressent de concert

Jean-Marie Robine
Espérance de santé : concepts, théories et objectifs

Michel Frossard
De l'espérance à la qualité de la vie

Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, Isabelle Romieu
Prévalence des incapacités chez les personnes âgées

Karen Ritchie
Espérance de vie et santé mentale

Francis Kuntzmann
Apports de la médecine à l'espérance de vie sans invalidité

Denis Kessler
Les enjeux économiques de l'incapacité

Françoise Cribier
Changement social et allongement de la durée des vies

Robert Moulias
Les enjeux éthiques du vieillissement

Jean-Marie Spaeth
La prise en charge collective de la dépendance

Pierre-Yves Le Corre
Longévité et dépendance : quelle protection sociale ?

Pierre Laversanne
L'assurance dépendance

Jean-Luc Martin
L'approche collective des contrats dépendance

LONGEVITE ET DEPENDANCE

Non seulement la durée de vie s'allonge, mais elle le fait de façon accélérée. En 1900, l'espérance de vie à 60 ans, concept le plus pertinent pour l'analyse des problèmes liés au vieillissement de la population, était de 12,7 ans pour les hommes et de 15,4 pour les femmes. En 1963, ces deux chiffres étaient passés respectivement à 15,4 et 19,4 ans, soit un allongement de 3 et 5 ans en l'espace de soixante ans. En 1993, ces espérances de vie ont atteint 19,4 et 24,6 ans. La progression est donc pratiquement la même que sur la première période, mais elle a pris deux fois moins de temps ! L'extrapolation donne le vertige. Déjà, les experts de l'Insee prévoient que les enfants qui naissent aujourd'hui vivront en moyenne 10 ans de plus que la génération qui est en train de s'éteindre et environ 5 ans de plus que leurs parents.

Risques s'est fait l'écho à plusieurs reprises des bouleversements économiques et sociaux qui sont à attendre de cet allongement de la vie et qui ont très largement commencé de se manifester. Compte tenu des sommes mises en jeu, le problème de l'équilibrage du système de retraites est probablement le plus évident et le plus pressant. Mais un autre sujet d'inquiétude essentiel est celui des dépenses de santé. On sait que la part la plus importante des dépenses effectuées au titre de la maladie au cours de la vie d'un individu tend à se concentrer sur ses cinq à dix dernières années. Particulièrement lourdes sont à cet égard les dépenses occasionnées par le nombre croissant de situations de dépendance observées chez les personnes âgées. Face aux progrès observés et annoncés de la longévité, la question est donc de savoir si ceux-ci ne vont pas s'accompagner d'un alourdissement substantiel de la demande de soins – à supposer d'ailleurs que ce n'est pas grâce à ces soins que l'allongement de la vie sera en partie possible. Si ce devait être le cas, le problème intergénérationnel aigu que pose l'allongement de la durée de la vie serait double. Dans la logique actuelle de notre système de protection sociale, les générations les plus jeunes devraient en effet assumer non seulement le montant croissant des pensions de retraite versées à leurs aînés, mais également un volume de plus en plus important de frais liés à la maladie, à l'hospitalisation et à la dépendance.

C'est à cette question de l'allongement de la vie et à ses conséquences en matière de dépendance qu'est consacré ce numéro de Risques, dont la

première partie repose sur une sélection de communications présentées à une conférence organisée en décembre 1995 à la Maison de l'assurance, sous les auspices de l'Academia europeae, et qui a réuni autour du thème « Espérance de vie sans incapacité » des spécialistes de diverses disciplines scientifiques. L'intégralité des communications et des débats doit faire l'objet d'une publication ultérieure, et les organisateurs de cette conférence, N. Brouard, J. Dupâquier, F. Ewald, J.-C. Henrard, P. Mormiche, R. Moulias, J.-M. Robine, doivent être remerciés d'en avoir réservé la primeur aux lecteurs de Risques.

La question principale de l'espérance de vie sans incapacité, c'est justement de savoir dans quelle mesure les progrès observés au cours des dernières années, et ceux que l'on peut attendre dans le futur, en matière de longévité, ont été obtenus, ou s'obtiendront, sans une incidence plus forte des pathologies spécifiques au vieillissement, sans risque plus élevé de dépendance ou, de façon équivalente, sans détérioration de la qualité de la vie. Dans les communications reprises ici, cette question est abordée sous diverses perspectives. Du point de vue démographique et épidémiologique, une analyse fine de la prévalence de diverses pathologies incapacitantes et de leur âge de survenance suggère que les gains enregistrés en matière d'espérance de vie et d'espérance de santé pourraient coïncider. En d'autres termes, les pathologies incapacitantes continueraient d'apparaître en fin de vie mais se décaleraient en même temps que celle-ci. Ce résultat est de première importance, puisqu'il signifie que le risque individuel de dépendance pourrait ne pas augmenter avec les progrès de la longévité — ce qui est évidemment compatible avec l'augmentation observée du risque de dépendance dans l'ensemble de la population qui correspondrait alors à un simple phénomène de vieillissement. Dans une perspective médicale, ce sont les mesures propres à garantir que les progrès à venir de longévité n'augmentent pas le risque de dépendance qui sont analysées. Du point de vue des sciences sociales, finalement, sont étudiées les conditions pour que le retardement des incapacités physiques ne soit pas compensé par l'apparition d'incapacités économiques ou sociales nécessitant un autre type d'intervention.

Même s'il apparaît plus tard dans la vie des individus, le risque de dépendance continue d'exister et d'augmenter en raison du vieillissement des populations. Une estimation grossière suggère que les dépenses totales attribuables à l'heure actuelle à des situations de dépendance sont de l'ordre de 70 milliards de francs, ce qui représente environ 10 % des dépenses totales de santé. La couverture de ce risque, qui était à l'origine largement familiale, évolue vers une demande de plus en plus forte d'assurance de la part des personnes soucieuses de ne pas imposer à leur entourage la lourde obligation de prendre soin d'elles en cas d'incapacité physique ou mentale. Là comme ailleurs se pose cependant un

PRÉSENTATION

problème délicat de frontière entre ce qui doit être de la responsabilité publique et de la responsabilité privée. La prise en charge de plus en plus fréquente par la collectivité de personnes en situation de dépendance mais se trouvant isolées et ne disposant pas de ressources suffisantes a conduit à un développement rapide des interventions publiques dans ce domaine et a suscité certaines attentes quant à la création d'une prestation autonomie universelle. Ces anticipations se sont pour l'instant révélées vaines, mais elles ont peut-être eu pour conséquence de ralentir le développement d'un système d'assurance privée. C'est à cette question que tentent de répondre les assureurs et responsables publics qui ont accepté de contribuer à la seconde partie de ce dossier de Risques ■



Avertissement

Les idées exprimées dans les articles de *Risques* n'engagent que leurs auteurs et non les institutions auxquelles ils appartiennent.



LES PROGRES DE LA LONGEVITE

MOTS CLEFS : *cause de décès* ■ *espérance de vie* ■ *longévité* ■ *surmortalité masculine* ■ *troisième âge* ■ *vieillessement* .

Cela fait deux siècles que la durée de vie moyenne ne cesse de progresser ; depuis trente ans, c'est le recul de la mortalité du troisième âge qui joue le rôle essentiel dans cette évolution. La conséquence la plus évidente est l'accélération du processus de vieillissement. A âge égal, nos vieux sont en meilleure santé ; mais dans un proche avenir, ils seront de plus en plus vieux et de plus en plus nombreux. Qu'en sera-t-il alors du budget de la santé ?

C'est la chute de la mortalité qui a amorcé, dès le xviii  siècle, en France, le phénomène que les démographes appellent la « transition démographique ». Au cours des deux derniers siècles, la tendance à l'augmentation de l'espérance de vie a été ininterrompue : de 1820 à aujourd'hui, la durée de vie moyenne est passée de 38,8 à 77,8 ans ; elle a donc été multipliée presque exactement par deux. Ce progrès, comme on va le voir, a d'abord été dû au recul de la mortalité des enfants : depuis vingt-cinq ans, il est surtout imputable à celui de la mortalité du troisième âge. Tout cela semble donner raison à Condorcet, lorsqu'il écrivait, en pleine Terreur, dans son *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain* : « On sent que les progrès de la médecine préservatrice, devenus de plus en plus efficaces par ceux de la raison et de l'ordre social, doivent faire disparaître à la longue les maladies transmissibles ou contagieuses, et ces maladies générales qui doivent leur origine aux climats, aux aliments, à la nature des travaux. Il ne serait pas difficile de prouver que cette espérance doit s'étendre à presque toutes les autres maladies, dont il est vraisemblable que l'on saura un jour reconnaître les causes éloignées. Serait-il absurde, maintenant, de supposer que ce perfectionnement de l'espèce humaine doit être regard  comme susceptible d'être un progrès indéfini, qu'il doit arriver un temps où la mort ne serait plus que l'effet, ou d'accidents extraordinaires, ou de la destruction de plus en plus lente des forces vitales, et qu'enfin la durée de l'intervalle moyen entre la naissance et cette destruction n'a pas elle-même de limite assignable ? Sans doute l'homme ne deviendra pas immortel ; mais la distance entre le moment où il commence à vivre et

* Membre de l'Institut.

 diteur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

l'époque commune où, naturellement, sans maladie, sans accident, il éprouve la difficulté d'être, ne peut-elle s'accroître sans cesse ? »

Pourtant, comme le note Jacques Vallin¹, des questions lancinantes continuent à se poser, concernant non seulement les limites de la vie humaine, mais aussi l'inégalité devant la mort : « Quelle norme évoquer en matière d'espérance de vie ? Quel que soit le niveau déjà atteint, le désir de faire reculer la maladie et la mort est toujours là. Où s'arrêteront ses effets ? Il ne s'agit plus en effet de savoir quels objectifs la société peut se fixer : l'homme ne renoncera sans doute jamais à l'illusion de l'immortalité. Il s'agit tout simplement de savoir jusqu'où peut aller le progrès et où commence la pure illusion. Quelles sont les limites que le principe de réalité imposera au principe de désir ? »

I. ALLONGEMENT DE L'ESPÉRANCE DE VIE : QUAND LE TROISIÈME ÂGE JOUE LES PREMIERS RÔLES

Ne remontons pas au Déluge : contentons-nous de mesurer l'allongement de l'espérance de vie depuis le début du siècle. En 1900, celle-ci était de 43,4 pour les hommes et de 47 ans pour les femmes. En 1994, la durée de vie moyenne atteignait 73,6 pour les premiers, 81,8 pour les secondes. Le progrès a été de 70 % pour le sexe masculin et de 74 % pour le sexe féminin.

Il a été dû pour l'essentiel à la réduction de la mortalité infantile, tombée de 162 pour mille (1900) à 27 (1960), puis 6 pour mille (1994) ; et à celle des enfants de moins de 15 ans. C'est pourquoi l'espérance de vie au 15^e anniversaire a progressé, depuis le début du siècle, beaucoup moins que l'espérance de vie à la naissance :

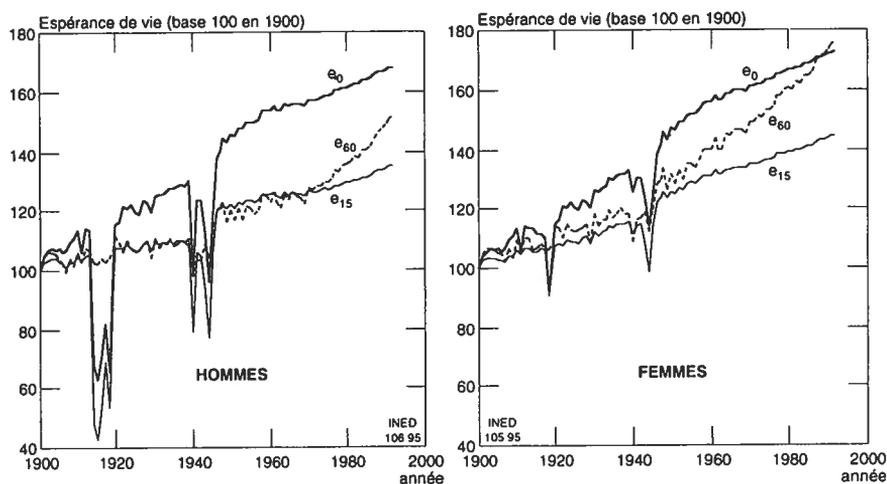
- chez les hommes : de 43,6 à 59,4 ans, soit + 36 % ;
- chez les femmes : de 46,3 à 67,4 ans, soit + 45 %.

Quant à la mortalité du troisième âge, elle n'a reculé significativement que depuis 1950 pour les femmes, 1970 pour les hommes. Prenons, par exemple, le quotient de mortalité du groupe d'âge 70-74 ans. Selon la table établie par la SGF pour les années 1898-1903, il atteignait 351 pour mille pour le sexe masculin, 311 pour mille pour le sexe féminin. Selon la table de l'Insee pour les années 1946-1949, on en était encore respectivement pour les deux sexes à 280 et 204 pour mille, ce qui correspondait à des reculs relatifs de 20 et 34 %. Selon celle des années 1990-1992, ces quotients sont tombés à 173 et 82 pour mille : le recul s'est considérablement accéléré.

L'espérance de vie à 60 ans était, en 1900, de 12,7 ans pour les hommes et de 13,9 ans pour les femmes. En 1963, on n'en était toujours qu'à 15,4 (+ 11 %) et 19,4 (+ 40 %) respectivement, progression beaucoup moins spectaculaire que celle de l'espérance de vie à la naissance (+ 54 % et + 57 %).

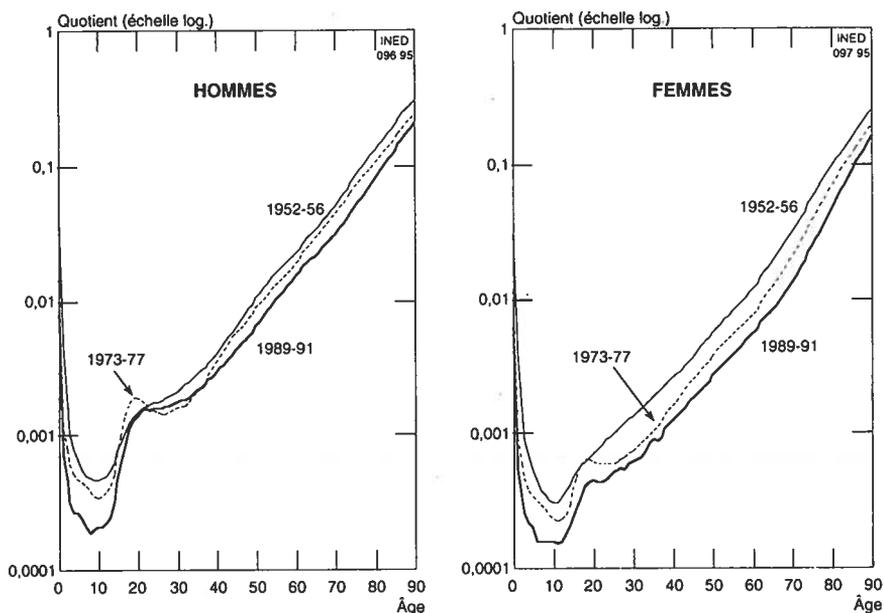
Tout change à partir des années 60 : en trente ans (1963-1993), on est passé, chez les hommes, de 15,4 à 19,4 ans et, chez les femmes, de 19,4 à 24,6 ans, soit 26 % d'augmentation pour chacun des deux sexes.

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance, à 15 ans et à 60 ans entre 1900 et 1992 (base 100 en 1900)



Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 22.

Figure 2 : Courbe des quotients de mortalité par âge, selon le sexe, en 1952-1956, 1973-1977 et 1989-1991



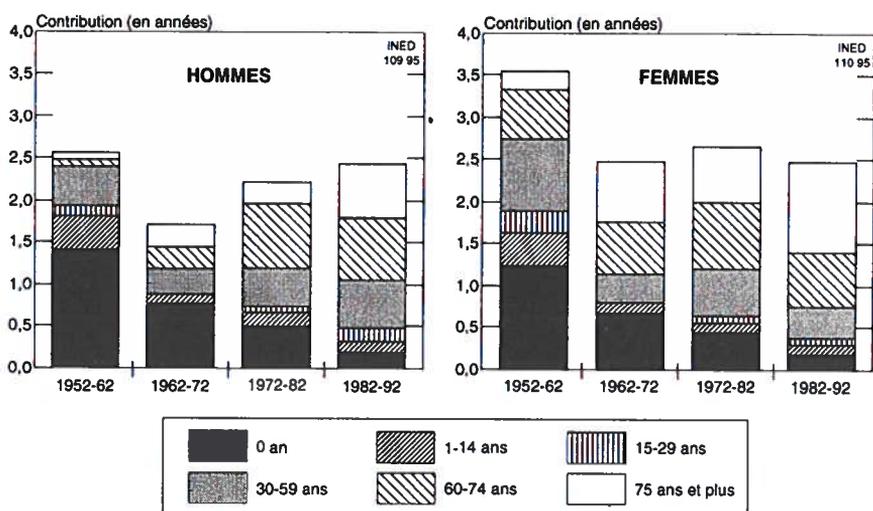
Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 23.

Si l'on mesure la part prise par chacun des grands groupes d'âge à l'allongement de la durée moyenne de la vie, au cours de cette même période, on constate que le recul de la mortalité du troisième âge y a contribué :

- chez les hommes pour presque 3 ans (48 % des gains) ;
- chez les femmes pour 4 ans et demi (59 % des gains).

Et le mouvement s'accélère : au cours des années 1952-1962, 56 % des gains étaient dus au recul de la mortalité des jeunes de moins de 15 ans ; et 16 % seulement au troisième âge. Au cours des années 1982-1992, les proportions se trouvent presque exactement renversées : 13 % seulement grâce aux jeunes, 63 % grâce aux personnes âgées de 60 ans et plus.

Figure 3 : Contributions de six grands groupes d'âge aux variations de l'espérance de vie à la naissance dans les quatre dernières décennies



Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 28.

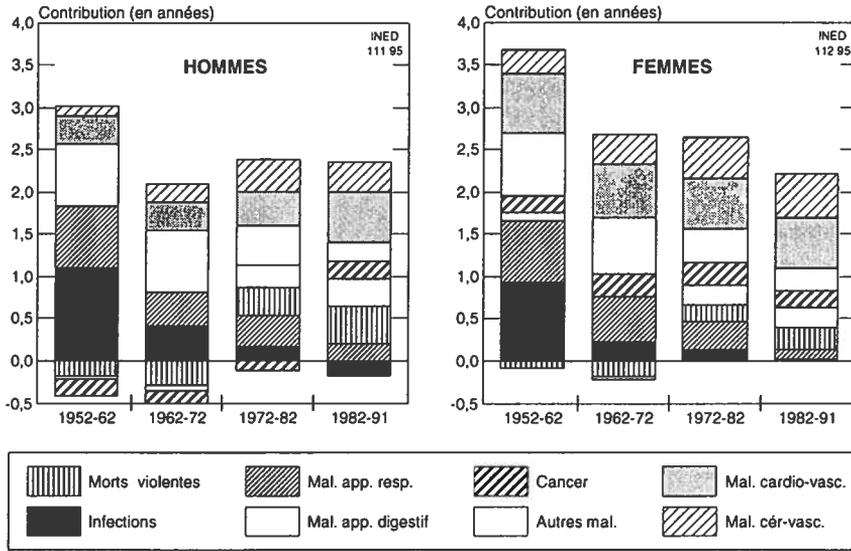
Ce recul de la mortalité concerne aussi bien les « vieux-vieux » (75 ans et plus) que les « jeunes vieux » (60-74 ans). Chez les femmes en particulier, les gains de vie moyenne enregistrés au cours de la dernière période d'observation (1982-1992) sont imputables pour 26 % à celles de 60-74 ans, mais pour 44 % à celles de 75 ans et plus.

Conséquence : « La multiplication du nombre de grands vieillards va se poursuivre, sous l'effet de l'accroissement des probabilités de survie. Dans les conditions de mortalité de 1950, la moitié des hommes et les deux tiers des femmes âgés de 60 ans étaient encore en vie à 75 ans. En 1990, ces proportions s'élèvent à 66 et 84 %. Le nombre de centenaires, qui a presque quadruplé depuis 1970, devrait encore être multiplié par cinq d'ici à l'an 2020, dépassant alors largement 20 000². »

Comment expliquer ces progrès ? Les principaux facteurs ont été d'abord le recul spectaculaire des maladies infectieuses, ininterrompu depuis Pasteur, puis, tout récemment, celui des maladies cardio-vasculaires.

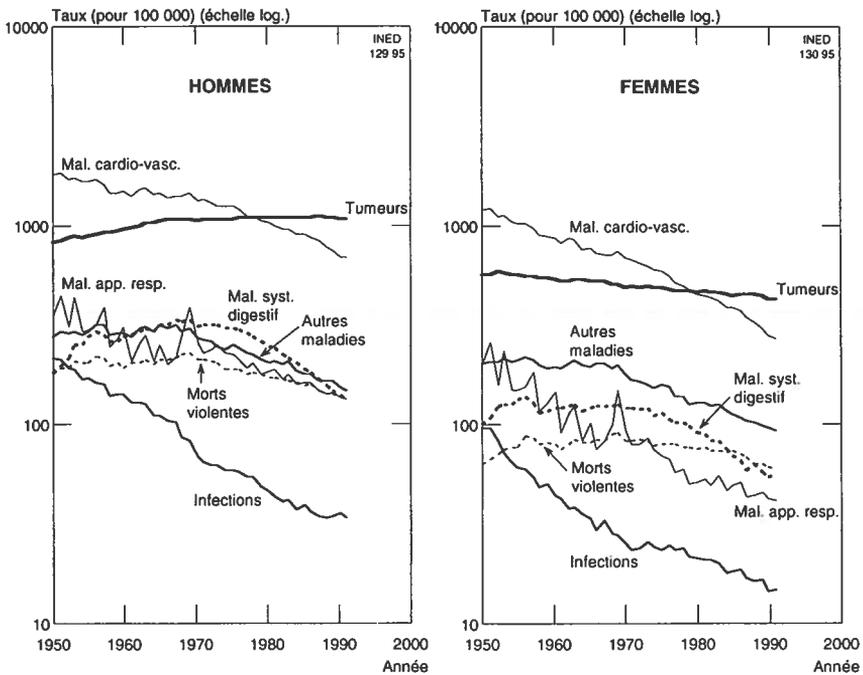
Dans le groupe d'âge 60-74 ans, la principale cause de décès est maintenant constituée par les tumeurs, dont l'incidence dépasse nettement, depuis quinze ans, celle des maladies cardio-vasculaires.

Figure 4 : Contributions de grands groupes de causes aux variations de l'espérance de vie à la naissance dans les quatre dernières décennies



Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 31.

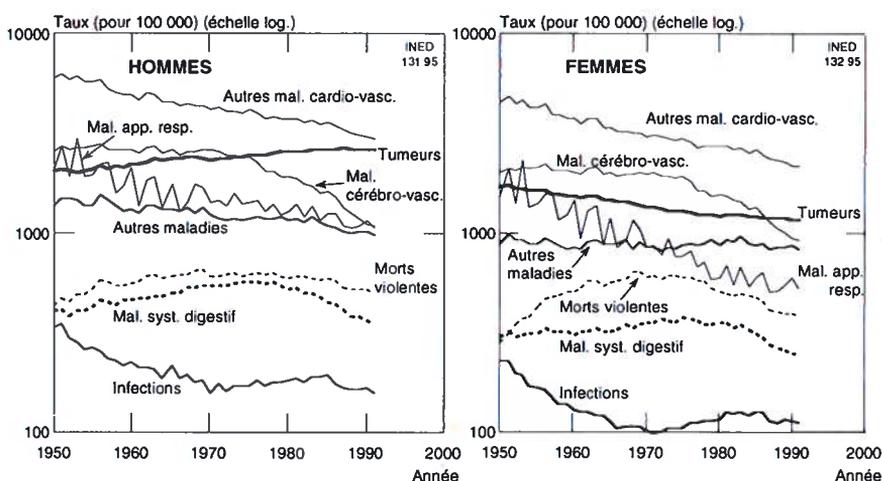
Figure 5 : Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 60-74 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe



Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 49.

Au contraire, chez les personnes de 75 ans et plus, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui prédominent, suivies par les tumeurs, puis par les affections cérébro-vasculaires.

Figure 6 : Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à plus de 75 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe



Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 52.

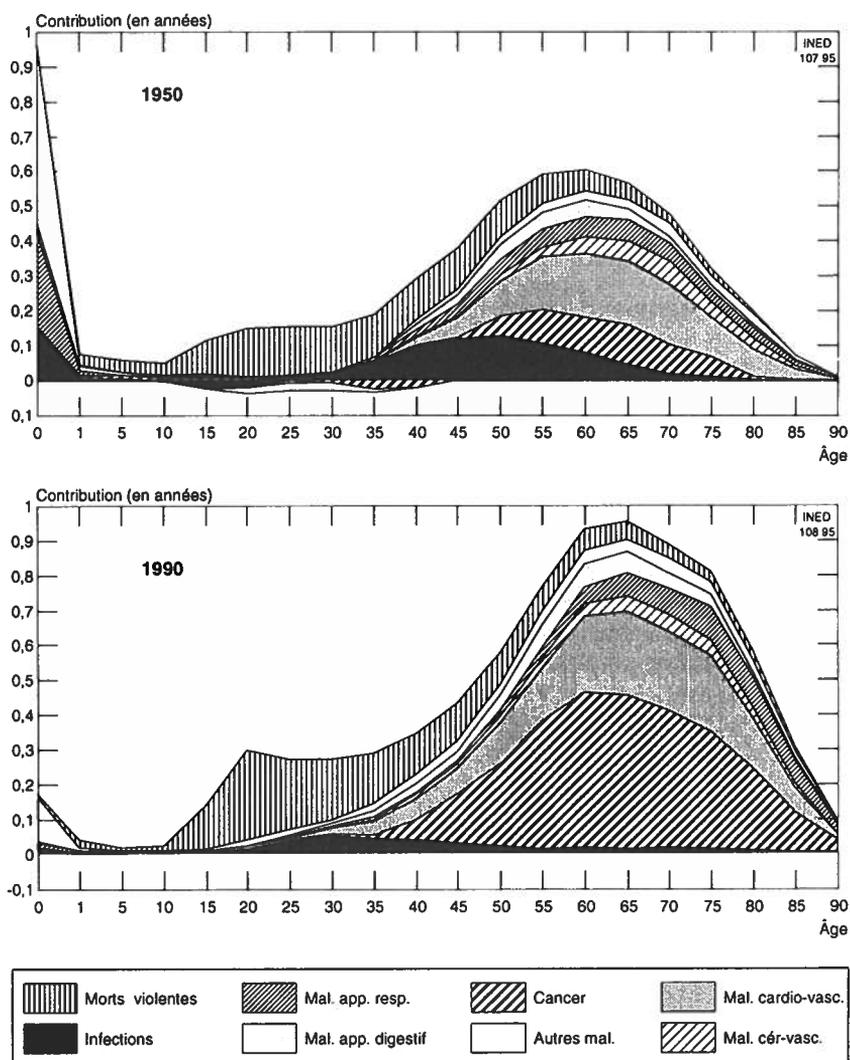
Notons que la mortalité par tumeur tend à diminuer chez les femmes, mais progresse chez les hommes, ce qui explique en grande partie la différence de mortalité entre les deux sexes à 60 ans et plus.

En effet, nous ne pouvons nous laisser aller à un optimisme béat, car il subsiste d'importants écarts, qui tendent même à s'aggraver entre sexes, entre groupes sociaux et entre régions.

Entre hommes et femmes, l'écart d'espérance de vie a considérablement augmenté depuis le début du siècle, passant de 3,6 à 8,1 ans (+ 125 %). Il tend aujourd'hui à se stabiliser, mais l'aggravation de la mortalité chez les hommes de 20 à 35 ans – du fait des accidents de la route et du sida – annule les effets attendus du progrès de la médecine. Même à 60 ans, l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes est de 5,2 ans, l'avantage des femmes étant de 26 % (en 1900, il était de 1,2 an ; en 1950, de 3 ans ; en 1963, de 4 ans). C'est presque un record international³.

Entre catégories socioprofessionnelles, l'écart n'augmente guère ; il ne se réduit pas non plus. Entre 60 et 75 ans, les risques de décès sont beaucoup plus forts chez les anciens manœuvres (46 %) ou salariés agricoles (43,6 %) que chez les anciens cadres supérieurs ou instituteurs (27,1 %), chez les professeurs (26,9 %) et ingénieurs (24 %). Entre 75 et 90 ans, on retrouve le même classement (manœuvres : 91,6 %, instituteurs : 81,3 %). Ces écarts s'expliquent essentiellement par l'ensemble des conditions de vie, qui influent sur la consommation d'alcool et de tabac.

Figure 7 : Contributions par âges des grands groupes de causes de décès à la différence d'espérance de vie entre les sexes, en 1990

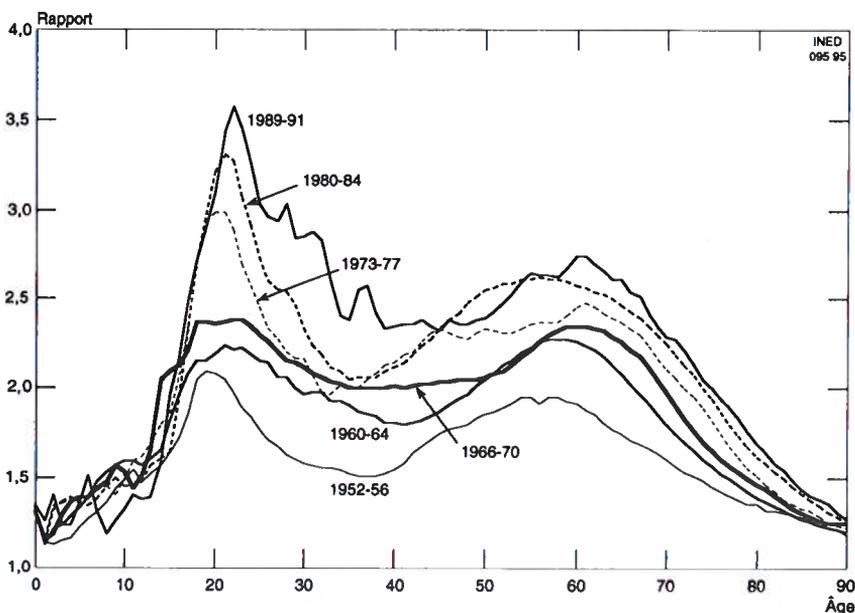


Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 56.

Entre départements, au contraire, les différences s'atténuent, mais elles restent fortes, opposant une France de l'Ouest, du Nord et de l'Est à haute mortalité et une France du Centre et du Sud à longévité plus grande. L'écart d'espérance de vie entre départements extrêmes atteignait encore 4,5 ans en 1989-1991.

Comme l'écrit Jacques Vallin⁴, « le temps où l'on pouvait croire que la mise en place de systèmes de prise en charge collective du financement des actes médicaux pouvait suffire à égaliser les chances est révolu. Le progrès médical, s'il donne à tous de meilleures chances de survie, n'en est pas moins source d'aggravation des inégalités ».

Figure 8 : Évolution du rapport de surmortalité masculine selon les tables de l'Insee centrées sur les recensements



Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 54.

II. 120 ANS, CE BEL ÂGE ?

En 1952, Jean Bourgeois-Pichat⁵, cherchant à construire une table de « mortalité biologique limite », introduisait la distinction fondamentale entre mortalité exogène (résultant d'accidents au sens le plus large du terme) et mortalité endogène (fonction des défaillances de l'organisme). Usant d'une image géologique très parlante, il comparait la mortalité à un terrain composé de deux roches inégalement friables : « L'action de l'érosion s'exerce d'abord sur la roche tendre, mettant à nu le profil de la roche dure. » Dans ce cadre conceptuel, il estimait que les limites de la durée de vie moyenne ne pourraient excéder 76,3 ans pour les hommes, et 78,2 ans pour les femmes.

En 1971, Omran énonce une théorie dite « de la transition épidémiologique », distinguant trois âges par lesquels passeraient toutes les sociétés :

- l'âge de la peste et de la famine, avec une espérance de vie n'atteignant pas 30 ans ;
- l'âge du recul des maladies infectieuses, où la durée moyenne de la vie s'élève jusqu'à 50 ans et plus ;
- l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société, où la mortalité se stabilise à un bas niveau.

Effectivement, au cours des années 60, l'espérance de vie ne progressera presque plus : entre 1961 et 1969, elle resta, chez les Français, voisine de 67,5 ans ; et chez les Françaises, comprise entre 74,3 et 75,1.

Or, à la surprise générale, les progrès reprirent à partir de 1970 : en 1979, on

atteignit 70,1 pour les hommes et 78,2 pour les femmes, c'est-à-dire le niveau du plafond que Jean Bourgeois-Pichat leur avait assigné en 1952 ! Celui-ci dut admettre que la « roche dure » avait été entamée et proposa d'attribuer à chacun des deux sexes de nouvelles limites : 80,5 pour les femmes, mais seulement 73,8 pour les hommes, au lieu de 76,3 d'après les calculs de 1952. C'était admettre que « le niveau de la roche dure s'était élevé pour les hommes, et s'était effondré pour les femmes » ! Résultat aberrant, qui ne pouvait s'expliquer qu'en remettant en question le contenu de ce qu'il désignait comme mortalité endogène.

D'autant plus que, dans les années 80, l'espérance de vie, bien loin de se stabiliser, continue à augmenter, d'environ 3 mois par an, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. En 1994, les premiers atteignirent presque le plafond qui leur avait été assigné en 1978, et les secondes le crevèrent. Du coup, l'Insee, qui, cette année-là, élaborait de nouvelles projections de population, se contenta, pour la mortalité, d'extrapoler les tendances observées depuis 1970, ce qui la conduisit à prévoir, pour l'an 2050, une espérance de vie de 82,2 ans pour les hommes et 90,4 pour les femmes⁶.

Cette perspective est-elle réaliste ? Deux thèses s'affrontent. Selon l'une⁷, la durée maximale de la vie humaine n'aurait guère changé depuis la préhistoire ; ce serait seulement l'espérance de vie, c'est-à-dire la durée moyenne de la vie humaine, qui se serait allongée, se rapprochant peu à peu de la limite biologique, elle-même infranchissable. Ainsi, la courbe de survie, qui ressemblait vaguement à un triangle, a pris peu à peu la forme d'un rectangle, ou plutôt d'un trapèze rectangle, terminé à droite par un côté oblique, de plus en plus pentu avec les progrès médicaux. Cependant, même en admettant que le décrochement puisse être repoussé jusqu'à 75 ans, l'on ne pourrait jamais dépasser 85 ans d'espérance de vie⁸, et le champ des progrès possibles serait assez restreint.

Pour d'autres auteurs⁹, on en serait déjà à la quatrième étape de la transition sanitaire : le contrôle du processus intrinsèque de dégradation de l'organisme. Ils font observer que la durée maximale de la vie humaine, que P. Vincent avait évaluée à 107 ans en 1951¹⁰, et Françoise Depoid à 115 ans en 1973¹¹, a été portée à 121 par le record historique de Jeanne Calment. Cela fait espérer aux biologistes les plus optimistes¹² une espérance de vie de 150 ans pour le milieu du siècle prochain.

Le problème, bien entendu, est celui de la maîtrise du processus de vieillissement, qu'on observe bien, mais qu'on comprend toujours mal. Évidemment, une percée scientifique sur ce terrain aurait des conséquences qui défient l'imagination.

En tout état de cause, le vieillissement de la population est désormais inéluctable : les sexagénaires de l'an 2050 sont déjà nés, et ils seront légion. Une reprise éventuelle de la natalité ne pourrait le freiner que tardivement, trop tard maintenant, après les redoutables échéances qui s'annoncent pour le premier quart du XXI^e siècle.

Au-delà de ce vieillissement « démographique », arrêtons-nous un instant sur le problème du vieillissement « biologique » : l'âge s'accompagnant souvent d'une dégradation de l'état de santé, « l'inquiétude est grande quant aux perspectives d'évolution de la santé des populations qui pourraient résulter des prochains gains d'espérance de vie. Le sujet est d'autant plus chaud que les enjeux politiques, économiques, sociaux, financiers sont importants. Et, là aussi, des thèses opposées s'affrontent » (J. Vallin).

Pour les pessimistes, repousser le moment du décès ne ferait que renforcer la fréquence des états chroniques les plus sévères. On a même parlé de « pandémie des troubles mentaux, maladies chroniques et incapacités¹³ ».

Pour les optimistes, l'espérance de vie sans incapacité progresse aussi vite que l'espérance de vie totale. En particulier, les tenants de la thèse de la limite biologique soutiennent que la « compression de la mortalité » (c'est-à-dire la rectangularisation de la courbe de survie) s'accompagne nécessairement d'une « compression de la morbidité » : les progrès de l'espérance de vie butant contre un maximum biologique infranchissable, une part de plus en plus grande des résultats du progrès sanitaire tiendrait à l'amélioration de la qualité de vie aux grands âges, la morbidité se trouvant ainsi « compressée » et réduite à sa plus simple expression.

Enfin, une théorie dite « de l'équilibre dynamique » prévoit un partage égal entre les progrès sur la durée de vie et ceux sur la qualité des années vécues, ce qui entraînerait une sorte de statu quo de l'état de santé de la population¹⁴.

En tout état de cause, les progrès de la longévité vont entraîner un bouleversement relatif du poids des classes d'âge : en France, la proportion des personnes du troisième âge (60 ans et plus) par rapport à celles d'âge actif (20-59 ans) est aujourd'hui de 37,2 % ; elle devrait atteindre 48,4 % dès 2015, et passera probablement à 75-80 % au milieu du siècle prochain. Cela se traduira nécessairement par une rupture d'équilibre du système des transferts entre générations, en particulier de celui des transferts publics ■

Notes :

1. J. Vallin, « Espérance de vie : quelle quantité pour quelle qualité de vie ? », papier présenté au Congrès européen de démographie, Milan, 4-8 septembre 1995, p. 3.
2. Source : 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, p. 29.
3. Entre 60 et 75 ans, les risques de décès sont de 33,2 % pour les hommes, de 15,5 % pour les femmes. Entre 75 et 90 ans, respectivement de 81,1 % et 66 %. Pour l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes, voici quelques comparaisons (1992) : 5,4 en Suède ; 5,8 au Japon ; 6,5 en Allemagne ; 7,1 aux États-Unis ; 7,4 au Royaume-Uni ; 10,5 en Russie.
4. J. Vallin, *op.cit.*, p. 13.
5. J. Bourgeois-Pichat, « Essai sur la mortalité biologique de l'homme », *Population*, 7, 3, mai-juin 1952, p. 381-394.
6. Plus prudents, les experts des Nations unies proposent, pour la France de 2050, des chiffres bien inférieurs : 79,1 et 85,6.
7. James Fries, « Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, 1982, p. 130-135. S. Jay, S. Olshansky et Brian A. Ault, « The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition : the Age of Delayed Degenerative Diseases », *The Milbank Quarterly*, vol. 64, 3, 1986, p. 355-391.

8. *81,3 pour les hommes et 87,1 pour les femmes, selon Bernard Benjamin*, « *The Span of Life* », *Journal of the Institute of the Actuaries*, vol. 109, 1982, p. 319-340.
9. *R. G. Rogers et R. Hackenberg*, « *Extending Epidemiologic Transition Theory* », *Social Biology*, vol. 34, 1987, p. 234-243.
10. *P. Vincent*, « *La mortalité des vieillards* », *Population*, 6, 2, avril-juin 1951, p. 181-204.
11. *F. Depoid*, « *La mortalité des grands vieillards* », *Population*, 28, 4-5, juillet-octobre 1973, p. 755-792.
12. *Roy Walford*, *Maximum Life Span*, New York, Avon, 1984.
13. *K. G. Kramer*, « *The Rising of Pandemie of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities* », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 62, 1980, suppl. n° 285, p. 282-297.
14. *Kenneth G. Manton*, « *New Biotechnologies and The Limits to Life Expectancy* », in *W. Lutz (éd.)*, *Future Demographic Trends in Europe and North America*, New York, Academic Press, 1991, p. 97-115.

VIE ET SANTE PROGRESSENT DE CONCERT

MOTS CLEFS : *état de santé* • *évolution* • *incapacités* • *maladies* • *vieillesse* •

De 1981 à 1991, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en France de 2,5 ans. En même temps, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de 3 ans pour le sexe masculin et de 2,7 ans pour le sexe féminin. Ces observations montrent que, contrairement aux craintes souvent formulées d'« épidémie des incapacités » ou d'« expansion de la morbidité », la forte hausse de l'espérance de vie, au cours des dix dernières années en France, s'est accompagnée d'une « compression de la morbidité ». Dans l'étude présentée ici nous explorons les causes et les mécanismes de cette évolution favorable.

L'appréciation globale de l'état de santé des populations et de son évolution s'est longtemps appuyée sur deux instruments purement démographiques : l'espérance de vie à la naissance et les taux de mortalité infantiles. Ces derniers sont aujourd'hui très faibles dans les pays développés, et n'ont plus de ce fait qu'une incidence négligeable sur le devenir de chacune des générations. Demeure la certitude d'un accroissement continu et important de la proportion et surtout du nombre des personnes âgées et très âgées, dû au passage d'un régime démographique dominé par la mortalité infantile à un autre caractérisé par une longévité importante. Cette nouvelle phase de la chute de la mortalité a fait l'objet de théories contradictoires sur l'évolution de l'état de santé des populations. Aujourd'hui, le développement des grandes maladies dégénératives est mieux connu. En particulier, on commence à mettre en relation l'évolution favorable de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires avec la diminution de l'exposition aux facteurs de risque des générations successives. Cependant, on ne sait pas encore avec certitude si à cet effet sur la mortalité s'associe aussi une réduction de l'incidence des maladies chroniques, de leur gravité, et en particulier une diminution des incapacités associées. Ce contexte explique la mise au point et l'essor d'indicateurs visant à prendre en compte simultanément la quantité et la qualité des années vécues. L'objectif essentiel est de savoir si la chute de la mortalité s'accompagne d'une amélioration ou au contraire d'une dégradation de l'état de santé des populations. Il est clair que l'analyse de l'espérance de vie ne suffit pas à répondre à ces questions.

* *Chargé de mission, département de la démographie, Insee.*

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

I. L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ (EVSI)

Parmi les différents indicateurs proposés, les espérances de santé, dont l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), semblent les plus prometteurs. Aujourd'hui, un premier calcul a été effectué dans plus d'une trentaine de pays et des séries chronologiques (comprenant au minimum deux calculs séparés dans le temps) existent déjà dans une dizaine de pays, dont la France. La plupart de ces calculs ont été effectués avec la méthode proposée par Sullivan, en 1971, qui permet d'obtenir très facilement une estimation de la valeur recherchée.

L'hypothèse de base du calcul de l'EVSI est que la qualité de la vie dépend en grande partie de la capacité à fonctionner normalement dans la vie quotidienne : indépendance physique pour les actes élémentaires, l'exercice de l'activité principale, etc.

Au recensement de 1990, 1,7 % des hommes et 1,8 % des femmes vivaient en collectivité (RP, 1990), dont une bonne partie vraisemblablement pour des raisons de santé (personnes hospitalisées, personnes vivant en maison de retraite ou en hospice, etc.). Cette proportion n'a que faiblement évolué depuis le recensement précédent, les principaux changements étant dus à la politique de maintien ou de retour à domicile, notamment pour les malades mentaux. S'il y a de ce fait un biais dans les résultats présentés ci-après, il est de faible ampleur, et conduit plutôt à majorer l'évolution de la proportion des personnes vivant à domicile en incapacité.

II. LES PREMIERS RÉSULTATS FRANÇAIS : UN OPTIMISME APPAREMMENT FONDÉ

En dix ans, de 1981 à 1991, l'EVSI à la naissance a augmenté de 3 ans pour le sexe masculin et de 2,7 ans pour le sexe féminin (*voir tableau 1*). Si seule la mortalité avait changé au cours de ces dix années, l'EVSI n'aurait augmenté respectivement que de 1,5 et 1,3 an. En conséquence, le solde, soit la moitié de la hausse, est imputable au recul de l'incapacité (*voir tableau 2*).

Ces premiers résultats sont apparus très favorables, car ils faisaient ressortir que, contrairement aux craintes de Kramer, tout le gain d'EV au cours de la décennie (soit 2,5 ans) était constitué d'années sans incapacités, c'est-à-dire dans un état de santé acceptable. En même temps, ils ont surpris, car les résultats étrangers existant depuis vingt ans donnaient une EVSI stable, voire parfois déclinante (Robine *et al.*, 1991).

Or une confrontation aux informations les plus récentes conforte ces résultats :

- premièrement, les estimations menées par des méthodes et des indicateurs différents conduisent au même constat d'amélioration, notamment pour les personnes âgées (Mizrahi, 1994) ;
- deuxièmement, le sentiment des médecins traitants est clair : l'état de santé des personnes âgées s'est nettement amélioré depuis quelques décennies ;

– enfin, une revue bibliographique des publications consacrées à l'enquête « Santé » permanente des Américains suggère un tournant positif dans l'évolution de l'état de santé, daté du début des années 80.

III. CIRCONSTANCES ET RAISONS DE CETTE AMÉLIORATION

1. L'évolution de la prévalence de l'incapacité

Dans la population vivant à domicile, la diminution de la prévalence de l'incapacité en dix ans s'est concentrée aux âges moyens ou élevés. Chez les hommes, elle chute de 1980 à 1991 à partir de 50 ans, et évolue peu aux âges jeunes (*voir graphique 1*). Chez les femmes, on observe cette chute à partir de 60 ans ; avant 50 ans, chez les plus jeunes, on constate au contraire une hausse significative (*voir graphique 2*).

On peut avancer deux mécanismes, d'ailleurs non exclusifs, pour expliquer ce déclin des incapacités : la diminution de la prévalence par âge des maladies chroniques incapacitantes, ou la diminution de la fréquence de l'incapacité associée à ces maladies.

La première hypothèse serait imputable pour l'essentiel à une amélioration des conditions d'existence permettant de prévenir ou de retarder l'apparition des maladies chroniques à travers la gestion des risques de santé (y compris les actions de santé publique). Si elle était vérifiée, elle contribuerait à démentir la crainte souvent avancée que l'amointrissement du processus de sélection naturelle accroisse la proportion de personnes fragiles.

La seconde met beaucoup plus clairement en jeu les progrès de la maîtrise médicale des affections de long terme dont les conséquences seraient moins lourdes pour des individus peut-être mieux armés mais surtout mieux assistés : guérison quelquefois, mais sans doute plus largement traitements d'entretien, prothèses, actes chirurgicaux, rééducation, etc.

Les enquêtes sur la santé apportent des éclairages précieux sur ces deux points.

2. L'évolution de la prévalence des principales maladies incapacitantes

Pour cette analyse, nous avons retenu les maladies chroniques potentiellement incapacitantes selon la classification internationale des maladies, que nous avons regroupées en 13 postes, et dont les prévalences sont indiquées au tableau 3.

Entre 1980 et 1991, la prévalence des principales maladies chroniques augmente en général seulement après 60 ou 70 ans. C'est notamment vrai pour les affections les plus fréquentes, maladies cardio-vasculaires et ostéo-articulaires. Seules exceptions pour les deux sexes, les maladies respiratoires, qui connaissent une diminution à tout âge, sauf pour les enfants et adolescents, chez qui la prévalence de l'asthme augmente fortement (*voir graphique 3 pour les hommes*),

et les traumatismes (décroissance sensible au-delà de 60 ans pour les femmes comme pour les hommes).

Cette concentration des hausses aux âges élevés suggère l'hypothèse qu'en 1980, par rapport à 1991, il y avait – en particulier pour les plus âgés – sous-diagnostic (sous-dépistage), sous-prise en charge, sous-information (que ce soit l'information communiquée par le médecin traitant ou acquise ailleurs), et enfin sous-déclaration. Toutes choses qui conduisent à dissocier les évolutions de la prévalence « réelle » et de la prévalence déclarée à l'enquête. Catherine Sermet (1994) a bien montré le caractère illusoire et inaccessible de la mesure de la morbidité « réelle ». La conséquence est qu'il est difficile d'apprécier dans quelle mesure les hausses de prévalence observées sont des dégradations de la réalité ou des améliorations des connaissances (*voir encadré et graphique 4*).

La prise en compte simultanée des 13 catégories de maladies « potentiellement incapacitantes » retenues montre que la proportion des individus de chaque sexe porteurs d'au moins une de ces maladies chroniques n'augmente guère entre 1980 et 1991, si on excepte les deux derniers groupes d'âge (au-delà de 70 ans) et les enfants. On constate même une légère diminution chez les jeunes adultes, entre 40 et 50 ans pour les hommes, et de 30 à 50 ans pour les femmes (*voir graphique 5 pour les femmes*). En revanche, le nombre de catégories de maladies déclarées par les personnes souffrant d'au moins une d'entre elles a sensiblement augmenté aux âges élevés, toujours pour les deux sexes (*voir graphique 6 pour les femmes*).

3. L'évolution des relations entre maladies incapacitantes et incapacité

Les régressions logistiques montrent que, toutes choses étant égales par ailleurs, c'est-à-dire l'âge et la présence ou non d'autres maladies « potentiellement incapacitantes », les hommes ont plus souvent des incapacités en 1991 qu'en 1980 quand ils ont une maladie des yeux. Par contre, ils ont moins souvent des incapacités en 1991 quand ils ont une maladie du système nerveux, une maladie cardio-vasculaire, une atteinte ostéo-articulaire ou un traumatisme. Pour les autres groupes, les intervalles de confiance se chevauchent (*voir graphique 7*) et l'évolution n'est donc pas significative.

Les résultats sont presque identiques pour les femmes, la seule différence notable étant que les maladies mentales (dont la prévalence a fortement augmenté) sont plus incapacitantes en 1991 (*voir graphique 8*).

Globalement, pour chaque sexe, la tendance dominante est celle d'une diminution de la gravité des maladies, au sens où leur présence entraîne moins souvent une incapacité.

4. L'effet de l'âge et son évolution

Enfin, les graphiques représentant l'effet de l'âge (une fois qu'on a éliminé celui des maladies) montrent qu'il s'atténue entre 1980 et 1991, à partir de la soixan-

taine pour les hommes et à tout âge pour les femmes, même s'il demeure croissant (*voir graphiques 9 et 10*).

L'effet de l'âge, observé transversalement, peut comporter deux éléments : l'un représentant l'effet du vieillissement et l'autre correspondant à un effet de génération.

Une partie des diminutions enregistrées tient probablement à un effet de génération. La sous-déclaration des maladies pour les générations les plus anciennes aurait conduit à imputer par défaut au vieillissement en 1980 des choses désormais imputées (sur la base d'une meilleure déclaration) aux maladies incapacitantes en 1991. En somme, il y aurait d'abord un biais lié à la meilleure déclaration des maladies (*voir annexe 1*).

Mais on peut se demander s'il n'y a pas, aussi, une réduction de l'effet du vieillissement proprement dit. L'amélioration des conditions d'existence, la réduction des agressions et des risques encourus, la densification de la prévention, en améliorant la résistance aux maladies, ralentiraient l'action « naturelle » du vieillissement. On ne sait pas bien ce qu'est le vieillissement « naturel », mais, au minimum, il pourrait y avoir reculé du vieillissement précoce. La courbe des coefficients par âge pour les femmes ne croît plus en 1991 que de façon très modérée de 20 à 70 ans ! Comme si le principal effet de l'âge dans cette période était la survenue de maladies bien identifiées.

Symétriquement, le transfert sur les coefficients « maladie » d'une part des coefficients « âge » constitue un biais qui les accroît artificiellement de 1980 à 1991. La diminution constatée et décrite ci-dessus doit donc être interprétée comme le signe d'une évolution encore plus franchement favorable.

IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

En conclusion à cette première exploration des causes et des mécanismes de la hausse de l'EVSJ constatée en France entre 1981 et 1991, on peut dire tout d'abord qu'elle s'explique à part égale par la chute de la mortalité et par la chute de l'incapacité.

Cette dernière est concentrée aux âges élevés, là où justement la prévalence de l'incapacité est la plus forte. Elle ne peut être imputée à une moindre prévalence des maladies chroniques invalidantes déclarées, car c'est précisément aux âges élevés qu'on constate une augmentation de celles-ci. En revanche, en 1991, les maladies chroniques les plus fréquentes (maladies cardio-vasculaires et ostéo-articulaires) sont moins invalidantes qu'en 1980.

Si on pouvait être sûr que la morbidité déclarée ait évolué comme la morbidité réelle, ces résultats tendraient à confirmer la théorie de l'équilibre dynamique de Manton. Selon cette théorie, la hausse de l'espérance de vie serait en partie expliquée par un ralentissement de la vitesse de développement des maladies chroniques, dû notamment à une meilleure prise en charge médicale. Ainsi, la préva-

lence des maladies chroniques augmenterait avec la chute de la mortalité, mais les états prévalents seraient en moyenne moins sévères, moins incapacitants.

Mais on ne peut écarter l'hypothèse que la propension à déclarer les maladies ait significativement augmenté entre 1980 et 1991 – essentiellement pour les formes les moins graves – et que la prévalence « réelle » des maladies chroniques soit restée stable, voire que celle des formes les plus graves ait décliné.

Quoi qu'il en soit, ces résultats ne supportent aucune des hypothèses sous-jacentes des théories de pandémie ou d'expansion de la morbidité, à savoir qu'un amoindrissement du processus de sélection naturelle accroîtrait la fragilité des populations ■

Remerciements : cette étude, menée en collaboration avec Jean-Marie Robine (Inserm, Montpellier) et Catherine Sermet (Credes), a été également publiée sous une forme voisine dans la dernière édition de *Données sociales*, « Vie et santé s'allongent : un effet conjoint de meilleures conditions d'existence et des progrès médicaux ? ».

Bibliographie

- KRAMER, M. (1980), « The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62 (suppl. 285), p. 282-297.
- MIZRAHI, Andrée, MIZRAHI, Arié (1994), *L'Évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies*, Credes, biblio n° 1027.
- MANTON, K. G. (1982), « Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population », *The Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, vol. 60, p. 183-244.
- ROBINE, J. M., BUCQUET, D., RITCHIE, K. (1991), « L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : 20 ans de calcul », *Cahiers québécois de démographie*, 20 (2), p. 205-235.
- ROBINE, J. M., MORMICHE, P. (1993), « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, n° 281.
- SERMET, C. (1994), « De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée, 1980-1991 », SESI, *Santé-Solidarité*, n° 1, janvier-mars 1994, Paris.
- WILSON, R. W., DRURY, T. F. (1984), « Interpreting Trends in Illness and Disability : Health Statistics and Health Status », *Annual Review of Public Health*, n° 5, p. 83-106.

Annexe 1

Sources de biais dans l'estimation des incapacités

La plupart des grandes enquêtes sur la santé des populations se font par interview d'un échantillon représentatif de la population étudiée. Leurs résultats reposent donc en définitive sur la connaissance qu'ont les personnes de leur état de santé ou de celui de leurs proches. Les maladies déclarées, ou dépistées par les équipes de contrôle et chiffrement de l'enquête au vu des traitements déclarés, ne représentent qu'une part de la morbidité totale.

Or les connaissances médicales des Français, leur attention aux problèmes de santé, la fréquence de leurs recours aux médecins et le volume des informations qu'ils en retirent sur leur propre état, tous ces éléments ont fortement progressé dans les dernières décen-

nies. De ce fait, l'évolution de la morbidité « déclarée » est biaisée vis-à-vis de l'évolution « réelle » : l'écart (l'ignorance) séparant les deux se réduit au cours du temps.

Les données des enquêtes décennales confirment cette analyse : ce sont les formes les moins graves, donc les moins perceptibles, de chaque maladie qui augmentent le plus vite ; d'autre part, l'accroissement a été particulièrement net pour les tranches d'âge les plus élevées, où les générations remplaçantes sont à la fois plus « médicalisées » et plus éduquées.

De leur côté, les Américains ont pu effectuer pendant quelques années une enquête par examen médical (la NHES) et en comparer les résultats avec leur enquête santé permanente par interview (la NHIS). Comme l'a montré l'étude de Wilson et Drury (1984) sur des maladies bien déterminées (diabète, hypertension...), les hausses déclarées que mesurait la seconde source n'étaient en réalité qu'un rattrapage des taux diagnostiqués selon la première ■

Annexe 2

Tableau 1
Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le niveau de sévérité de l'incapacité, France, 1981-1991

	1981		1991		Évolution
	Années	%	Années	%	Années
• <i>Sexe masculin</i>					
Espérance de vie	70,4	100	72,9	100	+ 2,5
dont : avec incapacité sévère	1,5		1,2		- 0,3
Espérance de vie sans incapacité sévère	68,9	97,9	71,7	98,4	+ 2,8
dont : avec incapacité modérée	8,1		7,9		- 0,2
Espérance de vie sans incapacité	60,8	86,4	63,8	87,5	+ 3
• <i>Sexe féminin</i>					
Espérance de vie	78,6	100	81,1	100	+ 2,5
dont : avec incapacité sévère	2,3		2,3		0
Espérance de vie sans incapacité sévère	76,3	97,1	78,8	97,2	+ 2,5
dont : avec incapacité modérée	10,4		10,3		- 0,1
Espérance de vie sans incapacité	65,9	83,8	68,5	84,5	+ 2,6

Source : Robine et Mormiche, 1993.

Tableau 2
Effets de la mortalité et de l'incapacité sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité

EVSI calculée avec...	... les taux de mortalité de :		En années
... les taux d'incapacité de :	1981	1991	Écart
1981	60,8	62,3	1,5
1991	62,2	63,8	
Écart	1,4		3

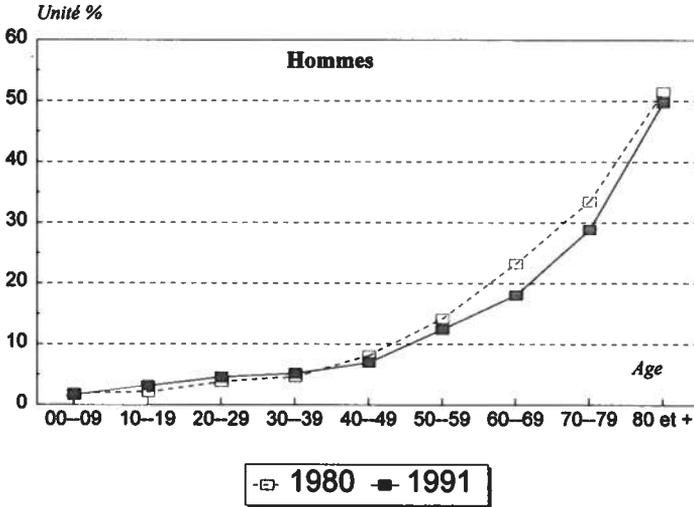
Source : Robine et Mormiche (1993).

Tableau 3
Prévalence de certaines maladies en 1980 et 1991, par sexe

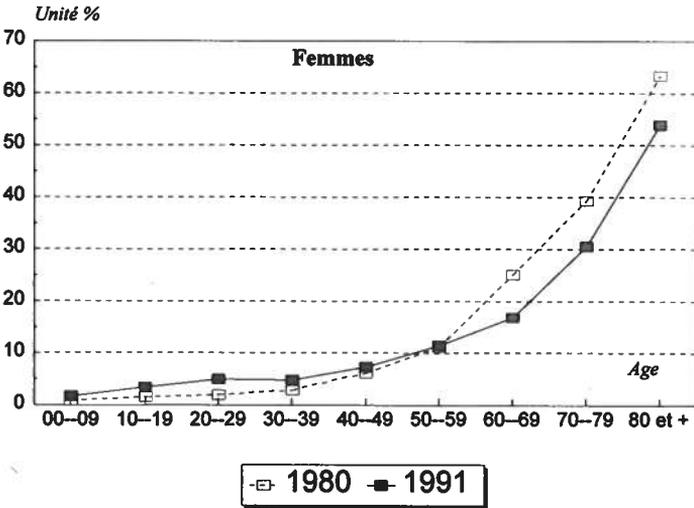
Prévalences en %			
Postes et sous-chapitres CIM 9 concernés	Année	Prévalence sexe masculin	Prévalence sexe féminin
Cancers	1980	0,55	1,06
	1991	1,35	1,88
Maladies endocrines (dont diabètes) et hémophilie	1980	2,49	2,12
	1991	2,57	2,26
Troubles mentaux	1980	2,48	4,89
	1991	3,09	6,80
Maladies du système nerveux	1980	0,95	0,97
	1991	1,25	1,26
Maladies oculaires	1980	2,57	3,76
	1991	3,91	5,46
Maladies auditives	1980	5,19	3,76
	1991	5,44	4,44
Maladies cardiaques	1980	3,28	2,89
	1991	4,27	3,90
Maladies cérébro-vasculaires	1980	0,84	1,21
	1991	1,40	2,13
Maladies des artères, veines et vaisseaux lymphatiques	1980	1,37	1,36
	1991	2,20	1,53
Maladies respiratoires	1980	6,88	4,93
	1991	6,32	4,26
Maladies ostéo-articulaires	1980	11,44	17,86
	1991	12,04	18,29
Traumatismes	1980	2,39	1,05
	1991	2,09	1,06
Divers	1980	4,21	6,06
	1991	3,85	4,67
Au moins une de ces maladies	1980	29,69	33,44
	1991	31,65	35,05
Nombre de types de maladies par malade	1980	1,50	1,55
	1991	1,57	1,65

Source : enquêtes Santé-soins médicaux de 1980 et 1991 (Insee-Credes).

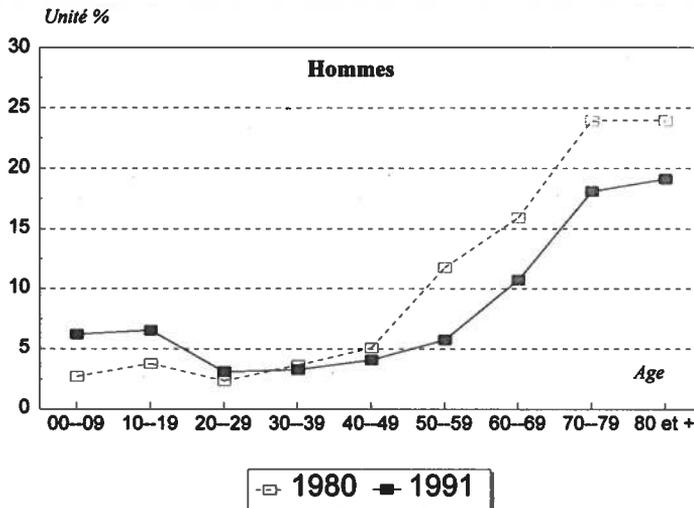
Graphique 1 : Évolution de l'incapacité de 1980 à 1991, sexe masculin



Graphique 2 : Évolution de l'incapacité de 1980 à 1991, sexe féminin

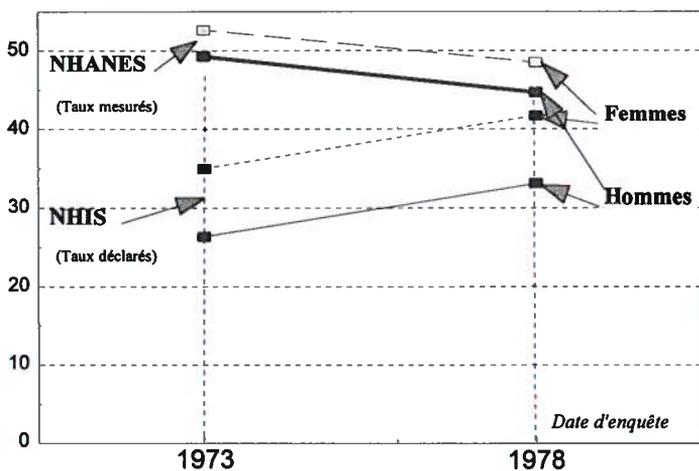


Graphique 3 : Évolution du taux de personnes ayant une maladie respiratoire (y compris asthme) de 1980 à 1991, sexe masculin



Graphique 4 : Évolutions comparées des déclarations et diagnostics d'hypertension (1973-1978)

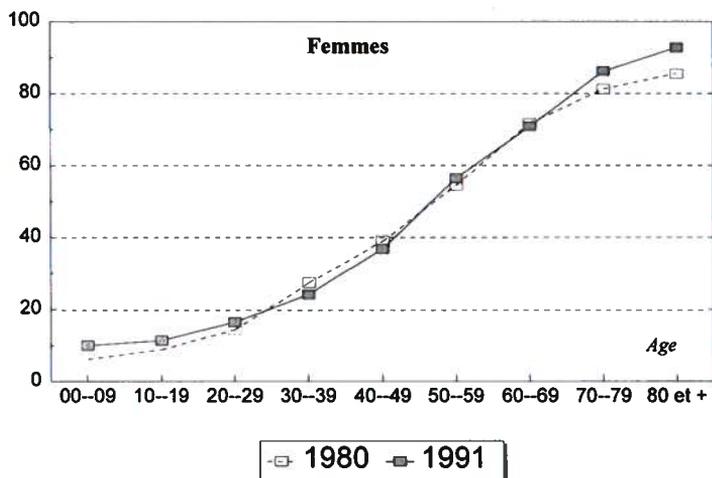
Prévalence, pourcentage



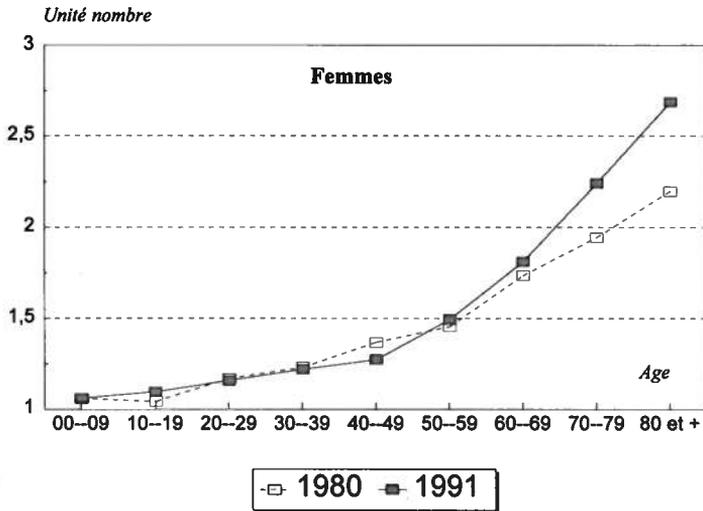
Selon l'étude de Wilson et Drury (1984)

Graphique 5 : Évolution du taux de personnes ayant au moins une maladie incapacitante de 1980 à 1991, sexe féminin

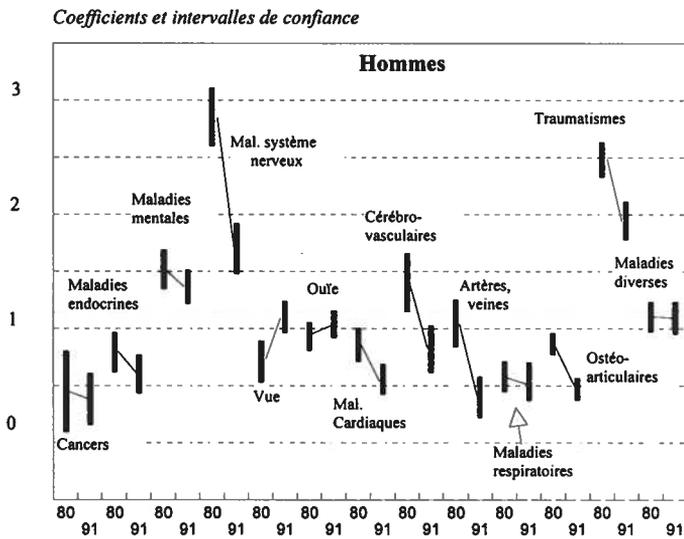
Unité %



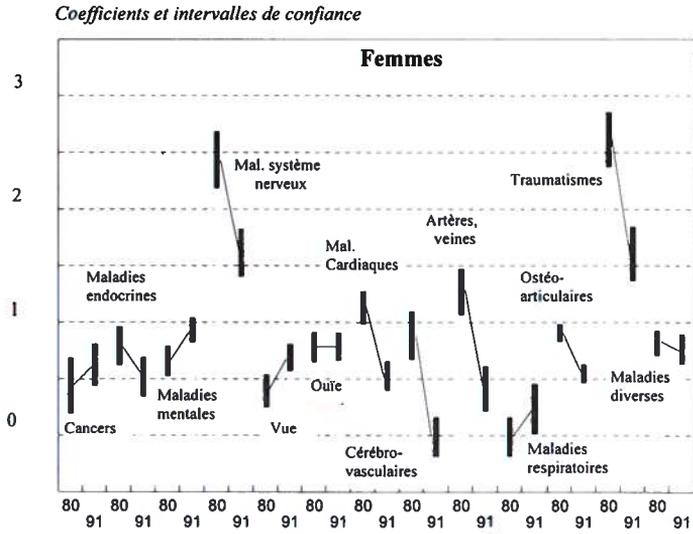
Graphique 6 : Évolution du nombre de maladies incapacitantes par personne en ayant au moins une, de 1980 à 1991, sexe féminin



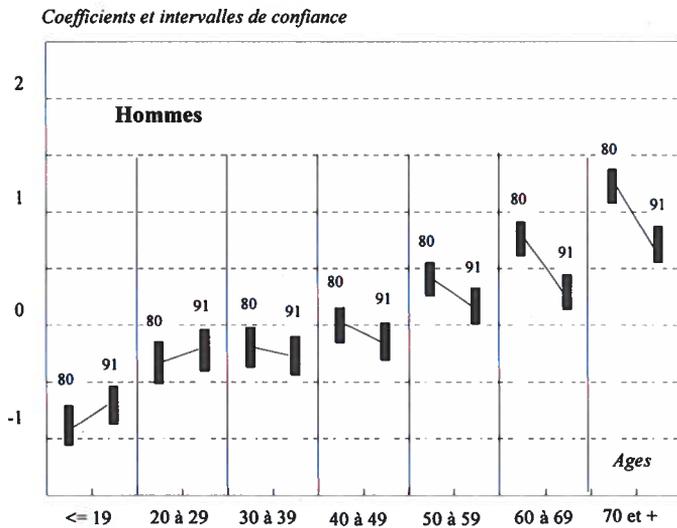
Graphique 7 : Évolution de l'influence des diverses maladies incapacitantes sur l'incapacité, à âge égal, de 1980 à 1991, pour les hommes



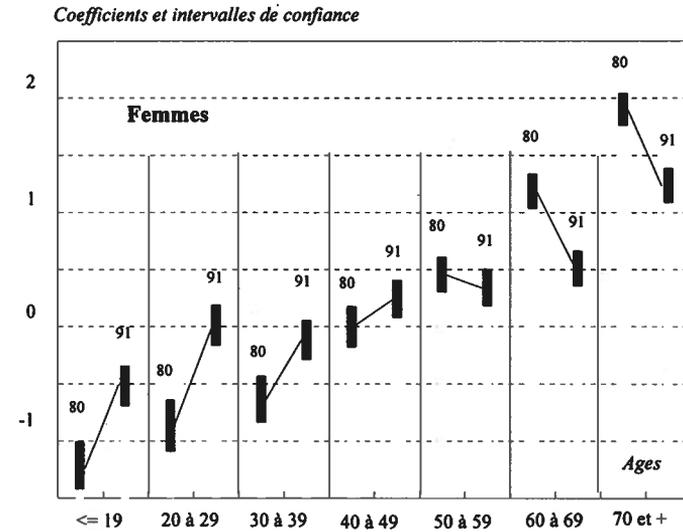
Graphique 8 : Évolution de l'influence des diverses maladies incapacitantes sur l'incapacité, à âge égal, de 1980 à 1991, pour les femmes



Graphique 9 : Évolution de l'influence de l'âge, à maladies incapacitantes identiques, sur l'incapacité, de 1980 à 1991, pour les hommes



Graphique 10 : Évolution de l'influence de l'âge, à maladies incapacitantes identiques, sur l'incapacité, de 1980 à 1991, pour les femmes



Les graphiques 7 à 10 présentent les résultats des régressions logistiques analysant l'effet des divers groupes de maladies incapacitantes, de l'âge et de la date d'enquête sur la présence d'une situation d'incapacité. Chaque coefficient indique le niveau de probabilité d'avoir une incapacité toutes choses étant égales par ailleurs (la présence d'autres maladies, ou l'âge), lorsqu'on a telle maladie, ou tel âge. On a en outre représenté l'intervalle de confiance de chaque estimation. Ainsi (voir graphique 7), de 1980 à 1991, pour les hommes, l'effet d'avoir une maladie endocrine sur la probabilité d'avoir une incapacité a décré (à âge identique), mais les intervalles de confiance se chevauchent, et le sens de l'évolution est donc en réalité incertain. En revanche, la décroissance pour les maladies ostéo-articulaires est statistiquement sûre : en effet, les intervalles de confiance ne se recouvrent pas ■

ESPERANCE DE SANTE :

concepts, théories et objectifs

MOTS CLEFS : *catégorie sociale* ■ *comparaison internationale* ■ *espérance de santé* ■ *espérance de vie sans incapacité* ■ *évolution dans le temps* ■ *revue* ■

Les définitions et les méthodes de calcul des espérances de vie en santé sont vues dans le contexte des théories sur l'évolution de l'état de santé des populations. L'auteur fait la synthèse des principales informations apportées par leur calcul : différences entre les sexes, comparaisons géographiques nationales et internationales, différences socio-économiques, causes d'incapacité et de désavantage, évolution au cours du temps, et nature des années vécues en incapacité. L'étude illustre l'utilité des espérances de santé pour les responsables des politiques de santé afin d'apprécier la qualité des années vécues, surveiller les inégalités face à la santé, allouer les ressources entre les différents programmes ou évaluer les politiques de santé. Aucune espérance de santé n'a permis à ce jour de comparer avec rigueur la situation de deux pays ; des choix devront être faits pour harmoniser ces indicateurs.

L'espérance de vie a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. Toutefois, cette évolution – *a priori* favorable – suscite des interrogations nouvelles quant à la qualité des années de vie gagnées, en particulier aux âges les plus élevés. On peut en effet se demander si les individus qui échappent désormais à la mort n'accumulent pas des incapacités, séquelles d'accidents ou conséquences de maladies chroniques. Le concept d'espérance de santé et en particulier celui d'espérance de vie sans incapacité (ou *active life expectancy*) se sont développés pour tenter de répondre à cette question. La hausse de l'espérance de vie a pendant longtemps attesté sans équivoque l'amélioration de l'état de santé des populations. Elle ne suffit plus aujourd'hui où les maladies chroniques ont remplacé ou remplacent progressivement les maladies infectieuses et où le risque de tomber malade se trouve en partie dissocié du risque de mourir (Riley, 1990). En l'absence

* *Démographe, responsable de l'équipe Inserm démographie et santé, Montpellier.*
Éditeur de l'article : *Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.*

de données pertinentes sur l'évolution de la morbidité, les relations qui peuvent exister entre l'évolution des différents risques ont fait l'objet d'un débat qui, petit à petit, s'est organisé autour de trois théories.

La théorie de la compression de la morbidité de Fries stipule que (a) si la période morbide est définie comme la période allant de l'apparition de l'incapacité chronique au décès, et (b) si le moment d'apparition d'un tel événement morbide peut être repoussé, et (c) si l'espérance de vie à l'âge adulte est relativement constante, alors (d) la morbidité sera compressée dans une période de temps plus courte (Fries, 1980, 1989).

Pour Gruenberg et Kramer, la chute de la mortalité est due à une diminution des taux de létalité des maladies chroniques et non à une réduction de leur incidence ou à un ralentissement de leur rythme de progression. En repoussant le moment du décès, on fait apparaître des états plus sévères des maladies chroniques. Il s'agit de la théorie de l'*expansion de la morbidité* (Gruenberg, 1977 ; Kramer, 1980 ; Olshansky *et al.*, 1991).

Pour Manton, qui a introduit le concept d'équilibre dynamique, la hausse de l'espérance de vie serait en partie expliquée par un ralentissement du rythme de progression des maladies chroniques. Ainsi, la prévalence augmente avec la chute de la mortalité, mais les états prévalents sont en moyenne moins sévères (Manton, 1982).

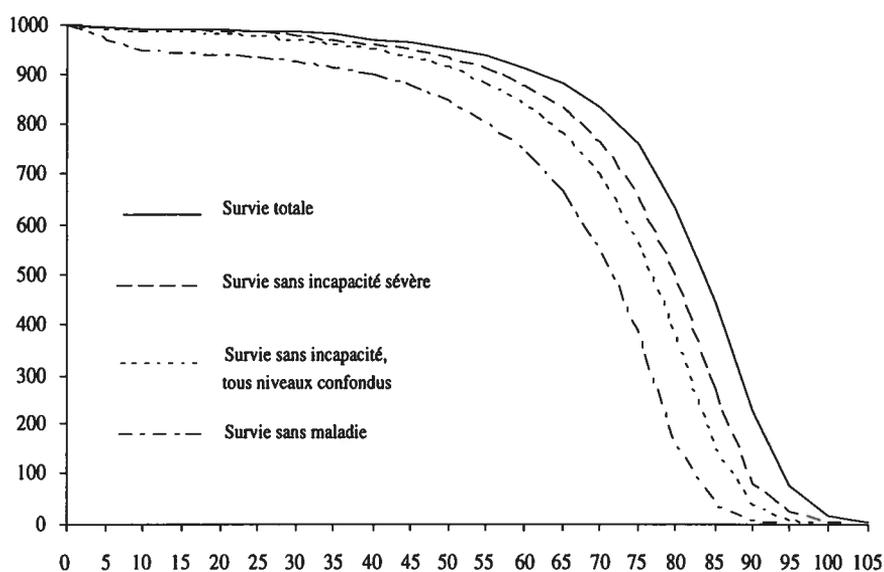
Ces trois théories font appel à des concepts supplémentaires, comme celui de la sévérité des états prévalents ou celui de l'incapacité. En effet, entre la mort et l'absence de toute gêne, les maladies chroniques ont des conséquences nombreuses et variées qui ont fait l'objet d'une classification internationale dès 1980 (WHO, 1980).

Cette classification a placé l'incapacité au centre de ces conséquences. L'incapacité est à la fois un indicateur de la sévérité des états morbides et un indicateur de la qualité des années vécues. Son introduction a permis d'enrichir considérablement les modèles de santé : aux risques de maladie s'ajoutent alors les risques d'incapacité (WHO, 1984). En distinguant des niveaux de sévérité, on peut mesurer des risques de dégradation ou d'amélioration de l'état fonctionnel.

L'utilisation du concept d'incapacité permet, d'abord, de définir avec rigueur des scénarios d'évolution de l'état de santé des populations correspondant aux trois théories résumées ci-dessus. Puis la décomposition de l'espérance de vie en années vécues avec ou sans incapacité fournit les outils nécessaires pour observer empiriquement lequel de ces scénarios se vérifie. Ainsi, la théorie de l'expansion de la morbidité correspond à des scénarios où la part des années vécues avec des incapacités augmente au sein de l'espérance de vie. La théorie de la compression de la morbidité se traduit par des scénarios où la part des années vécues avec des incapacités diminue au sein de l'espérance de vie. Enfin, prenant en compte des niveaux de sévérité de l'incapacité, la théorie de l'équilibre dynamique correspond à des scénarios où la part des années vécues avec des incapacités – tous niveaux confondus – augmente alors que la part des années vécues avec

des incapacités sévères stagne ou même diminue au sein de l'espérance de vie. La figure 1 permet de visualiser ces scénarios. Les aires sous les courbes représentent l'espérance de vie ainsi que les différentes espérances de santé (espérance de vie sans incapacité ou espérance de vie sans maladie). Les scénarios correspondent à des déplacements relatifs différents des courbes de survie.

Figure 1 : Les courbes de survie : totale, sans incapacité sévère, sans incapacité tous niveaux confondus et sans maladie



Source : d'après WHO (1984).

A notre connaissance, un premier calcul d'espérance de santé a été effectué pour 37 pays et des calculs répétés existent pour 10 d'entre eux (Reves, 1993 ; Robine *et al.*, 1994). Ces calculs concernent 18 des 25 pays à économie de marché développée : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, États-Unis d'Amérique, Espagne, Finlande, France, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse ; 3 des 47 pays les moins développés : Éthiopie, Mali et Birmanie ; 15 des 97 autres pays en voie de développement : Bahreïn, Chine, Égypte, Fidji, Indonésie, Jordanie, Koweït, Malaisie, Pakistan, Philippines, République de Corée, Sri Lanka, Taïwan, Thaïlande et Tunisie ; et 1 des 22 économies en transition : Bulgarie (*voir tableau 1*).

Toutefois, il est impossible de comparer directement ces espérances de santé, car les méthodes et les données utilisées sont très différentes d'un pays à l'autre (UN, 1990). Le réseau international de recherche Réseau espérance de vie en santé (Reves) a été constitué en 1989 afin, justement, de faciliter les comparaisons internationales en examinant les conditions d'une harmonisation des espérances de santé (Bone, 1992). Le réseau, qui rassemble la plupart des équipes

Tableau 1 : Les calculs d'espérance de santé dans le monde selon le niveau de développement économique

Niveau de développement	Pays pour lesquels des calculs ont été faits	
	n	%
PEMD (25)	18	72,0
PMD (47)	3	6,4
APD (97)	15	15,5
ET (22)	1	4,5

PEMD : pays à économie de marché développée ; PMD : pays les moins développés ; APD : autres pays en voie de développement ; ET : économies en transition.

Source : Robine *et al.* (1994).

travaillant sur ces questions, regroupe actuellement 166 chercheurs provenant de 109 instituts de recherche ou universités répartis dans 25 pays. Si l'harmonisation des concepts de santé (maladie, incapacité ou santé perçue) et des méthodes de calcul proprement dites constituent les premières étapes nécessaires pour permettre une comparaison internationale des espérances de santé, il faudra encore harmoniser d'autres points comme la sévérité des états de santé pris en compte, le protocole des enquêtes ou la formulation des questionnaires avant que les calculs soient strictement comparables.

I. LES PRINCIPALES ESPÉRANCES DE SANTÉ (DÉFINITION)

Les premiers indicateurs d'espérance de santé proposés ont été l'espérance de vie sans incapacité (Sullivan, 1971) et, plus particulièrement pour les personnes âgées, l'*active life expectancy* (Katz *et al.*, 1983). L'introduction des concepts de la classification internationale des handicaps (ICIDH ; WHO, 1980) permet de distinguer les espérances de vie avec ou sans déficience, les espérances de vie avec ou sans incapacité et les espérances de vie avec ou sans désavantage. Jusqu'à présent, les termes « espérance de vie sans incapacité » ont été le plus fréquemment utilisés, souvent sans aucune référence aux concepts de la classification de l'OMS (Robine et Michel, 1992).

La clarification des concepts et de la terminologie utilisés est très importante. Elle facilite la communication entre les scientifiques, au niveau national comme au niveau international, et permet une meilleure promotion de ces concepts auprès des responsables des politiques de santé et du public en général. Elle est le premier pas vers une harmonisation internationale des espérances de santé.

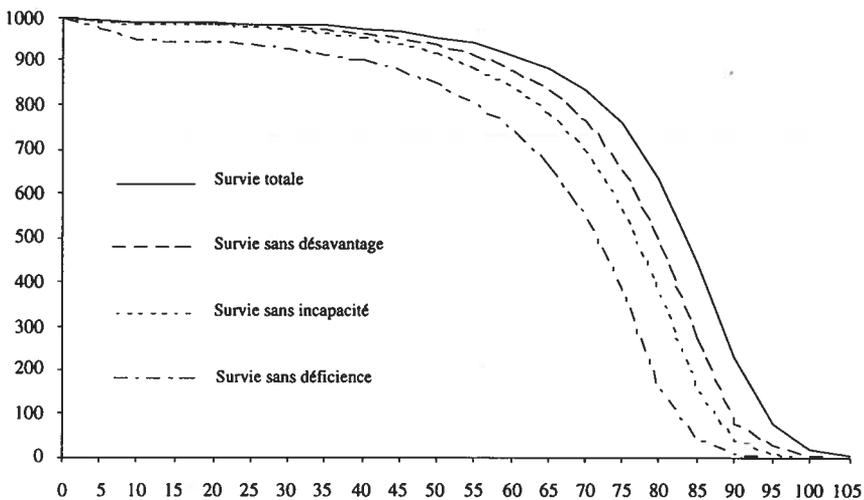
Le tableau 2 résume le système de classification actuellement utilisé par Reves (Robine *et al.*, 1994). Il généralise un premier système développé par le TNO Prevention and Health, aux Pays-Bas (Boshuizen et Van de Water, 1994), et est appelé à évoluer, en particulier sous l'effet de la révision actuellement en cours de la classification internationale des handicaps.

« Espérance de santé » ou « espérance de vie en santé » est une expression générique pour tous les indicateurs qui s'expriment en terme d'espérance de vie dans un état de santé défini. Ces indicateurs concernent aussi bien les états de santé « positifs » que « négatifs ». Ainsi, la somme d'une série complémentaire des espérances de santé doit toujours être égale à l'espérance de vie totale (Mathers *et al.*, 1994). Aujourd'hui, les calculs des espérances de santé visent à fournir des indications sur les conditions de mortalité et de santé du moment. La répétition des calculs devrait permettre d'apprécier l'évolution de ces conditions.

Selon les concepts de la classification internationale des maladies (WHO, 1992), l'espérance de vie avec ou sans maladie est le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre avec ou sans maladie si les conditions de mortalité et de morbidité du moment se maintiennent. Un exemple bien connu d'un tel indicateur est celui de l'espérance de vie avec ou sans démence sénile (Ritchie *et al.*, 1993).

Selon les concepts de la classification internationale des handicaps (WHO, 1980), on distingue l'espérance de vie avec ou sans déficience, l'espérance de vie avec ou sans incapacité et l'espérance de vie avec ou sans désavantage. La figure 2 illustre les trois concepts de l'OMS. L'espérance de vie avec un désavantage au sens général – représentée ici par la surface délimitée par la courbe de survie totale et la courbe de survie sans désavantage – est l'indicateur le plus proche des conséquences des accidents et des maladies chroniques dans la vie quotidienne. Heureusement, toutes les déficiences ne conduisent pas à une incapacité et toutes les incapacités ne conduisent pas à un désavantage dans la vie quotidienne.

Figure 2 : Les différentes courbes de survie théoriques, d'après le modèle OMS : déficiences, incapacités, désavantages calés sur la courbe de survie féminine, France, 1986-1988



Source : d'après C. Mathers (1991).

La classification internationale des handicaps distingue sept grandes dimensions du désavantage : les désavantages d'orientation, d'indépendance physique, de mobilité, d'occupation, d'intégration sociale, d'indépendance économique et les autres désavantages. De la même façon, on distingue les espérances de vie avec ou sans désavantage d'indépendance physique, de mobilité, d'occupations, etc.

Selon les recommandations du comité de Reves sur l'harmonisation conceptuelle (Chamie, 1990), on distingue parmi l'espérance de vie sans incapacité au sens de la classification internationale des handicaps, l'espérance de vie avec ou sans limitation fonctionnelle, le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre avec ou sans limitation fonctionnelle, et l'espérance de vie avec ou sans restriction d'activité, le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre avec ou sans restriction d'activité.

Selon Katz *et al.* (1983), l'*active life expectancy* mesure le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre sans avoir besoin d'aide pour réaliser toute une série d'activités élémentaires de la vie quotidienne dites *activities of daily living* (ADL), si les conditions de mortalité et d'incapacité du moment se maintiennent. L'*active life expectancy* est donc une espérance de vie sans désavantage d'indépendance physique au sens de la classification internationale des handicaps. Ce calcul peut être étendu aux besoins d'aide pour réaliser toute une série d'activités complémentaires dites *instrumental activities of daily living* (IADL).

Tableau 2 : Système de classification des espérances de santé développé par Reves, 1995

Concepts	Espérances de vie
• CIM 10 <i>Maladie</i>	Avec ou sans maladie <i>ex</i> : avec ou sans démence
• CIH <i>Déficiência</i>	Avec ou sans déficiencia
<i>Incapacité</i>	Avec ou sans limitation fonctionnelle Avec ou sans restriction d'activité
<i>Désavantage</i>	Avec ou sans désavantage Avec ou sans désavantage d'indépendance physique <i>ex</i> : espérance de vie indépendante Avec ou sans désavantage de mobilité Avec ou sans désavantage d'occupation Avec ou sans autre désavantage
<i>Santé perçue</i>	En bonne santé/en mauvaise santé
<i>Ajusté sur la santé</i>	Ajustée sur la santé

Source : d'après Robine *et al.* (1994).

Enfin, il faut distinguer les espérances de santé perçue (ou espérances de vie en santé perçue) et les espérances de vie ajustée sur la santé. « Espérance de santé perçue » est une expression générique pour toutes les espérances de santé construites avec des données sur l'état de santé perçu. Ainsi l'espérance de vie en bonne santé est le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre dans la partie favorable de la distribution des états de santé perçue (généralement selon une échelle de la forme très bon/bon/ni bon, ni mauvais/mauvais/très mauvais). « Espérance de vie ajustée sur la santé » recouvre toutes les espérances de vie pondérées par la valeur « sociale » accordée aux différents états de santé dans lesquels les années sont vécues. Les poids utilisés vont généralement de zéro, pour la mort, à l'unité pour la santé parfaite (Mathers *et al.*, 1994).

II. LES MÉTHODES DE CALCUL

Il existe trois méthodes de calcul pour les espérances de vie sans incapacité : la méthode des tables à prévalence observée (Sullivan, 1971) ; la méthode des tables à double extinction (Katz *et al.*, 1983); et la méthode des tables multi-état (Rogers *et al.*, 1989).

Le principal avantage de la méthode des tables à prévalence observée (ou méthode de Sullivan) tient à la collecte séparée des données de mortalité et d'incapacité. Les données de mortalité proviennent de tables de mortalité standards et les données sur la prévalence de l'incapacité proviennent d'enquêtes transversales indépendantes. Toutefois, l'indicateur obtenu n'est pas vraiment un indicateur du moment, car la prévalence du moment est approximée par la prévalence observée dans l'enquête.

Le principal avantage de la méthode des tables à double extinction est qu'elle fournit réellement un indicateur du moment à partir de données qui ne sont pas trop difficiles à collecter. Toutefois, la méthode suppose que l'incapacité étudiée soit irréversible ou que la récupération des fonctions perdues soit négligeable.

La méthode des tables multi-état fournit un indicateur du moment qui prend en compte la réversibilité des états d'incapacité. Toutefois, les données nécessaires pour le calcul sont très rares, car difficiles et coûteuses à collecter.

La plupart des calculs d'espérance de santé effectués à ce jour ont été obtenus avec la méthode des tables à prévalence observée. Cette méthode peut fournir un indicateur fort utile tant que ses limites sont bien comprises (Robine et Mathers, 1993).

III. QUELQUES RÉSULTATS

Bien que la plupart des études montrent que les espérances de vie sans incapacité ou sans désavantage sont, comme l'espérance de vie, plus élevées pour les femmes que pour les hommes, elles soulignent aussi que le nombre et la part des années vécues en mauvaise santé sont plus grands pour les femmes (voir *tableau 3*).

Tableau 3 : Espérance de vie avec ou sans désavantage dans les pays d'économie de marché développée, à la naissance

Pays	Sexe masculin				Sexe féminin			
	EV	EVSD	EVAD	% EV	EV	EVSD	EVAD	%EV
France, 1991	72,9	63,8	9,1	12,5	81,1	68,5	12,6	15,5
Pays-Bas, 1991-92	74,2	61,4	12,8	17,3	80,2	63,5	16,7	20,8
Royaume-Uni, 1991	73,2	59,9	13,3	18,2	78,7	63,0	15,7	19,9

EV : espérance de vie ; EVSD : espérance de vie sans désavantage ; EVAD : espérance de vie avec désavantage ; % EV : EVAD/EV*100. Classement Reves.

Source : Robine et Mormiche (1993) ; Boshuizen et Van de Water, H.P.A. (1994) ; Bone, Bebbington et Nicholas (1994).

Plusieurs pays ont fait des calculs selon différents critères géographiques, mais, pour l'instant, aucune conclusion générale ne se dégage de ces travaux. Par contre, tous les calculs d'espérance de santé par variables socio-économiques, désormais nombreux (en Belgique, au Canada, en Finlande, aux Pays-Bas et en Suède), montrent que non seulement les plus pauvres, les moins éduqués vivent moins longtemps mais aussi qu'ils vivent une bien plus grande partie de leur vie avec des incapacités ou un désavantage.

Cela a été observé dès 1983 par Wilkins et Adams, qui montraient que les Canadiens les plus pauvres vivaient non seulement moins longtemps (6,3 ans de différence) que les plus riches et passaient une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé, mais encore qu'ils connaissaient le plus grand nombre d'années vécues en mauvaise santé (8 ans de différence avec les hommes les plus riches), aboutissant à un écart de 14,3 ans en terme d'espérance de vie sans incapacité entre les hommes les plus pauvres et les plus riches (voir tableau 4).

Tableau 4 : Espérance de vie avec ou sans incapacité par niveau de revenu, au Canada, en 1978, à la naissance

Niveaux de revenu	Sexe masculin				Sexe féminin			
	EV	EVSI	EVI	% EV	EV	EVSI	EVI	% EV
Le plus bas	67,1	50,0	17,1	25,5	76,6	59,9	16,7	21,8
Le deuxième	70,1	57,9	12,2	17,4	77,6	61,8	15,8	20,4
Le troisième	70,9	61,1	9,8	13,8	78,5	64,3	14,2	18,1
Le quatrième	72,0	62,6	9,4	13,1	79,0	63,5	15,5	19,6
Le plus élevé	73,4	64,3	9,1	12,4	79,4	67,5	11,9	15,0

EV : espérance de vie ; EVSI : espérance de vie sans incapacité ; EVI : espérance de vie avec incapacité ; % EV : EVI/EV*100.

Source : Wilkins et Adams (1983).

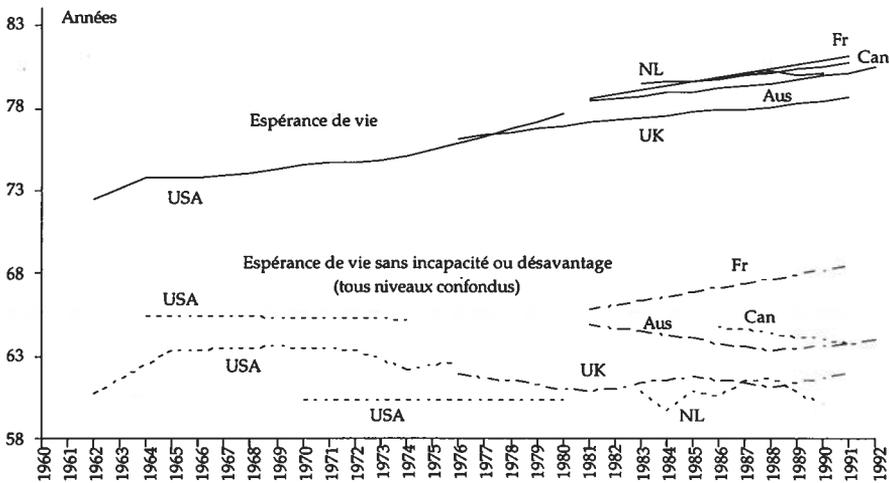
Le calcul des gains théoriques d'espérance de vie sans incapacité par élimination des principales pathologies permet de classer ces dernières selon l'effet de leur suppression à la fois sur la mortalité et sur la mauvaise santé. De tels calculs ont été effectués à notre connaissance en Australie, au Canada, aux États-Unis,

aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Ils montrent que la suppression des troubles de la locomotion, des maladies ostéo-articulaires ou des accidents aurait un effet considérable sur l'espérance de vie sans incapacité. Ces causes se classent en effet aux premiers rangs avec les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Ils soulignent également le poids important des troubles sensoriels et des maladies mentales.

IV. L'ÉVOLUTION AU COURS DU TEMPS

Il existe maintenant plusieurs séries d'espérance de santé qui, juxtaposées, couvrent une période de trente années. Si les différentes mesures d'incapacité utilisées ne permettent pas de comparer à un moment donné les pays entre eux, en revanche, pour chaque pays, la répétition des mêmes mesures permet des comparaisons au cours du temps. On peut ainsi décrire les tendances de l'espérance de vie sans incapacité en Australie, au Canada, aux États-Unis, en France, au Japon, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. L'espérance de vie à la naissance a fortement augmenté dans ces pays au cours des trois dernières décennies, alors que, globalement, la valeur de l'espérance de vie sans incapacité – tous niveaux confondus – semble y avoir stagné (voir figure 3).

Figure 3 : Espérance de vie sans incapacité ou sans désavantage, tous niveaux confondus, sexe féminin à la naissance, comparaison internationale de 1962 à 1992

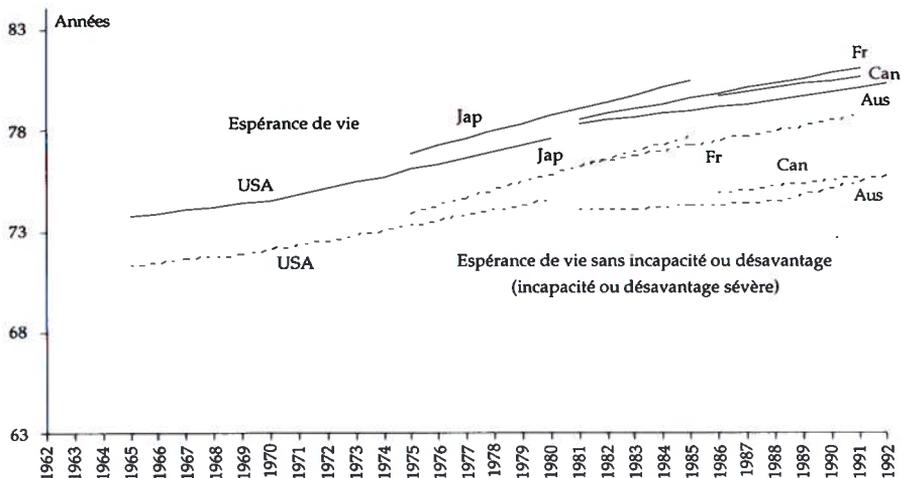


Source : Colvez et Blanchet (1983) ; Dillard (1983) ; Crimmins *et al.* (1989) ; McKinlay *et al.* (1989) ; Mathers (1991, 1994) ; Boshuizen *et al.* (1992) ; Perenboom *et al.* (1993) ; Robine et Mormiche (1993) ; Bone *et al.* (1994) ; Wilkins *et al.* (1994).

Dans le détail, l'étude française de 1981-1991 indique une forte augmentation de l'espérance de vie sans incapacité alors que l'étude canadienne de 1986-1991 semble montrer, au contraire, une nette dégradation de l'espérance de vie sans

incapacité. Ces deux dernières séries ne sont formées que de deux points, alors que l'allure des séries britanniques ou néerlandaises constituées de plus de points invitent à plus de prudence dans l'interprétation ; les valeurs fluctuent sans suivre une tendance déterminée. En Australie, la série 1981-1988 indiquait une dégradation de l'espérance de vie sans incapacité, ce qu'infirmait le nouveau point de 1992. L'analyse détaillée des résultats montre que l'espérance de vie sans incapacité ou sans handicap sévère évolue parallèlement à l'espérance de vie totale dans les différents pays où le calcul a été fait : Australie, Canada, États-Unis, France ou Japon (voir figure 4).

Figure 4 : Espérance de vie sans incapacité ou sans désavantage sévère, sexe féminin à la naissance, comparaison internationale de 1965 à 1992



Source : Crimmins *et al.* (1989) ; Nanjo et Shigematsu (1987) ; Mathers (1994) ; Robine et Mormiche (1993) ; Wilkins *et al.* (1994).

Globalement, l'ensemble de ces résultats suggère donc une expansion de l'incapacité d'un niveau léger ou modéré, mais pas d'un niveau sévère ; ce qui correspond à la théorie de l'équilibre dynamique proposée par Manton, qui prévoyait qu'avec la chute de la mortalité la prévalence des maladies chroniques augmenterait mais que les états prévalents seraient en moyenne moins sévères. Les résultats discutés ici sont essentiellement les mêmes pour les hommes et pour les femmes, à 65 ans et à la naissance. Quel que soit le pays examiné, la hausse de l'espérance de vie dans les pays à économie de marché développée ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du temps vécu en incapacité ou avec des désavantages sévères.

Enfin, plusieurs études récentes, en France et en Angleterre, ont porté sur la nature des années d'incapacité (Jagger *et al.*, 1994 ; Bone *et al.*, 1995 ; Robine *et al.*, 1995).

CONCLUSION

Ces quelques résultats illustrent l'utilité des espérances de santé pour les responsables des politiques de santé, que ce soit pour apprécier la qualité des années vécues, surveiller les inégalités face à la santé (entre les sexes, entre les régions, entre les zones de résidence, ou entre les groupes sociaux), allouer les ressources entre les différents programmes (selon les gains potentiels) ou évaluer les politiques de santé.

Ils montrent aussi la très grande diversité des indicateurs potentiels de la qualité des années vécues. Malheureusement, aucune espérance de santé n'a permis à ce jour de comparer avec rigueur la situation de deux pays. Des choix devront être faits pour harmoniser ces indicateurs. Par exemple, l'utilisation de l'espérance de vie sans désavantage d'indépendance physique (*active life expectancy*) ou de l'espérance de vie sans démence semble particulièrement adaptée aux préoccupations actuelles pour apprécier la qualité des années vécues après 65 ans.

Au cours des dernières années, les calculs d'espérance de santé se sont multipliés. Le calcul proprement dit ne pose plus vraiment de problème. Les méthodes multi-état devront remplacer la méthode des tables à prévalence observée (méthode de Sullivan) au fur et à mesure que les données sur les transitions du moment deviendront disponibles. En attendant, la méthode de Sullivan fournit une estimation fort utile tant que ses limites sont bien comprises. Les principaux problèmes concernent la nature des données de morbidité qui sont utilisées et leur mode de recueil. Avant de pouvoir faire des comparaisons internationales, il faudra raisonnablement harmoniser – en plus des concepts de santé – le protocole des enquêtes (en incluant les populations vivant hors ménage ordinaire), la formulation des questionnaires et la sévérité des états de santé pris en compte dans les calculs.

Bien que les espérances de santé concernent d'abord les responsables des politiques nationales de santé, elles concernent aussi, depuis le traité de Maastricht, les responsables des politiques communautaires. Les rendre comparables au niveau international et en particulier européen augmenterait considérablement leur utilité. C'est ce à quoi s'emploie Euro-Reves, action concertée européenne (Biomed) pour l'harmonisation des espérances de santé en Europe (Euro-Reves, 1995), qui joint ses efforts à ceux de la Consultation européenne de l'OMS pour l'harmonisation des enquêtes santé (WHO-CBS, 1993) et à ceux de la DGV et d'Eurostat, pour développer un système d'information sanitaire harmonisé en Europe ■

Remerciements : à la Mire, qui a financé ce travail dans le cadre d'une convention ayant pour objet l'*Application des concepts de la classification internationale des handicaps aux calculs d'espérance de vie en santé*. A l'Academia Europaea (et sa section française), pour avoir pris l'initiative d'organiser, à Paris, les 4 et 5 décembre 1995, avec la Fédération française des sociétés d'assurances, ce premier colloque européen entièrement consacré à l'espérance de vie sans incapacité.

Bibliographie

- BEBBINGTON, A. C. (1991), « The Expectation of Life Without Disability in England and Wales : 1976-1988 », *Popul Trends*, 66, p. 26-29.
- BONE, M. R. (1992), « International Efforts to Measures Health Expectancy », *J. Epidemiology and Community Medicine*, 46, p. 555-558.
- BONE, M., BEBBINGTON, A., NICHOLAAS, G. (1994), *Pilot Study (1) on the Use of Healthy Life Expectancy Measures*, PSSRU Discussion paper 1047.
- BONE, M., BEBBINGTON, A., JAGGER, C., MORGAN, K., NICHOLAAS, G. (1995), *Health Expectancy and its Uses*, Londres, HMSO.
- BOSHUIZEN, H. C., PERENBOOM, R. J. M., VAN DE WATER, H. P. A. (1992), *Trends in Gezonde Levensverwachting in Nederland 1981-1990. Deel I : Resultaten, Deel II : Methodische Aspecten*, Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Publ. nr 92 098.
- BOSHUIZEN, H. C., VAN DE WATER, H. P. A. (1994), *An International Comparison of Health Expectancies*, TNO Health Research, TNO-PG, 94.046, ISBN 90-6743-329-2.
- CHAMIE, M. (1990), *Report of the Sub-Committee on Conceptual Harmonization*, Reves paper n°41.
- COLVEZ, A., BLANCHET, M. (1983), « Potential Gains in Life Expectancy Free of Disability : A Tool for Health Planning », *Intern J. Epidem*, 12, p. 224-229.
- CRIMMINS, E. M., SAITO, Y., INGENGERI, D. (1989), « Changes in Life Expectancy and Disability-free Life Expectancy in the United States », *Popul Dev Rev*, 5, p. 235-267.
- DILLARD, S. (1983), *Durée ou qualité de la vie ?*, Montréal, Les Publications du Québec, 70.
- EURO-REVES (1995), Newsletter n° 1 et 2.
- FRIES, J. F. (1980), « Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity », *N. Engl. J. Med.*, 303, p. 130-135.
- FRIES, J. F. (1989), « The Compression of Morbidity : Near or Far ? », *Milbank Memorial Fund Q.*, 67, p. 208-232.
- GRUENBERG, E. M. (1977), « The Failures of Success », *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, 55, p. 3-24.
- JAGGER, C., MORGAN, K., CLARKE, M., RAYMOND, N. (1994), *Pilot Study (2) on the Use of Healthy Active Life Expectancy Measures*, Report to the Department of Health, University of Leicester and University of Nottingham.
- KATZ, S., BRANCH, L. G., BRANSON, M. H., PAPSIDERO, J. A., BECK, J. C., GREER, D. S. (1983), « Active Life Expectancy », *N. Engl. J. Med.*, 309, p. 1218-1224.
- KRAMER, M. (1980), « The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62 (suppl. 285), p. 282-297.
- MANTON, K. G. (1982), « Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population », *Milbank Memorial Foundation Q./Health Soc*, 60, p. 183-244.
- MATHERS, C. D. (1991), *Health Expectancies in Australia 1981 and 1988*, Canberra, Australian Institute of Health, AGPS.
- MATHERS, C., ROBINE, J. M., WILKINS, R. (1994), « Health Expectancy Indicators : Recommendations for Terminology », in Mathers, C. D., McCallum, J., Robine, J. M (éd.), *Advances in Health Expectancies*, Australian Institute of Health and Welfare, AGPS, Canberra.
- MATHERS, C. D. (1994), « Health Expectancies in Australia 1993 : Preliminary Results », in Mathers, C. D., McCallum, J., Robine, J. M. (éd.), *Advances in Health Expectancies*, Australian Institute of Health and Welfare, AGPS, Canberra.
- MCKINLAY, J. B., MCKINLAY, S. M., BEAGLEHOLE, R. (1989), « A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States », *Int. J. Health Serv.*, 19, p. 181-208.
- NANJO, Z., SHIGEMATSU, T. (1987), *Population Association of Japan*.
- OLSHANSKY, S. J., RUDBERG, M. A., CARNES, B. A., CASSEL, C. K., BRODY, J. A. (1991), « Trading off Longer Life for Worsening Health : The Expansion of Morbidity Hypothesis », *J. Aging Health*, 3, p.194-216.
- PERENBOOM, R. J. M., BOSHUIZEN, H. C., VAN DE WATER, H. P. A. (1993), *Trends in Health Expectancies in the Netherlands, 1981-1990. in Calculation of Health Expectancies : Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, John Libbey Eurotext.
- REVES (1993), *Statistical World Yearbook « Health Expectancy »*, Paris, Éd. Inserm, ISBN 2 85598 591 9.
- RILEY, J. C. (1990), « The Risk of Being Sick : Morbidity Trends in Four Countries », *Population and Development Review*, 16 (3), p. 403-432.

- RITCHIE, K., JAGGER, C., BRAYNE, C., LETENNEUR, L. (1993), « Dementia-Free Life Expectancy : Preliminary Calculations for France and the United Kingdom », in Robine, J. M., Mathers, C. D, Bone, M. R., Romieu, I. (éd.), *Calculation of Health Expectancies : Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, Paris, John Libbey Eurotext, p. 233-244.
- ROBINE, J. M., MICHEL, J. P. (1992), *Towards International Harmonization of Health Expectancy Indices*, Reves paper n° 86.
- ROBINE, J. M., MATHERS, C., (1993), *Measuring the Compression or Expansion of Morbidity Through Changes in Health Expectancy*, in *Calculation of Health Expectancies : Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, John Libbey Eurotext.
- ROBINE, J. M., MORMICHE, P. (1993), « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, 281, p. 1-4.
- ROBINE, J. M., ROMIEU, I., CAMBOIS, E. (1995), *Espérances de santé pour la population âgée de 65 ans et plus : application des concepts de la classification internationale des handicaps aux calculs d'espérance de santé : France, début des années 1990*, rapport final de la convention Mire, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé, Montpellier.
- ROBINE, J. M., ROMIEU, I., CAMBOIS, E., VAN DE WATER, H. P. A., BOSHUIZEN, H. C., JAGGER, C. (1994), *Global Assessment in Positive Health : Contribution of the Network on Health Expectancy and the Disability Process to World Health Report 1995 « Bridging the Gaps »*, Reves, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé, Montpellier.
- ROGERS, A., ROGERS, R. G., BRANCH, L. G. (1989), « A Multistate Analysis of Active Life Expectancy », *Public Health Rep.*, 104, p. 222-225.
- SULLIVAN, D. F. (1971), « A Single Index of Mortality and Morbidity », *HSMHA Health Rep.*, 86, p. 347-354.
- UNITED NATIONS (1990), *Disability Statistics Compendium*, ST/ESA/STAT/Ser. Y/4, UN.
- WILKINS, R., ADAMS, O. B. (1983), « Health Expectancy in Canada, Late 1970s : Demographic, Regional, and Social Dimensions », *Am J. Public Health*, 73, p. 1073-1080.
- WILKINS, R., CHEN, J., NG, E. (1994), « Change in Health Expectancy in Canada. from 1986 to 1991 », in Mathers, C. D, McCallum, J., Robine, J. M. (éd.), *Advances in Health Expectancies*, Australian Institute of Health and Welfare, AGPS, Canberra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980), *Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva, WHO. Traduction française : *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, PUF, 1988.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1984), *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly : Report of a WHO Scientific Group on Epidemiology of Aging*, Technical Report Series 706, Genève, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth Revision*, Genève, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, NETHERLANDS CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (1993), *Third Consultation to Develop Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys*, NCBS.

DE L'ESPERANCE A LA QUALITE DE LA VIE

MOTS CLEFS : *espérance de vie sans incapacité* ■ *évaluation économique* ■ *indicateurs* ■ *qualité de vie* ■ *santé publique* ■

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et la qualité de vie sont deux notions qui font l'objet de nombreuses recherches. Les indicateurs correspondants peuvent être considérés comme concurrents ou complémentaires dans la définition des priorités de santé publique. Le premier point de vue est présent dans le rapport sur « La Santé en France », du Haut Comité de la santé publique. C'est le second que défend cet article. Dans une première partie est exposée la demande sociale d'indicateurs pour l'évaluation en santé, tant du point de vue clinique que du point de vue de la santé publique ou de la gestion du système de santé. La seconde partie analyse quelques travaux sur la qualité de vie, notamment dans le cadre d'un programme de recherche mené à l'université de Grenoble, qui mettent en évidence les divergences auxquelles conduit le recours à l'un ou l'autre des indicateurs, pour conclure sur leur complémentarité.

L'espérance de vie sans incapacité est un concept et un indicateur qui intéressent l'économiste dans le cadre de sa contribution à un processus d'aide à la décision. Elle constitue l'une des possibilités offertes de la mesure du résultat que l'on met au numérateur d'un ratio coût-efficacité. Elle ajoute à une mesure quantitative qu'est la durée de vie une dimension qualitative, l'incapacité. On peut alors faire des rapprochements avec les recherches menées sur l'intégration de la qualité de vie comme critère de décision. Ce champ donne lieu actuellement à un grand nombre d'investigations en économie comme dans beaucoup d'autres disciplines. L'association entre espérance de vie et qualité de vie est notamment présente dans la problématique des QALY (*quality adjusted life years*). Le rapport *La Santé en France* (Haut Comité de la santé publique, 1994) met en garde contre une confusion des deux notions et insiste sur leurs différences : « Il ne faut pas oublier qu'elles diffèrent tant par leur définition que leur mode de calcul, et, plus encore, par leurs objectifs et par l'usage auquel elles se prêtent » (*op. cit.*, p. 234). Ce sont ces différences qui sont l'élément central de la réflexion exposée ici et nous nous inscrivons en contradiction avec l'affirmation ci-dessus, tout au moins la seconde partie.

* Économiste, directeur du Centre pluridisciplinaire de gérontologie, université Pierre-Mendès, Grenoble.
Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

Certes, elles diffèrent dans la définition, le contenu, les méthodes, mais précisément leur objectif est ou devrait être le même ou complémentaire... à moins que l'on veuille esquiver le débat économique. Par ailleurs, on peut s'interroger sur une caractéristique commune à ces deux notions qui est leur faible utilisation dans les situations de décision. On pourrait penser bien sûr que cela s'explique par le caractère encore expérimental des techniques, mais cette explication n'est pas entièrement convaincante. Il y a bien d'autres champs sur lesquels sont mis en œuvre des techniques ou des outils non stabilisés, l'expérimentation concourant justement à les faire progresser. La question de fond qui est posée là aussi est celle de la place de l'économique dans les choix de santé publique.

Nous nous interrogerons dans un premier temps sur la demande sociale concernant ces indicateurs. Elle peut permettre de comprendre pourquoi existe une convergence insuffisante d'intérêts concernant leur mise en œuvre. Notre hypothèse est que l'EVSI comme la qualité de vie n'intéressent qu'un nombre limité d'acteurs, qui ont pourtant besoin des autres pour leur élaboration et leur développement, mais que ces derniers n'ont pas un intérêt suffisamment fort, voire pas d'intérêt du tout, à leur utilisation.

Par ailleurs, la question n'est pas la notion d'indicateur en tant que telle, mais celle, plus spécifique, des indicateurs quantitatifs-cardinaux, qui n'ont de sens que dans des situations de décision dans un contexte de gestion de ressources rares associant, même si ce n'est qu'implicite dans certains cas, à la fois des coûts et des résultats et pas seulement l'un ou l'autre. Ces situations de décision sont celles dans lesquelles l'économiste peut apporter son concours. Or les pratiques et l'organisation du système sont peu propices à une véritable intégration d'une dimension économique, pourtant paradoxalement souvent évoquée.

Dans une seconde partie, nous nous appuierons sur quelques éléments concernant les débats économiques théoriques actuels et sur une partie des résultats récents d'une recherche sur les indicateurs de qualité de vie et leur utilisation, intitulée Qalidovie ¹, menée au Laboratoire interuniversitaire de gérontologie de Grenoble, pour discuter l'utilisation de l'EVSI en tant qu'indicateur de santé et de qualité de la santé. Cette analyse conduit à montrer que, pour les économistes, l'EVSI ne remplit pas les exigences théoriques optimales requises pour l'aide à la décision et qu'il se situe en concurrence avec les indicateurs de la qualité de vie.

1. Qalidovie est un programme de recherche du LI2G (Laboratoire interuniversitaire de gérontologie de Grenoble qui associe la faculté de sciences économiques de l'université Pierre-Mendès-France et la faculté de médecine de l'université Joseph-Fourier). Ce programme a été lancé lors de l'appel d'offres sur « Evaluation économique des stratégies thérapeutiques, diagnostiques et préventives » du ministère de la Recherche, en 1993. Cet appel d'offres n'ayant finalement pas été financé pour raison d'économies budgétaires, cette recherche a bénéficié du soutien de la Fondation de France (pour l'aspect spécifique des soins palliatifs), de la Caisse nationale de prévoyance, de la Délégation régionale à la recherche scientifique du CHU de Grenoble. Elle a impliqué plusieurs personnes du laboratoire et du CHU : le Dr Guillermo Jasso Mosqueda, le Dr Dominique Lagabrielle, Mme Françoise Guyot, Mlle Cathy Suarez, le Dr Pascal Couturier, le Pr Alain Franco, directeur du LI2G. Elle a impliqué également le Laboratoire de psychologie clinique (UFR sciences de l'homme et de la société de l'université Pierre-Mendès-France de Grenoble) : le Pr Gérard Poussin, Mme Catherine Blattier, M. Robert Monti, Mlle Christelle Pélassier. Comme il en est d'usage, l'auteur les remercie pour leur précieuse collaboration et reste seul responsable des positions exprimées ici.

I. QUI A BESOIN DE QUELS INDICATEURS ET POURQUOI FAIRE ?

Mener une réflexion sur l'EVSI sous-entend qu'il existe un besoin social pour cet indicateur et plus généralement pour des indicateurs de santé et/ou de qualité de vie. Notre propos est ici de définir à grands traits une typologie des acteurs et des besoins d'indicateurs de santé, afin de voir dans quelle mesure il y a concordance ou non des intérêts pour leur production et leur utilisation. L'expérience des Diagnostic Related Groups (DRG), aux États-Unis, et du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), en France, est un exemple de blocage d'une production d'information et d'indicateurs par absence de convergence des intérêts des acteurs concernés. Les blocages enregistrés ne s'expliquent pas seulement par des insuffisances techniques de l'outil, même si elles sont réelles, mais aussi et surtout par un refus du passage à la dimension économique qu'impliquent ces systèmes d'information. Ces implications sont, d'une part, la tarification, c'est-à-dire la détermination du prix, d'autre part, le choix des techniques optimales et la rationalisation de la production de soins, qui sont deux dimensions qui touchent au cœur de l'économie. Notre hypothèse est que nous nous trouvons dans une situation analogue avec les indicateurs de santé et de qualité de vie. Il s'agit donc de comprendre pourquoi les acteurs n'ont pas un intérêt suffisamment convergent pour des indicateurs de résultat et plus précisément encore pour un certain type particulier d'indicateur de résultat : les indicateurs quantitatifs cardinaux.

1. Acteurs de système de soins et besoins d'indicateurs

On peut distinguer de manière un peu empirique et assez classique trois catégories d'acteurs dans le système de santé français : les praticiens, les administrateurs, les professionnels de santé publique. Nous allons associer à chacun d'eux leurs besoins d'indicateurs tels que leurs pratiques nous les révèlent. Cette typologie accentue volontairement certaines caractéristiques qui sont aujourd'hui moins vraies précisément pour mieux faire ressortir ce qui pousse à l'émergence du besoin social dans un deuxième temps.

La première catégorie est celle des praticiens, qui sont le plus souvent des médecins, mais qui peuvent être plus généralement des soignants. Leur caractéristique est d'avoir une approche centrée sur le patient ou la personne. Le résultat et l'efficacité de leur art ou de leur technique les intéressent, mais généralement au niveau individuel, ne faisant pas émerger de besoin d'indicateur de ces résultats ; lorsque ce besoin existe, il se manifeste concrètement plutôt sous la forme d'indicateurs qualitatifs permettant de classer des individus dans des « groupes homogènes » d'état de santé ou de « qualité de vie ».

La deuxième est celle des administrateurs de structures de soins et de financement. Nous employons ici à dessein le terme d'administrateur et non celui de gestionnaire, que nous réservons pour la suite de notre argumentation. Leur préoccupation principale est celle des coûts, et ils ne sont généralement pas mis

en liaison avec des résultats. Leur approche est principalement comptable : il faut équilibrer des recettes et des dépenses. Beaucoup d'acteurs, même dans les milieux scientifiques, confondent cette approche avec l'approche économique, qu'ils réduisent à cet aspect comptable. Les indicateurs de coût sont un besoin important pour cette catégorie, encore que l'on soit loin de disposer de mesure rigoureuse de coût réel, comme le montrent les enjeux autour des DRG et du PMSI auxquels nous avons fait référence. Faute de pouvoir ou de vouloir (par conviction individuelle ou par effet de système) utiliser des indicateurs coût-efficacité, ils s'en remettent à une approche de type procédural : des bonnes pratiques sont définies par des consensus d'experts (conférences de consensus, références médicales opposables), et leur rôle est de s'assurer que les procédures sont respectées.

La troisième catégorie est celle des professionnels de santé publique qui définissent leur rôle essentiellement sous l'angle de la connaissance et de la couverture des besoins. La représentation qu'ils ont de leur rôle (et celle que leur accorde ou leur impose le système de soins) est de développer la connaissance épidémiologique, de contribuer à l'allocation optimale sur un territoire des structures de soins et de prévention. Un développement important est en cours avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), en France, depuis 1991. La caractéristique est que nous nous trouvons face à un mécanisme d'allocation en termes physiques uniquement, dissocié de la question du financement ou des disponibilités financières, qui n'interviendront que dans un deuxième temps. Pour ce faire, ces professionnels ont besoin d'indicateurs d'offre, sous l'angle de la quantité et de la qualité, ainsi que d'indicateurs de santé. Ceux-ci peuvent être multiples, mais restent la plupart du temps très classiques : taux de mortalité générale ou spécifique, bruts ou par âge ou taux comparatifs, incidence et prévalence des pathologies. Le recours à des indicateurs incluant une dimension qualitative est très peu fréquent, notamment ceux qui nous intéressent ici. Ils n'utilisent généralement ni indicateurs de coût ni information comptable. Cette description schématique nous conduit à conclure que la demande d'indicateurs de type quantitatif-cardinal est faible dans le système de santé français. Soit la demande d'indicateurs n'existe pas, ce qui est le cas majoritaire des deux premières catégories, soit elle porte majoritairement sur des indicateurs qualitatifs-ordinaux ou sur des indicateurs de dénombrement, ce qui est le cas de la troisième catégorie. Est-ce à dire que la demande est nulle et que le besoin n'existe pas ?

2. Indicateurs de santé et arbitrage entre des ressources rares

La réponse à la question de la fin du paragraphe précédent est non, car notre typologie, si elle est représentative du courant majoritaire, ne l'est pas ou ne l'est plus de l'ensemble et ne tient pas compte d'évolutions en cours qui portent en elles les germes d'un changement. Elle a laissé de côté les minorités qui ont un

intérêt, professionnel, ou financier, ou intellectuel (ou les trois à la fois avec des intensités plus ou moins fortes), dans chaque catégorie. Ces minorités ont un point commun qui est la prise en compte de la dimension économique et gestionnaire.

■ *Système de soins et indicateurs*

Il existe un nombre croissant de praticiens qui pensent nécessaire d'associer la dimension du coût à celle de l'efficacité thérapeutique. La recherche d'une approche gestionnaire plus qu'administrative des structures de soins est une dimension importante de l'évolution des idées, des comportements, des revendications des professionnels de santé, des structures d'aide à la décision médico-économique ont vu le jour. Il convient par ailleurs d'ajouter dans notre deuxième catégorie les assurances qui sont sans doute parmi les plus concernées par une approche économique confrontant coûts et résultats. Cela est dû à la régulation par le marché. Les mutuelles pourraient être dans une situation analogue mais ne le sont pas pour l'instant. Elles peuvent en effet encore (mais pour combien de temps ?) adopter un comportement « administratif », au sens où nous l'avons entendu plus haut, en procédant à des ajustements (à la hausse) des cotisations, tant que le consommateur manifeste une préférence pour la cotisation mutualiste plutôt que pour assumer personnellement un risque. Enfin, l'évolution vers la définition d'enveloppes de santé au niveau national et surtout régional est un facteur qui incitera les professionnels de santé publique à intégrer cette dimension au niveau d'un territoire. Même si elle n'inclut pas une dimension économique, la décision en santé publique recherche de manière croissante à intégrer celle d'aspects qualitatifs, à partir d'une critique portant sur l'insuffisance des indicateurs de dénombrements habituels.

■ *Système de santé et indicateurs*

Si l'on sort du système de soins auquel nous nous sommes cantonnés jusqu'ici, nous pouvons aussi déceler des forces qui poussent à la production d'indicateurs de type EVSI ou qualité de vie. Il existe ainsi une demande forte de l'industrie pharmaceutique pour les essais thérapeutiques. Un autre facteur de développement est le milieu de la recherche : épidémiologistes et économistes ont vu là un créneau intéressant soit du point de vue scientifique fondamental *stricto sensu*, soit d'un point de vue des sciences appliquées et de leur contribution à l'éclairage des choix sociaux. Enfin, lorsque l'on regarde vers l'étranger, l'un des grands enjeux des réformes en cours est l'intégration de la dimension économique coût-efficacité. Elle est présente aux États-Unis aussi bien dans les organismes publics comme Medicare, depuis plusieurs années, que dans les organisations privées comme les Health Maintenance Organizations (HMO) ; elle l'est aussi en Angleterre avec les mécanismes de contrats, et dans la réforme du système de santé du Québec, qui met l'accent sur la mesure des résultats.

En conclusion, la demande d'indicateurs quantitatifs-cardinaux est à l'heure actuelle faible au sein du système de soins français. Néanmoins, une demande existe et se développe, provenant de minorités à l'intérieur de ce système, portée par les praticiens ayant accepté d'intégrer la dimension économique-gestionnaire, par des organismes extérieurs au système de soins qui y trouvent un marché, comme les assurances, l'industrie pharmaceutique, ou une opportunité (qui peut parfois être marchande), comme les chercheurs, par les professionnels de santé publique chargés de contribuer à éclairer les choix collectifs. En définitive, deux facteurs poussent à un développement d'indicateurs quantitatifs-cardinaux : l'utilisation des techniques du calcul économique, coût-efficacité et coût-utilité, d'une part, les préoccupations de santé publique impliquant un choix entre des ressources rares, d'autre part.

II. EVSI ET INDICATEURS DE QUALITÉ DE VIE : CONCURRENCE OU COMPLÉMENTARITÉ ?

Nous avons fait référence dans l'introduction au rapport *La Santé en France*, qui situe ces deux notions dans des univers différents, donc ni en concurrence ni en complémentarité : les QALY servent à faire des choix entre des techniques ou pratiques de soins, l'EVSI est un indicateur global qui permet « une mise en relation du poids respectif des différentes causes de morbidité dans le niveau global d'incapacité et de contribuer par là même à certains débats de santé publique » (*op. cit.*, p. 234). Si l'on établit les relations entre ces propositions, on obtient la logique suivante : l'EVSI est un instrument de santé publique, il éclaire les besoins et les choix politiques ; le QALY est un instrument relevant de l'économie ou de la gestion, qui éclaire les choix de moyens, et cette dimension économique-gestionnaire ne fait pas partie de la santé publique. Il y aurait donc une hiérarchie : la société exprime ses préférences pour les problèmes de santé indépendamment de leur coût, les économistes et les gestionnaires déterminent, avec les médecins et les soignants, les techniques optimales du point de vue du coût-efficacité ou utilité. La question est de savoir s'il est possible de déterminer une préférence collective pour la santé, susceptible d'éclairer les choix, sur quelle base, et de discuter EVSI et qualité de vie dans cette perspective.

1. Éléments de discussion théorique

L'opposition faite par le rapport du Haut Comité de la santé publique entre EVSI et QALY repose sur une confusion entre les QALY et les coûts par QALY. Nous pouvons suivre le rapport pour dire que les choix politiques n'ont pas à faire intervenir le coût par QALY, bien que les promoteurs de cet instrument lui attribuent ce rôle. Nous reviendrons néanmoins sur cette position en conclusion pour défendre une position hétérodoxe sur la contribution des coûts par QALY dans les choix politiques. Par contre, on ne voit pas ce qui empêcherait de se servir de l'EVSI pour faire un calcul coût-efficacité concernant des alternatives de

prise en charge. EVSI et indicateurs de qualité de vie peuvent donc être concurrents ou complémentaires dans le choix des moyens pour un problème identifié comme prioritaire.

■ *Épidémiologistes et économistes*

Il est normal que les épidémiologistes cherchent à élaborer des indicateurs de santé, mais il l'est tout autant pour les économistes de savoir si les indicateurs reflètent la valeur attribuée à la santé. En effet, pour la théorie économique, le fait de mesurer un phénomène n'est pas suffisant pour lui attribuer une valeur qui est ce qui fonde les choix individuels et sociaux. Dans l'économie standard, la révélation des préférences est faite par le marché où le prix joue un rôle central. La santé ne fonctionne pas selon les règles du marché et les chercheurs ont développé des outils visant à attribuer une valeur aux états de santé se présentant généralement sous la forme d'une mesure de la qualité de vie. L'ambition de ces instruments est d'attribuer une valeur sociale reflétant tous les états de santé possibles, quelle qu'en soit l'origine. Ces questions font l'objet de nombreuses recherches, de débats théoriques et méthodologiques importants parmi les économistes (R. Launois, 1994). En ce sens, les indicateurs de qualité de vie se situent également en concurrence ou en complémentarité pour contribuer à la définition des priorités de santé publique.

Nous allons illustrer notre propos à partir des outils que nous avons mis en œuvre dans une étude que nous avons menée, intitulée Qalidovie. Dans cette étude, nous avons utilisé plusieurs indicateurs de mesure de l'état de santé ou de l'incapacité ou de la qualité de vie dans deux populations : l'une de personnes en fin de vie dans un service d'hospitalisation à domicile, l'autre de personnes âgées en rééducation après une fracture du col du fémur. Les instruments utilisés sont les suivants :

- l'indice de Karnofsky, qui mesure plus particulièrement l'incapacité, estimée par le médecin ;
- l'Eortc QLQ-30, indicateur spécifique pour la cancérologie, dont deux items sont une échelle analogique, l'une concernant l'incapacité, l'autre la qualité de vie en général ; ce sont des mesures d'autoperception de la santé ;
- l'indicateur Euroqol, mis au point par un groupe de chercheurs européens (M.-L. Essink-Bot, 1992), qui est un indicateur de qualité de vie dont la mesure est le résultat d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif (A. Jourdain, M. Frossard, F. Chabaud, 1992) ; nous l'avons ici également utilisé pour estimer les valeurs attribuées par les individus concernés sous la forme d'une simple échelle analogique.

Ces indicateurs ont été passés à trois reprises dans les populations étudiées, à l'entrée dans le service et à la sortie (concrètement à $J + 2$ et à $J + 45$), ainsi qu'à une date intermédiaire ($J + 21$). A ces mêmes dates a été réalisé un entretien libre sur la qualité de la vie ressentie par la personne avec l'objectif d'en comparer le contenu à celui des questionnaires indiqués ci-dessus.

Il est intéressant pour notre propos de connaître les cinq items retenus dans Euroqol. Il s'agit de la mobilité, de la capacité à faire des soins élémentaires, de la capacité à faire des activités habituelles (travail, étude), de la douleur, de l'anxiété. Nous retrouvons donc trois items qui se réfèrent à l'incapacité et deux qui ne s'y réfèrent pas. A chacun d'eux sont associées trois modalités graduant les incapacités, la douleur, l'anxiété.

■ *EVSI et indicateur de qualité de vie : quelles différences ?*

On voit donc à travers la description de cet outil simple qu'est Euroqol en quoi il diffère de l'EVSI : il prend en compte l'incapacité, mais il ajoute deux dimensions dont il est facile de comprendre qu'elles peuvent avoir leur place dans une mesure de la qualité de vie. Par ailleurs, il ne fait pas que décrire un état de santé mais lui attribue une valeur sociale. Sous cet angle, un tel indicateur peut parfaitement être concurrent de l'EVSI et peut même être considéré comme intrinsèquement plus complet. On peut fournir quelques illustrations à partir des valeurs de l'indicateur Euroqol pour illustrer ce point. Une question importante bien connue des chercheurs qui travaillent sur l'EVSI, est celle de la dépendance psychique. Dans Euroqol, une personne souffrant d'une dépendance psychique légère mais n'ayant pas d'incapacité physique a une valeur de qualité de vie de 0,81. Si on associe à cet état une douleur légère, le score de qualité de vie descend à 0,63. Une incapacité moyenne pour la mobilité, s'accompagnant logiquement d'une incapacité moyenne dans les activités de travail ou d'étude, donne dans Euroqol une valeur de qualité de vie de 0,62. Si l'incapacité gagne les activités de soins personnels, la valeur descend à 0,39. La graduation de l'EVSI selon l'incapacité (modérée, moyenne ou sévère) nous donne-t-elle la même sensibilité aux évolutions ? Revenons à notre affirmation quelques lignes plus haut selon laquelle une incapacité moyenne sur la mobilité s'accompagne logiquement d'incapacité dans le travail et les études. Celle-ci peut être plus ou moins bien compensée, supportée par l'individu et son entourage, par le milieu environnant. Ce dernier point est particulièrement important. Imaginons que, toutes choses égales par ailleurs concernant l'incapacité, le milieu de vie de la personne devienne plus favorable pour elle, en d'autres termes que le handicap ou désavantage social diminue, alors que, par hypothèse, nous avons gardé constante l'incapacité. Dans ce cas, l'EVSI ne changera pas, alors que l'indicateur de qualité de vie sera modifié normalement positivement.

On objectera que la valeur attribuée est entachée de subjectivité. Mais c'est précisément l'objectif recherché, car attribuer une valeur est la révélation d'une subjectivité. Par contre, on peut discuter sur le plan théorique comme sur le plan empirique de la rigueur méthodologique des processus d'agrégation des préférences individuelles, notamment au vu de la dispersion des valeurs ou de la pondération des items (P. Gérin, A. Dazord, 1991 ; A. Jourdain, M. Frossard, F. Chabaud, *op. cit.*). Mais l'EVSI est-elle moins subjective ? La réponse dépend pour une part de la manière dont est mesurée l'incapacité. Nos résultats mon-

trent par exemple que le médecin et l'individu ne donnent pas la même valeur à un même état. Privilégier la durée de vie et l'incapacité n'est-il pas un point de vue médical, que ne partagent pas un nombre croissant de personnes, comme le manifestent des mouvements tels que ceux qui revendiquent le droit de mourir dans la dignité (qui est une manière beaucoup plus juste de poser le problème de la mort que l'euthanasie) ?

2. EVSI, incapacité ou qualité de vie : quelle incidence sur les décisions en santé ?

Évoquer les décisions en santé renvoie à plusieurs dimensions : celle des orientations générales des actions de santé, notamment entre prévention et soins, celle des choix entre techniques et protocoles pour un problème donné, celle des choix individuels et collectifs.

■ *EVSI, indicateurs de qualité de vie et choix en santé publique*

Concernant le premier point, si nous reprenons notre exemple fictif utilisé plus haut concernant la liaison entre EVSI, incapacité, qualité de vie, désavantage social, nous pouvons voir une différence possible et un éclairage complémentaire des deux types d'indicateurs. L'EVSI tend à focaliser les actions de soins et d'aides ou de prévention sur la personne, parce que l'incapacité est un attribut personnel, plutôt que sur le milieu environnant. C'est donc l'association des deux types d'indicateurs et l'analyse de leurs divergences éventuelles qui seraient les plus riches d'enseignement dans une optique de santé publique : l'EVSI montre les progrès dans la capacité fonctionnelle ; en intégrant les aspects psychiques, l'indicateur de qualité de vie mesure une valeur attribuée au niveau de désavantage social.

Nous montrerons à partir de trois études la différence de représentation à laquelle peut conduire le choix de l'EVSI ou de la qualité de la vie comme indicateur de santé global, pour illustrer comment pourraient en découler des priorités différentes.

Dans l'étude ayant permis la détermination des valeurs françaises d'Euroqol (A. Jourdain, M. Frossard, F. Chabaud, *op. cit.*), la répartition des états de santé perçue par les répondants (153 personnes) est la suivante : 36 % se sentent dans le meilleur état possible par rapport aux cinq dimensions ; 16,3 % déclarent une bonne santé à l'exception d'une douleur moyenne ; 15,7 % ne déclarent aucune incapacité mais une douleur et une anxiété moyennes ; 13 %, aucune incapacité et une légère anxiété. L'ensemble des états faisant intervenir une restriction de la mobilité ou des capacités représente 17,6 % du total, soit la même proportion que les états dans lesquels sont impliquées la douleur ou l'anxiété. Par ailleurs, la difficulté à marcher représente 11,8 % des facteurs négatifs de santé, la difficulté à effectuer les actes de la vie quotidienne 2,6 % (l'incapacité totale 0,7 %), les restrictions à la vie quotidienne 13,2 % ; la douleur ou un inconfort modéré représente 48,4% de ces facteurs, l'anxiété ou la dépression modérée, 38,8 %. Ces don-

nées sont relativement cohérentes avec celles qui concernent la répartition des incapacités dans la population âgée en France (A. Colvez, 1990) qui montrent que les incapacités ne concernent que 18 % des 65 ans et plus à domicile, l'incapacité sévère, de 2 à 3 %. Un indicateur fondé sur l'incapacité ne peut rendre compte de l'ensemble, voire de la majorité des problèmes de santé.

Notre deuxième exemple est tiré de notre étude Qalidovie. Nous avons indiqué plus haut que nous avons procédé à des entretiens permettant une expression libre de la parole des malades sur leur qualité de vie. Nous avons ensuite analysé ces entretiens en demandant à deux « juges » (des psychologues travaillant sur l'analyse du discours) de comparer cette expression des personnes avec le questionnaire Euroqol et avec celui de l'EORTC (G. Poussin, R. Monti, 1995). Avec l'Euroqol, sur un total de 101 réponses au cours des trois vagues de l'enquête, la concordance est bonne, 70 % au moins des patients expriment des éléments qui figurent dans la grille. Sans que les écarts soient significatifs du point de vue statistique, les items qui reviennent le plus fréquemment, qui expriment donc une hiérarchie spontanée de ce qui constitue la qualité de vie, sont là aussi en majorité la douleur et l'anxiété, suivies par la mobilité et les activités quotidiennes, les soins personnels venant plus nettement derrière. Deux conclusions peuvent en être dégagées. D'une part, cela confirme l'importance des items qui ne relèvent pas que de l'incapacité ; d'autre part, l'intérêt de la différence que nous avons faite concernant les indicateurs de résultat.

Notre troisième exemple est tiré d'une étude menée par une équipe de chercheurs sur la base de l'indicateur Seiqlol, qui mesure la qualité de vie selon la définition de R. C. B. Joyce. Celle-ci présente l'intérêt de proposer une approche relative de la qualité de la vie, mesurée par l'inverse de la distance entre les buts que l'individu donne à sa vie et les capacités qu'il a de les atteindre (J. P. Brown *et al.*, 1994). L'indicateur Seiqlol permet, à l'aide d'un algorithme assez complexe, une pondération des différents éléments d'appréciation de la qualité de vie. L'étude à laquelle nous nous référons a cherché à connaître la différence de qualité de la vie perçue par une population âgée, comparativement à la moyenne. L'incapacité est évidemment plus fréquente dans la population âgée, mais la qualité de vie déclarée y est plus élevée, le poids des items considérés comme importants n'est pas le même.

■ *Indicateurs et décision médicale*

Pour présenter ce point, nous nous référons essentiellement aux résultats que nous avons obtenus dans l'étude Qalidovie (M. Frossard, 1995), en nous appuyant sur la comparaison entre les indicateurs suivants : la capacité fonctionnelle est mesurée par le Karnofsky, donc par le médecin, ainsi que par la réponse à la question 29 de l'EORTC, et donc par la personne (échelle analogique) ; la qualité de vie est mesurée par les personnes par la réponse à la question 30 de l'EORTC et par le positionnement individuel sur le « thermomètre » Euroqol (échelles analogiques), ainsi que par la valeur sociale Euroqol, attribuée selon la

procédure exposée. Toutes les valeurs ont été standardisées sur une échelle de 0 à 100 pour permettre la comparaison. On peut présenter les résultats dans le tableau suivant :

Comparaison des indicateurs de capacité fonctionnelle et de qualité de vie dans l'étude Qalidovie				
	T1	T2	T3	T1 à T3
● Fracture du col du fémur				
Karnofsky	61,5	70,9	nd	
EORTC capacité (q.29)	60,0	66,0	67,0	+ 12%
EORTC qualité de vie (q.30)	61,0	67,0	77,0	+ 26%
EUROQOL individuel	52,7	58,8	65,5	+ 24%
EUROQOL social	35,0	51,0	54,0	+ 54%
Taille de l'échantillon	(45)	(42)	(24)	
● Population en soins palliatifs				
Karnofsky	51,7	53,0	57,5	+ 11 %
EORTC capacité (q.29)	51,0	54,0	54	+ 6 %
EORTC qualité de vie (q.30)	53,0	56,0	59,0	+ 11 %
EUROQOL individuel	nd	nd	nd	
EUROQOL social	23,0	29,0	35,0	+ 52 %
Taille de l'échantillon	(31)	(18)	(13)	

nd : non disponible.

Un test de Kruskal-Wallis a été effectué entre les valeurs T1 et T3. Les différences sont significatives pour $p < 0,05$ dans la première population.

On peut faire pour notre objet les constatations suivantes :

- les valeurs attribuées à la capacité fonctionnelle sont proches dans les deux indicateurs : le jugement du médecin et la perception par le patient sont quasiment identiques ;
- les valeurs de la perception de la qualité de vie sur l'échelle analogique EORTC sont liées à la capacité fonctionnelle, ce qui voudrait dire que celle-ci est un estimateur acceptable ; cette conclusion est au moins partiellement contredite par la littérature : une étude sur 139 patients ayant utilisé le Karnofsky et la réponse à la question 30 de l'EORTC montrent que les deux mesures varient dans le même sens mais qu'elles ne sont pas statistiquement liées (J. Schafsma et D. Osoba, 1994) ;
- la conclusion tirée au point précédent n'est plus vraie dans notre échantillon avec Euroqol et principalement la valeur sociale de cet indicateur ;
- les indicateurs de qualité de vie ont tendance à indiquer des gains supérieurs à ceux qui sont mesurés en termes de capacité.

Ces résultats montrent l'intérêt d'un approfondissement de la question que nous avons posée. L'incapacité et la qualité de vie ne se recouvrent pas systématiquement, ni dans les valeurs qu'elles fournissent pour décrire des populations confrontées à la même réalité de leur santé ni dans l'expression des individus sur leur qualité de vie. Faute d'une preuve irréfutable de la supériorité d'une notion sur l'autre, nous en tirerons la conclusion de la nécessité de leur complémentaires.

rité, qui est aussi celle de la nécessaire association et complémentarité des disciplines médicales, économiques, psychologiques.

CONCLUSION

La promotion de la qualité de vie est probablement une finalité partagée par tous les chercheurs et les professionnels de la santé publique, conscients que l'important est d'ajouter de la vie aux années comme l'exprime une formule devenue célèbre. La conceptualisation de cette exigence, la production des instruments de mesure adaptés, leur utilisation dans l'aide à la décision présentent un grand nombre de difficultés dont nous avons tenté de cerner les principaux points et les enjeux. Nous avons voulu démontrer qu'ils ne sont pas seulement de nature technique et scientifique au sens étroit du terme. Ils renvoient certes à des questions politiques ou à des jeux d'acteurs, mais aussi aux disciplines qui concourent à la santé publique et à la gestion du système de santé, à des questions de légitimité sociale des acteurs dans la représentation des questions de santé, à la place des professionnels, des individus, des préférences individuelles et collectives dans les choix. En tant qu'économiste, nous sommes concernés par ces questions qui touchent à la place de notre discipline : quasi inexistante dans un monde d'« abondance » qui permettait qu'on puisse défendre quasiment sans être contredit que la santé n'a pas de prix, l'économie de la santé est aujourd'hui beaucoup sollicitée pour l'éclairage des décisions. Les débats sur l'EVSI et autour de cet indicateur portent en eux les germes d'une concurrence possible ou d'une différenciation des champs de l'économie et de la santé publique. Notre propos veut au contraire conclure à la nécessaire complémentarité et collaboration entre les disciplines et entre les chercheurs. Il serait opportun que des programmes de recherche puissent se développer permettant de faire fonctionner ensemble dans plusieurs situations de décision les différents indicateurs, tout en faisant une analyse sociologique des conditions de leur mise en œuvre, de leur acceptabilité par les politiques, les professionnels de santé et leurs organisations, les individus ■

Bibliographie

- BIRCH, S., GAFNI, A. (1992), « Cost-Effectiveness/Utility Analysis : Do Current Rules Lead Us to Where we Want to Be ? », *Journal of Health Economics*, 11, p. 279-296.
- BROWN, J. P., BOYLE, C. A., MCGEE, H. G., JOYCE, C. R. B., MCDONALD, N. J., O'MALLEY, K., HILBRANNER, B. (1994), « Individual Quality of Life in the Healthy Elderly », *Quality of Life Research*, vol. 3, p. 235-244.
- COLVEZ, A. (1990), « Panorama de la dépendance en France », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 15-21.
- ESSINK-BOT, M.-L. (1992), « Euroqol : On the Way to Standardised Description and Valuation of Health Related Quality of Life », actes du colloque « De l'analyse économique aux politiques de santé », Credes, Collège des économistes de la santé, t. 1, p. 173-175.
- FORDHAM, R., NORTHEY, K. (1992), « Quality of Life, QALYS and Elderly Hip Fracture Patients », actes du colloque européen « De l'analyse économique aux politiques de santé », Credes, Collège des économistes de la santé, t. 1, p. 381-390.
- FROSSARD, M. (1995), « Comparison of Measures of Quality of Life Among the Elderly. Preliminary Results from Qalidovie », Communication au colloque de l'International Society for Quality of Life, Montréal.

- « Qualité de vie, qualité des soins, calcul économique : quels outils pour quelles utilisations ? », Communication à la journée organisée par le LI2G et la Fondation de France à Grenoble, le 20 septembre 1995.
- GÉRIN, P., DAZORD, A., CIALDELLA, P., LEIZOROVICZ, A., BOISSEL, J. P. (1991), « Ocapi Resaerch Group : le questionnaire Profil de qualité de vie subjective (PQVS). Premiers éléments de validation », *Thérapie*, 46, p. 131-138.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1994), *La Santé en France*, La Documentation française, Paris.
- JOURDAIN, A. (1993), « La qualité de la vie peut-elle guider les choix de planification sanitaire ? », *Sciences sociales et Santé*, vol. XI, 1, p. 75-106.
- JOURDAIN, A., FROSSARD, M., CHABAUD, F. (1992), « Comparaison de la valeur attribuée à différents états de santé dans quelques pays européens », actes du colloque européen « De l'analyse économique aux politiques de santé », Credes, Collège des économistes de la santé, t. 1, p. 177-181.
- LAUNOIS, R (1994), « La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels et collectifs », *Revue épidémiologique et santé publique*, p. 42, 1-17.
- POUSSIN, G., MONTI, R., PELISSIER, C. (1995), « Discours spontané et échelles d'évaluation de la qualité de vie », document de travail LI2G, Laboratoire de psychologie clinique.
- ROBINE, J. M., CADET, B. (1994), « L'espérance de vie sans incapacité progresse : comment, pourquoi ? », actes du Colloque enquête santé 1991-1992, Insee, Cnam, Credes, Mire, Sesi, p. 110-124.
- SCHAFSMA, J., OSOBA, D. (1994), « The Karnofsky Performance Status Scale Re-examined : A Cross Validation with the EORTC-C30 », *Quality of Life Research*, vol. 3..
- WILLIAMS, A. (1991), « Des marches à gravir pour atteindre les étoiles. Quelques considérations sur la notion de qualité de vie », *Projections*, n°4 : *La Santé au futur*, p. 133-138.

PREVALENCE DES INCAPACITES

chez les personnes âgées

MOTS CLEFS : désavantage ■ différences selon le sexe ■ espérance de vie en santé ■ incapacités ■ limitations fonctionnelles ■

Les hommes et les femmes passent à peu près la même proportion de leur espérance de vie à 65 ans, avec un désavantage de mobilité ou d'indépendance physique pour les activités élémentaires de la vie quotidienne. De plus, les femmes passent une bien plus grande proportion de leur vie sans désavantage d'indépendance physique pour les activités instrumentales de la vie quotidienne que les hommes. Elles ne paient donc pas leur plus grande longévité par un plus grand désavantage dans la vie quotidienne. Par contre, leur espérance de vie sans limitation fonctionnelle de mobilité ou d'agilité est très inférieure à celle des hommes. Il resterait à expliquer comment et pourquoi, avec de meilleures capacités fonctionnelles que les femmes, les hommes n'ont pas de meilleures performances dans les activités de la vie quotidienne.

Face aux gains substantiels d'années de vie aux âges élevés, de nombreuses études ont été développées afin d'évaluer l'état de santé fonctionnelle d'individus de plus en plus âgés. L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité fournit ce type d'élément et l'enquête française sur la santé et les soins médicaux permet d'apporter un surcroît d'information en différenciant au sein des incapacités les différents types de difficultés que rencontrent les individus. De fait, une grande diversité d'indicateurs sont regroupés sous le vocable « espérance de vie sans incapacité ». L'absence de définition commune des concepts utilisés dans les travaux internationaux explique en partie les écarts constatés entre les résultats obtenus dans différents pays. En 1988, la publication en français de la *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1988)¹, et la *Consultation pour développer des méthodes et des instruments communs pour les enquêtes Santé par interview*, organisée par le Bureau central des

* Équipe Inserm, démographie et santé, université de Montpellier.

1. La version originale étant en anglais (World Health Organization, 1980).

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

statistiques néerlandais (NCBS), sous l'égide de l'OMS-Europe (NCBS, 1989), ont constitué les premiers efforts conséquents pour une clarification des différents concepts.

La consultation a proposé des instruments permettant de mesurer l'incapacité de façon harmonisée au moyen d'une batterie de questions de référence pour les enquêtes par interview, s'appuyant sur les concepts de la classification des handicaps. Ces questions, à quelques modifications près, ont été introduites dans l'enquête santé française de 1991-1992.

En 1993, Reves (Réseau espérances de vie en santé) a proposé un cadre unifié intégrant les différents concepts de santé utilisés dans les calculs d'espérances de santé (Robine *et al.*, 1994). Ce système de classification a permis de répertorier les questions de l'enquête santé française en fonction du type d'incapacité mesurée : désavantage de mobilité ; limitations fonctionnelles de mobilité et d'agilité ; difficultés de communication ; restrictions des activités élémentaires de la vie quotidienne ; restrictions des activités instrumentales de la vie quotidienne (Robine *et al.*, 1995). L'enquête française fournit, pour 1991, les prévalences de ces différents types d'incapacité pour la population française des 65 ans et plus vivant hors institution.

I. PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ ET DU DÉSAVANTAGE DANS LA POPULATION ÂGÉE

Dans la population âgée vivant en domicile ordinaire, des prévalences très différentes sont observées selon les groupes d'âge mais aussi selon le sexe (dans certains cas seulement : significativité de la différence entre les hommes et les femmes testée par le test Chi²) et selon le type de gêne ou de difficulté mesuré, comme nous le montrent les tableaux 1 à 3. Les mesures correspondant à ces différents niveaux de difficulté ne sont pas comparables entre elles, car elles ne se rapportent pas aux mêmes concepts.

Par exemple, on constate que si 49 % environ des femmes de 65 ans ou plus ont des difficultés dans la vie quotidienne pour au moins une des dimensions examinées, 39 % ont des limitations fonctionnelles de mobilité ou d'agilité, 18 % ont une difficulté de communication, 16 % sont confinées au domicile, 10 % seulement ont une difficulté dans les activités de la vie élémentaires de type ADL (*activities of daily living* ; voir Katz *et al.*, 1963) (voir tableau 1).

A un niveau plus détaillé et pour les niveaux les plus sévères, où on ne constate pas de différences significatives entre les sexes, les résultats indiquent que de 2 à 3 % environ des 65 ans et plus sont confinés au lit ou au fauteuil, où ne peuvent parcourir en marchant plus que quelques pas sans être gravement incommodés, ou ne peuvent se rendre aux toilettes et les utiliser seuls ou le font avec beaucoup de difficulté, ou encore ne peuvent manger seuls ou le font avec beaucoup de difficulté. Un peu plus d'entre eux, 5 % environ, ne peuvent faire leur toilette

Tableau 1 : Prévalences de l'incapacité et du désavantage par type de gêne ou difficulté chez les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en domicile ordinaire, France, 1991 (en %)

Age	Sexe masculin	Sexe féminin	Chi2*
Une difficulté quelconque dans la vie quotidienne ¹			
65-74	31,43	35,01	
75-84	48,04	61,53	
85 et plus	61,06	81,49	
Total	38,57	48,57	0,001
Écart-type de l'estimation	1,95	1,56	**
Limitations fonctionnelles de mobilité et d'agilité ²			
65-74	23,32	26,06	
75-84	33,01	50,71	
85 et plus	45,96	73,16	
Total	27,75	39,01	0,000
Écart-type de l'estimation	1,80	1,52	***
Difficultés de communication ³			
65-74	7,31	9,93	
75-84	21,6	21,04	
85 et plus	34,93	49,55	
Total	13,56	17,5	—
Écart-type de l'estimation	1,39	1,16	—
Désavantage de mobilité ⁴			
65-74	12,78	8,20	
75-84	9,11	22,77	
85 et plus	18,60	34,21	
Total	11,81	15,70	0,158
Écart-type de l'estimation	1,31	1,11	NS
Restrictions des activités élém. de la vie quotidienne ⁵			
65-74	6,81	4,98	
75-84	9,70	11,83	
85 et plus	19,6	29,91	
Total	8,43	9,69	0,426
Écart-type de l'estimation	1,08	0,89	NS

*Test de significativité de la différence entre la prévalence des hommes et celle des femmes, avec les probabilités d'erreur suivantes : *** : $p \leq 0,001$; ** : $0,01 \geq p > 0,001$; * : $0,05 \geq p > 0,01$; NS : non significatif.

1. A une difficulté quelconque y compris « ne peut parcourir plus de 200 mètres sans être gravement incommodé(e) », en %.
2. Peut parcourir en marchant seul(e), sans s'arrêter et sans être gravement incommodé(e), moins de 200 mètres, ou ne peut pas ou avec beaucoup de difficulté, monter et descendre un étage d'escalier d'une traite, ou, debout, se courber pour ramasser un objet tombé par terre, en %.
3. Ne peut pas ou avec beaucoup de difficulté, suivre une conversation téléphonique, ou voir suffisamment bien pour lire un livre, en %.
4. Confiné(e) au domicile, en %.
5. Ne peut pas ou avec beaucoup de difficulté, se nourrir, y compris couper ses aliments seul(e), ou se rendre aux toilettes et les utiliser seul(e), ou faire sa toilette seul(e), ou s'habiller et se déshabiller seul(e), en %.

seuls ou le font avec beaucoup de difficulté ; et 7 % environ ne s'habillent pas seuls ou le font avec beaucoup de difficulté (voir tableau 2).

Enfin, si on ne s'intéresse pas qu'aux mesures négatives de la santé fonctionnelle (les difficultés) mais aussi aux mesures positives (les performances réalisées), on constate alors globalement qu'environ 46 % des femmes âgées de 65 ans ou plus ont des performances maximales dans la vie quotidienne selon nos indicateurs, contre 39 % des hommes (différence significative) (voir tableau 3).

Tableau 2 : Prévalences de l'incapacité et du désavantage – niveaux sévères – par type de gêne ou difficulté chez les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en domicile ordinaire, France, 1991 (en %)

Age	Sexe masculin	Sexe féminin	Chi2*
Désavantage sévère de mobilité¹			
65-74	2,27	1,18	
75-84	2,52	3,83	
85 et plus	6,46	7,00	
Total	2,56	2,65	0,495
Écart-type de l'estimation	0,63	0,44	NS
Limitations fonctionnelles de mobilité²			
65-74	0,80	1,30	
75-84	3,57	4,47	
85 et plus	2,15	6,31	
Total	1,82	2,87	-
Écart-type de l'estimation	0,48	0,54	-
Restrictions de l'activité « se rendre aux toilettes »³			
65-74	2,55	1,01	
75-84	2,66	3,75	
85 et plus	13,14	10,38	
Total	3,11	2,84	0,499
Écart-type de l'estimation	0,67	0,47	NS
Restrictions de l'activité « se nourrir »⁴			
65-74	1,33	0,90	
75-84	3,4	3,25	
85 et plus	11,00	13,87	
Total	2,52	2,93	0,975
Écart-type de l'estimation	0,63	0,49	NS
Restrictions de l'activité « faire sa toilette »⁵			
65-74	3,31	1,92	
75-84	6,97	7,37	
85 et plus	17,25	18,38	
Total	5,25	5,36	0,911
Écart-type de l'estimation	0,86	0,66	NS
Restrictions de l'activité « s'habiller, se déshabiller »⁶			
65-74	5,24	2,86	
75-84	7,56	8,61	
85 et plus	15,10	21,23	
Total	6,52	6,57	0,953
Écart-type de l'estimation	0,95	0,73	NS

*Test de significativité de la différence entre la prévalence des hommes et celle des femmes, avec les probabilités d'erreur suivantes : *** : $p \leq 0,001$; ** : $0,01 \geq p > 0,001$; * : $0,05 \geq p > 0,01$; NS : non significatif.

1. Obligé(e) de rester toute la journée dans un lit ou dans un fauteuil (non roulant), en %.
2. Peut parcourir en marchant seul(e), sans s'arrêter et sans être gravement incommodé(e), quelques pas seulement, en %.
3. Ne peut pas, ou avec beaucoup de difficulté, se rendre aux toilettes et les utiliser seul(e), en %.
4. Ne peut pas, ou avec beaucoup de difficulté, se nourrir, y compris couper ses aliments seul(e), en %.
5. Ne peut pas, ou avec beaucoup de difficulté, faire sa toilette seul(e), en %.
6. Ne peut pas, ou avec beaucoup de difficulté, s'habiller et se déshabiller seul(e), en %.

Tableau 3 : Prévalence des performances dans la vie quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en domicile ordinaire, France, 1991 (en %)

Age	Sexe masculin	Sexe féminin	Chi2*
Aucune difficulté dans la vie quotidienne¹			
65-74	41,69	59,97	
75-84	34,96	32,47	
85 et plus	24,02	16,05	
Total	38,52	46,31	0,012
Écart-type de l'estimation	1,97	1,34	*

*Test de significativité de la différence entre la prévalence des hommes et celle des femmes, avec les probabilités d'erreur suivantes : *** : $p \leq 0,001$; ** : $0,01 \geq p > 0,001$; * : $0,05 \geq p > 0,01$; NS : non significatif.

1. N'a aucune difficulté dans la vie quotidienne, y compris « peut parcourir plus de 200 mètres sans être gravement incommodé(e) », et n'a jamais répondu « sans objet (ne le fait jamais) », en %.

II. LES ESPÉRANCES DE SANTÉ À 65 ANS

Les espérances de santé sont obtenues à partir des différentes données de prévalence examinées. Pour ces calculs, les prévalences utilisées ne concernant que les ménages ordinaires, on a supposé la prévalence de l'incapacité identique pour les personnes vivant en ménage ordinaire et pour les personnes vivant en institution ; le choix de cette hypothèse est discuté en troisième partie. Les résultats fournissent une information très abondante dont nous extrayons quelques points qui nous ont paru importants.

En ce qui concerne les hommes (voir tableau 4), notons tout d'abord que, pour une espérance de vie à 65 ans de 15,7 ans dans les conditions de mortalité de 1991, l'espérance de vie sans aucune difficulté dans la vie quotidienne atteint 9,4 ans, soit environ 60 % des années restant à vivre.

Tableau 4 : Les différentes espérances de santé à 65 ans, sexe masculin, France, 1991. Valeur de l'espérance de vie : 15,72 ans

Critères	EVSI années	EVSI/EV %
Difficultés quelconques	9,41 [8,81-10,01]	59,89 [56,07-63,71]
Difficultés quelconques (y compris sans objet)	5,91 [5,30-6,52]	37,59 [33,73-41,45]
Restriction des activités instrumentales (y compris sans objet)	7,86 [7,25-8,47]	50,00 [46,00-54,00]
Confiné au lit ou au fauteuil	15,28 [15,08-15,48]	97,22 [95,99-98,45]
Restriction des activités élémentaires	14,29 [13,96-14,62]	90,90 [88,78-93,02]
Limitations fonctionnelles de mobilité et d'agilité	11,17 [10,62-11,72]	71,06 [67,53-74,59]
Difficultés de communication	13,36 [12,93-13,79]	84,99 [82,26-87,72]
Difficultés à se nourrir	15,24 [15,04-15,44]	96,97 [95,73-98,21]

EVSI/EVSI = espérance de vie avec/sans un désavantage, une limitation fonctionnelle, une difficulté, ou une restriction d'activité selon le critère ; EV = espérance de vie. Entre crochets, intervalle de confiance à 95 % de l'estimation.

Dans cette même rubrique, l'item « sans objet » recueille les réponses des individus qui n'ont pas à réaliser les activités en question (préparer des repas...), soit parce que ces activités ne font pas partie de leur vie quotidienne au moment de la question, soit parce que quelqu'un les réalise à leur place. Cet item regroupe alors en partie des individus ayant une incapacité non révélée au moment de l'enquête : livrés à eux-mêmes, ces individus pourraient éprouver de grandes difficultés. Afin d'évaluer l'ampleur du biais, on peut considérer les réponses « sans objet » comme signes d'une difficulté et les inclure dans le calcul de l'indicateur : l'espérance de vie sans aucune difficulté dans la vie quotidienne n'est plus alors que de 5,9 ans, soit environ 38 % des années restant à vivre ; cette grande différence tient au fait que beaucoup des activités ménagères considérées dans cet

Tableau 5 : Les différentes espérances de santé à 65 ans, sexe féminin, France, 1991. Valeur de l'espérance de vie : 20,11 ans

Critères	EVSI années	EVSI/EV %
Difficultés quelconques	9,58 [8,97-10,19]	47,64 [44,58-50,70]
Difficultés quelconques (y compris sans objet)	8,58 [8,05-9,11]	42,68 [40,05-45,31]
Restriction des activités instrumentales (y compris sans objet)	14,12 [13,59-14,65]	70,22 [67,59-72,85]
Confiné au domicile	16,53 [16,09-16,97]	82,19 [80,02-84-36]
Restriction des activités élémentaires	17,78 [17,43-18,13]	88,39 [86,64-90,14]
Limitations fonctionnelles de mobilité et d'agilité	11,50 [10,90-12,10]	57,16 [54,18-60,14]
Difficultés de communication	15,98 [15,52-16,44]	79,46 [77,18-81,74]
Difficultés à se nourrir	19,32 [19,12-19,52]	96,09 [95,12-97,06]

EVSI/EVSI = espérance de vie avec/sans un désavantage, une limitation fonctionnelle, une difficulté, ou une restriction d'activité selon le critère ; EV = espérance de vie. Entre crochets, intervalle de confiance à 95 % de l'estimation.

indicateur ne sont pas gérées par les hommes de cette génération, qui ont encore leur conjointe ou qui se font aider par un proche. Il est difficile ici d'estimer la part des réponses « sans objet » qui doit être intégrée dans le calcul des espérances de santé.

On peut identifier, ensuite, trois espérances de santé donnant trois images du désavantage dans la vie quotidienne, au sens de la classification internationale des handicaps (CIH) : l'espérance de vie sans restriction dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (y compris les « sans objet ») atteint 7,9 ans (soit environ 50 % de l'espérance de vie) ; l'espérance de vie sans confinement à domicile atteint 13,8 ans (soit environ 88 % de l'espérance de vie) ; et l'espérance de vie sans restriction dans les activités élémentaires de la vie quotidienne atteint 14,3 ans (soit environ 91 % de l'espérance de vie).

On peut aussi identifier deux espérances de santé donnant des indications sur l'incapacité dans la vie quotidienne au sens de la CIH : l'espérance de vie sans limitation fonctionnelle de mobilité ou d'agilité atteint 11 ans (soit environ 71 % de l'espérance de vie) ; et l'espérance de vie sans difficulté de communication atteint 13 ans (soit environ 85 % de l'espérance de vie).

On note que les incapacités les plus sévères, comme par exemple « le besoin d'aide pour se nourrir », ne concerne qu'une faible partie de l'espérance de vie à 65 ans, environ 3 %.

Pour les femmes (voir tableau 5) qui ont une espérance de vie à 65 ans de 20,1 ans, l'espérance de vie sans aucune difficulté dans la vie quotidienne atteint 9,6 ans, soit environ 48 % des années restant à vivre.

Si on prend en compte à présent les réponses « sans objet », l'espérance de vie sans aucune difficulté dans la vie quotidienne atteint 8,6 ans, soit environ 43 %

des années restant à vivre. L'écart entre ces deux estimations est bien moins grand que celui constaté pour le sexe masculin, montrant par là que la rubrique « sans objet » a un impact bien plus important sur les estimations concernant le sexe masculin.

On distingue aussi pour les femmes les espérances de santé représentant un désavantage : l'espérance de vie sans restriction dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (y compris les « sans objet ») atteint 14,1 ans, soit environ 70 % de l'espérance de vie, contre 50 % pour le sexe masculin ; l'espérance de vie sans confinement à domicile atteint 16,5 ans, soit environ 82 % de l'espérance de vie, contre 88 % pour le sexe masculin ; et l'espérance de vie sans restriction dans les activités élémentaires de la vie quotidienne atteint 17,8 ans, soit environ 88 % de l'espérance de vie, contre 91 % pour le sexe masculin.

Finalement, les hommes et les femmes passent à peu près la même proportion de leur espérance de vie à 65 ans avec un désavantage de mobilité ou d'indépendance physique pour les activités élémentaires de la vie quotidienne.

Les femmes ne paient pas leur plus grande longévité par un plus grand désavantage dans la vie quotidienne. Au contraire, le premier indicateur montre qu'elles vivent non seulement plus longtemps que les hommes, mais qu'elles passent une bien plus grande proportion de leur vie sans désavantage d'indépendance physique pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Au niveau des incapacités, leur espérance de vie sans limitation fonctionnelle de mobilité ou d'agilité n'atteint que 11,5 ans (soit environ 57 % de leur espérance de vie, contre 71 % pour le sexe masculin). Cette indication sur l'incapacité dans la vie quotidienne au sens de la CIH apparaît très défavorable aux femmes. Il reste à expliquer, maintenant, comment et pourquoi, avec de meilleures capacités fonctionnelles que les femmes, les hommes ne sont pas plus avantagés pour les activités de la vie quotidienne.

Enfin, l'espérance de vie sans difficulté de communication des femmes atteint 16 ans, soit environ 79 % de leur espérance de vie. Ces résultats ne peuvent pas être comparés entre les sexes, car cet indicateur global s'appuie sur plusieurs critères (lecture, conversation...) dont les prévalences sont tantôt meilleures pour les hommes et tantôt meilleures pour les femmes.

III. LA PRÉCISION DES ESTIMATIONS

De nombreux éléments peuvent intervenir sur la précision des calculs présentés ici.

La méthode de calcul, d'abord, est plus ou moins imposée par la disponibilité des données requises. Dans cette étude, nous avons utilisé la méthode des tables à prévalence observée (méthode de Sullivan, 1971). L'ampleur de l'imprécision entraînée par l'utilisation de la méthode de Sullivan est inconnue (Brouard, 1980) ; elle tient au fait que les données de prévalence utilisées proviennent d'enquêtes transversales ; ce sont des données de stock qui donnent la prévalence

observée du statut étudié et non pas la prévalence du moment, requise dans ce type de calcul. Ces données reflètent non seulement les conditions de vie du moment, mais aussi les conditions de vie passées. Soumise à l'effet global de génération, l'espérance de vie sans incapacité, telle qu'elle est calculée ici, ne représente pas les véritables conditions du moment, elle les approxime : l'indicateur est biaisé. Mais, du fait de la nature du biais, on sait que l'estimation sera d'autant plus proche de la valeur recherchée que, d'une part, les phénomènes étudiés varient peu ou progressivement au cours du temps (Robine *et al.*, 1993), ce qui semble être le cas de l'incapacité, et que, d'autre part, l'ancienneté dans l'état de mauvaise santé étudié est petite. Ainsi, pour le calcul des espérances de santé au-delà de 65 ans, si, comme on le suppose, l'« incapacité » déclarée par les personnes âgées est principalement due au vieillissement, elle a été acquise en moyenne depuis peu de temps. Dans ces conditions, il semble que l'imprécision due à la méthode est minimisée.

La taille des échantillons a une influence sur la validité des résultats. Les intervalles de confiance des différentes espérances ont été calculés. Les estimations apparaissent précises lorsqu'on examine les espérances de vie sans difficulté sévère, car l'échantillon concerné est grand : par exemple, l'espérance de vie sans confinement au lit ou au fauteuil est de 15,28 ans pour les hommes de 65 ans et plus, avec un intervalle de [15,08-15,48] qui est petit relativement à la valeur de l'indicateur. Par contre, l'indicateur complémentaire l'espérance de vie confiné au lit ou au fauteuil n'est que de 0,4 an, avec un intervalle de confiance de [0,24-0,64]. Plus l'échantillon est réduit, plus l'imprécision est grande et rend délicate l'utilisation de l'indicateur pour des prévisions concernant les populations touchées.

La compréhension des concepts de l'« incapacité » et des questions est sûrement la plus grande source d'imprécision. Ainsi, si on ne distingue pas clairement entre les niveaux et les types d'incapacité ou entre les niveaux et les types de désavantage, on peut dire que « l'espérance de vie sans incapacité des femmes à 65 ans varie de 19,5 ans à 9,5 ans pour une espérance de vie totale de 20,1 ans », selon que l'on mesure l'absence de désavantage sévère de mobilité ou l'absence de difficulté notable dans la vie quotidienne. Les réponses aux questions, et donc les niveaux de prévalence qui en découlent, peuvent également être très différentes, en fonction de la formulation des questions — par exemple, selon qu'elles sont posées en terme de performance (« faites-vous... ») ou d'aptitude (« pouvez-vous faire... ») — ou encore en fonction de l'introduction d'items réponses tel que « sans objet ».

Le répondant à l'enquête : la personne répondant aux 15 questions spécifiques sur l'incapacité ou sur le désavantage étant tirée au sort, elle peut être ou non la personne qui a répondu à la question générale sur les gênes dans la vie quotidienne la concernant. On montre cependant que le répondant à la question générale sur les gênes dans la vie quotidienne n'a que peu d'impact sur le recouvrement entre la question générale et les questions spécifiques.

La population en institution ne faisant pas partie de l'enquête et en l'absence de toute information supplémentaire, l'alternative est soit de considérer que toute la population âgée vivant en institution présente une « incapacité », comme l'a proposé Sullivan en 1971, soit de considérer qu'elle connaît la même prévalence de l'« incapacité » que le reste de la population. L'incapacité en général touchant une grande partie de la population âgée, le choix de l'hypothèse n'influence pas beaucoup les résultats ; ce n'est évidemment pas le cas lorsqu'on parle d'incapacité à des niveaux sévères qui ne touche qu'une petite partie de la population.

CONCLUSION ET AVENIR

L'abondance des données disponibles, indiquant des résultats parfois hétérogènes, donne le sentiment d'une certaine confusion de l'information qu'elles apportent. En effet, un indicateur unique et global semble plus facile à interpréter. Pourtant, l'analyse de ces nombreuses données, d'une part, apporte une information très riche qui permet d'affiner les conclusions et, d'autre part, fournit le matériel nécessaire à toute tentative de comparaison.

En ce qui concerne les problèmes d'imprécisions, rappelons que les espérances de vie en santé sont des indicateurs et non pas des mesures et que, quelle que soit la qualité que l'on peut atteindre, le but n'est pas de fournir une mais plusieurs indications sur les différentes dimensions du niveau de santé prévalant au moment de l'enquête et d'en suivre l'évolution. Dans cette optique, il faut accepter la nature « approximative » de ces indicateurs et se donner les moyens de créer les séries chronologiques qui les rendront pertinents ■

Remerciements à la Mire, qui a financé ce travail dans le cadre d'une convention ayant pour objet l'application de la classification internationale des handicaps aux calculs d'espérances de santé.

Bibliographie

- BROUARD, N. (1980), « Espérance de vie active, reprise d'activité féminine : un modèle », *Revue économique*, 31 (6 Démographie économique), p. 1260-1287.
- KATZ, S, FORD, A. B., MOSKOWITZ, R. W., JACKSON, B. A., JAFFE, M. W. (1963), « Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL : A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function », *JAMA*, 185 (12), p. 914-919.
- NETHERLANDS CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (1989), *Consultation to Develop Common Methods and Instruments for Health Interview Survey*, 21-23 June Voorburg, Netherlands Central Bureau of Statistics.
- OMS (1988), *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, OMS/CTNERHI/INSERM.
- ROBINE, J. M., MATHERS, C. (1993), *Measuring the Compression or Expansion of Morbidity Through Changes in Health Expectancy, in Calculation of Health Expectancies : Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, John Libbey Eurotext.

- ROBINE, J. M., ROMIEU, I., CAMBOIS, E., VAN DE WATER, H.P.A., BOSHUIZEN, H. C., JAGGER, C. (1994), *Global Assessment in Positive Health : Contribution of Reves to WHR 95*, Montpellier : Reves/Inserm, (Document disponible auprès de Reves).
- ROBINE, J. M., ROMIEU, I., CAMBOIS, E. (1995), *Rapport final de la convention Mire : espérances de santé dans la population âgée de 65 ans et plus : application des concepts de la classification internationale des handicaps aux calculs d'espérances de santé : France, début des années 1990*, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé, Montpellier.
- SULLIVAN, D. F. (1971), « A Single Index of Mortality and morbidity », *HSMHA Health Rep.* 86 (4), p. 347-354.
- WHO (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : A Manual of Classification Relating to the Consequences of Diseases*, Genève.

ESPERANCE DE VIE ET SANTE MENTALE

MOTS CLEFS : *démence sénile ■ espérance de santé ■ espérance de vie ■ prévalence ■ santé mentale ■*

Les calculs d'espérance de vie en bonne santé ont porté jusqu'à présent sur la survenance de handicaps physiques. Or, chez les personnes âgées, les principaux handicaps relèvent des troubles mentaux. Cet article s'intéresse donc à l'espérance de vie sans manifestation démentielle (EVSD) et plus particulièrement à la prévalence de la démence sénile, dont on sait qu'elle augmente exponentiellement avec l'âge. Les premiers calculs d'espérance de vie sans démence sénile (EVSD) sont présentés ici pour la France, le Royaume-Uni, la Belgique et l'Australie. Les résultats sont comparables entre pays, l'EVSD à 77 ans étant de 6,5 ans pour les hommes et de 8 à 9 ans pour les femmes. La durée attendue de vie sous l'emprise d'une maladie démentielle est de une année pour tout individu âgé de plus de 65 ans.

La vérification de la prédiction faite par Kramer, en 1980, d'un « futur pandémie de désordres mentaux et de maladies et d'infirmités chroniques associées » a constitué un but caché pour de nombreux calculs d'espérance de santé. Il est intéressant de noter, cependant, que, jusqu'à une époque très récente, les espérances de santé et les calculs d'espérance de vie sans infirmité ont fait exclusivement référence à la santé physique. Le domaine de la santé mentale a été largement négligé, bien que ce fût à la fréquence des cas de désordres mentaux à laquelle Kramer faisait principalement référence. Depuis 1989, le Sous-Comité de la santé mentale a essayé de convaincre les chercheurs et les planificateurs de santé de l'importance potentielle des calculs d'espérance de santé mentale. Le sous-comité a donné la priorité aux problèmes de santé mentale de la démence sénile, de la dépression, de la retardation mentale et de la schizophrénie, comme étant les états dont la fréquence est la plus susceptible de se trouver affectée par les diminutions de la mortalité observées au cours de la dernière décennie.

Les premiers calculs d'espérance de santé mentale ont concerné les démences séniles. Cet état s'est vu accorder la priorité, comme étant le plus susceptible

* Médecin, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale, équipe « Vieillesse cognitive », centre Val-d'Aurelle, Parc euromédecine, Montpellier.
Traduction effectuée par E. Thiveaud.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

d'atteindre des proportions épidémiques alors que l'espérance de vie moyenne continue de croître.

Ineichen (1987), mettant en garde contre une « marée montante » de cas de démence en Angleterre, a prédit une augmentation de 5 à 17 % de la fréquence des cas de démence d'ici à l'an 2001. En Australie, Henderson (1983) a fait référence à une future épidémie de cas de démence, évaluant une augmentation de 91 % du nombre de cas d'ici à l'an 2001. Appliquant un modèle linéaire de la relation de la démence à l'âge dérivé d'une méta-analyse d'études épidémiologiques qui ont utilisé le critère de diagnostic DSM III aux récentes projections de la population réalisées par l'Institut national de statistiques et d'études économiques (Insee, 1992 ; Dinh, 1992), Ritchie et Robine (1994) ont montré qu'entre 1990 et 2020 la population française augmentera de 58 %, mais que la fréquence des cas de démence devrait progresser de 89 %.

Une augmentation de 21 % est prédite au cours de la prochaine décennie, pour parvenir à un nombre total de cas de démence en France de l'ordre de 555 558 en l'an 2000. 312 750 cas de démence sénile du type Alzheimer sont présagés pour l'an 2000, ce qui représente une augmentation de 26 % au cours de la prochaine décennie. L'espérance de vie moyenne d'une personne âgée atteinte de démence sénile précoce est d'environ huit années. Ce temps se passe dans un état de dépendance progressive à la fois pour les activités de la vie quotidienne et pour les fonctions de prise de décision. Ainsi, un changement du nombre des années sans manifestation démentielle vécues par une population donnée aura un impact important sur la demande en services domiciliaires et institutionnels.

Les calculs d'espérance de vie sans manifestation démentielle (EVSD) sont donc à présent nécessaires, afin d'évaluer l'importance du problème actuel, de gérer les changements dans le temps et de projeter les tendances futures, ainsi que pour déterminer les groupes d'âge susceptibles d'être à l'origine des demandes en entretien les plus importantes. Les calculs d'espérance de vie sans démence sénile ont désormais été faits pour la France (Bordeaux), le Royaume-Uni (Liverpool, Cambridge et Melton Mowbray), la Belgique (Anvers) et l'Australie (Canberra). Toutes ces études ont été fondées sur des études épidémiologiques longitudinales du vieillissement et ont utilisé des critères de diagnostic pour la démence sénile compatibles avec les algorithmes DSM III (American Psychiatric Association, 1980), conjointement avec des tables de mortalité nationales. L'espérance de vie sans manifestation démentielle a été calculée en utilisant la méthode de Sullivan.

A 70 ans, l'espérance de vie est de 13 années en France, 12,9 en Belgique, 12 en Australie et 11,5 en Angleterre. Malgré ces différences, les diverses études présentent des résultats étonnamment similaires. La combinaison de mortalité croissante et de fréquence des cas de démence avec l'âge donne une espérance de vie sans manifestation démentielle très similaire dans les trois pays. Le tableau 1 présente l'espérance de vie sans manifestation démentielle et l'espérance de vie dans chaque étude. L'espérance de vie sans manifestation démentielle pour les hommes et les femmes est la plus élevée en France et en Australie, puis en Belgique, le Royaume-Uni présentant des chiffres quelque peu inférieurs.

Tableau 1

Pays	Age	Espérance de vie		Espérance de vie sans manifestation démentielle	
		Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
France	77	8,2	10,5	7,6	9,5
	83	5,6	6,9	5,0	6,0
	89	3,7	4,4	3,1	3,5
Australie	77	8,5	10,3	7,3	8,8
	83	5,6	7,0	4,7	5,6
	89	3,7	4,4	3,0	3,5
Royaume-Uni (Liverpool)	77	6,9	9,1	6,5	8,0
	83	4,9	6,2	4,4	5,2
	89	3,7	4,3	2,8	3,0
Royaume-Uni (Cambridge)	77	7,4	9,6	6,5	8,6
	83	5,3	6,6	4,3	5,6
	89	67,8	79,2	2,7	3,6
Royaume-Uni (Melton Mowbray)	77	7,6	9,8	6,5	7,7
	83	5,6	6,8	4,5	4,5
	89	4,3	4,6	3,0	2,5
Belgique (Anvers)	77	8,3	10,9	7,3	8,5
	83	6,1	7,9	5,0	5,6
	89	4,5	5,6	3,3	3,3

Pour tous les pays étudiés, l'espérance de vie avec manifestation démentielle pour les deux sexes combinés reste stable à près d'une année à tous les âges à partir de 65 ans (0,9 année en Australie, 0,8 en France, 0,9 à Liverpool et 1 à Anvers, Cambridge et Melton Mowbray). C'est-à-dire qu'au-delà de 65 ans tous les survivants peuvent s'attendre à vivre une année dans un état de démence. La proportion de survivants déments par rapport au nombre total compris dans la cohorte initiale augmente régulièrement dans les trois pays à partir d'environ 70 ans, pour culminer à près de 85 ans. Ainsi, en tenant compte des tendances duales avec l'âge d'une augmentation de la fréquence des cas de démence et d'une diminution du nombre des survivants, nous trouvons que dans les trois pays le plus grand nombre de personnes atteintes de démence aura entre 82 et 85 ans. Ainsi, tandis que la fréquence des cas de démence augmente de façon exponentielle avec l'âge, pour atteindre près de 40 % à 95 années, le nombre le plus élevé de personnes nécessitant des soins concerne de jeunes octogénaires. Ce point a des implications importantes pour la planification des services de santé alors que les profils de santé et les exigences de service changent avec l'âge.

Le tableau 2 présente l'espérance de vie sans manifestation démentielle comme une proportion de l'espérance de vie totale pour chaque étude par sexe. On peut voir que, tandis que dans tous les domaines géographiques étudiés l'espérance de vie totale pour les femmes est plus élevée que pour les hommes, l'espérance de vie avec démence sénile est aussi légèrement plus longue dans tous les cas. Par exemple, à 70 ans, l'espérance de vie avec démence sénile est de 0,98 année pour les hommes et 1,46 année pour les femmes en Australie, 0,6 année pour les hommes et 0,9 année pour les femmes en France, et 0,6 année pour les hommes et 1,2 année pour les femmes à Liverpool. Lorsque l'EVSD est expri-

mée comme une proportion de l'espérance de vie totale, le comportement des femmes se révèle plus mauvais que celui des hommes dans toutes les études, sauf pour Cambridge. Il est possible d'en conclure que, bien que les femmes puissent vivre plus longtemps dans chacun des pays étudiés, les bénéfices qu'elles ont à un niveau de population donné ne sont pas des années d'entièrement bonne santé mentale ; ce temps sera passé pour partie dans un état de démence.

Tableau 2

Pays	Age	EVSMMD en proportion de l'espérance de vie (%)	
		Masculin	Féminin
France	77	92,6	90,8
	83	89,4	87,1
	89	84,5	80,4
Australie	77	88,9	85,1
	83	83,8	80,0
	89	80,3	78,5
Royaume-Uni (Liverpool)	77	94,2	87,4
	83	88,7	83,0
	89	75,0	70,6
Royaume-Uni (Cambridge)	77	88,6	88,9
	83	81,3	84,4
	89	67,8	79,2
Royaume-Uni (Melton Mowbray)	77	85,1	78,2
	83	80,6	66,8
	89	71,3	53,5
Belgique (Anvers)	77	88,0	78,0
	83	82,0	70,9
	89	73,3	58,9

Les résultats de ces différentes études sont étonnamment cohérents, et, quoique l'on soit tenté de conclure que l'espérance de vie sans démence sénile est plus élevée dans les pays de production viticole, la réalité est probablement que la variabilité est principalement due à des différences dans les méthodes d'échantillonnage et de détection de cas. Si toutes ces études ont utilisé les mêmes critères de diagnostic (DSM III), elles n'ont pas employé les mêmes instruments de diagnostic. En outre, bien que ces études aient échantillonné les personnes âgées institutionnalisées au Royaume-Uni, cela a été effectué par échantillonnage aléatoire des listes des médecins généralistes (la représentativité de cet échantillon est donc inconnue), tandis qu'en France et en Australie les personnes âgées institutionnalisées ont été échantillonnées séparément.

Un travail supplémentaire d'harmonisation des méthodes de détection de cas est clairement nécessaire. Un gros effort a déjà été réalisé dans le champ de la démence sénile. Si l'on considère les principales études de population portant sur la fréquence des cas de démence réalisées avant les années 80, on peut voir une importante variation dans les taux rapportés, ce qui est peu susceptible d'être attribuable à de réelles différences culturelles — en particulier, si l'on consi-

dère les écarts observés au sein du même pays. Par exemple, Essen-Möller a trouvé une fréquence de 15,8 % en Suède, en 1956, et Akesson une fréquence de 1,3 dans le même pays, en 1969. La variation est évidemment principalement due aux critères de diagnostic utilisés, qui ont inclus des termes comme « déficience mentale », « syndrome cérébral chronique » et « fou à lier ».

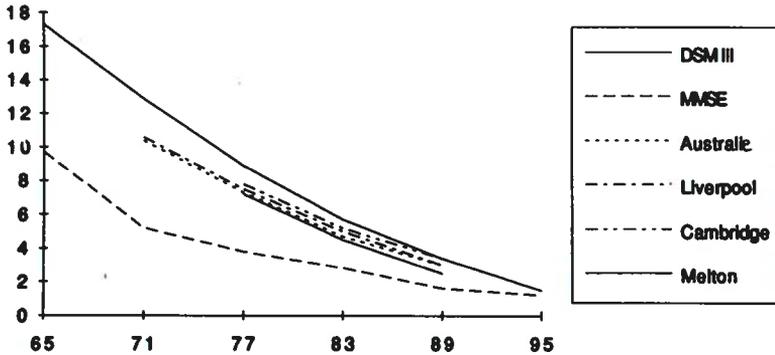
Pendant les années 80, plusieurs initiatives conduisirent à l'établissement d'algorithmes de diagnostic internationalement reconnus pour la démence sénile. Les plus notables de ces critères furent la définition de la démence sénile dans DSM III et ICD 9 (Organisation mondiale de la santé, 1978), et le développement d'examens de diagnostic standardisés comme le Geriatric Mental Status Examination (Copeland *et al.*, 1986) et le Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (Roth *et al.*, 1988). Les études réalisées après 1980, qui ont utilisé ces directives, ont présenté une grande cohérence dans les taux de fréquence rapportés. Le tableau 3 regroupe les principales études postérieures à 1980 selon la méthode d'identification des cas employée.

Tableau 3

Études de la fréquence des cas de démence conduites depuis 1980 (%)			
Études	Pays	Critère de diagnostic	%
Mölsä (1982)	Finlande	Clinical examination	2,0
Cooper (1984)	Allemagne de l'Ouest	Clinical examination	4,2
Robertson (1984)	Canada	MSQ	7,8
Kramer (1985)	États-Unis	DSM III	6,4
Sulkava (1985)	Finlande	DSM III	6,7
Weissman (1985)	États-Unis	DSM III	5,4
Hasegawa (1986)	Japon	DSM III	4,8
Dartigues (1990)	France	DSM III	3,6
Copeland (1987)	Angleterre	GMS	5,2
Lindsay (1989)	Angleterre	GMS	4,6
Livingston (1990)	Angleterre	GMS	5,0
Bland <i>et al.</i> (1988)	Canada	MMSE	5,6
Rocca <i>et al.</i> (1990)	Italie	MMSE	15,8
Li <i>et al.</i> (1989)	Chine	MMSE	12,3

Ritchie *et al.* (1992 ; 1995) ont utilisé ces études dans une méta-analyse au terme de laquelle il ressort que la fréquence liée à l'âge correspond bien à un modèle exponentiel (et un modèle logistique pour des groupes d'âge plus élevé). La cohérence la plus forte apparaît parmi les études utilisant les critères DSM III (American Psychiatric Association, 1980), donnant un R² de 93,4 %. Nous pourrions en conclure que les études d'espérance de vie sans manifestation démentielle fondées sur les critères DSM III sont susceptibles de fournir des résultats comparables. De fait, lorsque nous envisageons l'espérance de vie sans démence sénile calculée en utilisant le test sélectif MMSE pour la démence sénile (Folstein *et al.*, 1975) au lieu d'un examen diagnostique complet, les valeurs obtenues dévient fortement par rapport à celles qui ont été trouvées en France et ailleurs en utilisant les critères DSM III (*voir graphique 1*).

Graphique 1
Espérance de vie sans manifestation démentielle
selon des algorithmes DSM et MSE



A partir de cette première étude sur l'espérance de vie sans manifestation démentielle, nous avons démontré que les calculs d'espérance de santé mentale ne sont pas seulement réalisables, mais que la cohérence entre les pays est aussi importante et, dans certains cas, plus importante que pour plusieurs autres calculs fondés sur la santé physique et les états d'infirmité. Le travail est actuellement en cours en France et au Royaume-Uni dans deux champs supplémentaires liés à la santé mentale : l'espérance de vie sans manifestation dépressive et l'espérance de vie sans infirmité due à des problèmes de santé mentale ■

Bibliographie

- AKESSON, H. O. (1969), « A Population Study of Senilme and Arteriosclerotic Psychoses », *Human Heredity*, 19, p. 546-566.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., American Psychiatric Association, Washington.
- COPELAND, J. R. M., KELLEHER, M. J., KELLETT, J. M. *et al.* (1986), « A Semi-Structured Clinical Interview for the Assessment of Diagnosis and Mental State in the Elderly : The Geriatric Mental State Schedule, 1 : Development and Reliability », *Psychol Med*, 16, p. 89-99.
- DINH, Q.C. (1992), *Projection de la population totale pour la France métropolitaine, base RP90. Horizon 1990-2020*, Insee, Document de travail F9213.
- ESSEN-MOLLER, E., LARSSON, H., UDDENBERG, C. E., WHITE, G. E. (1956), « Individual Traits and Morbidity in a Swedish Rural Population », *Acta Psychiatr Neurolog Scand*, 100, suppl.
- FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P. R. (1975), « Mini-Mental State : A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician », *J. Psychiatr Res*, 12, p. 189-198.
- HENDERSON, A. S. (1983), « The Coming Epidemic of Dementia », *Aust N. Z. J Psychiatry*, 17, p. 117-127.
- INEICHEN, B. (1987), « Measuring the Rising Tide : How Many Dementia Cases Will There Be By 2001 ? », *Br J Psychiatry*, 150, p. 193-200.
- INSEE (1992), *Recensement de la population de 1990. France métropolitaine et régions. Résultats du sondage au vingtième*, Insee résultats n° 179-180-181, Démographie, Société, n° 13-14-15.
- KRAMER, M. (1980), « The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities », *Acta Psychiatr Scand*, 62, p. 282-297.
- RITCHIE, K., KILDEA, D., ROBINE, J.-M. (1992), « The Relationship Between Age and the Prevalence of Senile Dementia : A Meta-Analysis of Recent Data », *International Journal of Epidemiology*, 21, p. 763-769.

- RITCHIE, K., ROBINE, J.-M. (1994), « Senile Dementia in France : Estimating the Current Burden and Projecting Future Trends », *Medecine Sciences*, 10, p. 680-686.
- RITCHIE, K., KILDEA, D. (1995), « Is Senile Dementia Age-Related or Ageing-Related ? Evidence from Meta-Analysis of Dementia Prevalence in the Oldest Old », *Lancet*, 346, p. 931-934.
- ROTH, M., TYM, E., MOUNTJOY, C. Q. *et al.* (1988), *Camdex : The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), *Mental Disorders : Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*, World Health Organization, Genève.

APPORTS DE LA MEDECINE

à l'espérance de vie sans invalidité

MOTS CLEFS : *dépendance* . *gériatrie* . *invalidité* . *prévention* . *vieillesse* .

La réduction de l'invalidité relève pour une part incontestable du progrès médical tant au niveau de l'identification des causes que des processus de traitement et de prévention. Les exemples les plus spectaculaires sont fournis par les résultats du traitement des facteurs de risques des accidents vasculaires cérébraux, de la maladie coronarienne et de l'ostéoporose. Le traitement efficace et en temps opportun des affections susceptibles d'évoluer vers une invalidité a des succès spectaculaires à son actif, en particulier, mais non exclusivement, dans le domaine de la chirurgie réparatrice (ostéo-articulaire, cardio-vasculaire, ophtalmologie...). La réduction de l'invalidité au grand âge passe par le développement de la gériatrie.

Dans le débat sur l'espérance de vie sans invalidité, l'apport de la médecine est certes important mais difficile à cerner. Quelle est, en effet, la part de la médecine dans l'amélioration de la santé due aux changements de comportements ou de modes de vie apparus dans la société : tels que les modifications alimentaires, le développement de l'hygiène personnelle, mais aussi la réduction de la consommation de tabac ou d'alcool, la limitation de la vitesse au volant ? Dans tous ces domaines, les acquis relèvent de façon évidente de l'évolution socioculturelle et économique, des progrès technologiques et des progrès dans le domaine de la communication, de l'information et de l'éducation. La médecine n'en est toutefois jamais absente. C'est grâce à elle qu'ont été constatés les méfaits sur la santé, repérées les situations à risque, identifiés les agents pathogènes et enfin énoncées les bonnes règles en matière de santé.

Dans l'évolution de l'espérance de vie, la médecine, étroitement liée à la recherche biologique, est responsable de la prévention et de la guérison d'un nombre croissant de maladies, au premier rang desquelles les maladies infectieuses.

* Professeur des universités (médecine interne, gériatrie). Avec la collaboration de K. Giacomini, T. Reeb, J. C. Vogt.
Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

A défaut de guérir, la médecine peut maintenir en vie des individus dont la maladie autrefois mortelle est actuellement contrôlée de manière à permettre une vie parfaitement normale. Le diabète en est un exemple probant, mais il en est de même d'autres affections relevant également de traitements palliatifs de durée indéterminée.

Par rapport à l'espérance de vie sans invalidité, le rôle de la médecine peut paraître ambigu. S'agit-il d'un effet pernicieux lorsqu'elle permet la survie de personnes atteintes de maladies à fort potentiel d'invalidité aujourd'hui incurables (démence sénile de type Alzheimer, dégénérescence maculaire liée à l'âge, cancers...)? Ne s'agit-il pas, au contraire, d'un résultat certes peu satisfaisant mais préservant l'espoir, pour le malade et son entourage, de voir apparaître un traitement salvateur?

A l'inverse, doit-on considérer que la médecine constitue un pis-aller acceptable lorsqu'elle n'a pu éviter un décès, mais, ce faisant, a permis au malade d'échapper à une lourde invalidité? Telle pourrait bien être la conception de ceux qui lient la vieillesse à la dépendance considérée comme inéluctable et font de cette dernière le mal absolu attentatoire à la liberté de l'individu et, pourquoi pas, au budget de la collectivité.

En pratique, dans la situation actuelle et dans la perspective de l'espérance de vie sans invalidité, la médecine intervient, d'une part, sur les maladies invalidantes et, d'autre part, sur les complications invalidantes de maladies qui ne le sont pas forcément.

I. LES MALADIES INVALIDANTES

La prévention de ces maladies constitue la voie la plus efficace pour éviter l'invalidité. Les succès les plus spectaculaires relèvent des vaccinations, dont l'exemple le plus typique est celui de la poliomyélite, affection au potentiel hautement invalidant dans un passé encore récent, actuellement complètement éradiquée de notre pays.

La seconde voie passe par le traitement des facteurs de risque. L'exemple des affections cérébro et cardio-vasculaires et des affections ostéo-articulaires est à cet égard tout à fait démonstratif.

1. Les accidents vasculaires cérébraux

La mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux (AVC)¹ est en diminution. Il en est de même pour l'incidence, bien que, dans certaines études, celle-ci soit moins nette en raison du perfectionnement des techniques d'imagerie dans le domaine de l'exploration cérébrale qui rendent les comparaisons difficiles avec les époques où ces techniques n'existaient pas et où incidence et prévalence étaient, de ce fait, sous-évaluées.

La courbe de mortalité par AVC s'est infléchie vers le milieu des années 50, c'est-à-dire avant la mise sur le marché des thérapeutiques antihypertensives effi-

caces. Elle n'a, depuis lors, cessé de progresser avec un infléchissement net de la courbe au milieu des années 70 qui peut être rattaché au développement et à la diversification des différentes classes médicamenteuses antihypertensives. Toutes les études et méta-analyses confirment la diminution du risque d'AVC liée au traitement de l'hypertension artérielle, et ce à tous les âges de la vie, qu'il s'agisse d'hypertension sévère ou modérée, de la pression systolique ou diastolique. A titre d'exemple, on peut citer l'étude SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) portant sur 4 700 sujets chez lesquels une réduction de 11 mm Hg de la pression artérielle systolique et de 3,4 mm Hg de la pression diastolique a entraîné une réduction de 36 % des AVC, mortels ou non, sans diminution significative de la mortalité².

Le traitement de l'arythmie complète par les anticoagulants constitue, par ailleurs, un moyen préventif efficace des AVC par embolie cérébrale, comme l'attestent de nombreuses études concordantes.

Le risque relatif d'AVC est également favorisé par l'arrêt du tabac (moins de 30 à 40 % d'AVC après cinq ans d'arrêt de consommation par rapport aux fumeurs) et le maintien d'une activité physique (diminution du risque de 30 % par rapport à ceux qui ont réduit l'exercice physique). Cet acquis relève plus de l'éducation sanitaire que du progrès médical.

2. Prévention primaire de la maladie coronarienne^{3 et 4}

Celle-ci passe également par le traitement de l'hypertension artérielle, dont l'efficacité est toutefois moindre que pour la prévention des AVC. Le traitement de l'hypercholestérolémie et la prise systématique d'aspirine sont, par contre, des facteurs préventifs plus efficaces de l'infarctus du myocarde que des AVC : plusieurs études ont montré que la diminution de 1 % du taux de cholestérol entraînait une réduction de 2 % des incidents coronariens. Une diminution de la maladie coronarienne de l'ordre de 25 % est attestée par de nombreuses études consacrées au traitement de l'hypercholestérolémie. Le début des plus anciennes remonte à 1965 (WHO Cooperative Trial). Plusieurs classes médicamenteuses ont ainsi été testées. Tout récemment, la grande presse a largement fait état de la dernière publication en date sur ce thème. Elle porte sur le traitement de 6 600 personnes pendant cinq ans et note une réduction de 31 % des événements coronariens et du même taux des infarctus non mortels⁵.

La conjonction de deux études, parmi d'autres, portant au total sur plus de 27 000 médecins américains et britanniques a montré que l'aspirine diminuait le risque d'infarctus du myocarde de 33 %⁶.

Le traitement œstrogénique substitutif de la ménopause induit une réduction significative de risque relatif chez les femmes traitées par rapport à celles qui ne le sont pas. L'une des études les plus célèbres (Nurses Health Study), portant sur près de 5 000 femmes, indique un risque relatif de 0,54⁷. Cette prévention pourrait être développée dans notre pays, puisque, si 30 % des femmes de 50 à 55 ans

sont traitées, tel n'est le cas que pour 13 % de l'ensemble des femmes ménopausées, contre 20 à 30 % dans les pays nordiques.

L'arrêt du tabac et l'exercice physique constituent des facteurs de prévention de la maladie coronarienne plus efficaces que pour la prévention des AVC (diminution du risque de 50 à 70 % pour les premiers et de 45 % pour les seconds).

3. Prévention de l'ostéoporose

Le risque d'ostéoporose est également réduit chez la femme par les traitements oestrogéniques substitutifs de la ménopause. La réduction de la perte de la densité osseuse fémorale peut être de l'ordre de 40 % à 65 ans et la réduction d'autres fractures ostéoporotiques non vertébrales de l'ordre de 50 % dans diverses études (risque relatif de 0,65 pour l'étude Framingham). Cet effet n'est pas immédiat, un traitement de cinq à dix ans, sept en moyenne, est nécessaire pour obtenir une augmentation significative de la densité osseuse par rapport aux femmes non traitées.

L'adjonction systématique de calcium et de vitamine D à l'alimentation diminue le taux de fracture du col du fémur de 43 % et des autres fractures de 32 % dans une étude française récente incluant une population à risque élevée, 3 270 femmes âgées de 84 ans en moyenne, vivant en institution⁸.

II. LES COMPLICATIONS INVALIDANTES DES MALADIES

Le traitement des maladies potentiellement invalidantes constitue une véritable prévention secondaire de l'invalidité. C'est dans ce domaine que la responsabilité médicale est la plus engagée. Si le patient n'est pas traité en fonction des possibilités réelles, il y a pour lui risque de perte de chances. Des traitements efficaces sont susceptibles de réduire l'invalidité même dans les maladies dont la prévalence est en augmentation. Il en est ainsi du diabète, dont la prévalence augmente en même temps que l'espérance de vie. Actuellement, les moyens de surveillance dont dispose le patient et son entourage immédiat permettent un équilibre glycémique meilleur, et donc une amélioration des conditions de prévention des complications. Un recours à des moyens non invasifs de détection des atteintes vasculaires facilite le traitement des complications en temps opportun. Des médicaments, des dilatations instrumentales de vaisseaux ou la chirurgie conservatrice (désobstruction, pontage...) permettent à un nombre croissant de patients d'éviter une amputation. Des progrès comparables ont pu être obtenus dans la prévention de la cécité dont sont menacés les diabétiques.

Les succès les plus spectaculaires relèvent toutefois de la chirurgie réparatrice. La chirurgie orthopédique a fait des progrès considérables. La durée de survie des prothèses dépasse, dans 95 % des cas, douze ans (60 000 personnes bénéficient d'une telle intervention en France par an). Les prothèses du genou touchent 20 000 personnes en France par an, les bénéficiaires de ces interventions sont, pour l'immense majorité d'entre eux, rendus à une vie normale.

La chirurgie traumatologique, également en perpétuelle évolution technologique, permet quasi systématiquement un appui immédiat, donc un lever précoce, et, pour les personnes n'ayant pas d'autre tare, un retour à la vie normale. Si la mortalité post-opératoire immédiate et celle de la première année n'ont pas sensiblement baissé, cela tient au fait que la quasi-totalité des personnes atteintes de fractures sont opérées, ce qui, à défaut d'assurer une survie longue aux plus atteints, donne le maximum de chances au plus grand nombre et des conditions de vie les moins inconfortables à la plupart de ceux dont l'état général, précaire par ailleurs, ne permet qu'une survie limitée.

Dans le domaine ophtalmologique, l'introduction et la systématisation des implants dans les opérations de la cataracte rendent aux patients une vision normale et constituent un progrès indéniable dans la lutte contre la malvoyance.

La chirurgie cardiaque, par les différentes techniques de remplacement valvulaire, améliore l'espérance de vie en même temps que la qualité de vie fonctionnelle des opérés⁹. Différentes études montrent que ces techniques donnent également de bons résultats fonctionnels chez les personnes âgées¹⁰.

Les patients ayant bénéficié de transplantations cardiaques semblent ressentir une qualité de vie très proche de celle des personnes de même âge.

Parmi les affections ayant bénéficié de traitements retardant ou évitant l'invalidité, on peut citer la goutte : les arthropathies goutteuses invalidantes ont disparu depuis l'introduction des urico-éliminateurs. Il en est de même de la syphilis, dont on ne rencontre plus la complication psychiatrique invalidante qu'était la paralysie générale. Dans la maladie de Parkinson, les traitements actuels permettent de retarder l'invalidité, sans toutefois l'éviter, au cours d'une évolution plus longue. L'efficacité des traitements des dépressions constitue également un progrès dans la lutte contre la réduction d'initiatives, l'inaction, le laisser-aller et finalement la dépendance qui peut en résulter. Les maladies cardio-vasculaires sont banales chez le vieillard. Les traitements actuels permettent de les contrôler même au stade d'insuffisance cardiaque mieux qu'auparavant. Il est intéressant de noter que les patients ne considèrent pas que leur qualité de vie soit mauvaise¹¹.

Ces exemples ne sont qu'indicatifs. Peu de domaines de la médecine ne sont pas concernés. L'évolution des connaissances requiert de la part du médecin vigilance et devoir de se tenir informé. Elle implique de la part du patient, surtout s'il est atteint d'une affection non guérissable, une responsabilisation à la gestion de son état de santé, en vue de limiter les risques de complications fonctionnelles.

Tel est, en particulier, le cas dans la prise en charge des malades les plus âgés. Fragilisés en raison de leur grand âge, atteints de polyopathologies plus ou moins anciennes et évolutives, ils sont particulièrement exposés au risque d'incapacité, comme en témoigne la figure 1. La démarche gériatrique est en mesure, sinon de toujours l'éviter, du moins d'en limiter le nombre et la portée.

Figure 1 : A partir de 80 ans, le taux d'invalidité s'accroît notablement

Distribution de l'invalidité selon l'âge (en %)			
Niveau d'invalidité	40-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus
Pas de gêne	3,6	0,5	0,2
Gêne infime	20,4	6,4	2,9
Peu gêné	37,1	23,4	10,0
Géné, vie normale	29,8	38,3	29,3
Activité restreinte	7,5	24,1	26,8
Activité très ralentie, grabataire	1,7	7,3	30,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Source : enquête CreDES SPS 1988-1991.

III. LA GÉRIATRIE

Lorsqu'il existe un risque d'invalidité monofactorielle et que de surcroît celui-ci relève d'un traitement curatif, le malade, même très âgé, bénéficie *a priori* sans problème du traitement adéquat et efficace dont il relève. Il en va ainsi en cas de cataracte ou de coxarthrose déjà citées, mais aussi de beaucoup d'autres affections, y compris l'accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde chez un patient indemne de toute autre atteinte. Il y a très peu de contre-indications thérapeutiques liées à l'âge seul. Quand elles existent, elles relèvent plus souvent de maladies associées, situation de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge.

Dans ces cas, le risque est plus difficile à identifier, relevant de causes variées, somatiques mais aussi psychologiques, voire environnementales. Une autre démarche médicale doit alors être envisagée. Il en est ainsi des patients qui présentent, par exemple, des anomalies de la marche, se déplaçant maladroitement, précautionneusement ou lentement moins en raison de leur âge que d'une atteinte ostéo-articulaire, neurologique ou vasculaire de l'appareil locomoteur, éventuellement associée à une mauvaise perception de l'environnement due à des déficiences sensorielles ou sensitives. L'expérience malheureuse de chutes a provoqué souvent, dans un tel contexte, une véritable phobie de la marche. Des intrications et des conséquences de même type peuvent également exister chez un vieillard incontinent ou malnutri ou un sujet ayant des troubles du comportement d'apparition plus ou moins récente. Ces manifestations polymorphes sont d'autant plus pernicieuses qu'un fatalisme ambiant les fait bien souvent rattacher à la seule vieillesse et considérées comme inévitables.

La démarche gériatrique vise à maintenir les fonctions au meilleur niveau possible, à prévenir leur aggravation et l'enchaînement en cascade des complications. Pour ce, elle passe obligatoirement par le diagnostic de toutes les affections en cause, la mise en route rapide des traitements étiologiques et éventuellement symptomatiques de ces affections. La rapidité s'impose d'autant plus que le vieillard est fragile et a perdu ses capacités d'adaptation. Le retard injustifié peut parfois être assimilé à un véritable abandon thérapeutique. En raison de la multiplicité des paramètres, l'objectif du traitement et des soins doit

être nettement précisé et dans tous les cas personnalisé. Il implique la réduction de la dépendance fonctionnelle en même temps que le maintien de l'autonomie optimale. Cette dernière se distingue de la précédente par le fait que le patient autonome garde, malgré ses besoins d'aide, la maîtrise de l'organisation de sa vie, lui permettant de la mener à sa convenance et non en fonction des décisions émanant d'un tiers, médecin ou entourage familial. Pour atteindre ces conditions optimales, le patient doit bénéficier, outre des traitements médicamenteux, d'un accompagnement psychologique, de possibilités de rééducation et de réadaptation à son nouvel état, mais aussi d'adaptation à son domicile ou à son lieu de vie ultérieur. Le recours à des aides techniques doit être étudié avec minutie et de parti pris (prothèse auditive, dentaire, cannes, téléalarme...).

Le médecin traitant doit pouvoir recourir, autant que nécessaire, à un réseau permettant à domicile les aides et soins appropriés à l'évolution de la situation. Il en est de même du cercle des proches naturels, famille ou voisins. A cet effet, ceux-ci doivent bénéficier des informations nécessaires, voire d'une véritable formation en vue de la meilleure prise en charge possible. Les attentes et les besoins du malade doivent être pris en compte de façon personnalisée : la qualité de vie doit parfois être privilégiée par rapport à des procédures diagnostiques et thérapeutiques contraignantes ou non acceptées.

Des centres experts de gériatrie doivent être à la disposition du patient âgé et de son médecin traitant. Les hôpitaux de jour constituent probablement à cet effet la structure la plus adaptée, dans la mesure où ils offrent une grande souplesse, ne rebutent pas le patient qui craint l'hôpital, ses contraintes et ses projections anxigènes. Il est possible d'y poser dans les meilleures conditions les diagnostics utiles, d'évaluer les fonctions déficientes ou menacées en bénéficiant de l'infrastructure hospitalière et de la réunion des compétences pluridisciplinaires. Le patient peut y être informé, de même que son entourage, qui, en plus, y bénéficiera de conseils utiles en fonction du type de relations qu'il entretient avec le patient. Le fait que ces contacts s'établissent en dehors du domicile avec toutes les ressources de l'hôpital permet souvent de clarifier une situation et de mettre en place les meilleures mesures préventives en évitant, ce faisant, des hospitalisations en urgence souvent mal vécues et parfois trop tardives.

Les services de médecine interne-gériatrie ont pour mission d'accueillir les patients relevant d'une hospitalisation de courte durée (urgences, diagnostics et mises en route de traitements dans l'esprit développé ci-dessus). Ils ne sont malheureusement pas présents dans tous les hôpitaux, même universitaires. La mission de rééducation et de réadaptation, parfois de réorientation, incombe particulièrement aux unités hospitalières de suite et de réadaptation (anciens « moyens séjours »), sur la base de bilans précis dans lesquels est incluse la connaissance des ressources du milieu de vie. Ils constituent le véritable pivot de l'hospitalisation du malade gériatrique. Dans les deux types de service, le souci majeur est de réussir au mieux la sortie dans l'intérêt du patient et avec la collaboration des intervenants ultérieurs au domicile ou en institution. Il apparaît bien

que c'est à ce niveau qu'il peut y avoir perte de chance en matière de maintien de l'autonomie.

S'il s'avère que la démarche gériatrique est efficace dans la prévention des complications invalidantes, il ne faut pas se cacher qu'elle ne peut le faire sans moyens et sans formation appropriés des professionnels de la santé. Il s'agit d'une médecine lente et astreignante. Pour qu'elle soit efficace, il convient que toutes les disciplines médicales s'en approprient les grands principes : soigner les malades âgés en tenant compte de la globalité de leurs problèmes dans le respect de leur autonomie et avec l'objectif systématique de prévoir les risques d'invalidité et de les prévenir ou de minimiser les effets de la dépendance, lorsqu'elle existe.

La réduction de l'invalidité au grand âge n'est assurément que l'un des aspects de l'espérance de vie sans invalidité. C'est toutefois dans cette tranche de population que des progrès importants sont susceptibles d'être réalisés en raison du nombre de personnes potentiellement bénéficiaires et aussi des possibilités de développement de la gériatrie ■

Notes :

1. Bronner, L. L., Kanter, D. S., Manson, J. E., « Primary Prevention of Stroke », « N. Engl. J. Med. », novembre 1995, 333, p. 1392-1400.
2. Shep, Cooperative Research Group, « Prevention of Stroke by Hypertensive Drug Treatment in Older Persons with Isolated Systolic Hypertension : Final Results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program *Jama* », 1991, 265, p. 3255-3264.
3. Manson, J. E., Tosteson, H., Ridker, P. M. et al., « The Primary Prevention of Myocardial Infarction », « N. Engl. J. Med. », 1992, 326, p. 1406-1415.
4. Deedwania, P. C., « Clinical Perspectives on Primary and Secondary Prevention of Coronary Atherosclerosis », « Medical Clinics North America », 1995, 79, p. 973-999.
5. Shephard, J., Cobbe, S. M., Ford, I., Isles, C. G., « Prevention of Coronary Heart Disease with Pravastatin in Men with Hypercholesterolemia », « N. Engl. J. Med. », 1995, 333, p. 1301-1307.
6. Hennekens, C. H., Pels, R., Hulchison, G. B., « An Overview of the British and American Aspirin Studies », « N. Engl. J. Med. », 1988, 318, p. 923-924.
7. Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Willet, W. C., « Postmenopausal Estrogen Therapy and Cardiovascular Disease : Ten Years Follow up from Nurses Health », « N. Engl. J. Med. », 1991, 325, p. 956-962.
8. Chapuy, M. C., Arlot, M. E., Dubœuf, F., Brun, F. et coll., « Vitamin D and Calcium to Prevent Hip Fractures in Elderly Women », « N. Engl. J. Med. », 1992, 327, p. 1637-1642.
9. Gonthier, R., Guy, J. M., Cathebras, P., Elochard, R. et coll., « Autonomie et qualité de vie après chirurgie cardiaque au-delà de 70 ans », « Année gérologique », 1993, 7, p. 173-183.
10. Forette, B., Wolmark, Y., « Compression of Morbidity in the Elderly Vascular Pathology », « *Strokes Serdi Publischer* », 1993, 7, p. 347-354.
11. Pearlman, R. A., Uhlmann, R. F., « Quality of Life in Chronic Diseases : Perception of Elderly », « *Journal of Gerontology* », 1988, 43, p. 25-30.

LES ENJEUX ECONOMIQUES

de l'incapacité

MOTS CLEFS : *assurance dépendance* ■ *cycle de vie* ■ *incapacité* ■

Cette contribution à l'analyse de la situation de dépendance d'un point de vue économique traitera successivement de cinq questions : (1) âge d'incapacité et âge de retraite, (2) espérance et variance de l'espérance de vie sans incapacité et coûts économiques, (3) dépendance et contraintes de consommation, (4) l'état de dépendance et les diverses prises en charge possibles, et (5) dépendance et assurance.

I. AGE D'INCAPACITÉ ET AGE DE RETRAITE

L'âge de survenance de l'incapacité joue un rôle particulièrement important d'un point de vue économique. Aussi convient-il de replacer le phénomène de la dépendance dans le cadre du cycle de vie. Deux cas sont à distinguer.

Dans le premier cas, l'individu devient dépendant à l'âge D avant l'âge de cessation d'activité R. Il décède à un âge T (avec T supérieur à R). Cette situation est la plus grave.

En raison de sa situation de santé, l'individu se retrouve vraisemblablement dans l'impossibilité de participer au marché du travail pendant une durée R-D, et perd alors, totalement ou partiellement, son autonomie économique. Il est, le cas échéant, pris en charge au titre de l'invalidité jusqu'à l'âge de la retraite, ce qui lui procure les moyens de sa subsistance. L'impact sur sa vie familiale est potentiellement important, car si la dépendance apparaît avant l'âge de la retraite, on ne peut exclure qu'il ait encore des enfants ou un conjoint à charge. Au-delà de l'âge T, il est pris en charge par les régimes de retraite et bénéficie des allocations dépendance spécifiques.

Avec une dépendance survenant bien avant l'âge de retraite R, la durée d'incapacité sera longue, en fonction de l'espérance de vie T-D. L'individu connaissant ce sort subit une perte économique correspondant à la différence entre les revenus potentiels d'activité s'il était resté « en bonne santé » et ses revenus réels pendant toute la période R-D. Il peut également perdre des droits à la retraite pendant la période T-R en raison de cette sortie anticipée du marché du travail. Le coût actualisé sur le cycle de vie de ces pertes de revenus, qui viennent s'ajouter à la perte de bien être liée à la situation de dépendance, peut être très élevé. Par ailleurs, en fonction du taux de remplacement des revenus assurés par des mécanismes sociaux, le coût collectif total de cette prise en charge peut être aussi très conséquent.

Dans le second cas, la dépendance apparaît après l'âge de cessation d'activité R. Alors l'individu ne subit pas la perte économique correspondant à son retrait anticipé, partiel ou total, du marché du travail. L'incapacité doit alors s'analyser dans des termes différents. A la retraite il bénéficie d'ores et déjà de revenus socialisés, qui peuvent s'avérer, selon les cas, suffisants ou insuffisants, pour couvrir les charges spécifiques issues de sa situation de dépendance. Plus l'âge D de survenance de la dépendance est proche de l'âge de décès T, moins le coût actualisé de ces charges spécifiques sera important.

Le rôle de l'âge de la retraite semble donc important. Une modification de l'âge de la retraite pour une distribution donnée de la probabilité de l'âge de survenance de l'incapacité peut avoir des conséquences importantes. Supposons que beaucoup de personnes

* Président de la Fédération française des sociétés d'assurances.

Texte de l'intervention de Denis Kessler à l'occasion de la conférence « Espérance de vie sans incapacité ».

Éditeur de l'article : Scephra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

connaissent une incapacité peu de temps après leur mise en retraite, alors un relèvement de l'âge de la cessation d'activité peut modifier en profondeur la nature et l'ampleur du risque économique d'incapacité. On peut d'ailleurs se demander si les événements « retraite » d'une part et « dépendance » d'autre part sont totalement indépendants. Il faut se poser la question d'une interaction possible entre âge de la retraite et entrée en incapacité. Il faudrait pouvoir identifier ces interactions éventuelles entre situation sur le marché du travail et évolution du phénomène de l'incapacité.

II. ESPÉRANCE ET VARIANCE DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ ET COÛTS ÉCONOMIQUES

Pour approcher économiquement le phénomène de l'incapacité, il importe que l'analyse de l'incapacité ne se cantonne pas au simple calcul de l'espérance de vie avec ou sans incapacité. Certes, ces espérances sont essentielles pour toute une série de calculs économiques relatifs à l'incapacité. Mais une connaissance beaucoup plus approfondie du phénomène est nécessaire.

En particulier, il faut pouvoir disposer de la distribution exacte des âges d'entrée en dépendance. Une même espérance de vie sans incapacité peut correspondre à des situations très différentes, dont les coûts individuels et collectifs peuvent considérablement varier.

Supposons que l'espérance de vie sans incapacité soit de 70 ans. Une telle espérance peut correspondre à une situation où tout le monde devient dépendant à 70 ans, personne ne l'étant avant cet âge. Elle peut aussi correspondre à une situation où une petite fraction de la population devient dépendant à 45 ans, le reste de la population n'étant jamais appelé à connaître cet état au cours de l'existence. Prenons un exemple pour illustrer notre propos. Imaginons que l'armée représente 10 % d'une population supposée stable. Ce taux peut correspondre à une armée de métier (10 % de chaque cohorte font partie de l'armée, les autres n'en faisant jamais partie) ou à une armée de conscription (chaque membre de chaque cohorte passe x années sous les drapeaux).

Il est évident que d'un point de vue économique comme d'un point de vue individuel et social d'ailleurs, une situation dans laquelle beaucoup de personnes sont en état d'incapacité très peu de temps, et une situation dans laquelle peu de personnes sont en état d'incapacité durant très longtemps sont extrêmement différentes. Avec comme seule information l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale, en d'autres termes sans information sur la distribution des âges de survie, on est incapable de traiter réellement le problème de la dépendance. Bien entendu, il n'y a aucune raison que cette distribution de la dépendance par âge de survie soit stable au cours du temps, et il faudrait pouvoir disposer de cette information en même temps que de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité.

Si la situation de dépendance s'analyse comme un phénomène relevant de l'« armée de conscription », la probabilité de devenir dépendant sera de 100 %, pendant une période courte. Dans le cas correspondant à l'« armée de métier », la probabilité de devenir dépendant sera faible. Cela agira par exemple sur la demande d'assurance.

III. DÉPENDANCE ET CONTRAINTES DE CONSOMMATION

En dehors de la possibilité de participer ou non au marché du travail, l'incapacité a des conséquences économiques importantes sur les choix de consommation, que celle-ci survienne alors que l'individu est actif ou inactif. L'état de dépendance crée des contraintes en matière de consommation. Lorsque l'on est dépendant, on ne peut pas effectuer des choix de consommation aussi librement que l'on pourrait le faire sans incapacité. En réalité, on est obligé de consommer un certain nombre de services de toutes natures : taxis ou ambulances, aides diverses, soins médicaux, assistance ménagère... L'ampleur de ces contraintes dépend bien entendu de la gravité de l'incapacité. Le problème dès lors est de savoir si l'individu a les moyens de financer ces consommations contraintes.

Mais la dépendance peut également créer d'autres contraintes, sur les consommations ou sur l'utilisation du temps d'autrui. La dépendance crée, comme le terme même l'indi-

que des externalités. La dépendance d'un individu qui ne peut subvenir de par lui-même aux dépenses qu'entraîne son incapacité ou qui requiert une assistance pour effectuer un certain nombre d'activités usuelles (manger, se laver, se déplacer...) crée autant de contraintes pour sa famille, son conjoint, ses amis, la collectivité locale ou la société dans son ensemble. Les externalités consistent en ce que l'incapacité d'un individu crée, par solidarité, par devoir moral, des contraintes de dépense ou des contraintes d'utilisation du temps chez d'autres individus ou agents économiques.

IV. ÉTAT DE DÉPENDANCE ET DIVERSES PRISES EN CHARGE POSSIBLES

En supposant connues les contraintes, directes et indirectes, en termes monétaires ou en termes de temps, occasionnées par l'incapacité, la question suivante est évidemment celle de leur prise en charge. Trois sources de financement peuvent être envisagées.

L'individu souffrant à un âge donné d'une incapacité peut disposer d'un patrimoine accumulé durant sa vie antérieure qui peut servir au financement des divers coûts engendrés par l'incapacité. Il paraît normal que les personnes dépendantes mobilisent effectivement leur patrimoine pour couvrir les dépenses causées par la survenance de l'incapacité. Un nombre croissant d'individus laisse un héritage, ce qui prouve que leur accumulation patrimoniale était suffisante pour éventuellement faire face à une dépense forte au cours du cycle de vie. Un des motifs de l'épargne est bel et bien la précaution à moyen et long termes, et un individu rationnel sera enclin à prévoir la survenance d'un état de dépendance et chercher à se prémunir par un acte de prévoyance. Il pourra accumuler un patrimoine à cet effet dont la réalisation permettra le financement des dépenses engendrées par la dépendance, où il souscrira un contrat d'assurance. A ce jour plus de 300 000 contrats ont d'ores et déjà été souscrits.

La famille peut constituer une seconde source de financement. On sait que la famille peut apparaître économiquement comme une « petite société d'assurance », où un certain nombre de risques sont mutualisés. Rappelons à ce titre que le contrat de mariage peut s'assimiler en effet à une sorte de contrat d'assurance par lequel les conjoints s'engagent à se porter mutuellement soutien et assistance, « pour le meilleur et pour le pire ». L'incapacité de l'un d'entre eux s'inscrit évidemment dans ce cas. Il est vrai que la charge de la dépendance, notamment dans sa partie d'assistance, repose souvent sur le conjoint. Mais les soins à une personne dépendante, ou leur prise en charge financière, peuvent être assurés par la famille au sens large du terme, même si force est de constater que la famille ne joue plus aujourd'hui son rôle traditionnel, que ce soit en France ou dans les autres pays développés. Il est vrai sans doute, mais cette idée mériterait d'être creusée, que la multiplication des mécanismes collectifs de prise en charge de la maladie, de la retraite... *a de facto* réduit le rôle purement économique de la famille. Cela dit, en raison des externalités familiales que crée la dépendance, on peut imaginer que certains individus souhaitent ne pas reporter sur leurs proches leur situation (en faisant un acte de prévoyance) ou que certains proches se prémunissent contre le fait de « subir » ces externalités en souscrivant un contrat d'assurance pour le compte des dépendants potentiels de leur famille.

La troisième source de financement est la société. L'état d'incapacité et de dépendance crée une externalité sociale. Si une personne ne parvient pas à faire face aux besoins liés à son état, si sa famille ne dispose pas des moyens pour l'aider, l'intervention publique est justifiée. Ces modalités sont diverses, et le débat est ouvert. Est-ce le rôle des collectivités locales, de l'État, des organismes de sécurité sociale ? Pour décider des modalités de prise en charge, il faut bien entendu minimiser le coût global pour la collectivité, minimiser les effets pervers des financements socialisés, et maximiser l'efficacité du dispositif pour faire en sorte que les personnes qui ont réellement besoin de cette prise en charge bénéficient de cette intervention.

V. DÉPENDANCE ET ASSURANCE

Quelle est la place du marché de l'assurance en matière de dépendance ?

Il faut tout d'abord insister sur le fait que l'assurance ne peut intervenir que pour des

risques non encore survenus. L'assurance n'a pas d'objet lorsque le risque est réalisé. A ce titre, le risque de dépendance a été sans doute sous-estimé dans le passé, si bien que le nombre de personnes ayant spontanément souscrit un contrat spécifique pour couvrir le risque de dépendance est limité. Cela conduit à considérer qu'un traitement générationnel du problème de la dépendance est sans doute optimal. On peut mettre en place un mécanisme de prise en charge collective limité aux personnes actuellement dépendantes ou proches de l'être, et des mécanismes incitatifs pour les personnes appartenant à des générations plus récentes qui ne seront concernées qu'à l'avenir.

Il faut ensuite s'interroger sur la nature exogène ou endogène du risque de dépendance. Le risque d'incapacité et de dépendance est-il prévisible ou est-il au contraire entièrement exogène ? L'incapacité est-elle liée à un comportement antérieur ou à un certain style de vie, ou survient-elle indépendamment des habitudes et du passé d'une personne ? L'assurance est d'autant plus justifiée que le risque est exogène. En effet, cette situation limite à la fois le risque moral et la sélection adverse et facilite la tarification des risques. En réalité, l'incapacité résulte sans doute de facteurs à la fois exogènes et endogènes. En raison de cette partie endogène, des actions de prévention et de contrôle des risques peuvent s'avérer opportunes.

Il faut également réfléchir à la perception du risque par le public, à sa fréquence, à son âge de survenance. La demande d'assurance est d'autant plus faible que le risque est peu connu. Elle est également d'autant plus faible que le risque est de fréquence faible. Si une très large majorité de la population considère qu'elle n'est pas susceptible d'être concernée par l'incapacité, la prévoyance individuelle sera limitée. Par ailleurs, la demande d'assurance sera d'autant plus limitée que le risque paraît éloigné dans le temps. L'ensemble de ces caractéristiques conduiraient à considérer que la demande individuelle de couverture contre le risque de dépendance sera spontanément insuffisante. En réalité, elles militent en faveur de la mise en place de mécanismes incitatifs, notamment fiscaux, voire de contrats de groupes.

Il convient enfin de traiter le problème de l'assurance contre l'incapacité et la dépendance aujourd'hui en tenant compte de l'évolution de ce risque à moyen et long termes, c'est-à-dire à l'horizon des années 2015 ou 2025. Si l'espérance de vie sans incapacité évolue en même temps — a fortiori plus rapidement — que l'espérance de vie dans les tables de mortalité, alors le phénomène est cerné. Mais comme l'on va connaître une forte augmentation des personnes âgées au fur et à mesure que parviennent à la retraite les générations pleines d'après guerre, le nombre de personnes dépendantes peut très fortement augmenter. Dans le cas où, en plus, l'espérance de vie sans incapacité augmenterait moins rapidement que l'espérance de vie, le nombre de dépendants connaîtrait une véritable explosion.

Ce sont ces données qu'il faut intégrer dans les choix d'aujourd'hui. Créer un mécanisme généreux, public, socialisé, fonctionnant en répartition (les cotisations ou impôts courants finançant les dépenses courantes) peut conduire à terme à une situation insoutenable, où les générations de demain seraient non seulement contraintes de financer la retraite de leurs aînés mais également la totalité de la charge de la dépendance.

La prise en charge de la durée de vie avec incapacité devrait principalement passer aujourd'hui par une redistribution des ressources dont disposent aujourd'hui les personnes âgées. La solution qui consisterait à faire peser ce financement sur les jeunes générations ne semble pas judicieuse. Dans l'avenir, l'incapacité devrait être également prise en charge à travers un effort particulier passant par la mobilisation d'une épargne de prévoyance. C'est avec des solutions basées sur l'assurance, sur l'incitation plutôt que sur l'obligation, que l'on peut espérer garantir le financement des futures incapacités sans pour autant susciter de nouvelles tensions sociales, notamment intergénérationnelles ■

CHANGEMENT SOCIAL

et allongement de la durée des vies

MOTS CLEFS : *changement social* ■ *conditions de vie* ■ *longévité* ■ *modes de vie* ■ *progrès économique* ■

La progression historique de la durée des existences dans les sociétés avancées est aujourd'hui une progression de la vie adulte, et singulièrement après 60 ans. Les transformations matérielles, économiques et sociales sont largement responsables de ces gains d'années de vie : progrès de l'alimentation, diminution de la durée de travail et de la part des emplois les plus pénibles, développement du système de soins, progrès des niveaux de vie. Mais les écarts de longévité entre hommes et femmes, et entre catégories sociales n'ont pas diminué : les facteurs culturels déterminant attitudes et modes de vie jouent un rôle très important dans l'inégal recul de la mortalité.

L'allongement rapide et continu de la durée de la vie est un fait historique de premier ordre, comme l'ont été l'industrialisation ou l'urbanisation. Les gens de 15 ans (hommes et femmes réunis) avaient en moyenne, en France, au début du XIX^e siècle, 30 ans à vivre encore ; aujourd'hui, ils ont plus de 60 ans devant eux, et cet allongement de la vie se poursuit avec vigueur. Dans une vingtaine de nations avancées (les 15 pays d'Europe occidentale, les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon) se trouvent aujourd'hui les premières populations dont la majorité des sujets vivent jusqu'à un âge élevé. En France et en Grande-Bretagne, en 1950, pour la première fois, la moitié d'une cohorte (les natifs de 1880) survivante à l'âge de 25 ans (en 1905) a atteint l'âge de 70 ans : c'est pour l'historien Peter Laslett la mesure concrète de l'avènement d'une société de troisième âge¹. Restons fidèles à cette double condition d'avoir vécu jusqu'à 25 ans et d'être encore vivant à 70 ans, puisque c'est à l'allongement de la vie adulte que nous nous intéressons aujourd'hui. En 1990, 7 sur 10 des Français nés en 1920 et vivants à 25 ans, en 1945, sont encore en vie à 70 ans, et 8 femmes sur 10. D'année en année, la proportion des survivants s'accroît. La situation est sans

* Directeur de recherche au CNRS.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

précédent, elle est venue sans qu'on l'ait vraiment prévue – aucune des grandes prophéties sociales du XIX^e siècle n'a porté sur ce thème –, enfin, elle est définitive : plus jamais les sociétés occidentales ou japonaise ne seront « jeunes », le vieillissement est inéluctable – et nous en sommes les pionniers.

Trois grandes transformations contemporaines sont à l'origine de ce que Peter Laslett a appelé l'« émergence du troisième âge », au sens large.

Un progrès sans précédent de l'espérance de vie et une prise de conscience très récente de la réalité de ce progrès. Alors qu'en ce qui concerne la baisse de la mortalité infantile, l'essentiel de ce qui est acquis aujourd'hui en France l'était dès 1960, c'est au contraire depuis 1960 que s'est fait le gros de la baisse de la mortalité au-delà de 60 ans, au point que, dans la période la plus récente, c'est le progrès de la survie aux âges élevés qui fait l'essentiel de l'allongement en cours. Entre 1750 et 1970, en deux cent vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans était passée de 12 à 16 ans pour les hommes et de 12 à 20 ans pour les femmes. Mais elle augmente beaucoup plus vite entre 1970 et 1995, atteignant désormais près de 20 ans pour les hommes, près de 25 ans pour les femmes².

La prise de conscience d'un phénomène aussi neuf ne pouvait être que récente, et on ne sera pas étonné qu'elle ait eu quelque retard sur le phénomène lui-même. J'ai étudié, en 1975, puis en 1987, deux cohortes de nouveaux retraités de la région parisienne qui avaient commencé leur retraite trois ans plus tôt, les premiers en 1972 et les seconds en 1984³. La vision qu'avaient les premiers, nés autour de 1907, de la durée future de leur retraite était assez noire pour la majorité des sujets, reflétant le pessimisme concernant la vieillesse qui fut si longtemps de règle dans les couches populaires. Je leur demandais à quel âge étaient morts leurs parents, pour une raison qu'ils ne comprenaient pas tout de suite⁴. Plusieurs enquêtés répondaient : « Ma mère est allée jusqu'à 70 ans, ça me laisse quelques années », ou encore : « Mon père a vécu jusqu'à 68 ans, je voudrais bien faire pareil ». Les nouveaux retraités de 1984, qui n'avaient au moment de leur retraite que 2 ans de moins que les précédents, avaient pris conscience de l'allongement de la durée de la vie. L'un des facteurs de cette prise de conscience, c'était que, trois ans après leur prise de retraite, en 1987, 29 % d'entre eux avaient encore un parent ou un beau-parent en vie, quand c'était le cas de 16 % seulement, douze ans plus tôt, pour la première cohorte – c'est en grande partie le résultat bien concret des progrès considérables de la survie aux âges élevés, depuis les parents des natifs de 1907 jusqu'aux parents de ceux de 1921. Les natifs du début des années 20 voient autrement leur vie, au début de leur retraite, et la majorité de ses membres distinguent ce que Louis Roussel appelle la « jeune retraite », une longue période de vie active, en bonne santé, et puis l'autre période, « quand on sera vraiment vieux » : l'entrée possible dans un âge de dépendance, de faiblesse est présent à l'esprit d'un grand nombre des nouveaux retraités de 1984. Les nouveaux retraités de 1972 craignaient eux aussi la grande vieillesse et d'être une charge pour leurs enfants, mais ils étaient moins nombreux à y réflé-

chir, et pensaient la voir arriver plus tôt. Certes, la fin du travail professionnel reste une grande coupure dans le cours de la vie, mais une autre rupture, peut-être plus importante encore, se profile à l'horizon des retraités, avec le risque de perdre son autonomie, et peut-être même de « n'avoir plus sa tête ».

Un progrès sans précédent du produit national brut, qui vient du progrès scientifique et technique, mais aussi de progrès de l'organisation sociale et de l'instruction, et s'est accompagné de la création d'un système de transferts sociaux (des actifs vers les retraités, des bien-portants vers les malades) sous l'égide d'un État improprement appelé État providence.

Enfin, une mutation culturelle qui donne aux nouvelles générations de retraités une vision plus souvent positive de cette longue étape de la vie et le désir de la vivre plus pleinement.

La baisse de la mortalité aux âges adultes commence vers 1880 et s'accélère après 1950. La baisse de la mortalité aux âges avancés ne sera forte qu'à partir des années 50. Les années 60 verront dans plusieurs pays d'Europe une décélération des progrès de l'espérance de vie aux âges adultes (c'est le cas en France pour les hommes, non pour les femmes), voire un arrêt des progrès ou encore, à l'Est, un recul. Dans les années 70 et 80, la reprise des progrès est générale en Europe de l'Ouest et bien marquée. On l'attribue pour une part aux progrès du système sanitaire, pour une part aux progrès des conditions de vie des générations qui, les unes après les autres, arrivent au-delà de la soixantaine. C'est chez les femmes de plus de 65 ans que la baisse de mortalité est la plus rapide depuis vingt ans. Et si l'on compare la France avec les autres pays européens, c'est en France que l'accélération de la baisse de mortalité aux âges avancés a été la plus élevée, et cela pour les deux sexes, notamment aux âges de 60 à 85 ans⁵. Aussi, désormais, 80 % des décès touchent en France des personnes de plus de 70 ans, et la moitié des gens de plus de 82 ans. Quelques chiffres illustreront la baisse considérable de la mortalité en France entre 1960 et 1985 :

- à 30-64 ans, le quotient de mortalité masculin est de 298 pour 1 000 en 1960, et de 246 en 1985. Pour les femmes, il passe de 159 à 104 ;
- à 65-79 ans, le quotient de mortalité masculin est de 617 en 1960 et de 523 en 1985, tandis que pour les femmes il passe de 453 à 303. Pour les seules maladies cardio-vasculaires (qui constituent la moitié environ de l'ensemble des causes de décès), il passe de 363 à 254 pour les hommes, de 269 à 156 pour les femmes. Signalons que cette mortalité cardio-vasculaire est inférieure en France à ce qu'elle est dans d'autres pays de niveau de vie élevé⁶.

Le grand public attribue l'essentiel de ces progrès remarquables de l'espérance de vie aux âges adultes aux progrès de la médecine, mais on peut s'interroger sur le rôle respectif du progrès médical, du progrès du système de soins, et de l'évolution de la société et des modes de vie. Le rôle de la médecine a longtemps été secondaire dans l'allongement de la vie, qui commence à la fin du XVIII^e siècle, alors que les progrès de l'hygiène, le contrôle des eaux, le triple progrès de la

production, de la conservation et de la distribution des produits agricoles, entraînant une grande amélioration de l'alimentation, jouaient dans le recul de la mortalité un rôle considérable. On sait aussi que la mortalité infectieuse, si importante alors, est aggravée par les carences de l'alimentation.

Les progrès de la médecine, et l'organisation d'un système qui permet l'accès massif aux soins, joueront au xx^e siècle, et surtout après 1945, un rôle beaucoup plus important. Signalons au passage le cas très original du Japon, où l'amélioration de l'alimentation – la fin des disettes – précède de très peu historiquement la naissance de la médecine moderne et la mise en place d'un système général d'accès aux soins, entraînant une extraordinaire progression des espérances de vie à tous âges, sur un temps très court.

Mais d'autres facteurs économiques et sociaux continuent aujourd'hui de concourir à cette progression historique de la durée des existences, qui est désormais une progression de la vie adulte, et singulièrement de celle des gens âgés. Revenons alors sur le rôle de ces facteurs dans le passé récent⁷. On sait par exemple que le recul, modeste mais net, de la tuberculose entre 1920 et 1940 n'est pas seulement dû aux pneumothorax et aux sanatoriums, mais aussi à l'amélioration des conditions de vie (meilleure alimentation, recul de la misère et des taudis, moindre densité dans les logements des couches populaires). On sait aussi que, « pour les maladies virales de la première enfance, la victoire n'a pas toujours attendu le vaccin » : le recul de la mortalité liée à la rougeole, très marqué entre 1925 et 1969 (date de la création du vaccin), est lié à l'amélioration de l'alimentation qui donne aux petits enfants une plus grande résistance aux maladies infectieuses. Dans un autre domaine, l'évolution favorable du cancer de l'estomac « doit peu au progrès médical » : c'est le changement de l'alimentation qui l'explique, avec le progrès de la conservation des aliments et celui de la consommation de produits laitiers⁸.

Les progrès de la médecine joueront au xx^e siècle un rôle essentiel. Mais même dans le cas des maladies pour lesquelles la médecine a été très efficace, celui des maladies cardio-vasculaires (voir les chiffres cités plus haut), le recul de la mortalité n'est pas seulement dû au progrès de la médecine et de l'accès aux soins (prévention de l'hypertension, médicaments nouveaux et découverte de nouvelles propriétés des anciens, chirurgie du cœur et des vaisseaux, organisation des soins d'urgence...) : il doit beaucoup à l'évolution des modes de vie des cinquante dernières années, caractérisée par l'amélioration des conditions de vie et les progrès du système de soins.

Soulignons d'abord l'importance des changements des conditions de travail. Nous pensons ici à la diminution de la pénibilité des tâches et de la dureté des métiers, notamment dans les usines et les ateliers, où l'on travaille souvent en plein air et dans des locaux insuffisamment aérés, dans le bruit, les odeurs, les poussières, et à la diminution de la durée du travail. La fatigue professionnelle était aussi très fréquente dans bien d'autres emplois que ceux des usines et des ateliers : ceux de femme de ménage, de serveuse, d'employée de cantine, ceux

des petits artisans et des commerçants (notamment dans l'alimentation), et les métiers salariés du commerce que l'on exerce dans des conditions difficiles, et mal contrôlées. Elle était fréquente aussi dans les hôpitaux – sans doute l'un des lieux où elle s'est le plus maintenue –, et dans les bureaux, surtout dans les métiers les moins qualifiés.

L'amélioration des conditions de travail se poursuit depuis la fin des Trente Glorieuses (pour ceux qui ont un emploi...). La transformation des structures de la population active réduit la part des métiers manuels, et en général des métiers les plus fatigants. Le temps de travail se réduit dans la semaine (à la fin des années 60, l'horaire médian des ouvriers d'usine de la région parisienne était de 48 heures), dans l'année, dans la vie. Certes, pour un petit nombre, la sédentarisation et la diminution de l'effort physique ont pu favoriser l'hypertension et l'excès de cholestérol, et donc l'infarctus du myocarde, surtout au moment où des régimes alimentaires riches en graisse animale étaient accessibles à un plus grand nombre. Mais, dans l'ensemble, la diminution de la fatigue, l'extension du temps de repos et l'amélioration des conditions de repos liées aux progrès de l'habitat ont joué un rôle positif.

Les travailleurs ne sont pas restés passifs dans cette affaire, et beaucoup ont pratiqué, de manière plus ou moins efficace, des stratégies d'évitement de l'usure. L'élévation dans l'échelle socioprofessionnelle a amené de nombreux salariés vers des professions moins pénibles ; un grand nombre ont volontairement quitté les métiers les plus dépendants et les plus durs, notamment les métiers ouvriers : ainsi, parmi les anciens salariés parisiens du régime général nés vers 1907, 44 % seulement des hommes étaient encore ouvriers cinq ans avant leur retraite (quelques-uns devaient « finir leur temps » comme gardien, magasinier ou pointeau), alors que 70 % avaient été ouvriers de l'industrie ou de l'artisanat au cours de leur carrière. D'autres, des femmes surtout, ont simplement choisi un « métier assis », même modeste, après avoir travaillé debout pendant des années. Un certain nombre de femmes ont choisi l'arrêt temporaire du travail, quelques mois ou quelques années, si elles ne trouvaient pas de travail près de chez elles, si les soins aux enfants, à de vieux parents ou à un conjoint malade nécessitaient leur présence ou leur proximité, enfin, quand les progrès du salaire du mari leur permettaient de rentrer chez elles, ou de se contenter de faire des heures de ménage. En tenant compte du travail déclaré et non déclaré, on s'aperçoit que, pour les femmes salariées du secteur privé de la région parisienne nées autour de 1907, les deux tiers des périodes de cessation de travail correspondent à l'éducation des jeunes enfants, les autres correspondant à d'autres devoirs ou à des stratégies d'évitement de l'usure⁹. Pour celles qui sont nées au début des années 20, et qui pourtant ont eu plus d'enfants, la moitié seulement des interruptions ou cessations volontaires de travail semblent liées à l'éducation des enfants.

Les progrès de l'alimentation ont été considérables depuis un siècle. Les aliments sont devenus plus abondants, plus variés, plus sains aussi. La modification des régimes alimentaires ne se fait certes pas seulement dans le bon sens, et le

maintien d'une forte consommation d'alcool chez bien des adultes d'âge mûr des années 50 et 60 – à l'époque où elle diminuait pour les hommes plus jeunes –, l'augmentation de la consommation de tabac liée à la hausse du niveau de vie, celle de la consommation des graisses animales ne constituent pas un progrès. Mais dans l'ensemble, génération après génération, les populations qui arrivaient à la retraite en 1960, 1970, 1980, 1990 avaient été tout au long de leur vie de mieux en mieux nourries.

La prise de conscience de la nécessité d'un régime alimentaire plus sain a beaucoup progressé, chez les personnes instruites plus tôt et plus souvent que chez les autres, et chez les femmes plus tôt et plus souvent que chez les hommes. Cela est lié aux progrès de l'instruction, et je ne parle pas seulement d'instruction scolaire, mais de l'ensemble des savoirs acquis, et notamment acquis au contact du système de soins, et peut-être des médias. Les femmes ont précédé les hommes, parce qu'elles ont été les premières à fréquenter les médecins, la protection maternelle et infantile qui a été mise en place dans l'entre-deux-guerres, les gynécologues, les accoucheurs, les sages-femmes¹⁰. Par ailleurs, c'est dans les classes aisées qu'on a commencé à suivre des régimes alimentaires, à pratiquer des activités sportives, à améliorer la diète. Tout cela, et les pratiques d'hygiène devenues plus fréquentes, fait partie de cette gestion de l'existence qui, depuis plus d'un siècle, est la grande affaire des acteurs sociaux, pour eux-mêmes, pour leur conjoint dans le cas des femmes surtout, pour leurs enfants, parfois pour leurs vieux parents.

L'amélioration récente de la santé des gens âgés est très liée aussi à la qualité de la prise en charge, qu'elle soit institutionnelle ou informelle, et souvent les deux à la fois. Or, parmi les personnes de plus de 75 ans, celles qui cohabitent avec leur famille sont deux fois plus nombreuses que celles qui vivent en institution, et celles qui reçoivent de leur famille, géographiquement très proche, un soutien important sont aussi nombreuses que les cohabitants, et bien davantage en milieu urbain¹¹.

Cette amélioration est certainement liée aussi à une meilleure attention portée désormais à la santé des gens âgés par les sujets eux-mêmes, par leur famille, et par les médecins, attention elle-même largement liée aux progrès récents de l'allongement de la vie aux âges élevés.

La progression de la longévité n'a pas été la même chez les femmes et chez les hommes, ni dans toutes les classes sociales. On sait que la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes avait beaucoup augmenté en France depuis le début du siècle, passant de 3 ans à 8 ans, et qu'on la retrouve à l'intérieur de chacune des classes sociales. Elle est si importante que la durée de vie moyenne des femmes des milieux défavorisés est supérieure à celle des hommes des milieux favorisés¹². Sans vouloir nier le rôle considérable des facteurs génétiques, il faut bien expliquer pourquoi, en France comme dans toute l'Europe, les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes n'ont cessé de croître depuis

soixante-dix ans, c'est-à-dire depuis que la surmortalité des femmes dans l'enfance et aux âges de maternité a disparu. Alors qu'on avait prévu, dans les années 60, qu'avec la baisse de la mortalité l'écart de durée de vie entre hommes et femmes allait diminuer, il s'est au contraire accentué, dans une période d'extraordinaires progrès sanitaires, et de recul remarquable des deux mortalités. La surmortalité des hommes de 50 à 80 ans, qui joue un rôle essentiel, s'observe pour toutes les causes de décès¹³. On l'attribue souvent au développement de certains comportements et modes de vie masculins (le tabagisme, l'alcoolisme), bref, à des « vices » masculins. Le terme évite de voir ce qui est en amont des conduites des buveurs excessifs, c'est-à-dire de grandes difficultés à vivre, des frustrations que l'on ne peut plus supporter, une faiblesse de caractère, voire des tendances dépressives¹⁴. Et si l'on devait vraiment employer ce terme, il faudrait dire que le plus grand vice des hommes serait d'avoir travaillé si nombreux, si longtemps et si durement dans les usines !

Il est plus intéressant de mettre l'accent sur l'aspect positif des conduites féminines. Les femmes, dans nos cultures occidentales, ont été gardiennes de la santé familiale, et c'était pour elles un rôle valorisant ; elles ont rencontré les médecins avant les hommes, elles ont souvent fait confiance « aux docteurs », aux dispensaires où elles conduisaient leurs enfants, aux « bonnes sœurs »... Elles ont été nombreuses à bénéficier d'un contact avec la médecine quand leurs enfants étaient petits et lors de leurs accouchements. Si ce contact avec le système de santé leur a été bénéfique, c'est parce qu'elles avaient davantage le souci de leur santé, et plus généralement un autre rapport au corps¹⁵. Les femmes constituaient, au moment où la médecine et le système de soins vont se développer, une clientèle potentielle, qui prêtait une attention favorable à l'activité sanitaire et croyait plus que les hommes à son utilité.

Si l'évolution des espérances de vie aux âges élevés a été plus favorable aux femmes qu'aux hommes, elle a aussi été plus favorable aux riches qu'aux pauvres. L'analyse des différences entre classes sociales avait montré dans tous les pays, pour les hommes et les femmes, et cela dès qu'on a les moyens de les mesurer, un avantage considérable des classes aisées : les résultats concernant la population de Genève le montrent dès le xvii^e siècle¹⁶. Cet avantage n'est pas dû seulement aux conditions de travail beaucoup plus difficiles des classes populaires, mais à tout le mode de vie : les couches favorisées accédaient à des nourritures de meilleure qualité et contenant moins de bactéries, étaient mieux logées, mieux chauffées, avaient plus de confort et plus d'espace dans leurs lieux de vie, plus de calme pour dormir. De plus, dans les classes aisées, les attitudes devant la santé, la prise de conscience de l'importance et des possibilités de la médecine ont permis de tirer plus grand profit des progrès médicaux et de le faire plus tôt dans l'existence. On l'a évoqué plus haut à propos des régimes alimentaires et de l'hygiène de vie.

Une sociologue anglaise, Mildred Blaxter, a mené en 1975 une enquête sur la

santé et la pauvreté à Aderdeen, une ville industrielle de l'Écosse¹⁷. Elle interrogeait des femmes de 50 ans, indépendantes, pleines d'humour, dures au travail, grandes fumeuses, qui avaient des opinions bien affirmées, et un bel amour de la vie. L'histoire de leur santé et de celle de leur famille faisait apparaître beaucoup plus de maladies que dans les milieux aisés de la même génération¹⁸. Quand on leur demandait comment elles se portaient maintenant, elles répondaient : « Pas trop mal, il faut s'attendre à des peines et des maux à mon âge, je vieillis, c'est normal qu'il y ait de l'usure quand les années passent. » L'une d'elles disait : « On n'a pas besoin de soins médicaux, quand on vieillit, c'est juste des problèmes d'âge, alors je me suis dit, je laisse de côté. » Une autre qui s'était cassé une jambe cinq ans plus tôt, et dont la jambe était restée gonflée et douloureuse, pensait que c'était du rhumatisme et qu'il n'y avait rien à faire : « Je vieillis, alors ça ne m'inquiète pas vraiment, j'ai 47 ans, alors je me dis que ça serait perdre mon temps que de m'en occuper. » Ce que ces femmes apprenaient à Mildred Blaxter à propos des inégalités sociales, c'était que ces risques de mortalité supérieure et de santé moins bonne que décrivent abondamment les statistiques ne sont que le terme d'un long processus. Tout au long de la vie, ces femmes sont en moyenne moins bien portantes que celles des classes favorisées. Elles avaient quitté l'école à 14 ou 15 ans, travaillé durement comme domestiques ou aux pêcheries, souffert de privations et de beaucoup de maladies pendant leur enfance, et à l'âge où les femmes des classes moyennes commencent à peine à se considérer comme des femmes d'âge mûr, elles pensaient qu'elles étaient déjà vieilles, acceptaient un déclin physique prématuré, sans demander au système de santé l'aide qu'il aurait pu leur apporter. Si on compare, dans la Grande-Bretagne de l'époque, dotée d'une médecine de qualité et d'un service national de santé dense, gratuit et de bonne réputation, les classes sociales extrêmes d'une classification qui en compte 6, on voit qu'entre 16 et 44 ans 31 % des femmes du groupe le moins favorisé avaient au moins une maladie chronique de longue durée, et 19 % de celles du groupe supérieur ; entre 45 et 64 ans, les proportions étaient respectivement de 53 et 22 %.

On a cru dans les années 60 que l'effet de génération, améliorant la santé des adultes d'une cohorte à l'autre, allait disparaître, puisque les survivants des cohortes anciennes avaient été « sélectionnés » par une forte mortalité de l'enfance et de la jeunesse. En réalité, le fait que les générations qui arrivent successivement à la soixantaine aient eu des vies moins usantes, aient travaillé moins dur et moins longtemps, aient été mieux nourries, moins malades, et mieux soignées quand elles l'étaient, nous laisse penser au contraire qu'il y a encore des gains possibles de durée de vie. La progression va encore se poursuivre¹⁹, posant en termes nouveaux une question aussi vieille que la vieillesse : quelle sera la qualité de vie des gens très âgés ?

Nous évoquerons pour terminer le regard porté par la société sur la vieillesse et l'allongement de la durée de vie, et les transformations de ce regard. Comparons nos deux cohortes de nouveaux retraités parisiens de 1972 et 1984, au mo-

ment où ils prennent leur retraite. Dans la cohorte la plus jeune, les sujets ont à la veille de la retraite des salaires de 20 % supérieurs en pouvoir d'achat à ceux de la cohorte retirée en 1972 ; ils sont en moyenne plus instruits, plus qualifiés, et ont bénéficié de douze ans de plus de « dérive salariale » liée aux progrès de la productivité. La retraite des ménages des nouveaux retraités de 1984 a un pouvoir d'achat de 25 à 30 % supérieur, les sujets sont mieux logés, mieux portants, mieux entourés aussi²⁰, car ils ont eu plus d'enfants et que la proportion des femmes célibataires ou déjà veuves est nettement inférieure. Or la progression remarquable du niveau de vie des retraités s'est faite parallèlement à une forte augmentation de leur nombre, due depuis un demi-siècle à la progression du salariat, à l'abaissement de fait de l'âge de retraite, à l'allongement de la vie. Les prélèvements qui ont financé le système ont été « faciles », puisqu'ils accompagnaient un revenu régulièrement croissant des ménages actifs²¹.

Ces progrès du niveau de vie des retraités, si remarquables entre 1950 et 1985, étaient encore en 1972 très bien vus par les cotisants, heureux de voir s'améliorer les conditions de vie de leurs vieux parents, et plus généralement celles d'une population longtemps injustement réduite à la pauvreté. De plus, ils y voyaient la promesse d'une bonne retraite pour eux, et un moteur de la croissance, grâce à la consommation des retraités. Douze ans plus tard, quand notre seconde cohorte prend sa retraite, en 1984, les nouveaux retraités sont vus, non sans raison, comme des gens plus aisés, mieux portants, mieux logés, intégrés dans la société de consommation, de sorte que leur image est nettement plus positive. Mais l'inquiétude liée à la crise économique va bientôt se répandre dans l'ensemble de l'opinion publique, et nos enquêtes récentes montrent à quel point est répandue cette triple idée que les retraités sont trop riches (en réalité, on pense là aux jeunes retraités, à ceux que D. Thomson appelle la *welfare generation*²²), vivent trop longtemps et coûtent trop cher.

Je donnerai la parole, pour conclure, à deux femmes de 88 ans rencontrées en 1995 dans le cadre du suivi de notre premier panel. La première, qui appartient à la petite-bourgeoisie, m'explique qu'elle ne connaît plus guère les gens de son immeuble et n'ose pas parler à ses nouveaux voisins de palier, de jeunes retraités : « Ils doivent penser que nous vivons trop longtemps », me dit-elle. La seconde, de milieu très modeste, s'inquiète de l'usage éventuel de notre enquête : « Je me demande si c'est une bonne chose qu'on parle de nous, parce que les gens pensent qu'on vit trop longtemps et qu'on leur coûte trop cher. Mais ce n'est pas vrai, ajoute-t-elle, on a payé notre écot, moi j'ai travaillé presque tout le temps de 13 à 63 ans, et il y a trois malheureux qui sont morts chez moi dans mes bras, et que j'avais soignés jusqu'au bout, ma mère, mon premier mari, mon second mari. » Ce que nous disent ces deux femmes, c'est qu'à l'optimisme collectif d'abord apporté par l'allongement de la durée de la vie, la progression du niveau de vie et du statut social des retraités a succédé, dans un contexte de crise et de

rivalité des classes d'âge, une vision pessimiste de l'allongement de la durée de vie. Mais le succès actuel de cette attitude ne vient-il pas plus d'une apparence de réalisme que d'une analyse sérieuse des capacités d'adaptation de nos sociétés ? ■

Notes :

1. P. Laslett, « *A Fresh Map of Life, the Emergence of the Third Age* », Weidenfeld and Nicolson, Londres, 1989.
2. 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, 1995, préparé par l'Institut national d'études démographiques.
3. Il s'agit d'un travail collectif, réalisé par l'équipe de géographie sociale et gérontologie du CNRS, avec l'appui de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS). Ces deux institutions nous ont permis de réaliser le suivi ultérieur qui fait l'originalité de ce travail. F. Cribier, « Les générations se suivent et ne se ressemblent pas : deux cohortes de nouveaux retraités parisiens de 1972 et 1984 », « *Annales de Vaucresson* », n° 31, 1991, p. 181-197.
4. Nous voulions savoir combien de gens avaient encore leurs parents, et pour les autres si les parents étaient morts avant ou après 60 ans, et s'ils avaient perçu une retraite. On a vu alors que le quart seulement de ces nouveaux retraités de 1972, hommes et femmes, avaient eu un père retraité, tandis que les trois quarts étaient les premiers retraités de leur lignée. Il est vrai qu'à 7 % d'enfants naturels s'ajoutaient 12 % d'orphelins de la Grande Guerre, 1 ou 2 % de pères morts de la grippe espagnole, et quelques pères morts de maladie ou d'accident dans la jeunesse de leurs enfants, et qu'un quart des sujets n'avait pas ou plus de père dès leur jeunesse. Un autre quart avait vu mourir leur père avant ses 60 ans, un quart avait perdu un père plus âgé mais resté actif jusqu'à la fin de ses jours, le quart seulement avait eu un père retraité. Dans la seconde cohorte, celle des natis de 1921-1922, nettement moins souvent originaires des campagnes, et dont les pères étaient morts moins jeunes, la moitié des sujets des deux sexes avait eu un père retraité.
5. France Meslé, « La mortalité en France : le recil se poursuit », « *Population* », n° 3, 1995, p. 745-778.
6. A ce sujet, la comparaison avec les pays scandinaves est plus pertinente qu'avec le Royaume-Uni, dans lequel le niveau de vie moyen, et notamment celui des retraités, est inférieur depuis une quinzaine d'années à celui qui existe en France.
7. Graziella Caselli, France Meslé, Jacques Vallin, « Le triomphe de la médecine. Évolution de la mortalité en Europe depuis le début du siècle », *Dossiers et recherches de l'Ined*, n° 45, février 1995. Comme le remarquent les auteurs, ce titre « à l'emporte-pièce » ne souligne qu'un aspect d'une réalité beaucoup plus complexe.
8. *Ibid.*
9. Françoise Cribier, « Itinéraires professionnels et usure au travail : une génération de salariés parisiens », « *Le Mouvement social* », n° 24, 1983, p. 11-44.
10. F. Cribier, « Les progrès récents de la longévité des femmes en France », 1950-1980, « *Pénélope* », cahier n° 13, « *Vieillesse des femmes* », 1986, p. 40-46.
11. F. Cribier, « La cohabitation à l'heure de la retraite », « *Sociétés contemporaines* », 1992, n° 10, p. 67-91.
12. F. Cribier, « La mortalité différentielle des travailleurs après la retraite. Données nationales et suivi longitudinal d'une population de retraités parisiens », « *Gérontologie et société* », n° 45, 1988, p. 80-99.
13. 24^e Rapport sur la situation démographique de la France, 1995, cité plus haut.
14. Dans l'Angleterre du XIX^e siècle, on disait au pays des filatures que l'alcoolisme était « le plus court chemin pour sortir de Manchester ».
15. J. Vallin, « Évolutions sociales et baisse de la mortalité : conquête ou reconquête d'un avantage féminin », Paris, Ined, 1988, *Dossiers et recherches*, n° 17.
16. A. Perrenoud, in A. Imhof (éd.), « Le Vieillessement, implications et conséquences de l'allongement de la vie humaine depuis le XVII^e siècle », Presses universitaires de Lyon, 1982.
17. Mildred Blaxter, « Le temps qu'on leur vole », « *Pénélope* », cahier n° 13, automne 1985.
18. Les statistiques d'Écosse et d'Angleterre-Galles montrent des différences plus marquées encore entre les hommes des différentes couches sociales, et bien sûr dans chaque couche sociale une morbidité et une mortalité supérieures des hommes.
19. Les projections de 1994 de l'Insee, à la différence de celles qui sont faites à Bruxelles, prévoient la continuation des progrès, liée pour l'essentiel à la baisse encore à venir de la mortalité cardio-vasculaire.
20. M. G. David, A. Foulon, C. Gissot, « Les relations des personnes âgées avec leur entourage », « *Sociétés contemporaines* », 1992, n° 10, p. 111-126.
21. Didier Blanchet, « Les progrès de productivité : remède miracle ou facteur aggravant des problèmes de retraite ? », « *Revue d'économie financière* », 1993.
22. D. Thomson, « Age, justice et génération dans les États modernes », « *Sociétés contemporaines* », 1992, n° 10, p. 47-66.

LES ENJEUX ETHIQUES

du vieillissement

MOTS CLEFS : accès aux soins • activité • âgisme • dépendance • éthique • ressources •

Les progrès de l'espérance de vie doivent aussi être ceux de l'espérance de vie sans incapacité. Le premier enjeu est celui du maintien de la santé, indispensable à celui de la qualité de vie. Il est de la dignité des personnes âgées elles-mêmes de participer davantage à ces soins. La préservation de la qualité de vie implique aussi le maintien d'un niveau de vie, donc des ressources, quitte à prolonger l'activité professionnelle. Mais l'enjeu éthique principal est la place que les personnes âgées se donneront dans la société par le maintien d'activités autres que de loisirs, la valorisation de leur image, leur créativité, quels que soient leurs handicaps. Enfin, comme toute autre personne, la personne âgée a le droit d'être un jour dépendante sans cependant devoir être exclue.

Moins on meurt jeune, plus on meurt vieux ; le plus grand progrès du xx^e siècle, c'est le cadeau de ces années de vie en plus. Pour la première fois dans l'histoire du monde, la mort concerne d'abord les vieux, et non plus les enfants infectés ou carencés, les femmes en couches, les hommes jeunes à la guerre. La maladie arrive plus tard, donc l'incapacité plus tard... et la mort encore plus tard. Ce progrès n'est pas si solide. Les ressources des personnes âgées, acquises par leur travail, leur sont reprochées. Les soins qui leur sont fournis sont critiqués par utilitarisme. Le charlatanisme commercial sévit sur le marché des vieux. Un véritable racisme antivieux rampant reproche aux plus âgés de coûter, d'exister, de déranger. Cet « âgisme » a envahi certains organes de presse. Combien de personnes âgées restent sans activité et se désolent de rester sans utilité durant des dizaines d'années ?

La qualité de vie d'un âgé, ce n'est pas l'ennuyeuse civilisation des loisirs forcés : c'est d'être valorisé par la conservation d'un rôle social. En définissant des enjeux, nous faisons preuve de paternalisme. C'est aux personnes âgées elles-

* Chef de service à l'hôpital Charles-Foix, à Ivry-sur-Seine, professeur à la faculté de médecine Pitié-Salpêtrière, secrétaire général de la Société française de gérontologie.

Éditeur de l'article : Scephra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

mêmes de se prendre en charge, de proposer leurs compétences et leurs services aux jeunes, de transmettre leur patrimoine culturel, de montrer leur créativité.

Il y a cependant un progrès éthique certain : la personne âgée, même dépendante, même démente, commence à être respectée dans sa dignité de personne. Seul ce progrès éthique donnera un sens à l'augmentation de l'espérance de vie.

I. LE PREMIER ENJEU EST DE CONSERVER AUX PERSONNES ÂGÉES LEUR SANTÉ ET LEUR AUTONOMIE

Une vieillesse heureuse est une vieillesse où l'on peut profiter d'une certaine qualité de vie. Lors de la création de l'assurance vieillesse pour tous, seule une minorité arrivait à l'âge de la retraite... Aujourd'hui, la majorité des personnes âgées — sauf les plus âgées — ont plus ou moins connu dans leur jeunesse certains des progrès de l'hygiène moderne. Demain, ce sera la totalité des personnes âgées. Si elles vivent et vivront plus âgées, c'est qu'elles auront bénéficié d'un mode de vie occidental et des progrès de la médecine. Ce mode de vie nous a apporté une baisse des efforts physiques les plus lourds, une baisse de la charge bactérienne des aliments (les nitrates sont un progrès sur les champs d'épandage, le réfrigérateur sur le garde-manger, la chaîne du froid sur la salaison), l'eau sans bactéries, le chauffage central. Ces améliorations ont retardé l'âge de la maladie.

Les progrès de la médecine ont aussi joué leur rôle. On ne réalise plus ce qu'était la tuberculose, qui tuait 150 000 personnes par an en France au début du siècle. On oublie la quasi-éradication de la typhoïde, de la diphtérie, du tétanos, de la syphilis, de la poliomyélite, des innombrables morts retardées liées aux streptococcies (maladies cardiaques et rénales).

La mortalité cardio-vasculaire baisse aussi grâce à l'apparition de traitements efficaces. La France est l'un des premiers pays où cette cause de mortalité n'est plus à la première place. Elle a été dépassée par le cancer, non parce que le cancer aurait augmenté — notamment à cause du vieillissement —, mais à cause de la diminution régulière des maladies cardio-vasculaires.

Il reste encore des progrès de prévention à faire chez l'adulte : peut-on accepter les milliers de morts liées aux deux plus grands fléaux de la jeunesse d'aujourd'hui, les suicides et les accidents de la route ? Mais chaque progrès créera plus de vieillards. Quand verra-t-on le vieillissement comme le résultat de la chance de vivre longtemps ?

Ce recul de l'âge de la maladie joue sur l'âge de la mort. Celui où l'on meurt le plus est 87 ans. Il continue à reculer. L'espérance de vie continue à croître de trois mois par an, uniquement au profit des vieux. Mais, si l'on est malade plus tard, cela retarde aussi l'âge des incapacités : l'espérance de vie sans incapacités augmente de quatre mois par an. Elle peut continuer à croître. Ce n'est pas l'âge lui-même qui provoque les incapacités, ce sont les maladies associées à l'âge. Or toute maladie est susceptible d'être un jour l'objet d'un traitement palliatif, ou curatif, voire préventif.

La gériatrie a d'abord un objectif de prévention des incapacités et de maintien de la qualité de vie. A tout âge, la meilleure qualité de vie, c'est la santé. Dans ce domaine, d'immenses progrès médicaux sont encore possibles et sont nécessaires. Ils concernent cette fois les vieux eux-mêmes. Ces progrès joueront sur les incapacités liées aux maladies du vieillissement. La gériatrie, ce n'est pas le soin d'entretien de la défectologie, ni le parage au loin des vieillards encombrant les hôpitaux... ou leur famille.

Les débuts de cette nouvelle discipline inquiètent ceux qui ont une vue utilitariste de la santé. Pourquoi s'intéresser à des gens dont l'espérance de vie est limitée, qui ne servent à rien et cela à grand prix ? La gérontologie apporte des réponses claires : l'espérance de vie d'une femme de 80 ans est de neuf ans au moins ; beaucoup de malades aimeraient avoir un tel espoir !

On ne peut accepter des rationnements de soins sur le modèle utilitariste ; tous ceux qui sont infirmes seraient condamnés. Quels seraient les buts des progrès de la civilisation, si ce n'est la qualité de vie pour tous ? Est-il plus important de s'acheter quelques gadgets de plus ou d'aller s'exposer aux cancers cutanés sur des plages de plus en plus lointaines, que d'éviter ou de surmonter, quand l'âge arrive, certaines infirmités ?

Il est de plus démontré que le soin gériatrique compétent, réalisé en temps utile, entraîne des économies considérables dans les dépenses de santé. Ce soin permet de diminuer les besoins en lits hospitaliers et en lits d'institutions, car il limite la dépendance.

II. CES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES SONT À LA CHARGE DE QUI ? POURQUOI PAS D'ELLES-MÊMES ?

Ces soins aux personnes âgées coûtent et coûteront par l'augmentation du nombre des personnes âgées. Ils n'en sont pas moins indispensables. Si les personnes âgées ont le droit aux soins qui leur sont nécessaires, elles ont le devoir d'y participer. Il n'est pas normal que les cotisations d'assurance maladie de la Sécurité sociale soient inférieures chez les retraités et les inactifs à celles des actifs. Il est normal que les personnes âgées et très âgées paient et bénéficient des soins de santé au même titre et au même tarif que les autres. C'est la mise à niveau des cotisations des personnes âgées qui devrait financer la prestation autonomie. Droit aux soins compétents et devoir d'y participer sont un premier enjeu fort pour ceux qui bénéficient d'une vieillesse valide. Cela a d'ailleurs été une proposition du vice-président du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), M. Bonnet.

Le développement de structures appropriées, mais aussi celui de la formation et de la recherche en gérontologie doivent encore élargir la période de vie sans incapacités.

Cette « rectangularisation » de l'espérance de vie peut faire se rapprocher pour chacun l'espérance de vie idéale, celle qui est permise par son terrain génétique ;

plus on est malade vieux, plus la période d'incapacité qui précède souvent la mort est brève. Dans le domaine de la gérontologie, éthique et économie se rejoignent. Or ces structures, cette recherche, cette formation ne se créent que bien trop lentement pour répondre aux besoins.

III. UN AUTRE ENJEU EST LE MAINTIEN DU NIVEAU DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

Les vieux actuels ont travaillé, travaillé dur, pour acquérir leur niveau de vie. Ils ont cotisé, économisé, acheté leur logement. Ils ont perdu la peur de manquer qui a été l'angoisse de générations de vieux. L'hospice pour dépendance économique a disparu. Cette disparition de la peur de manquer n'est-elle pas le plus bel acquis social ?

Les syndicats n'ont pas très bien compris ce progrès. Ils défendent l'âge de la retraite la plus précoce possible au lieu de défendre le niveau de vie des personnes âgées. De quel droit des personnes en pleine force de l'âge vont-elles devenir une charge pour les jeunes ? C'est grâce au maintien de leurs ressources que les âgés vivent bien et gardent santé et capacité. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées a commencé avec la période d'élévation du niveau des retraites. Le lien entre le niveau de ressources et l'accès à l'hygiène, au confort, à la prévention et l'espérance de vie sans incapacité est réel.

Il n'est pas éthique que ce maintien de niveau des ressources ne se fasse qu'aux dépens des jeunes. On vit plus longtemps, il est logique de travailler plus longtemps. Demain, la main d'œuvre manquera, à l'inverse du chômage actuel. Ne vaut-il pas mieux laisser travailler plus longtemps comme dans les pays les plus socialement avancés (Danemark, Suède) que de réduire les ressources des vieux ? La retraite reste un choc psychologique, surtout pour les manuels, qui reconstituent plus difficilement un projet de vie, qui perdent leur statut social de travailleur dans une équipe, mais également des ressources. Plus tard, le veuvage est inéluctable, il s'accompagne toujours d'une restriction de ressources qui peut rendre le maintien du mode de vie impossible.

Bien plus, jusqu'à très récemment, la législation rendait le veuf ou la veuve dépendants du bon vouloir de leurs enfants. Il suffisait que l'un d'eux ne soit pas d'accord pour leur garder l'usufruit, et le logement acquis par le travail du couple pouvait être mis en vente et le survivant chassé. La révision récente de la loi est un immense progrès.

Plutôt que les réflexions d'école sur répartition et capitalisation, comment admettre que d'avoir cotisé des dizaines d'années pour une retraite par répartition n'ouvrerait aucun droit particulier, que ce n'était qu'un devoir ?

Ce progrès n'est pas si solide. Un recul des ressources peut encore ruiner les vieux, le danger est réel. Le maintien dogmatique d'une retraite précoce, après une entrée dans le travail de plus en plus tardive, peut y arriver. Un fort courant âgiste, véritable racisme antivieux, se développe insidieusement. Ce courant

reproche aux vieux leurs ressources, gagnées par leur travail, leur logement, acheté aussi par ce travail, leur mauvaise santé, résultat du report au grand âge de plus en plus de maladies, leurs ressources réparties à partir des prélèvements sur les jeunes, leur existence même ? Cela à une époque où l'avenir de la très grande majorité des jeunes et des adultes sera de devenir vieux !

Un trop grand nombre d'organes de presse se laisse envahir par ce discours, sans réfléchir sur l'absurdité d'un monde où l'on défendrait toutes les nobles causes de toutes les exclusions, de toutes les maladies, de tous les handicaps, mais où l'on refuserait à l'homme vieillissant le droit de conserver son mode de vie, acquis par son travail, l'accès aux soins, sa dignité et son autonomie financière.

Ce danger de recul social est beaucoup plus proche qu'il n'y paraît. Il est tentant et facile de réduire les ressources individuelles et de compenser en partie en accordant des aides pour ceci ou pour cela. C'est déjà très largement commencé. La vieillesse reste vue par beaucoup de décideurs à la fois comme une dépense (dans laquelle il faut couper) et comme une population faible qu'il faut assister passivement.

La multiplication des aides passives, démagogiques, des « dîners du maire », des jeux infantilisants ne fournit-elle pas les meilleures armes à l'âgisme, en altérant la dignité de la vieillesse ? Par exemple, pour le grand public, la carte vermeil de la SNCF, c'est un avantage sans contrepartie accordé aux vieux. Beaucoup ignorent que ce fut fait d'abord pour remplir les trains en périodes creuses, donc pour augmenter les recettes de la SNCF. C'est donc un contrat à avantages réciproques.

Réduire les ressources pour répartir en aides passives une partie des sommes récupérées est un risque de placer les personnes âgées en état de clientélisme et de dépendance économique.

Du point de vue économique, il y a aussi un « marché du vieux ». Il n'est pas malsain que le commerce et l'industrie réalisent enfin qu'une part croissante de la population a un âge certain et lui proposent des produits adaptés. Il est plutôt étonnant qu'ils n'aient pas plus tôt découvert qu'il y a là des consommateurs à séduire. Mais il est dommage que, souvent, ce qui est proposé aux plus âgés soit entouré d'un maternage infantilisant, ou ne soit pas réellement adapté aux risques de l'avenir de ces personnes âgées (résidences), voire soit directement du charlatanisme pur et simple.

IV. L'ENJEU ÉTHIQUE MAJEUR EST LA PLACE DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS LA SOCIÉTÉ DE DEMAIN

Un point capital de réflexion pour l'avenir sera sur le rôle individuel de la personne âgée dans la société et sur le rôle collectif des personnes âgées, si différentes les unes des autres dans la société.

Un premier obstacle est qu'il ne faut jamais se laisser enfermer dans un concept uniforme et réducteur de « personnes âgées ». Il ne s'agit en aucun cas d'un

groupe homogène. Les différences psychologiques, sociales, caractérielles, économiques s'accroissent avec l'âge, comme les différences biologiques et médicales pour lesquelles l'accroissement de la variabilité inter-individuelle et de la variabilité intra-individuelle est la seule caractéristique constante du vieillissement.

Les femmes conservent facilement leurs activités ménagères et familiales de grand-mère. Cela ne suffit pas toujours à celles qui ont travaillé. Mais pour les hommes, quel est le rôle d'arrière-grand-père ? Est-il possible de passer des dizaines d'années sans activité réelle personnelle et pour la collectivité ? Les vieux doivent-ils être réduits aux loisirs, au tourisme collectif à rabais des périodes creuses ? Le loisir est agréable quand il rompt la lourdeur du travail. Il ne peut valoriser celui qui est passif, qui s'ennuie, qui a perdu son rôle social, son statut dans la société. Il ne peut plus agir sur quelque chose de concret. Quelle que soit la modestie du statut professionnel, cela est ressenti comme une régression.

Il faut informer le public et d'abord les vieux eux-mêmes que l'ennui, l'inactivité sont les premiers acteurs d'un vieillissement prématuré. Cela entraîne dévalorisation de l'image de soi, repliée sur l'image négative du corps ; un rapport avec les autres, réduit à la plainte santé, à la demande de médicaments – avec ses risques. La visite du médecin devient le seul contact social, puis s'y ajoute celle de l'aide à domicile qui permettra de ne plus faire ses courses, puis celle du repas porté qui permettra de ne plus faire sa cuisine, aboutissant à une dépendance qui deviendra irréversible, alors qu'elle était évitable.

Heureusement, beaucoup de personnes âgées ont rétabli un équilibre d'activité leur permettant une vie heureuse, soit à l'intérieur du cercle familial, soit en participant à ces activités bénévoles dans leur domaine de compétence, soit en ayant conservé leurs activités professionnelles ; quels plus beaux exemples de vieillissements réussis que ces acteurs, ces musiciens, ces peintres qui ont conservé leur activité d'artistes avec l'effort physique, l'effort mental que cela représente et pour ceux qui travaillent en public, la continuité dans l'exposition au stress.

Donner aux personnes âgées l'occasion de mettre en valeur leur compétence, quand elles n'osent ou ne savent le faire, est un besoin essentiel. Je suis frappé par le nombre de personnes, même très âgées, même handicapées physiquement, qui ont envie de faire quelque chose d'utile. Cela aussi fait partie de la qualité de vie et de la dignité de la personne âgée : pouvoir se lever le matin pour faire autre chose que manger, dormir et regarder la télévision. Il faut faire mieux connaître les multiples occasions, ou en associations, ou individuellement : ce sont les personnes âgées qui aident les jeunes en difficulté, les entreprises débutantes, qui apportent des techniques aux pays en développement, qui répertoire le patrimoine architectural ou culturel. Même les personnes âgées ayant des altérations intellectuelles sont capables de développer des activités nouvelles. Quoi de plus interpellant que la créativité artistique, parfois admirable, de certains malades âgés frappés de maladie d'Alzheimer et incapables de communiquer verbalement !

Ces années de vie sans incapacité que nous avons en plus, qui devraient continuer à croître, pouvons-nous accepter que cela soit, pour trop de personnes, des années perdues ? Il y en a tant d'autres qui sont plus actifs dans leur retraite que dans leur carrière ! N'est-ce pas d'abord un gaspillage de savoir et de joie de vivre ? La vie sans incapacité, c'est le contraire d'une vie sans activité.

Mais en défendant, nous gérontologues, ces enjeux, nous faisons preuve de paternalisme. C'est aux personnes âgées elles-mêmes de se prendre en charge, de proposer leurs compétences, d'organiser leurs services aux jeunes, de transmettre leur patrimoine culturel, d'aider aussi les plus vieux devenus invalides. C'est à elles de créer un puissant lobby des personnes âgées, un lobby qui défende moins le niveau du point de retraite (malgré son importance) que le rôle actif et nécessaire de la personne âgée dans la société. C'est à elles d'envahir tous les domaines où leur compétence et leur aide peuvent être utiles aux adultes et aux jeunes. Elles sont en train de le faire dans les associations, les conseils municipaux, de façon encore dispersée. Sans avoir recours aux excès des « panthères grises », elles doivent mieux s'organiser, se faire respecter, sans demander l'aide des gérontologues. Cela aussi est un enjeu éthique. Elles qui sont des survivantes, elles peuvent rappeler que l'avenir d'une très grande majorité des jeunes, ce sera de devenir des vieux !

La société ne peut rester fracturée en deux parts : des actifs aux charges de plus en plus lourdes, des inactifs dépourvus, quel que soit leur âge, de toute responsabilité, de tout rôle social, se laissant rétribuer sans aucune contrepartie par une société réduite aux actifs.

Pour éviter cela, c'est aux personnes âgées elles-mêmes de démontrer que ces longues années gagnées ne sont pas une survie, mais sont des années de vie active, profitables à elles, mais aussi à l'ensemble de la société, dont elles font partie intégrante. Leur rôle social concerne d'ailleurs autant les plus vieux que les jeunes. Les personnes âgées sans incapacités ne doivent-elles pas être au premier rang pour aider leurs contemporains ou leurs aînés ayant des incapacités, pour participer au financement des soins de ceux-ci ? Le respect des personnes âgées ne passe pas par leur isolement dans des plaintes de récriminations alternant avec d'inutiles activités ludiques, mais par leur implication forte dans la vie de la société. Leur disponibilité, leur expérience, leur désintéressement sont des chances qui devraient les rendre indispensables à l'équilibre des sociétés.

V. LA PERSONNE ÂGÉE A DROIT À ÊTRE INFIRME ET DÉPENDANTE

Cela est nouveau. Il y a incontestablement un progrès éthique. Dans le monde ancien, ou primitif, le vieux sage et expérimenté était parfaitement respecté, voire le chef : le presbyte des Grecs ; l'ancien, le sage des civilisations primitives. Par contre, le vieillard ayant perdu son autonomie y était plus que ridicule : le géronte des Grecs est gâteux.

Aujourd'hui, on considère que la personne âgée, même dépendante, même dé-

mente, doit être respectée en tant que personne. On sait reconnaître ses capacités conservées, dont celles de souffrances ou de joies, son droit à une qualité de vie malgré ses handicaps.

Même si l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacités progresse, il y aura toujours pour quelques-uns une période de vie avec incapacités, avec notamment la pire des incapacités : l'altération des fonctions mentales.

Sans le respect de ces malades comme des personnes, il y aura un danger de rejet pour toutes les personnes âgées et pour tous les malades atteints des affections invalidantes, quel que soit leur âge.

Reconnaître que la maladie est à l'origine de l'incapacité est aussi un progrès éthique. Lorsque le vieillard aux fonctions intellectuelles altérées n'a plus été considéré comme gâteux, mais est devenu une « personne atteinte de maladie d'Alzheimer », le regard de ses proches, de ses soignants, de la société a été changé. Lorsqu'un artiste octogénaire entre en scène, qu'une vieille dame garde son arrière-petite-fille, qu'un ancien artisan montre une méthode qui risquait d'être oubliée, ils démontrent que le grand âge n'est pas la passivité.

VI. UN DÉFI POUR LES PERSONNES ÂGÉES ELLES-MÊMES

L'enjeu éthique principal peut être moins le regard de la société sur le grand âge que le défi pour les âgés de rappeler eux-mêmes à tous qu'ils restent des personnes avec tous leurs devoirs et donc leurs droits. Cela n'est déjà pas si facile pour ceux qui sont sans incapacité. C'est à eux-mêmes de le rappeler, aussi pour ceux qui ont été touchés par la maladie invalidante. L'enjeu éthique principal, c'est que ce soient les personnes âgées elles-mêmes qui demandent à quitter l'état d'assistance, non pas pour une revendication passive, mais pour prendre une vraie place active dans la société, qu'elles soient retraitées ou toujours professionnelles. Ce défi ne relève pas de notre aide trop paternaliste, encore moins du maternage prédominant, ni des archaïsmes réglementaires qui précipitent les vieux dans l'assistance passive et la dépendance. Ce défi relève d'abord des âgés eux-mêmes. Ce sera aux nouveaux vieux de le relever ■

La prise en charge collective DE LA DEPENDANCE

MOTS CLEFS : *autonomie • dépendance • expérimentation • personnes âgées • régimes de retraite • régime général.*

Les débats autour de la création d'une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes n'ont pas été, à ce jour, suivis d'effet. Pourtant, les dimensions morale, économique et politique du dossier sont désormais bien appréhendées. Cependant, des expérimentations sont actuellement menées dans douze départements, par le régime général (Cnav et Cram) et par les conseils généraux. Elles apportent des enseignements importants sur ce que devrait être le contenu d'une réponse collective à ce problème de la dépendance, et qui ne saurait se réduire à la seule mise en place d'une nouvelle allocation. L'expertise et le savoir-faire acquis par la branche retraite du régime général la fondent à présenter ses préconisations pour un futur dispositif.

En dépit d'un grand nombre d'études et de projets, force est de constater que la société française n'a toujours pas apporté une réponse satisfaisante à la prise en charge collective de la dépendance des personnes âgées. Ces analyses ont permis de réduire les incertitudes que l'on pouvait initialement avoir sur, notamment, la manière de mesurer la dépendance, la procédure optimale d'instruction des dossiers ou les besoins de financement à terme. Les expérimentations entreprises dans douze départements, en 1995, et mises en œuvre conjointement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse et les caisses régionales d'assurance maladie, les conseils généraux et les autres régimes de retraite, sont également riches d'enseignements et peuvent désormais favoriser la prise de décision. Au terme de plus d'une année d'expérimentation, la branche retraite du régime général est en mesure d'exposer des préconisations pour un dispositif de prise en charge de la dépendance associant les différentes institutions et collectivités concernées et garantissant l'égalité de traitement entre les usagers sur tout le territoire. Tel est l'objet du présent article, qui, après avoir rappelé les principaux enjeux, vise à présenter les enseignements tirés des expérimentations.

* *Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.*

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

I. LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES COMPORTE DES ENJEUX MORAUX, ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES QU'UNE PRESTATION SPÉCIFIQUE PERMETTRAIT DE PRENDRE EN COMPTE

La dépendance des personnes âgées est avant tout une question à dimension humaine et morale. Les individus confrontés à cette situation, et leurs familles, peuvent être plongés dans le désarroi. C'est le cas des personnes âgées lorsqu'elles sont touchées par la dégradation de leurs capacités physiques, qui les contraignent à demander l'assistance d'une tierce personne et à renoncer à effectuer des actes ordinaires de la vie qu'elles avaient l'habitude de faire. C'est le cas de leurs familles lorsqu'elles doivent consacrer de plus en plus de temps et d'argent à compenser cette dégradation et se résoudre, ensuite, à placer les personnes âgées dans un établissement, avec souvent un fort sentiment de culpabilité, et à assumer la charge financière qui en découle. Le vieillissement de la population française a pour conséquence un accroissement notable du nombre de personnes âgées dépendantes, et transforme en fait majeur de société un phénomène dont les familles étaient bien obligées de s'accommoder jusqu'alors.

La dépendance des personnes âgées a également une dimension économique majeure. Bien qu'elles ne soient pas suffisantes, les réponses apportées par les institutions (conseils généraux et autres collectivités locales, organismes de Sécurité sociale, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse) ont tout de même représenté plus de 30 milliards de francs en 1995. Il faudrait y ajouter, pour connaître le coût réel de la dépendance, les dépenses des personnes âgées elles-mêmes et de leurs familles, ainsi que la valorisation des services gratuits accomplis par la famille et l'entourage. Cependant, ces masses financières doivent être relativisées en rappelant, par exemple, que les retraites des Français ont été supérieures à 800 milliards de francs en 1995.

La dépendance des personnes âgées est enfin un sujet politique, au sens noble du terme, important. Cela tient à deux raisons essentielles. La première est qu'il s'agit d'un véritable défi pour notre société, en cette fin du xx^e siècle, et que chacun voit bien qu'il faut désormais lui apporter une réponse qui procède d'une affirmation et d'une volonté politiques nationales, et non pas, comme actuellement, d'initiatives éparses. La seconde est que, d'ores et déjà, des institutions interviennent dans ce secteur, et surtout les organismes de Sécurité sociale et les conseils généraux. Ces institutions souhaitent tout à la fois conserver, voire renforcer, leurs prérogatives de décideurs et de gestionnaires dans ce domaine, tout en redoutant la dérive des financements qui grèverait leur budget.

Sur le plan de l'individu, une personne âgée dépendante n'est pas celle qui souffre d'une ou plusieurs pathologies, mais c'est celle qui est dans l'incapacité physique et/ou mentale d'exécuter seule un certain nombre d'actes élémentaires de la vie tels que se lever, s'habiller, se vêtir, faire sa toilette, se déplacer.

Cela est dû soit à l'état de vieillissement de la personne, soit aux conséquences de la détérioration de son état de santé. Il convient, dans ce dernier cas, de noter que c'est l'assurance maladie qui intervient, depuis toujours et efficacement,

pour la prise en charge des frais entraînés par la dégradation de l'état de santé de la personne âgée. Il s'agit bien sous cet angle d'un problème de santé publique.

En revanche, tout ce qui ne relève pas de la santé, c'est-à-dire tout ce qui a trait à l'autonomie, aux conditions de vie quotidienne, de la personne âgée dépendante est insuffisamment pris en charge aujourd'hui.

Et si, malgré son état de dépendance, la personne ne souffre d'aucune pathologie particulière, cela peut représenter pour elle, et pour son entourage, une charge morale mais aussi financière très lourde à porter.

Aussi est-il souhaitable, afin de réaliser un progrès social dans ce domaine, de créer une prestation autonomie qui permette la prise en charge de ces frais qui ne relèvent pas à proprement parler de l'assurance maladie, mais qui sont liés au maintien ou à la préservation, autant que faire se peut, de la qualité de vie et de la dignité de la personne âgée dépendante.

II. LA CRÉATION D'UNE PRESTATION SPÉCIFIQUE DESTINÉE À LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE DOIT ÊTRE UN ÉLÉMENT D'UNE RÉPONSE COLLECTIVE PLUS GLOBALE, COMME LE DÉMONTRENT LES PREMIERS RÉSULTATS DES EXPÉRIMENTATIONS

La décision de procéder à des expérimentations sur la dépendance dans plusieurs départements a été prise en 1994 par le gouvernement de l'époque, afin de préparer dans les meilleures conditions le choix qui devrait être fait, ensuite, par la collectivité nationale, pour améliorer la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Outre les incertitudes relatives au coût de cette prestation et à son financement, le dossier comportait alors d'autres lacunes qui rendaient difficile, voire impossible, une décision immédiate. En particulier, aucun outil d'évaluation de la dépendance ne recueillait l'assentiment de tous les intervenants, ni aucune procédure d'utilisation de cet outil.

De plus, les départements et les organismes de Sécurité sociale déployaient sur le terrain des actions concurrentes ou complémentaires, sans qu'aucune coordination ne permette de les optimiser.

Dans ces conditions, l'idée de les inviter à coopérer pour inventer ensemble, en tenant compte des réalités locales, la meilleure manière de répondre aux besoins des personnes âgées a été retenue.

Une allocation spécifique de dépendance, financée par les fonds d'action sanitaire et sociale des régimes de Sécurité sociale, a été créée pour cette occasion.

La branche retraite du régime général, qui joue déjà un rôle important en direction des personnes âgées dépendantes, a assuré le pilotage de cette opération pour les régimes de Sécurité sociale. La Cancava¹, l'Organic² et la MSA³ s'y sont associées.

1. *Cancava* : Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale.

2. *Organic* : caisse de compensation de l'Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce.

3. *MSA* : Mutualité sociale agricole.

Douze départements ont été choisis, et, au terme de plus d'une année d'exercice, des enseignements précieux peuvent être retirés de ces expérimentations.

En effet, après plus d'une année de travail et de réflexion dans les départements, plusieurs milliers de dossiers ont été instruits. Leur analyse fait ressortir des données importantes pour ce qui concerne la situation des personnes âgées, l'évaluation de l'aide à leur apporter et l'utilité de la prestation.

1. La situation des personnes âgées peut être caractérisée par leur âge et la manière dont elles sont entourées

Les demandeurs sont relativement âgés : 61 % d'entre eux ont 80 ans ou plus, tandis que, dans l'ensemble de la population des 60 ans et plus, cette tranche d'âge représente moins du tiers. Les moins de 70 ans représentent cependant 13 % de la totalité des demandeurs.

Si la majorité des personnes sont entourées (66 %), un quart vivent isolées (ni famille, ni amis) et un quart vivent dans un logement inadapté à leur handicap.

2. En ce qui concerne l'évaluation de l'aide à apporter, elle découle du constat formulé sur l'état de dépendance et les moyens d'y remédier

La perte d'autonomie est évaluée, lors de la visite à domicile, au regard de l'accomplissement plus ou moins malaisé des fonctions essentielles (cohérence et orientation, alimentation, communication, habillage et toilette, déplacements extérieurs) en utilisant une grille commune d'évaluation (grille Aggir).

Les cas traités correspondent plutôt à des dépendances moyennes : les personnes présentent peu de troubles de la cohérence ou de l'orientation et se déplacent seules à l'intérieur de leur domicile : la toilette, l'habillage et les déplacements extérieurs posent davantage de problèmes.

En revanche, les informations recueillies montrent plus de difficultés dans l'exécution d'actes matériels (ménage, achats et cuisine, gestion et transports, suivi de traitement, temps libre).

Les personnes âgées rencontrent beaucoup plus de difficultés pour les actes matériels que pour les fonctions essentielles. La plupart d'entre elles sont complètement incapables de faire le ménage et la cuisine.

Une personne sur trois dispose déjà d'une aide ménagère, mais, pour une personne sur deux, un plan est élaboré visant à déterminer la nature des aides à apporter. La plupart des départements intègrent l'aide de l'entourage dans le plan. Sur 2 698 plans d'aide observés, 36 % préconisent l'aide de l'entourage associée à des services extérieurs dans la moitié des cas, 59 % préconisent l'aide ménagère seule, dans la moitié des cas. Les services extérieurs notés dans le plan d'aide sont, par ordre de fréquence, l'aide ménagère à domicile, la garde à domicile, la téléalarme et le portage de repas.

3. L'utilité incontestable de la prestation

Les besoins étaient connus dans leur globalité, mais les expérimentations ont permis de mieux les cerner. Dans tous les départements expérimentateurs, les partenaires s'accordent pour reconnaître que la prestation a souvent servi de révélateur et a permis de maintenir à leur domicile des personnes âgées qui, sans les services mobilisés grâce à la prestation expérimentale, auraient dû partir en établissement.

Compte tenu de ces résultats statistiques et des observations faites lors du déroulement des expérimentations, un bilan peut être établi sur les enseignements à retenir pour un futur dispositif de prise en charge de la dépendance.

III. LES ENSEIGNEMENTS À RETENIR POUR UN FUTUR DISPOSITIF ADAPTÉ ET ÉCONOME DES MOYENS COLLECTIFS MIS EN ŒUVRE

Ce dispositif devrait prendre en considération les cinq préoccupations majeures suivantes :

- apporter une réponse adaptée aux besoins nés de la perte d'autonomie. Les expérimentations démontrent que l'étude personnalisée de chaque cas qui précède et accompagne l'attribution de la prestation est aussi importante que celle-ci. La visite à domicile, l'élaboration du plan d'aide et le suivi dans le temps de l'évolution de l'état de dépendance conditionnent la qualité du service offert à la personne âgée et à son entourage ;
- veiller à l'égalité de traitement sur tout le territoire. Il s'agit là d'un point capital. Cela impose l'utilisation d'une grille nationale validée par tous les acteurs en présence, mais également une procédure d'instruction et d'attribution de l'allocation qui garantisse que l'état de dépendance de chaque personne est apprécié partout d'une manière homogène ;
- optimiser les moyens déjà mis en place, en renforçant leur cohérence. Beaucoup de choses sont déjà faites pour la dépendance des personnes âgées par les organismes de Sécurité sociale et les collectivités locales. La création d'une nouvelle allocation doit donc être aussi l'occasion d'accroître l'efficacité de toute la politique menée en direction des personnes âgées dépendantes et d'améliorer sa cohérence. Cette exigence de cohérence et d'efficacité ne sera pas satisfaite si les solutions retenues pour la gestion de l'allocation nouvelle dépossèdent l'un des intervenants de ses prérogatives et renforcent les cloisonnements actuels. Pour que les objectifs généraux assignés à la réforme soient atteints, il est indispensable que les organismes de Sécurité sociale y soient associés à part entière. En outre, cette association, si elle est adaptée par voie conventionnelle dans chaque département, aura pour effet d'utiliser au mieux les moyens en personnel dont dispose chaque organisme, et donc de rendre un service de meilleure qualité aux personnes âgées. Les expérimentations ont en effet démontré que le partenariat conseil général-organismes de Sécurité sociale fonctionne très bien, si les règles du jeu sont clairement posées ;

- établir un mode de financement clair, pour éviter que les personnes âgées ne souffrent des arbitrages budgétaires faits par une collectivité ou des querelles entre financeurs. Pour cela, les sommes affectées à la dépendance doivent être identifiées dans des fonds distincts. Il faut, en outre, réunir les conditions nécessaires à la maîtrise financière du système qui sera mis en place, en en confiant la gestion et le suivi à une institution capable de centraliser rapidement les informations, et de proposer et de mettre en œuvre, le cas échéant, les évolutions indispensables ;
- favoriser la création d'emplois. La branche retraite du régime général fournit déjà un effort considérable en direction des personnes âgées en finançant chaque année 35 millions d'heures d'aide ménagère à domicile, avec son action sanitaire et sociale. Le nombre d'emplois générés est, en effet, proche de 25 000 équivalents temps plein, et ce nombre s'élève en réalité à près de 100 000 au regard du fait que des emplois à temps partiel sont nombreux dans ce secteur d'activité. La prestation d'autonomie devrait concourir à créer, à côté des emplois déjà existants, de nouveaux emplois, si la priorité est donnée à une prestation en nature.

Ces cinq préoccupations dessinent déjà un cadre relativement précis. Il faut les conjuguer avec les contraintes de financement qui s'imposent à la collectivité pour en déduire les règles juridiques et financières indispensables à une réponse collective satisfaisante à ce nouveau besoin social qu'est la dépendance des personnes âgées. Il nous reste à souhaiter que, comme l'Allemagne l'a déjà fait, la France saura trouver pour cela la voie tant annoncée par les gouvernements successifs depuis dix ans et qu'il est désormais indispensable d'emprunter ■

LONGEVITE ET DEPENDANCE :

quelle protection sociale ?

MOTS CLEFS : *assurance privée* • *dépendance* • *espérance de vie sans incapacité* • *longé-
vité* • *protection sociale* • *systèmes publics* •

L'allongement de la longévité révèle un risque financièrement lourd pour l'avenir : la dépendance. Les premières bases des systèmes publics et privés de couverture existent, mais les effets d'une longévité accrue et la dépendance, dans ses aspects démographiques, médicaux et économiques, sont encore mal perçus. Les inconnues actuelles et les progrès à venir militent en faveur d'une grande prudence dans la construction de systèmes de protection sociale et d'une articulation public/privé gérable à long terme.

L'accroissement de l'espérance de vie est un phénomène bien connu, mais encore probablement loin de son terme. Les conditions dans lesquelles sont et seront vécues les années de vie ainsi gagnées ouvrent un vaste champ de réflexions et d'actions : sur la place et le rôle des personnes âgées dans la société, mais aussi sur l'environnement financier des années de fin de vie, notamment lorsqu'il y a situation de dépendance, et sur l'intervention des systèmes de protection sociale. A cet égard, l'importance de la population et des sommes en jeu, mise en regard des premières ébauches de couverture par l'assurance publique ou privée, souligne l'ampleur des connaissances qui doivent encore être acquises. Dans ce contexte, c'est par une approche prudente et par une bonne articulation entre système public et assurance privée que pourra s'effectuer le pilotage à long terme de cet environnement financier.

I. QUELLES SOLUTIONS FACE À UN ENJEU DE GRANDE AMPLEUR ?

Le vieillissement de la population, visualisé par l'allongement de l'espérance de vie, est un phénomène déjà ancien. Longtemps dû au recul de la mortalité infantile, il provient maintenant très largement des gains de vie réalisés aux âges

* Adjoint du directeur France à Scor vie.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

élevés, tout au moins dans les pays développés. Cela crée déjà une charge financière importante, du fait de l'allongement de la phase de retraite et du financement des rentes à servir.

Par ailleurs, les années de fin de vie ne sont malheureusement pas toujours vécues sans incapacités, plus ou moins fortes ou pénalisantes pour l'accomplissement des actes de la vie courante. Ces incapacités nécessitent donc soins et assistance, et constituent les situations de dépendance, partielle ou totale. Le coût de ces soins, de l'assistance et de l'éventuel hébergement en institution spécialisée crée, pour les personnes concernées et pour la société dans son ensemble, une charge financière considérable. Cette dernière gonfle progressivement, par le simple accroissement numérique de la population âgée.

La prise en charge de ces coûts s'effectue ou devrait s'effectuer selon l'articulation suivante :

- par les systèmes publics de redistribution pour ce qui correspond à des interventions de type social, destinées à assurer à chacun un niveau minimal de ressources ;
- par les comportements d'épargne et d'assurance pour constituer ou obtenir le complément de ressources éventuellement nécessaire.

Pour donner une illustration concrète, examinons les solutions qui existent aujourd'hui en France pour assurer la prise en charge financière de la dépendance.

La prise en charge de la dépendance par les systèmes publics est principalement le fait des collectivités locales, en particulier les conseils généraux. Cette intervention s'effectue de façon décentralisée, non homogène sur l'ensemble du territoire, et elle est multiforme : coûts d'hébergement en institution spécialisée, aide à domicile plus ou moins importante selon la situation de dépendance... A cela il convient d'ajouter tout ce qui concerne la prise en charge des dépenses médicales par les régimes de Sécurité sociale.

L'aspect redistributif des systèmes publics n'est pas très apparent dans le panorama actuel. Le projet du gouvernement français de prestation autonomie, différé mais toujours à l'ordre du jour pour 1997, correspond à un système redistributif, fondé sur un critère de ressources. Le plafond d'intervention envisagé mériterait toutefois d'être ajusté pour constituer un régime équilibré et viable, visant une véritable redistribution au bénéfice des seuls besoins de type social. Cela positionnerait en tout cas l'assurance privée comme un complément à la prestation publique.

L'assurance privée, quant à elle, a déjà mis au point et commercialisé différentes formules d'assurance dépendance :

- la prévoyance dépendance, ou rente viagère différée, contrat individuel, généralement à primes périodiques, « à fonds perdus ». Cette formule connaît aujourd'hui en France un certain succès, mais elle gagnerait à être souscrite à des âges plus jeunes qu'actuellement (vers 45 ou 50 ans, plutôt qu'après 60 ou 65 ans) ;

- l'épargne dépendance permettant d'obtenir, en cas de dépendance, une rente majorée à partir d'une épargne déjà constituée ;
- des formules de doublement de la retraite en cas de dépendance, par exemple pour des régimes collectifs de retraite ; le financement de la garantie s'effectue soit par une « surcotisation » pendant la phase de constitution de la retraite, soit par une légère réduction de la retraite constituée ;
- d'autres formules existent également : rente viagère immédiate ; garantie dépendance incluse dans un contrat d'assurance vie entière ou dans un contrat de constitution de rente viagère différée ; option ou garantie incluse dans un contrat de prévoyance groupe, formule vraisemblablement prometteuse du fait de la tarification avantageuse que permettent les conditions groupe et l'adhésion de populations « jeunes ».

Il convient de noter que, notamment en France et au Japon, les succès commerciaux des formules d'assurance dépendance correspondent aujourd'hui plutôt au choix d'une définition simple et claire, celle de la dépendance totale. Les formules incluant la prise en charge de la dépendance partielle apparaissent plus complexes et moins aisées à commercialiser. Il est vrai qu'en France les « petits risques », c'est-à-dire les incapacités légères, font souvent l'objet d'aides publiques, sous forme d'aide ménagère par exemple, situation qui, au demeurant, ne coïncide pas toujours avec une approche purement redistributrice. De surcroît, les besoins créés par une situation de dépendance partielle relèvent plus de l'assistance que d'une assurance dépendance destinée à apporter une prestation financière substantielle lors de la réalisation d'un gros risque.

Quoi qu'il en soit, les structures actuelles d'assurance dépendance, qu'il s'agisse d'assurance publique ou privée, sont encore en devenir. Le risque de dépendance est nouveau dans l'ampleur qu'il prend et l'horizon de gestion de ces régimes peut être très long (de trente à cinquante ans). La construction de régimes véritablement équilibrés et pérennes n'en est donc que plus importante. Pour cela, un certain nombre de réflexions et d'actions doivent être conduites.

II. MIEUX CERNER LES PARAMÈTRES

La dépendance et plus généralement l'allongement de la longévité se situent sur des terrains neufs pour les démographes et les professionnels de la protection sociale. Beaucoup d'aspects sont à approfondir.

L'espérance de vie sans incapacité est un paramètre de l'évaluation du risque de dépendance et de l'évolution de son poids, fondamental pour l'équilibrage, à de tels horizons, des systèmes de protection sociale. A cet égard, la comparaison entre les progrès respectifs de l'espérance de vie totale et de l'espérance de vie sans incapacité est cruciale pour cerner l'évolution prévisible de ce risque. Si la seconde augmente plus vite que la première, l'ampleur du risque de dépendance tend à se réduire. Sinon, l'effet est amplificateur.

Les premières études semblent indiquer qu'en France, contrairement à nom-

bre d'autres pays, l'espérance de vie sans incapacité a progressé plus vite que l'espérance de vie. Le recul est cependant trop faible pour permettre de prolonger ces premières estimations et anticiper une réduction du poids du risque de dépendance.

Par ailleurs, les définitions de la dépendance demandent une homogénéisation, en France et entre les différents pays, notamment quant aux notions de dépendance totale ou partielle. Des statistiques plus fiables sont souhaitables : la taille même de la population actuelle de dépendants prête à discussion !

De plus, la connaissance des populations âgées est encore insuffisante. Les effets du très grand âge (plus de 90 ans), les pathologies et les incapacités qui apparaissent à cette période de la vie doivent être mieux appréhendées : par exemple, les démences et les dégénérescences prennent une importance aujourd'hui mal cernée.

Il convient en outre de ne pas oublier que la prévalence des incapacités peut être modifiée par les progrès de la médecine et les politiques médicales suivies : actes de prévention, approche plurifactorielle de la gériatrie et efforts destinés à éviter les phénomènes de cascade conduisant à une dépendance forte... Tout cela peut accroître l'espérance de vie sans incapacité ou prolonger sensiblement des situations d'incapacité légère. Cela influera en tout cas sur les possibilités de couverture de la dépendance partielle qui pourraient être envisagées par les systèmes d'assurance.

Enfin, les inégalités sociales devant la dépendance sont probablement insuffisamment prises en compte dans les études sur la dépendance et les projets de protection sociale. Les plus démunis ont une espérance de vie plus faible que la moyenne, mais semblent connaître un plus grand nombre d'années d'incapacité. Ce facteur jouera manifestement sur l'équilibre des systèmes, selon l'articulation qui sera retenue entre système public et assurance privée pour la couverture du risque de dépendance.

En tout état de cause, système public et assurance privée ont tous deux et dès aujourd'hui, sur la base de leurs premières expériences et pratiques, un rôle moteur à exercer pour améliorer les connaissances.

III. UN PILOTAGE PRUDENT ET À LONG TERME

Les incertitudes actuelles, tout comme la nécessité de gérer les régimes dans une optique de long terme, conduisent à appliquer une grande prudence dans la construction de dispositifs pérennes de couverture du risque dépendance.

Qu'il s'agisse d'un régime public ou d'une assurance privée, la problématique de construction et de gestion de ces systèmes s'inscrit dans le long, voire le très long terme : la durée des engagements atteint en effet vingt à trente ans à partir d'un départ à la retraite ; si l'on remonte à l'affiliation à un régime de protection ou à la souscription d'un produit d'assurance, cette durée d'engagement peut s'élever jusqu'à quarante, voire cinquante ans.

Pour les systèmes publics, en France comme dans d'autres pays, la mise en place d'un régime d'assurance dépendance doit s'effectuer dans des conditions économiquement et budgétairement viables. Pour cela, il importe de cerner au mieux la population qui, du fait de ressources insuffisantes, a besoin de la solidarité nationale. Il faut tracer les perspectives d'évolution, d'une part, des prestations servies, à travers le niveau d'intervention (dépendance totale, partielle jusqu'à quel niveau ?) et la taille de la population bénéficiaire, et, d'autre part, des sources de financement (impôt, cotisations) du dispositif de redistribution envisagé.

Les besoins de complément de ressources et de financement sont réels. La dimension et la sensibilité humaines qui s'attachent au risque de dépendance renforcent encore la gravité du problème, mais les nombreuses incertitudes non encore levées, notamment en France, pour la mise sur pied d'un dispositif public de « prestation dépendance » invitent à la prudence de façon à éviter faux espoirs et revirements. S'inscrire dans un cadre de répartition, pour un système public de couverture du risque de dépendance, n'enlève en effet pas l'obligation de se préoccuper de l'avenir du système : les difficultés des régimes de retraite sont là pour le rappeler.

Les solutions proposées par l'assurance privée, notamment du fait d'un raisonnement en capitalisation, s'efforcent d'intégrer au mieux cette nécessaire prudence. Sont ainsi prévus des mécanismes de provisionnement et de fonds de stabilité pour faire face, à horizon long, aux engagements pris aujourd'hui, au risque croissant, aux besoins de revalorisation des prestations... Les possibilités d'adaptation, tarifaires notamment, sont également ménagées.

La nature des incapacités à couvrir doit, elle aussi, pousser à la prudence, dès lors que l'on se projette dans l'avenir. Les besoins d'aide peuvent en effet être considérablement modifiés par les évolutions démographiques, les progrès médicaux évoqués ci-dessus, ainsi que par les évolutions économiques liées au comportement des régimes de retraite, à savoir la baisse du niveau général des retraites qui se dessine. Le niveau d'intervention des systèmes redistributifs pourrait ainsi nécessiter des adaptations importantes, mais dont rien ne dit qu'elles seront économiquement supportables.

De même, dans un contexte où les collectivités locales fournissent des aides pour faire face aux incapacités légères, l'important accroissement des populations âgées qui est attendu peut créer des difficultés budgétaires, du fait de la forte corrélation entre le grand âge et toute une série d'incapacités légères. Les collectivités publiques seraient alors conduites à réexaminer leurs interventions pour se centrer sur les seuls besoins sociaux et/ou les risques plus lourds.

Le relais ne saurait alors être pris sans adaptations importantes par l'assurance privée, car la couverture de petits risques très fréquents diffère sensiblement de l'approche actuellement privilégiée, centrée sur les risques lourds moins fréquents. Le risque lourd de dépendance totale est en effet plus simple à appréhender (par exemple, niveaux 1 et 2 de la grille Aggir) et à maîtriser dans une optique

de long terme. Les risques légers ou d'incapacité partielle sont sensiblement plus complexes à tarifier : ils sont plus fluctuants ou sujets à modification tant dans leur prévalence que dans leur évolution, du fait des progrès de la médecine, des difficultés de diagnostic ou des risques de contestation ; de plus, par la multiplication des petits sinistres, les coûts de gestion prennent alors une importance accrue mais encore mal cernée.

L'articulation entre systèmes publics et assurance privée apparaît ainsi comme un élément essentiel de l'architecture des systèmes de couverture du risque dépendance. L'assurance privée ne peut toutefois être considérée comme une variable d'ajustement à effet immédiat, capable d'opérer comme un solde par rapport à un régime public de prestation dépendance. La taille de la population assurée et l'âge d'entrée dans un contrat d'assurance privé sont des paramètres non indépendants de la nature des garanties prévues et ne permettent donc pas d'absorber des modifications instantanées sans que la construction d'ensemble, y compris tarifaire, soit réexaminée.

CONCLUSION

La sensibilisation de la population dans son ensemble aux conséquences de l'allongement de l'espérance de vie et au risque de dépendance est cruciale. C'est en effet le positionnement politique d'un système public d'aide aux dépendants et son acceptation par la collectivité qui sont en jeu. Exprimé en termes de question de société, il s'agit là du positionnement des troisième et quatrième âges dans la société.

Pour garantir l'équilibre des systèmes publics de protection sociale et parvenir à une bonne articulation entre public et privé, c'est aussi cette sensibilisation qui facilitera la diffusion des formules d'assurance dépendance auprès de populations plus jeunes que celles qui se montrent actuellement concernées. Dans cette perspective, un rôle important devrait être joué par les contrats groupes ou par des modes de commercialisation grand public comme les guichets bancaires, aujourd'hui prometteurs au vu du succès des expériences tentées ■

ASSURANCE DEPENDANCE

■ **Risques : Dans le domaine de l'assurance dépendance, quelle est l'importance qualitative et quantitative des produits offerts par les assureurs ?**

■ **Pierre Laversanne** : Il faut distinguer deux types de dépendance : la dépendance légère, qui nécessite seulement une aide ménagère, et la dépendance lourde, qui va générer un besoin de nursing vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur une période pouvant varier de un à dix ans. Le coût d'une telle prise en charge varie de 2 000 à 15 000 francs par mois, selon la sévérité des cas. Les ressources sont évidemment déterminantes pour avoir accès à ces niveaux de service. On distinguera alors trois types de population : la première, non solvable, qui ne peut en aucun cas prétendre à ces prestations, la deuxième, intermédiaire, qui doit se prendre totalement en charge mais n'a pas forcément les moyens d'atteindre des compléments de revenus de 3 000 à 10 000 francs par mois, et enfin la troisième, qui, à l'opposé, représente les gens dont les revenus sont supérieurs à 30 000 francs. Ces derniers peuvent donc s'offrir cette qualité de service, bien qu'ils n'aient souvent plus la capacité intellectuelle de faire les choix nécessaires de transformation patrimoine/revenu.

Quelle est la réponse du marché face aux besoins ?

Premièrement, les produits d'épargne – assurance vie –, qui pourront être transformés en un revenu viager qui augmentera la retraite. Deuxième approche, les produits pour lesquels on propose une cotisation pour la survenance du risque à une population solvable. Ces produits sont commercialisés dans la plupart des caisses de retraite des salariés. Depuis dix ans, on compte environ 300 000 à 400 000 assurés. Mais il faut noter que la sensibilisation à l'adhésion entre 60 et 70 ans est assez faible.

Troisième possibilité : les produits spécifiques dépendance, qui assurent des revenus viagers à la seule demande de l'assuré ou de sa famille.

Pour l'assureur, la caractéristique marquante de ces produits est que les durées moyennes d'indemnisation augmentent de manière significative. Il y a accroissement du risque dû à l'allongement de l'espérance de vie, d'où la difficulté d'élaborer une tarification satisfaisante.

* Directeur général, UAP vie collective.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

Doit-on, en particulier, avoir des tarifs adaptés à la réalité commerciale du moment ? Les assureurs se retrouvent face à une question majeure : le produit peut-il être révisable avec un risque d'augmentation des tarifs sur la durée du contrat ?

Une dernière approche du risque dépendance par les assureurs doit être mentionnée. Il ne s'agit pas de prestations en espèces, mais d'une assistance aux personnes dépendantes : renseignements pour les familles, service de proximité, assistance téléphonique..., qui ne va pas jusqu'à la prise en charge au sens d'un assureur.

Globalement, la population française souscrit peu ce type d'assurance, la raison étant qu'il est en même temps demandé aux pouvoirs publics une prise en charge généralisée. A chaque élection, on évoque le problème de la prestation autonomie, mais, depuis plusieurs années, le gouvernement ne propose une assistance qu'aux personnes non solvables – éventuellement avec reprise sur la succession mais avec avance par le système public. L'un des freins à la pénétration de l'assurance dépendance est justement de ne pas situer clairement la frontière entre le public et le privé.

Les collectivités territoriales consacrent une part importante de leur budget à l'aide aux personnes dépendantes. Cette part peut représenter jusqu'au tiers de leur budget annuel. Devant la croissance des coûts, les caisses de retraite connaissent le même problème et les fonds sociaux sont de plus en plus sollicités. Ces organismes ont cherché des solutions d'assurance afin d'éviter les prises en charge budgétaires croissantes. Les collectivités territoriales sont donc amenées à comparer le coût d'une technique budgétaire et d'une technique assurancielle.

■ **A combien estime-t-on le montant total des dépenses au titre de la dépendance ?**

Sous forme de capitaux de couverture pour assurer leur fin de vie, le besoin des dépendants en termes de budget annuel dépasse les 70 milliards de francs. Même s'il faut distinguer dans cet ensemble les personnes qui relèvent de la solidarité nationale et celles dont le revenu est suffisant, mais qui ont un problème de gestion (comment transformer un patrimoine en revenu ou comment gérer un revenu au mieux des intérêts de la famille et du dépendant), cette somme correspond aux dépenses payées sur les revenus des salariés, sur le patrimoine des retraités ou par des techniques d'assurance, et aux aides publiques ou locales.

Une autre façon d'arriver à cette somme est de multiplier par l'espérance de vie de la population dépendante un coût de l'ordre de 2 000 à 3 000 francs par mois pour les dépendances les plus faibles, entre 3 000 à 5 000 francs pour le nursing et un complément de l'ordre de 10 000 à 15 000 francs pour les cas les plus sévères.

■ **C'est effectivement une somme importante, l'équivalent d'un point et demi de CSG, si l'on imaginait un financement national !**

Exactement ! Le sujet n'est pas marginal. Mais peut-on souhaiter de manière collective que le secteur public prenne tout en charge ?

C'est vrai que le consommateur a tendance à attendre que le financement de la dépendance soit réglé par les pouvoirs publics et qu'aujourd'hui chacun imagine sa dernière phase de vie comme une période paisible de consommation modérée avec la prise en charge des risques de dépendance par les systèmes publics de compensation ! Il ne faut pas oublier non plus qu'il y a également la solidarité familiale qui peut éventuellement régler les cas les plus simples – aide ménagère, voire nursing – et qui ne doit pas être remplacée par de l'assurance publique ou privée. Par ailleurs, nous devons trouver des solutions pour les cas les plus difficiles (dépendance mentale), pour lesquels l'assistance à domicile est parfois difficile, voire impossible à gérer.

Compte tenu de l'ampleur de la masse financière mise en jeu et des problèmes de réallocation des systèmes existants, il est évident que le secteur public interviendra toujours pour venir en aide aux non-solvables. Par contre, les personnes disposant déjà d'un revenu de retraite traditionnel ou celles qui commencent leur retraite n'auront rien à attendre de la manne publique. D'où la nécessité de souscrire une assurance dépendance ou de se constituer un patrimoine de couverture. Cette clientèle est directement concernée, mais à l'échéance de quinze ans. C'est cet éloignement dans le temps qui explique l'hésitation à s'assurer. Chacun devrait réaliser que le risque peut arriver très vite et qu'il est croissant de manière exponentielle avec l'âge.

Tant que les gens n'auront pas saisi quelle est la frontière entre le public et le privé, ils ne verront pas la nécessité d'une couverture, sauf s'ils ont été confrontés à cette réalité dans leur famille.

■ **Mais le coût de cette couverture n'est-il pas considérable ? Peut-on espérer le réduire grâce à une augmentation de la population assurée ?**

Il faut répartir 70 milliards de francs sur la population concernée. Le consommateur n'a pas idée de l'importance de ce coût, sauf lorsqu'il a vécu une situation de ce type dans sa propre famille et a pu mesurer l'ampleur budgétaire des besoins. Par ailleurs, il faut souligner que les assureurs n'ont pour l'instant pris aucune marge de sécurité sur la croissance possible du risque. Parce qu'il y avait déjà une difficulté de vente, il n'y a pas eu d'anticipation du régime de croisière jusqu'en 2010 ou 2015. Donc les risques de croissance tarifaires sont lourds par rapport aux premiers produits existants.

Une autre raison de l'importance des coûts est qu'il n'existe pas de possibilité de sélection de la population assurée, pour la bonne raison que nous n'avons actuellement aucune base de données statistiques qui permette de mettre en œuvre de telles techniques : pas d'analyse précise par catégorie socioprofessionnelle, par tranche d'âge, par sexe, fumeurs-non-fumeurs, etc. Nos techniques de sélection sont donc extrêmement simples : ou vous êtes déjà dépendant et vous n'êtes plus assurable, ou vous êtes en dépendance possible et vous êtes assurable !

Mais on peut penser à d'autres approches calquées sur la solidarité intergénérationnelle. Dans le système de retraite, les actifs transfèrent une partie de leur pouvoir d'achat aux retraités dont les revenus sont insuffisants. Pourquoi ne pas imaginer cette solidarité au sein même des retraités : un retraité de 60 ans, non concerné par la dépendance, le sera peut-être à 95 ans ? Pourquoi ne pas envisager alors un prélèvement sur les retraites : recevoir un peu moins au début, puis récupérer ce prélèvement par une majoration de son revenu mensuel le jour où l'on est en situation de dépendance. En quelque sorte une forme de solidarité entre le troisième et le quatrième âge.

Le problème est que, si l'on veut ventiler cette facture de plusieurs dizaines de milliards sur les seuls retraités, le prélèvement sera de l'ordre de 12 à 13 %. Peut-on avoir le courage politique d'annoncer une mesure de cette nature ?

■ Ne pourrait-on imaginer un système à deux étages, le premier serait une assurance obligatoire gérée par le secteur public pour la moitié des taux que vous venez d'indiquer, et le second un système d'assurance complémentaire pour les gens qui le souhaiteraient ?

La grande difficulté de ce type d'approche est de ne pas céder à la facilité. Il faut savoir où se situe le niveau d'équilibre du système public. C'est le grand danger des techniques de répartition : la première année, vous aurez une année de trésorerie mais une seule génération de dépendants, la deuxième, vous aurez deux générations, la troisième, trois, etc. Vous commencez à un, vous finissez à dix. C'est à cause de cette facilité que les pouvoirs publics peuvent être tentés par une politique à court terme, alors que vont être concernées toutes les générations qui arriveront à la retraite à partir d'aujourd'hui.

Ou bien faut-il répartir la charge sur tous les Français ? Mais, à 25 ans, se sent-on solidaire de ses grands-parents ou de ses arrière-grands-parents ? A partir de quand se sent-on solidaire de la génération précédente de retraités ?

A terme, le bon système comporterait trois volets.

1) L'intervention publique se concentrerait sur les cas où elle est vraiment indispensable, en particulier les personnes ne disposant pas d'un niveau de ressources suffisant pour faire face aux coûts de la dépendance, à domicile ou en établissement. Cette prestation autonomie serait accordée au niveau départemental et financée par l'impôt.

2) La prévoyance facultative dans le cadre professionnel devrait être favorisée par la possibilité d'inclure sur option individuelle une garantie en cas de dépendance dans les contrats collectifs de retraite des salariés et des non-salariés.

3) La souscription de contrats personnels de l'assurance dépendance serait parallèlement encouragée afin d'élargir au maximum leur diffusion. Naturellement, les prestations seraient expressément exclues de la condition de ressources pour bénéficier de la prestation autonomie obligatoire. Les cotisations devraient être exonérées de taxe d'assurance comme elles le sont déjà pour les

adhésions aux contrats collectifs distribués par les caisses de retraite. Enfin, les prestations ayant fiscalement le caractère de revenus devraient être exonérées d'impôt.

Mais, il faut bien admettre que, aujourd'hui, le risque de dépendance en tant que tel n'est pas explicitement pris en compte. Il est trop dilué dans les responsabilités du secteur public, des collectivités territoriales et dans les solidarités familiales. Une prise de conscience est encore nécessaire pour qu'un système efficace d'assurance puisse être mis au point ■

Propos recueillis par François Bourguignon.

L'approche collective DES CONTRATS DEPENDANCE

MOTS CLEFS : *approche technique • définition • gestion du risque • grille Aggir • perte d'autonomie • sélection • tarification •*

La dépendance est un risque « jeune » qui pose aux assureurs un certain nombre de difficultés techniques, dont les trois principales sont la définition de la dépendance, la tarification, liée à la sélection, et le mode de gestion du risque. L'évaluation de la dépendance est un phénomène complexe qui prend en compte des critères physiques, psychiques et sociaux. La grille Aggir, sur laquelle se fonde la prestation autonomie, constitue une référence possible pour les assureurs, bien que ceux-ci préfèrent adosser leurs garanties sur des critères plus objectifs. Le risque dépendance est aussi un risque difficile à cerner, donc à tarifier. L'approche collective autorise une politique de sélection tout à fait nouvelle, permettant de réduire au minimum les exclusions, les délais d'attente et les délais de carence. Enfin, le choix du mode de gestion – en répartition ou en capitalisation – dépend essentiellement du type de contrat, lui-même fonction de l'importance de la population assurée. Il est aussi soumis à des contraintes législatives.

La prise de conscience des problèmes posés par la perte d'autonomie des personnes âgées s'est accrue au cours des vingt dernières années en raison de l'augmentation importante de l'espérance de vie et du vieillissement de la population dans tous les pays industrialisés. En France, en dix ans, l'espérance de vie à la naissance est passée de 71,3 à 73,8 ans pour les hommes et de 79,4 à 81,9 ans pour les femmes. S'il faut se féliciter de ce gain de deux ans et demi sur le plan humain, il est lourd de conséquences sur l'ampleur du phénomène d'invalidité avec dépendance. En effet, l'allongement de l'espérance de vie lié à une baisse du taux de fécondité entraîne un vieillissement de la population. Les personnes de plus de 65 ans – 15 % de la population en 1995 – devraient représenter 16 % de la population dans cinq ans et 20 % en 2020. Et le pourcentage de personnes âgées de plus de 80 ans, qui s'élève actuellement à 4 %

* Directeur du département mutuelles et collectivités locales de la CNP.

Éditeur de l'article : Scepra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

de la population, pourrait atteindre 6 % en 2020. Or, selon une étude du Credoc, au-delà de 80 ans, 14 % des individus sont entièrement dépendants et 46 % souffrent d'une perte partielle d'autonomie.

L'estimation du nombre de personnes dépendantes diffère d'une étude à l'autre et selon qu'on se réfère à une dépendance sévère ou à une incapacité moyenne. L'évaluation varie de 700 000 (base retenue pour la prestation autonomie) à 1 500 000 personnes, dont 150 000 à 225 000 sont confinées au lit et au fauteuil.

En dépit de la progression de l'espérance de vie sans incapacité, qui aurait été de 2,5 ans en une décennie selon l'Insee¹, la simple évolution démographique laisse prévoir une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes d'ici à vingt ans.

La perte d'autonomie est un sujet souvent occulté par la plupart des individus et sur lequel il est difficile de communiquer. Aussi, les produits d'assurance dépendance, qui existent depuis plusieurs années, ne sont-ils pas encore très connus du grand public. Cependant, la discussion du projet de prestation autonomie et son expérimentation en cours dans 12 départements² ont suscité une prise de conscience du phénomène et contribué à la mise au point de produits innovants en matière d'assurance dépendance.

Car la mise en place d'une prestation autonomie n'est pas contradictoire, bien au contraire, avec le développement de dispositifs assuranciers en matière de dépendance. La prestation autonomie, sur laquelle planent encore de nombreuses incertitudes quant à son montant et à son financement, est complémentaire et non substitutive aux systèmes d'assurance. En effet, l'aide gouvernementale sera, selon toute vraisemblance, soumise à condition de ressources, excluant de son champ d'application de nombreux individus. De plus, dans l'état actuel des projets, elle serait plafonnée à 4 300 francs par mois. Or la dépendance coûte très cher. Le coût de l'hébergement ou de l'aide à domicile peut atteindre 15 kilo-francs par mois et reste inaccessible à bon nombre de personnes, appartenant notamment à la classe moyenne, trop aisée pour toucher la prestation autonomie mais trop pauvre pour faire face aux charges financières induites par la dépendance. Enfin, l'explosion du budget de cette allocation, à l'instar du RMI, pourrait amener les pouvoirs publics à revoir les aides à la baisse en cas de déficit du système. Aussi faut-il raisonner en termes de complémentarité. A l'appui de cette affirmation, il est prévu que les prestations versées au titre d'un contrat d'assurance dépendance ne seront pas intégrées dans le calcul du plafond de ressources ouvrant droit au versement de l'allocation dépendance des pouvoirs publics.

Les organismes de prévoyance (assureurs, mutuelles du Code de la mutualité et institutions de prévoyance)³ ont mis en place deux sortes de produits : des produits d'épargne qui joignent une option dépendance à une autre garantie et des produits de risque pur qui supposent une cotisation à fonds perdus. Quant à l'adhésion, elle peut être individuelle ou collective, facultative ou obligatoire. Cependant, les options individuelles et facultatives restent coûteuses, en raison de

l'obligation de provisionner l'intégralité du risque dès la première année et de l'absence de mutualisation. Les produits collectifs à adhésion obligatoire présentent au contraire des atouts certains : l'absence d'antisélection, la tarification adaptée à la démographie de chaque groupe, les cotisations peu élevées grâce à la mutualisation intergénérationnelle et une sélection moins sévère sont les principaux avantages des contrats collectifs obligatoires.

En dépit de leur attrait, les produits de risque posent aux assureurs un certain nombre de difficultés techniques dont les trois principales sont la définition de la dépendance, la tarification en relation avec la sélection et le mode de gestion du risque, qui peut être en répartition, en capitalisation, ou les deux associés.

Afin d'illustrer les différentes approches possibles quant à la définition du risque dépendance, à ses conditions de souscription et à ses modes de gestion (répartition ou capitalisation), il sera fait référence dans les lignes qui suivent à l'expérience acquise par la CNP en la matière. Cette expérience se fonde sur une dizaine d'années de pratique⁴ et sur la connaissance qu'elle a acquise à travers la gestion d'une population assurée qui atteint aujourd'hui 275 000 personnes.

Des formules alliant épargne et dépendance ont également vu le jour à cette époque : c'est le cas du contrat Age bleu, mis au point par la CNP pour le compte des caisses d'épargne.

I. LA DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE

L'un des problèmes les plus délicats pour l'assureur tient à la définition de la dépendance, qui est un phénomène complexe. C'est pourtant un point essentiel, car de là découlent l'estimation du nombre de personnes concernées et le coût de la garantie. Actuellement, les méthodes employées par les pouvoirs publics et les organismes de prévoyance diffèrent sensiblement.

1. La grille Aggir, utilisée par les pouvoirs publics pour la prestation autonomie

Le projet de prestation autonomie se fonde sur la grille Aggir (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources), qui est déjà en vigueur dans le cadre de l'expérimentation menée depuis 1994 dans 12 départements. Elle permet d'évaluer le degré de dépendance par l'observation des activités que la personne âgée parvient encore à effectuer seule. La grille comprend 10 variables, et l'individu est évalué dans chacune des 10 variables sur une échelle comportant 3 degrés. La perte d'autonomie, ainsi constatée par un « score », rattache la personne âgée à l'un des six groupes correspondant aux différents niveaux de dépendance. Sont considérées comme « fortement » dépendantes les personnes classées dans la catégorie 1, 2 et 3.

La grille est utilisée par une équipe médico-sociale composée d'au moins 3 personnes qualifiées dans le domaine gérontologique, dont nécessairement un médecin et éventuellement un psychologue, un travailleur social ou encore un re-

présentant des caisses de Sécurité sociale. Au-delà de l'appréciation du degré de la perte d'autonomie, l'équipe médico-sociale a pour mission d'élaborer un plan d'aide spécifique au bénéficiaire, d'informer les personnes âgées et leur famille sur les modalités de prise en charge médicale ou sociale, les possibilités d'accueil et les prestations adaptées, et de suivre l'utilisation de la prestation sur les plans de l'effectivité et de la qualité. Par ailleurs, les actions de l'équipe médico-sociale s'inscriront dans le plan gérontologique départemental chargé d'évaluer les besoins des personnes âgées et de préciser le rôle respectif des intervenants dans ce domaine.

Ainsi la grille Aggir prend-elle en compte des critères psychologiques, sociaux et environnementaux, que le Conseil économique et social⁵ souhaite d'ailleurs développer, ce qui rend le processus décisionnel très complexe. De plus, la gestion départementale de l'allocation comporte peut-être des risques de subjectivité lors de la qualification de la dépendance et d'inégalité dans l'attribution des prestations.

2. La position des organismes de prévoyance

La grille Aggir constitue une référence possible pour les assureurs. Il serait en effet souhaitable d'harmoniser la définition de la dépendance pour éviter qu'une personne considérée comme invalide par la Sécurité sociale soit perçue comme valide par l'organisme de prévoyance. Mais la grille Aggir pose des difficultés d'utilisation à ce dernier, car les critères sociaux et environnementaux sont des phénomènes complexes, difficiles à appréhender et à gérer. En conséquence, si la dépendance totale qui correspond aux catégories 1 et 2 de la grille Aggir laisse peu de marge d'erreur, ce n'est pas le cas de la dépendance partielle (groupe 3)⁶, dont l'évaluation est plus compliquée pour un assureur. N'oublions pas que celui-ci est à la fois juge et partie, puisqu'il reconnaît l'état de dépendance et paie les prestations qui en découlent. De plus, il peut faire l'objet d'un contentieux beaucoup plus facilement que les pouvoirs publics. Aussi l'assureur a-t-il besoin d'adosser ses garanties sur des critères objectifs, c'est-à-dire fiables, reproductibles et le moins possible sujets à contestation.

Il n'existe pas actuellement de définition unique de la dépendance sur laquelle les assureurs puissent s'appuyer pour verser la prestation. Plusieurs définitions sont utilisées en France.

La mesure de l'aide nécessaire pour réaliser les actes ordinaires de la vie est la plus couramment adoptée, car les organismes de prévoyance raisonnent en terme d'évaluation des besoins en aide et en service. Une personne est reconnue dépendante lorsqu'elle ne peut accomplir seule 3 des 4 actes élémentaires de la vie, à savoir se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer. La quasi-totalité des garanties dépendance retiennent en sus une dimension psychique pour le versement des prestations. Cette évaluation se traduit en points à obtenir pour être reconnu dépendant.

Une deuxième méthode consiste à évaluer le plus grand intervalle d'autono-

mie dans la journée et la durée cumulée des interventions d'une aide extérieure sur vingt-quatre heures, en plus de l'examen du diagnostic médical détaillé. Le BCAC (Bureau commun des assurances collectives) fonde les garanties de ses contrats sur cet outil d'évaluation.

Enfin, quelques assureurs se réfèrent à la définition de la Sécurité sociale. Son caractère restrictif limite les contestations possibles et exclut la prise en compte d'une dépendance partielle, contrairement aux deux premières approches.

La quasi-totalité des contrats⁷ prévoit un délai d'attente, c'est-à-dire un laps de temps entre l'adhésion et celui où l'assuré est couvert, afin d'éviter l'antisélection. Il est couramment d'un an en cas de maladie et de trois ans en cas de démence sénile. S'il y a un sinistre pendant cette période, l'adhésion est résiliée et les primes remboursées. Enfin, le paiement de la rente n'intervient qu'après un délai de carence (de trois à six mois selon les contrats) à compter de la reconnaissance de la dépendance, ce qui permet d'être certain que la dépendance soit stabilisée.

3. La grille CNP

La CNP utilise, quant à elle, la première définition, fondée sur les actes ordinaires de la vie, pour ses contrats collectifs comme pour ses contrats individuels. La dépendance se mesure, pour chaque acte, de 1 à 2 en fonction de la nécessité de l'aide partielle ou totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes de la vie quotidienne⁸. Les troubles psychiques font l'objet d'une cotation à part (surveillance partielle ou constante), leur score majorant de manière globale l'appréciation de l'aide nécessaire pour accomplir 3 des 4 actes physiques. Ainsi, en cas de troubles psychiques nécessitant une aide partielle, le score est majoré d'un point, et, en cas de troubles nécessitant une surveillance et une assistance constantes, le score est majoré de deux points.

L'indice de dépendance va de 0 point à 10 points, une personne totalement autonome étant à l'indice 0. Le dossier est refusé lorsque l'indice de dépendance se situe entre 0 et 4⁹. L'état de dépendance de niveau 1, qui correspond à une dépendance partielle, est reconnu et la garantie attribuée dans le cadre du contrat lorsque le total est égal à 5 points (indemnisé uniquement dans l'option de garantie complète). La dépendance de niveau 2, qui correspond à une dépendance totale, est acceptée lorsque l'indice de dépendance se situe entre 6 à 10 points (option garantie complète et option garantie limitée).

4. La comparaison Aggir/grille organisme de prévoyance

Quelle que soit la méthode retenue, en prévision de la mise en œuvre de la prestation autonomie, chaque assureur doit faire une étude actuarielle et technique comparant la grille Aggir avec la grille de ses contrats. Cela afin de ne pas exclure de ses garanties des personnes qui seraient reconnues dépendantes par les pouvoirs publics. Ainsi, la grille Aggir a-t-elle été traduite en nombre de points de la grille CNP. En première approche, il semble que la grille Aggir soit plus res-

trictive que celle qui est en vigueur à la CNP et que les contrats proposés par la CNP couvrent d'ores et déjà les personnes qui sont reconnues dépendantes au sens de la prestation autonomie.

S'il est nécessaire de clarifier la reconnaissance de la dépendance et de se rapprocher de la définition officielle, l'adoption pure et simple de la grille Aggir n'ira pas sans poser un certain nombre de difficultés. Les organismes de prévoyance doivent en effet garder une certaine souplesse pour fixer leurs propres barèmes en fonction des tables d'expérience issues des recherches et des études qu'ils entreprennent et des résultats qu'ils obtiennent. Ainsi, l'étude des critères d'évaluation de la dépendance menée en 1992 auprès de la population de la Mutuelle générale des préfectures et de l'administration territoriale (MGPAT) – l'une des toutes premières mutuelles à avoir développé la garantie dépendance – montre qu'il faudrait sans doute les affiner. En effet, il existe une forte corrélation entre les 2 critères « se laver » et « s'habiller ». Dans l'échantillon retenu, les personnes âgées capables de faire leur toilette sont toutes capables de s'habiller et inversement. Aussi peut-on s'interroger sur l'utilité de prendre en compte ces deux critères conjointement. En revanche, le critère « s'alimenter » demanderait à être précisé, car il comporte une certaine ambiguïté : il peut signifier préparer le repas, couper les aliments dans son assiette, les porter à la bouche... L'objectivité dans le versement des garanties passe par la définition de critères les plus précis possibles.

II. LA SOUSCRIPTION

L'état de dépendance une fois défini, le rôle de l'assureur est d'estimer le nombre de personnes susceptibles de perdre leur autonomie et de tarifier le contrat en fonction des garanties.

1. La tarification de la dépendance

La dépendance est un risque de prévoyance, au même titre que le décès ou l'incapacité de travail et l'invalidité, dont la couverture peut être optimisée par un produit de risque pur. Chaque profil de risque peut présenter un surrisque de décès et/ou d'invalidité-incapacité. En assurance dépendance, à l'inverse de l'assurance décès, la sélection des risques se fait sur les surrisques invalidité. L'utilisation d'un barème vie pour tarifier le risque dépendance peut entraîner des écarts qui grèveront l'équilibre du contrat.

Le risque dépendance est plus difficile à cerner, donc à tarifier, que le décès, pour de multiples raisons. D'abord, comme nous l'avons vu, la dépendance est un phénomène complexe qui mêle l'histoire physiologique, personnelle et sociale d'un individu. Plusieurs affections se conjuguent, dont chacune prise séparément n'entraîne pas obligatoirement de dépendance, ce qui explique que chaque cas est différent. En second lieu, l'aléa est double. Il porte sur la probabilité de survenance du risque et sur la durée de vie en état de dépendance, qui peut

être différente de celle des personnes autonomes. Enfin, c'est un risque jeune sur lequel il existe peu de statistiques. Les assureurs manquent de recul sur la sinistralité de leurs portefeuilles, car les premiers contrats datent de 1985. Dans un contrat à adhésion facultative, il faut attendre qu'une génération de souscripteurs se soit éteinte pour pouvoir établir des statistiques fiables. Les incertitudes concernent essentiellement l'évolution de la dépendance. De nombreuses questions ne sont pas encore élucidées. Une dépendance soudaine est-elle plus souvent réversible ? Une dépendance d'apparition lente est-elle plus souvent définitive ? Trouvera-t-on un traitement à la maladie d'Alzheimer ou même un moyen de la prévenir ? Des progrès de la médecine que nous ne pouvons anticiper dépendent l'estimation globale du nombre de personnes dépendantes à l'avenir, le coût des garanties et donc le tarif des contrats. En conséquence, la politique de sélection à l'entrée dans le contrat revêt une importance particulière.

2. La politique de sélection de la CNP

Jusqu'à une époque récente, la sélection de la CNP se faisait après étude de l'intégralité des questionnaires de santé, tête par tête. La politique de sélection était binaire. Les personnes déjà dépendantes et celles qui présentaient des risques importants d'entrée en dépendance étaient exclues du contrat. Les autres étaient acceptées.

Cette approche classique a évolué en raison de l'importance et de la pérennité des portefeuilles assurés par la CNP¹⁰. Le nombre élevé d'adhérents induit deux conséquences.

D'une part, il permet de constituer progressivement des bases de données et d'accroître le recul. Ainsi, l'étude du contrat MGPAT, qui est notre premier client à avoir mis en place une garantie dépendance généralisée à l'ensemble de ses adhérents (1987), a permis d'établir des profils types de « sinistrés dépendance », de mettre en évidence les pathologies dominantes conduisant à une demande de prise en charge, de mieux connaître la durée de cette prise en charge en fonction de la pathologie et de constituer des tables d'expérience propres à la clientèle de la CNP.

D'autre part, il interdit une sélection sophistiquée, car les coûts de gestion pénaliseraient le contrat. La taille de certains souscripteurs est telle que le traitement de plusieurs centaines de milliers de questionnaires de santé serait à la fois trop long et trop cher.

Ainsi, la CNP a utilisé une approche différente pour établir un contrat récemment mis au point pour la Mutuelle générale de l'équipement et des transports, la MGET. Ce contrat collectif, auquel adhère l'ensemble de la population de la mutuelle, couvre 150 000 adhérents, dont 100 000 de moins de 55 ans et 50 000 de plus de 55 ans. Il ne comporte pas de limite d'âge pour la souscription, l'objectif fixé étant de refuser les personnes déjà en état de dépendance au moment de la souscription, mais d'accepter tous les autres adhérents.

L'innovation en matière de tarification a consisté à la rapprocher de la sélection

tion grâce à un va-et-vient permanent entre l'actuariat et le service souscription. Après étude et tarification actuarielle, les moins de 55 ans ont été admis sans sélection. Le traitement des 100 000 questionnaires de santé selon l'approche classique aurait pris plusieurs mois et induit plusieurs millions de francs de coûts de gestion. Aussi 11 000 questionnaires de référence ont-ils été sélectionnés faisant l'objet d'un suivi statistique destiné à vérifier les hypothèses de tarification, à connaître le nombre de dépendants et le nombre de personnes ayant une forte probabilité d'entrée en dépendance sur cet échantillon. La constitution d'une base de données, suivie et alimentée en permanence, permet d'enrichir les tables d'expérience de la CNP et d'élaborer des statistiques sur les pourcentages d'admission et de refus, par type de décision et par tranche d'âge, pour tarifier d'autres contrats. La CNP peut ainsi adapter sa politique de tarification en fonction des contraintes et des objectifs fixés par son client.

La MGPAT a adopté, quant à elle, une pratique encore moins sélective à la souscription. L'entrée en assurance ne s'accompagne d'aucune sélection, avec pour conséquence que sont couvertes les personnes présentant un risque latent ou même réalisé. Sont garanties les personnes en état de dépendance et qui ont « besoin d'une assistance au sein d'une section de cure médicale, d'une unité de long séjour, ou d'une maison de retraite habilitée à l'aide sociale ». Depuis le début de l'année 1993, les hospitalisations à domicile sont également couvertes par la garantie, à titre expérimental.

L'antériorité de sept ans sur ce contrat a permis d'étudier la sinistralité du contrat par exercice de survenance, par tranche d'âge et par sexe, de comparer la sinistralité constatée avec les bases de tarification retenues lors de l'élaboration du contrat, d'étudier l'espérance de vie d'un adhérent après entrée en dépendance, et d'estimer les provisions pour risques croissants à constituer.

L'objectif de la CNP est de résoudre au mieux les trois problèmes importants des contrats dépendance que sont les exclusions, les délais d'attente et les délais de carence, pour les réduire et même pour les supprimer. Ainsi, les nouveaux contrats de groupe tendent-ils à étendre la couverture à toute la population adhérente et à réduire les délais d'attente à six mois au lieu des douze habituels pour les maladies physiques.

III. LE MODE DE GESTION

La troisième question technique qui se pose aux organismes assurant la dépendance est la gestion du risque, car le paiement des prestations se situe souvent de longues années après la souscription du contrat. Faut-il gérer les contrats en répartition ou en capitalisation ? Les deux systèmes présentent des avantages et des inconvénients. Mais le choix du mode de gestion dépend surtout du type de contrat choisi par le client, lui-même fonction de l'importance de la population assurée et de ses caractéristiques démographiques, et des contraintes législatives.

1. La gestion en capitalisation

La capitalisation consiste à faire une évaluation actuarielle des arrérages de rentes futures et à constituer un capital qui, augmenté des produits financiers, servira à payer les prestations en cas de sinistre. Comme la prise en charge est fonction du capital constitué, et que les primes sont calculées pour une gestion viagère, c'est-à-dire qu'elles doivent permettre de payer les prestations annuelles et de couvrir les engagements futurs, la tarification est assez élevée. Et cette approche assurancielle du risque est parfois difficile à expliquer au client qui aborde l'assurance sous un angle économique. Mais la pérennité du contrat est bien assurée, car il peut continuer à servir des prestations, même si le nombre d'adhérents diminue.

La gestion en capitalisation est utilisée dans les contrats collectifs à adhésion facultative, pour lesquels le risque d'antisélection est très important. La sélection à l'entrée dans l'assurance est nécessaire : on accepte seulement les personnes qui ne sont pas dépendantes au moment de l'adhésion et celles qui ne présentent pas de risque latent élevé. Une limite d'âge est généralement imposée à la souscription. Les cotisations sont fixées à l'entrée en fonction de l'âge de l'adhérent et du niveau de rente choisi. Elles peuvent être revalorisées chaque année selon l'indice des coûts ou de l'indice Agirc, mais elles ne sont pas révisées en fonction de l'augmentation du risque. De plus, en cas de résiliation du contrat par le client, non seulement les prestations afférentes aux sinistres déjà survenus continuent à être payées, mais les adhérents ont la possibilité de rester dans le contrat et d'être couverts pour les sinistres futurs. Aussi est-il nécessaire de constituer des provisions pour risques croissants.

2. La gestion en répartition

A l'inverse, la répartition consiste à collecter des primes et à les verser en prestations dès qu'un risque survient, sans tenir compte des engagements futurs. On estime le nombre de sinistres pouvant survenir dans l'année, et l'équilibre technique doit se jouer sur cette période entre primes et sinistres. Cette méthode permet une couverture rapide des assurés, donc de réduire les délais d'attente et de carence. En revanche, elle suppose que le groupe se renouvelle en permanence pour préserver l'équilibre et la pérennité du contrat.

Dans les contrats de groupe à adhésion obligatoire, les risques sont généralement gérés en répartition. En effet, en raison de l'obligation de souscription qui entraîne le renouvellement du groupe, la nécessité de constituer des provisions pour risques croissants est moins grande. De plus, les contrats obligatoires ne sont pas gérés de façon viagère. En cas de résiliation du contrat, si les dépendants continuent toujours à recevoir des prestations, les adhérents n'ont pas la possibilité de rester dans le contrat. Aussi les provisions pour risques croissants sont-elles moins indispensables.

3. La gestion mixte

Dans la pratique, les contrats à adhésion obligatoire, et notamment ceux que propose la CNP, combinent capitalisation et répartition : les risques sont gérés en répartition, alors que les sinistres sont gérés en capitalisation. Le provisionnement intégral des engagements futurs dès la survenance d'un risque résulte d'une gestion prudente rendue obligatoire par la loi Évin, afin d'éviter toute cessation de prestation en cas de résiliation du contrat. Les risques non encore survenus sont en revanche gérés en répartition.

Le versement d'une prime unique dès la souscription du contrat permet de faire face aux sinistres survenant rapidement et de réduire les délais d'attente. Il autorise même la prise en charge des personnes déjà dépendantes lors de la signature du contrat dans les contrats à adhésion obligatoire.

CONCLUSION : VERS UN COUPLAGE DES GARANTIES DÉPENDANCE ET INVALIDITÉ ?

En raison de sa « jeunesse », la dépendance est un risque encore mal connu et constitue un terrain idéal de recherche et d'innovation. La CNP et ses partenaires mutualistes réfléchissent actuellement à de nouveaux outils de couverture de la dépendance, notamment au couplage des garanties dépendance et invalidité. La dépendance n'est en effet pas autre chose qu'une invalidité souvent définitive et qui se rencontre chez un inactif. Il ne s'agit plus de compenser une perte de revenus, mais de donner les moyens d'existence.

De fait, ces deux garanties présentent une forte complémentarité. La combinaison des deux pourrait apporter aux assurés une couverture harmonieuse. Cette approche permettrait par ailleurs une communication plus simple et plus appropriée avec les adhérents ■

Notes :

1. « *Données sociales de la société française* », Insee, 1996.
2. En 1994, Mme Veil a décidé de procéder, au cours de l'exercice 95, à une expérimentation de la prestation dépendance dans douze départements (Ain, Charente, Indre, Haute-Garonne, Haute-Loire, Haute-Vienne, Ille-et-Vilaine, Moselle, Oise, Savoie, Val-d'Oise et Yonne). Cette expérimentation a pour objectif la validation d'une grille nationale d'évaluation (grille Aggir) et la mise en place d'une coordination au profit de la personne âgée. Le financement repose sur l'aide compensatrice pour tierce personne (ACPT) versée par les départements, complétée éventuellement par une prestation supplémentaire dépendance (PSD) qui est financée par les caisses de retraite dans le cadre de leur action sanitaire et sociale facultative.
3. Pour des raisons de commodité, ces organismes seront dans la suite de l'article désignés sous le terme d'« assureur », même s'ils appartiennent à différentes familles professionnelles.
4. Les premiers contrats dépendance ont été mis au point dans le milieu des années 80 par des organismes ayant une forte vocation en matière d'action sociale : institutions de prévoyance (AG2R, avec le contrat Saphir), mutuelles de la fonction publique, en partenariat avec la CNP.
5. Le Conseil économique et social a donné son avis dans sa séance du 13 septembre 1995, suite à la demande exprimée par le Premier ministre dans sa lettre du 31 juillet 1995.
6. Les groupes 1 et 2 concernent les personnes âgées qui ont besoin d'une surveillance et d'une présence constante. Les individus placés dans le groupe 3 ont besoin d'une surveillance non permanente et d'une présence importante, d'où les difficultés d'appréciation.
7. Les principaux sont Ageria (CNP), Mutex (Mutualité française), et le produit du BCAC. Le contrat Safir (AG2R) ne comprend pas de délai d'attente, mais comporte un délai de carence.
8. Indice 0 : pas d'aide ; indice 1 : aide partielle ; indice 2 : aide totale.
9. Bornes de l'intervalle incluses.
10. Le contrat MGPAT comprenait près de 90 000 adhérents à la fin de 1992.

RUBRIQUES

Les grands classiques

Kenneth Arrow

Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux

Économie

André Babeau – Sébastien Faudemer

Un quart de siècle de croissance du patrimoine des ménages

Incertitude et économie du bien-être

DES SOINS MÉDICAUX

MOTS CLEFS : économie • soins médicaux • théorie de l'assurance • théorie du bien-être •

Cet article est une étude préliminaire qui tente d'explorer la spécificité des soins médicaux et de leur appliquer les principes de l'économie normative. Partant de la comparaison entre les caractéristiques évidentes de l'industrie des soins médicaux, d'un côté, et les normes de l'économie du bien-être, de l'autre, l'hypothèse retenue ici est que les problèmes économiques spécifiques au système de soins médicaux peuvent être considérés comme autant d'adaptations à l'existence d'incertitudes concernant l'incidence de la maladie et l'efficacité des traitements. Il faut noter que le sujet qui sera traité est l'industrie des soins médicaux, et non la santé. La santé est liée à de nombreux facteurs, dont les soins médicaux n'en constituent qu'un. D'autres biens et services tels que l'alimentation, la nutrition, le logement, l'habillement et l'hygiène peuvent revêtir une importance beaucoup plus grande, notamment pour des couches de la population à faible revenu. C'est tout le complexe des services qui gravitent autour du médecin, du cabinet médical privé ou de la clinique, des hôpitaux et de la santé publique que je propose ici d'explorer.

La discussion sera centrée sur la façon dont l'activité de l'industrie des soins médicaux et l'efficacité avec laquelle elle satisfait les besoins de la société s'écartent ou non d'une certaine norme. La « norme » qu'utilise habituellement l'économiste pour de telles comparaisons est celle du modèle de concurrence, c'est-à-dire les flux de services qui seraient proposés et achetés, et les prix qui seraient payés pour les obtenir, si (i) chaque individu sur le marché proposait ou achetait des services aux prix courants comme si ses décisions n'exerçaient aucune influence sur ces derniers, et (ii) si les prix courants étaient tels que le volume des services disponibles soit égal au volume total que d'autres individus seraient disposés à acheter, sans aucune restriction imposée sur l'offre et la demande.

* Professeur d'économie, université de Stanford, Californie. Prix Nobel d'économie, 1972. Cet article est la traduction française d'un texte publié en 1963 dans « l'American Economic Association Review », sous le titre « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care ». Reproduit et traduit avec l'autorisation de l'« American Economic Review » et sous le contrôle de l'auteur. Traduction effectuée par Rachel Meghir.

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

L'intérêt manifesté pour ce modèle de concurrence s'explique en partie par sa présumée capacité descriptive et en partie par ses implications en matière d'efficacité économique. En particulier, on peut citer la proposition suivante bien connue (premier théorème de l'optimum) : s'il existe un équilibre de concurrence, et si les prix de tous les biens et services entrant dans les coûts de production et les satisfactions individuelles sont effectivement déterminés par le marché, alors l'équilibre est nécessairement *optimal* dans le sens précis suivant (dû à V. Pareto) : il n'y a aucune autre allocation de ressources qui améliorerait le sort de tous les participants sur le marché.

Une observation s'impose, aussi bien sur les conditions d'application de ce théorème que sur la définition même de l'optimum. Une définition est une définition, mais lorsque le *definiendum* est un mot avec, de surcroît, des connotations très positives, il semblerait que l'on cherche à être persuasif et que l'on soit en train de recommander, de façon implicite, la réalisation d'un certain état optimal¹. Il est assez raisonnable d'affirmer qu'un changement dans une allocation de ressources qui améliorerait le sort de tous les participants mériterait certainement d'être mis en œuvre. Il s'agit là d'un jugement de valeur, non d'une proposition descriptive, mais il est assez peu exigeant. Il s'ensuit qu'il n'est pas souhaitable de s'accommoder d'une allocation non optimale. En revanche, le fait de se trouver dans les conditions d'une allocation optimale au sens de Pareto ne devrait pas exclure tout changement en faveur d'une autre allocation. En effet, si l'on ne peut pas faire un changement sans porter atteinte aux intérêts de quelqu'un, on peut toujours chercher à passer à une autre allocation si cet ajustement se justifie par l'amélioration du sort d'un nombre suffisant de participants et si cette amélioration est d'une ampleur telle qu'on estime que les avantages tirés par les uns compensent les torts infligés aux autres aux avantages tirés. De telles comparaisons interpersonnelles sont, bien entendu, des jugements de valeur. Toutefois, selon l'argumentation qui précède, ce changement devrait conduire à un état optimal ; certes, il y a beaucoup d'états possibles, chacun est optimal au sens donné ici.

Cependant, il n'est pas nécessaire, en général, de porter un jugement de valeur sur le caractère désirable de chaque nouvelle répartition possible des avantages et des coûts, correspondant à chaque réallocation possible des ressources. Sous certaines conditions et dans un certain sens, les jugements sur la répartition peuvent être faits indépendamment de ceux sur l'allocation. Avant d'énoncer la proposition pertinente, il faut remarquer qu'un équilibre concurrentiel dépend dans une large mesure de la répartition initiale du pouvoir d'achat, lequel consiste en la propriété d'actifs et la possession de qualifications se vendant à un prix donné sur le marché. En général, un transfert d'actifs entre des individus entraînera un ajustement de l'offre finale de biens et services et des prix payés pour les obtenir. Ainsi, un transfert du pouvoir d'achat des personnes en bonne santé vers les personnes malades aura pour effet d'accroître la demande de soins médicaux. Cette tendance se manifestera, dans le court terme, par une hausse du prix des

soins médicaux, et dans le long terme, par une augmentation de l'offre de soins médicaux.

En gardant tout cela à l'esprit, on peut faire le constat suivant (deuxième théorème de l'optimum) : s'il n'y a pas de rendements croissants dans la production, et si certaines autres conditions mineures sont satisfaites, alors tout état optimal constitue un équilibre de concurrence correspondant à une certaine répartition initiale du pouvoir d'achat. Du point de vue opérationnel, cette proposition signifie que si les conditions des deux théorèmes de l'optimum sont remplies, et si le mécanisme de l'allocation dans le monde réel satisfait les conditions requises par le modèle concurrentiel, alors la politique sociale peut se limiter à des mesures visant à modifier la répartition du pouvoir d'achat. Pour toute répartition du pouvoir d'achat, le marché atteindra, dans le cadre de ces hypothèses, un équilibre concurrentiel qui est nécessairement optimal ; de même, tout état optimal est un équilibre de concurrence qui correspond à une répartition donnée du pouvoir d'achat, si bien que tout état optimal souhaité peut être atteint.

Dans sa forme la plus simple, la redistribution du pouvoir d'achat entre les individus passe par la monnaie : il s'agit des impôts et des subventions. En général, les conséquences d'un tel transfert pour la satisfaction des individus ne sont pas connues d'avance. Mais il est permis de supposer que la société peut, *ex post*, apprécier cette répartition et, si elle l'estime insatisfaisante, prendre les mesures nécessaires pour la corriger par des transferts ultérieurs. Ainsi, par le biais d'approximations successives, l'état social préféré peut être atteint, l'allocation des ressources s'effectuant par le marché et la politique publique se limitant à la redistribution des revenus monétaires².

Si, au contraire, le marché réel s'éloigne de façon significative du modèle de concurrence, ou si les hypothèses des deux théorèmes de l'optimum ne sont pas confirmées, la séparation des procédures d'allocation et de répartition devient, dans la plupart des cas, impossible³.

La première étape dans l'analyse du marché des soins médicaux est alors la comparaison entre le marché réel et le modèle concurrentiel. La méthodologie adoptée pour faire cette comparaison a fait l'objet de controverses fréquentes en économie durant plus d'un siècle. Récemment, M. Friedman (1953) a énergiquement argumenté que le modèle de concurrence ou n'importe quel autre modèle devait être testé sur la seule base de sa capacité à prédire. Dans le contexte de la concurrence, il en arrive presque à affirmer que les prix et les quantités constituent les seules données pertinentes prédictives pour procéder à ce test. Ce point de vue est utile pour souligner l'idée qu'un certain manque de réalisme dans les hypothèses d'un modèle ne lui retire pas nécessairement toute validité. Il n'en reste pas moins qu'identifier les conséquences, au niveau prix-quantités, du modèle concurrentiel de la détermination des prix requiert un effort important – voire, dans nombre de cas, impossible – en matière d'économétrie.

Dans cet article, l'organisation institutionnelle et les mœurs observables de la profession médicale font partie des données utilisées pour évaluer la compéti-

tivité du marché des soins médicaux. J'examinerai aussi la présence ou absence des conditions nécessaires à l'équivalence des équilibres de concurrence et des états optimaux. Ces conditions préalables sont, dans le sens utilisé ici, au nombre de trois : l'existence d'un équilibre de concurrence, le caractère marchand de tous les biens et services entrant dans les coûts de production et satisfactions individuelles, et des rendements décroissants. Les deux premières, nous l'avons vu, assurent que l'équilibre concurrentiel est nécessairement optimal ; le troisième garantit que chaque état optimal est l'équilibre concurrentiel correspondant à une certaine répartition du revenu⁴. Les première et troisième conditions sont étroitement liées ; en effet, des rendements décroissants, plus quelques conditions supplémentaires qui ne sont pas restrictives dans une économie moderne, impliquent l'existence d'un équilibre concurrentiel, c'est-à-dire d'un ensemble de prix qui équilibreraient tous les marchés⁵.

Le concept de caractère marchand est un peu plus large que la traditionnelle divergence entre les coûts et avantages privés et sociaux. Ce dernier concept se réfère à des cas où l'organisation du marché n'exige pas d'un individu qu'il paie pour les coûts qu'il impose à d'autres de par ses actions, ou encore ne lui permet pas de recevoir une rémunération pour les avantages que lui ou que ses actions procurent à d'autres. Dans le domaine médical, l'exemple type est celui des maladies transmissibles. Un individu qui ne s'immunise pas risque non seulement sa propre santé – désutilité qui, on présume, a été pesée contre l'utilité d'éviter de se soumettre au processus de vaccination –, mais aussi la santé des autres. Dans un système de prix idéaux, il y aurait un prix dont cet individu devrait s'acquitter en faveur de toute personne dont la santé est compromise, un prix suffisamment élevé pour que les autres se sentent dédommagés ; ou bien, il y aurait un prix qui lui serait payé par les autres pour l'inciter à se soumettre aux processus d'immunisation. L'une ou l'autre de ces alternatives conduirait à un état optimal, mais les implications pour la répartition seraient différentes. Il est évident, bien sûr, que de tels systèmes de prix ne sont pas en fait praticables ; pour s'approcher d'un état optimal, il faudrait une intervention collective sous forme de subvention ou d'impôt, ou encore de contraintes.

Par absence de caractère marchand d'une action qui est identifiable, technologiquement possible, et susceptible de peser sur le bien-être d'un individu donné, pour le meilleur ou pour le pire, nous entendons ici l'échec du marché existant à fournir le moyen par lequel les services peuvent être à la fois offerts et demandés moyennant le paiement d'un prix. L'absence de caractère marchand peut être imputée aux caractéristiques technologiques intrinsèques du produit, lesquelles empêchent l'application d'un prix approprié, comme dans le cas des maladies transmissibles ; ou bien elle peut s'expliquer par des règlements sociaux ou des facteurs historiques, comme l'interdiction pour un individu de se vendre comme esclave. Il est difficile en fait de préciser davantage cette distinction, même si elle revêt une importance évidente pour l'élaboration d'une politique ; en ce qui

nous concerne ici, il suffira d'assimiler l'absence de valeur marchande à l'absence observée des marchés.

Comme exemple de l'absence de caractère marchand, nous nous intéresserons surtout à la prise en charge du risque. La pertinence de cette question pour le système de soins médicaux semble évidente, dans la mesure où la maladie est un phénomène imprévisible. La possibilité de transférer les risques de maladie vers d'autres agents vaut un prix que beaucoup sont prêts à payer. Par ailleurs, certains agents manifestent une plus grande volonté et capacité de les assumer, grâce notamment au système de la mutualisation des risques. Néanmoins – nous le verrons en détail plus loin –, un grand nombre de risques ne sont pas couverts ; le marché de la prise en charge du risque est en effet peu développé ou inexistant. La raison d'un tel état des faits est développée plus en détail dans la section IV ci-dessous ; en bref, il est impossible d'établir des contrats d'assurance qui distinguent suffisamment bien les risques, notamment parce que l'observation des résultats ne permet pas de différencier les risques évitables des risques inévitables, si bien que toute incitation à éviter des pertes est affaiblie.

Les théorèmes de l'optimum examinés précédemment sont habituellement présentés dans la littérature comme se référant seulement à des conditions de certitude, mais on n'a aucune difficulté à les étendre au cas des risques, à condition d'inclure dans l'ensemble des biens et services les services supplémentaires de prise en charge du risque⁶.

Pendant, la diversité de risques possibles dans le monde est vraiment atterrante. Parmi les biens et services à prendre en compte, on trouve ainsi tous les paris sur tous les événements possibles dans le monde qui peuvent affecter les satisfactions individuelles. Mais beaucoup de ces « biens et services » particuliers – c'est-à-dire la recherche d'une protection contre un grand nombre de risques – ne sont tout simplement pas disponibles. Ainsi, une vaste catégorie de biens et services n'a pas de caractère marchand, et une condition préalable de la concurrence n'est pas remplie⁷.

Il y a une conséquence encore plus subtile de l'introduction du facteur « prise en charge du risque ». Lorsqu'il y a incertitude, l'information ou la connaissance deviennent des biens. Comme d'autres biens, ils ont un coût de production et un coût de transmission, et donc, naturellement, ils ne sont pas disséminés dans toute la population mais sont concentrés chez ceux qui peuvent en profiter le plus. (Ces coûts peuvent se mesurer en termes de temps ou de désutilité, ainsi qu'en termes d'argent.) Mais il est difficile de traiter la question de la demande d'information dans les termes rationnels habituels. Souvent, l'acheteur connaît mal la valeur de l'information ; en effet, s'il en connaissait assez pour pouvoir la mesurer, il connaîtrait l'information elle-même. Mais c'est précisément l'information, sous forme de soins qualifiés, qui est achetée auprès de la plupart des médecins et, en effet, de la plupart des professionnels. Le caractère insaisissable de l'information en tant que bien semble suggérer qu'elle s'écarte considérablement des hypothèses habituelles concernant le caractère marchand des biens⁸.

La notion que le risque et l'incertitude jouent un rôle important dans le domaine des soins médicaux ne nécessite guère qu'on s'y attarde. J'argumenterai que presque toutes les particularités de cette industrie découlent, en fait, du caractère généralisé de l'incertitude.

L'inexistence de marchés pour la prise en charge de certains risques réduit en premier lieu le bien-être de ceux qui souhaitent transférer ces risques vers d'autres moyennant un certain prix, ainsi que de ceux qui trouveraient rentable d'assumer ces risques à ces prix-là. Mais cette absence de marché réduit également le désir de fournir ou de consommer des services ayant des conséquences risquées, c'est-à-dire de biens et services complémentaires à la prise en charge du risque. Inversement, la production et la consommation de biens et services auxquels peu de risques sont associés se substituent à la prise en charge du risque et sont favorisées par cette défaillance du marché, eu égard à la prise en charge du risque. Ainsi, la structure observée des biens et services marchands sera affectée par l'inexistence d'autres marchés.

La non-satisfaction d'une ou de plusieurs des conditions préalables de la concurrence a pour conséquence évidente et presque directe une baisse du niveau de bien-être en dessous de celui qui découlerait des ressources et de la technologie existantes, en ce sens que l'état optimal au sens de Pareto n'est pas atteint. Mais on peut en dire plus. Je propose ici l'idée que, lorsque le marché n'arrive pas à atteindre un état optimal, la société reconnaîtra cette lacune, du moins dans une certaine mesure, et des institutions sociales non marchandes viendront la combler⁹. Certes, ce processus n'est pas nécessairement conscient, et il ne parvient pas toujours non plus à approcher davantage l'optimum, quand l'ensemble des conséquences est pris en compte. Les économistes s'empressent toujours de souligner que des actions qui, à première vue, permettent d'atteindre un objectif louable peuvent avoir, notamment dans le temps, des conséquences moins évidentes qui peuvent neutraliser et même renverser les gains initiaux.

Mais ici nous soutenons que les caractéristiques structurelles spécifiques du marché des soins médicaux reflètent largement l'effort fourni pour surmonter la non-optimalité résultant, d'une part, de l'absence de caractère marchand de la prise en charge des risques appropriés, d'autre part, du caractère marchand imparfait de l'information. Ces changements institutionnels compensatoires, que viennent renforcer des motivations habituelles de profit, expliquent dans une grande mesure le comportement non concurrentiel observé sur le marché des soins médicaux, un comportement qui, en soi, interfère avec l'optimalité. L'ajustement social tendant à l'optimalité met ainsi des obstacles sur son propre chemin.

L'idée que la société cherchera à atteindre l'optimum par des moyens non marchands, à défaut de pouvoir les réaliser sur le marché, n'est pas nouvelle. Certes, le gouvernement, du moins dans le cadre de ses activités économiques, est généralement tenu, de manière implicite ou explicite, de suppléer aux lacunes du

marché¹⁰. Je prétends ici que, dans certaines circonstances, d'autres institutions sociales viendront combler l'écart entre la réalité du marché et l'optimalité, et que l'industrie des soins médicaux, avec ses diverses institutions spécifiques, certaines anciennes, d'autres modernes, est un exemple de cette tendance.

Il est peut-être utile de remarquer à ce stade qu'une grande partie de la préférence pour la redistribution telle qu'elle est exprimée par la politique fiscale et les dépenses publiques, et par les institutions privées de charité, peut être réinterprétée comme une demande d'assurance. Il convient de noter qu'on ne trouve pratiquement nulle part un système de subventions dont l'objectif est simplement l'égalisation des revenus. Les subventions ou autres aides gouvernementales s'adressent aux personnes qui sont désavantagées dans la vie par des événements dont l'incidence est communément considérée comme imprévisible : les aveugles, les enfants à charge, les personnes médicalement indigentes. Ainsi, dans un contexte qui tient compte de la prise en charge du risque, la notion d'optimum comprend aussi beaucoup d'éléments qui, vus sous un angle plus réduit, semblent être motivés par des jugements de valeur en matière de répartition¹¹.

Les éléments de méthodologie exposés ci-dessus conduisent au plan suivant de cet article. La section II passe en revue les faits stylisés généraux du marché des soins médicaux qui le distinguent des marchés de biens et services habituels. Dans la section III, le comportement du marché est comparé à celui du modèle concurrentiel, abstraction faite de l'incertitude. Dans la section IV, le marché des soins médicaux est comparé, tant du point de vue du comportement que du point de vue des conditions préalables, au marché concurrentiel idéal qui prendrait en compte l'incertitude. On tentera de démontrer que les caractéristiques passées en revue dans la section II peuvent s'expliquer soit comme le résultat d'une déviance par rapport aux conditions préalables de la concurrence, soit comme le reflet d'un effort pour compenser, par d'autres institutions, ces lacunes. La discussion n'a pas l'intention d'être définitive, mais d'enrichir le débat. Je me suis bien gardé notamment de tirer des conclusions en matière de politique ; dans une large mesure, elles dépendront des résultats de recherches plus poussées dans le cadre de référence établi par cet article.

I. ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DU MARCHÉ DES SOINS MÉDICAUX¹²

Cette section indiquera de façon sélective un certain nombre de caractéristiques du système des soins médicaux qui distinguent ces derniers des biens et services habituels des manuels d'économie. La liste n'est pas exhaustive, et nous ne prétendons pas que chaque caractéristique indiquée soit spécifique à ce marché. Mais, ensemble, elles délimitent une place spéciale pour le système des soins médicaux dans l'analyse économique.

1. La nature de la demande

L'une des caractéristiques distinctives les plus évidentes de la demande, par l'individu, de soins médicaux est que cette demande, à la différence de celle d'alimentation ou d'habillement, par exemple, n'est pas constante mais irrégulière et imprévisible. Les soins médicaux, hormis les soins préventifs, donnent de la satisfaction seulement en cas de maladie, laquelle représente un écart par rapport à la situation normale. Il est difficile en effet de citer un autre bien ou service qui ait la même particularité et occupe une place significative au sein du budget moyen. Une partie des services légaux consacrés à la défense dans des procès criminels ou des poursuites en justice tomberait peut-être dans cette catégorie, mais l'incidence de tels cas est certainement plus réduite (et, bien entendu, il y a en fait de fortes similitudes institutionnelles entre les marchés de services juridiques et de soins médicaux¹³).

En outre, la demande de soins médicaux est associée, avec un degré de probabilité considérable, à une atteinte à l'intégrité personnelle. Il y a en effet un risque de décès, et même un risque plus important d'invalidité. En particulier, il y a une possibilité sérieuse de perte ou de réduction de la capacité à générer des revenus. Ces risques ne sont pas, en soi, uniques ; l'alimentation est également essentielle, mais un revenu suffisant permet d'éviter la carence alimentaire, alors que l'on ne peut pas en dire autant dans le cas de la maladie. La maladie représente donc non seulement un risque mais aussi un risque coûteux en soi, en dehors du coût des soins médicaux.

2. Le comportement attendu du médecin

L'observation courante montre que le comportement qui est attendu de la part des vendeurs de soins médicaux est différent de celui qui est attendu des commerçants en général. Une telle attitude est pertinente, parce que les soins médicaux font partie d'une catégorie de biens et services pour lesquels le produit et l'activité de production sont confondus. Dans tous les cas de ce type, le client ne peut pas tester le produit avant de le consommer, et il y a un aspect de confiance qui s'introduit dans la relation¹⁴. Mais les restrictions de nature éthique qui régissent les activités d'un médecin sont beaucoup plus sévères que celles qui concernent, par exemple, un coiffeur. Le comportement du premier est censé être guidé par le souci du bien-être du client, alors qu'on n'attend pas la même attitude de la part d'un vendeur. Pour citer Talcott Parson, il y a une « orientation collective » qui distingue la médecine des autres professions du monde des affaires où l'intérêt personnel est la norme acceptée¹⁵.

Donnons quelques exemples pour illustrer à quel degré le comportement attendu de la part des médecins diffère de celui que l'on attend de l'homme d'affaires typique¹⁶. (1) La publicité et la concurrence ouverte entre les médecins au niveau des prix et tarifs sont quasiment éliminées. (2) Les conseils du médecin concernant un traitement supplémentaire à administrer soit par lui-même, soit

par d'autres, sont censés être donnés de façon totalement désintéressée. (3) Il est affirmé que le traitement administré est déterminé par les besoins objectifs de la maladie à traiter et qu'il n'est pas limité par des considérations financières¹⁷. Alors que la pression morale n'est sûrement pas aussi absolue en pratique qu'en théorie, on peut difficilement supposer en revanche qu'elle n'a aucune influence sur l'allocation des ressources dans ce domaine. Les traitements médicaux d'origine caritative existent sous une forme ou une autre justement à cause de cette tradition des droits de l'homme qui garantit l'accès à des soins médicaux adéquats¹⁸. (4) On compte sur le médecin en tant qu'expert pour certifier l'existence de maladies et de blessures, à diverses fins juridiques ou autres. Du point de vue social, on s'attend à ce que son souci de communiquer des informations correctes l'emporte sur son désir de faire plaisir à ses clients¹⁹.

La manifestation la plus frappante de cet éloignement de la motivation par le profit est la prédominance écrasante des hôpitaux publics par rapport aux hôpitaux privés²⁰. L'hôpital en tant que tel offre des services qui ne diffèrent pas beaucoup de ceux d'un hôtel, et il n'est certainement pas évident que la motivation par le profit n'induirait pas une plus grande efficacité de l'offre. L'explication peut se trouver soit du côté de l'offre, soit du côté de la demande. L'explication la plus simple est que les subventions publiques et privées réduisent le coût pour le patient dans les hôpitaux à but non lucratif. Une seconde explication possible serait que l'association du profit à l'offre de soins médicaux paraît suspecte aux yeux des patients et des médecins traitants, qui s'y montrent hostiles et affichent une préférence pour les institutions à caractère non lucratif. Aussi bien la première que la seconde explication sous-entend des préférences, de la part d'un groupe d'agents – qu'il s'agisse de donateurs ou de patients –, à l'encontre du profit dans la fourniture de soins hospitaliers²¹.

L'orientation collective des comportements revêt une importance particulière, puisqu'il est bien connu que la relation médecin-patient affecte la qualité des soins médicaux dispensés. Un lien purement monétaire serait insuffisant ; le patient s'attend au moins à ce que, normalement, le même médecin le soigne à plusieurs reprises. Cette attente est suffisamment ancrée pour persister même en Union soviétique, où les soins médicaux sont nominalement maintenus à l'écart du marché (Field, 1957, p. 194-96). L'utilisation du placebo comme variable de contrôle dans l'expérimentation médicale atteste et confirme que des interactions purement psychiques entre le médecin et le patient ont des effets qui sont objectivement indiscernables des effets de médication (voir Shapiro, 1960).

3. L'incertitude sur les produits

L'incertitude quant à la qualité du produit est peut-être plus grande ici que pour n'importe quel autre bien et service. La guérison d'une maladie est aussi imprévisible que l'incidence de la maladie. Pour la plupart des biens et services, la possibilité d'apprendre de sa propre expérience ou de celle des autres est grande, parce qu'il y a un nombre suffisant d'essais. Dans le cas de maladies graves, cela

n'est généralement pas vrai ; l'incertitude due à l'inexpérience s'ajoute à la difficulté intrinsèque de la prévision. De plus, le degré d'incertitude, mesuré en termes de variabilité du bien-être individuel, est certainement plus élevé pour les soins médicaux dans des cas de maladie grave que pour, disons, les maisons ou les voitures, même s'il s'agit là aussi de dépenses suffisamment rares pour qu'il y ait une incertitude résiduelle considérable.

En outre, cette incertitude revêt une qualité spéciale ; elle est très différente vue des deux côtés de la transaction. Du fait que la connaissance médicale soit si compliquée, le médecin détient nécessairement plus d'informations sur les conséquences et possibilités de traitement que le patient – du moins, ainsi le croient les intéressés²². Qui plus est, les intéressés des deux côtés sont conscients de cette inégalité devant l'information, et leur relation en est influencée.

Afin d'éviter tout malentendu, il faut faire remarquer que ce qui est pertinent dans le cas présent, c'est la différence au niveau de l'information sur les conséquences des soins médicaux. Il y a toujours une inégalité devant l'information, eu égard aux méthodes de production, entre le producteur et l'acheteur de n'importe quel bien et service, mais, dans la plupart des cas, le client peut bien avoir une compréhension aussi bonne ou presque aussi bonne de l'utilité du produit que le producteur.

4. Les conditions de l'offre

Dans la théorie de la concurrence, l'offre d'un bien ou service est régie par le bénéfice net que procure sa production comparé au bénéfice qui serait tiré d'une utilisation alternative des mêmes ressources. Dans le cas des soins médicaux, il y a plusieurs écarts significatifs par rapport à cette théorie.

Le plus évident est le fait que l'accès à la profession est limité par le biais de la délivrance du permis d'exercer. Cette pratique, bien sûr, limite l'offre, et donc fait croître le coût des soins médicaux. On la justifie comme moyen de garantir un niveau minimal de qualité. La restriction de l'accès à la profession par le biais du permis d'exercer se fait dans la plupart des professions, y compris dans les activités de coiffure et de pompes funèbres.

Une deuxième particularité est peut-être encore plus remarquable. Les coûts de l'enseignement en médecine aujourd'hui sont élevés et, selon les chiffres courants, sont assumés seulement dans une faible mesure par les étudiants. Ainsi, les bénéfices individuels pour l'étudiant entrant dans cette filière d'études dépassent considérablement les coûts. (Il est possible, cependant, que les dépenses de recherche, qui ne sont pas normalement mises sur le compte de l'enseignement, contribuent à creuser le différentiel apparent.) Cette subvention devrait, en principe, entraîner une diminution du prix des services médicaux, laquelle, toutefois, est neutralisée par un effet de rationnement qui s'opère à travers la sélection à l'entrée aux études en médecine et l'élimination d'étudiants au cours du cycle d'études. Au fond, ces restrictions rendent superflue la pratique de la délivrance du permis d'exercer, sauf dans le cas de diplômés d'écoles étrangères.

La fonction particulière qui incombe aux institutions d'enseignement de subventionner et de rationner simultanément l'entrée à la profession est commune à toute profession pour laquelle un niveau élevé de formation est requis²³. Le fait que des institutions à but non lucratif jouent un rôle si important dans l'allocation des ressources est un phénomène frappant et, paradoxalement, trop peu souligné.

Puisque ce dernier phénomène va bien au-delà de l'aspect purement médical, nous ne nous y attarderons pas davantage, si ce n'est pour faire observer que c'est dans le domaine médical que l'anomalie est la plus marquée. Les coûts de l'enseignement en médecine sont souvent bien plus élevés dans cette filière que dans toute autre branche de formation professionnelle. Alors que les frais de scolarité sont sensiblement les mêmes, ou seulement légèrement plus élevés, ce qui fait que la subvention est beaucoup plus importante, en même temps les revenus des médecins se classent parmi les plus élevés au sein des groupes professionnels, si bien qu'à première vue il n'y aurait pas besoin d'incitations spéciales pour entrer dans la profession. Même si nous admettons que, pour des motifs non examinés ici, il y a un intérêt social à ce que l'enseignement professionnel soit ainsi subventionné, il n'y a pas de raison claire pour laquelle le taux de subvention devrait varier selon les professions. On pourrait, en fait, s'attendre à ce que les frais de scolarité des étudiants en médecine soient plus élevés que ceux des autres étudiants.

Le coût élevé de l'enseignement en médecine aux États-Unis reflète les normes de qualité fixées par l'American Medical Association depuis le rapport Flexner, et c'est, je crois, seulement depuis lors que l'élément de subvention dans les études de médecine est devenu significatif. Auparavant, nombre d'écoles de médecine étaient économiquement indépendantes ou même dégageaient des bénéfices.

Un autre aspect intéressant de la sélection à l'entrée à l'enseignement subventionné est l'importance des préférences individuelles pour le bien-être social, à en juger par les contributions aux universités privées. Mais que le soutien soit public ou privé, l'aspect important qu'il faut souligner, c'est que tant la qualité que la quantité de l'offre de soins médicaux sont fortement influencées par des tendances sociales ne relevant pas d'une logique de marché^{24 et 25}.

Une conséquence frappante du contrôle de la qualité est son effet restrictif sur la gamme offerte de produits. S'il est possible d'avoir, pour un bien ou service donné, plusieurs niveaux de qualité, alors il arrive généralement que, dans un marché concurrentiel, beaucoup de qualités différentes soient offertes sur le marché, à des prix adaptés, afin de satisfaire des goûts et des niveaux de revenus variés. Aussi bien les lois sur la délivrance de permis d'exercer que les normes concernant l'enseignement dispensé par les écoles de médecine ont eu pour effet de limiter la possibilité d'avoir des qualités diverses de soins médicaux. Le ratio du nombre de médecins au nombre total d'employés dans l'industrie des soins médicaux, qui est en diminution, montre que la substitution par un person-

nel moins qualifié de techniciens médicaux n'est pas entièrement écartée. Mais le rôle central du médecin hautement formé n'en est pas du tout affecté²⁶.

5. Les prix pratiqués

Les politiques peu habituelles de prix pratiqués et les attitudes particulières de la profession médicale sont bien connues : une pratique répandue de discrimination des prix selon le revenu (avec le cas extrême de prix nuls pour des patients suffisamment nécessiteux) et, autrefois, une forte insistance sur le système de paiement d'honoraires pour services fournis par rapport à d'autres alternatives telles que le paiement forfaitaire à l'avance.

L'opposition au système de paiement forfaitaire à l'avance est étroitement liée à un rejet encore plus fort des pratiques d'exclusivité (c'est-à-dire des accords contractuels qui lient le patient à un groupe particulier de médecins). Là encore, ces attitudes semblent distinguer les professions libérales du monde des affaires. Les plans de paiement à l'avance et les pratiques d'exclusivité sont quasiment inexistantes dans la profession juridique. Dans le monde des affaires ordinaires, en revanche, il existe une vaste gamme de contrats de service en exclusivité qui mettent en jeu le partage des risques ; on suppose que la concurrence permet de sélectionner ceux qui satisfont au mieux les besoins²⁷.

Il faut également mentionner les problèmes de la fixation implicite et explicite des prix. La concurrence sur les prix est mal vue. Des accords de ce type ne sont pas rares dans les industries de services, et ils ne sont pas assujettis à des mesures antitrust. Il est difficile d'évaluer l'incidence de cet état de fait. Il a souvent été souligné que cette rigidité des prix dits « administrés » n'est qu'apparente et qu'il y a en fait une flexibilité effective des prix. Là encore, si les médecins se retrouvent avec du temps libre, il est probable que les tarifs baisseront, de façon ouverte ou voilée ; si le temps manque pour répondre à la demande, les tarifs augmenteront sûrement. Il se pourrait que l'« éthique » de la concurrence sur les prix diminue la flexibilité au niveau de l'ajustement des prix, mais cela, vraisemblablement, s'arrête là.

II. COMPARAISONS AVEC LE MODÈLE DE CONCURRENCE SOUS DES CONDITIONS DE CERTITUDE

1. Les biens et services non marchands

Comme nous l'avons déjà noté, la propagation des maladies transmissibles est un exemple évident d'interactions non marchandes. D'un point de vue théorique, ces questions sont bien comprises, et il n'y a pas lieu de s'étendre sur le sujet. (Il ne faut pas interpréter cela comme une volonté de minimiser la contribution de la santé publique au bien-être social ; il y a toutes les raisons de supposer qu'elle est considérablement plus importante que tous les autres aspects du système de soins médicaux.)

Au-delà de ce domaine particulier, il y a une interdépendance plus générale, à savoir le souci des individus pour la santé des autres. Les manifestations économiques de ce penchant sont à chercher dans les donations individuelles à des hôpitaux et en faveur de l'enseignement en médecine, ainsi que dans les responsabilités largement reconnues et assumées du gouvernement dans ce domaine. L'attachement à l'amélioration de l'état de santé des autres semble plus fort que l'attachement à l'amélioration d'autres aspects de leur bien-être²⁸.

Dans les interdépendances qui sont générées par le souci du bien-être des autres, on peut toujours établir le bien-fondé théorique de l'action collective si chaque participant tire de la satisfaction des contributions de tous.

2. Les rendements croissants

Les problèmes liés aux rendements croissants jouent un certain rôle dans l'allocation des ressources dans le domaine médical, notamment pour les régions où la densité ou le revenu sont faibles. Les hôpitaux affichent des rendements croissants jusqu'à un certain point ; les spécialistes et certains équipements médicaux constituent des indivisibilités significatives. Dans nombre de régions du monde, le médecin individuel peut représenter une offre trop importante par rapport à la demande. Dans de tels cas, il peut être socialement désirable de subventionner l'offre de soins médicaux appropriée. Le mode pertinent d'analyse est très semblable à celui des projets concernant les ressources en eau. Des rendements croissants sont peu susceptibles de poser un problème significatif en médecine générale dans les grandes villes des États-Unis, tandis que les progrès du transport réduisent dans une certaine mesure leur importance ailleurs.

3. L'accès à la profession

L'écart le plus frappant par rapport au comportement concurrentiel est la restriction de l'accès à la profession, évoquée précédemment dans la section II, 4. Friedman et Kuznets, dans une analyse détaillée des données d'avant la Seconde Guerre mondiale, ont soutenu que les revenus plus élevés des médecins pouvaient s'expliquer par cette restriction²⁹.

Il y a des signes que la demande d'inscriptions dans les écoles de médecine a baissé (d'après le nombre de candidatures par place et la qualité de ceux qui sont admis), si bien que le nombre de places dans les écoles de médecine n'est plus une barrière à l'entrée dans la profession aussi significative qu'au début des années 50³⁰. Mais il n'y a pas de doute qu'il a compté dans le passé et qu'il continue, dans une mesure considérable, à compter aujourd'hui. Bien sûr, cette barrière a exercé un lourd effet direct sur la restriction de l'offre de soins médicaux.

Plusieurs facteurs doivent venir s'ajouter à l'analyse, afin d'aider à cerner l'impact des restrictions d'accès à la profession : (1) les candidats supplémentaires à l'entrée seraient, en général, d'un niveau inférieur ; ainsi, l'augmentation de l'offre de soins médicaux qui en résulterait, correctement ajustée pour tenir compte du facteur qualité, serait inférieure à ce qu'indiqueraient des calculs purement

quantitatifs³¹. (2) Afin d'atteindre des conditions de concurrence véritable, il serait nécessaire de supprimer non seulement les restrictions quantitatives à l'entrée dans la profession, mais aussi la subvention à l'enseignement en médecine. Comme n'importe quel autre producteur, le médecin devrait assumer tous les coûts de production, y compris, dans le cas présent, l'enseignement³². Il n'est pas tout à fait clair que ce changement ne maintiendrait pas l'entrée, même non limitée, en dessous du niveau actuel. (3) Dans une certaine mesure, faire couvrir la totalité des coûts de l'enseignement par les frais de scolarité conduira non pas à trop de candidats, mais à trop peu. Compte tenu des imperfections du marché des capitaux, les prêts étudiants, pour ceux qui ne disposent pas des sommes requises, sont difficiles à obtenir. Le créancier n'a en réalité aucune garantie. La réponse évidente à ce problème est une forme quelconque d'assurance de prêts, comme il a souvent été proposé ; créer un système de prêts pour l'enseignement en médecine et d'autres filières de l'enseignement supérieur ne nécessiterait pas trop d'ingéniosité. Dans ces conditions, le coût exercerait toujours un effet de dissuasion, mais devrait être comparé avec les revenus futurs élevés qui seront touchés.

Si l'entrée dans la profession était régie par des conditions de concurrence véritable, il se pourrait que les effectifs, tout compte fait, augmentent, quoique cette conclusion ne soit pas évidente. La qualité moyenne diminuerait probablement, même avec un système idéal de prêts, car la combinaison de subvention et de sélection à l'entrée dans la profession attire actuellement certains individus hautement qualifiés qui, sans cela, s'orienteraient vers d'autres filières. Le déclin de la qualité ne constitue pas, globalement, une perte du point de vue social, car elle est accompagnée d'un accroissement de la qualité dans d'autres domaines d'activité ; en effet, si les demandes reflétaient fidèlement les utilités, le changement en faveur d'un système concurrentiel d'entrée dans la profession entraînerait un gain social net³³.

Il y a un deuxième aspect lié à l'entrée dans la profession pour lequel le contraste avec le comportement concurrentiel est, à beaucoup d'égards, encore plus marqué. C'est le fait d'exclure un grand nombre de personnes qui pourraient suppléer, quoique de manière imparfaite, les médecins. Les lois sur la délivrance de permis d'exercer, même si elles ne parviennent pas à limiter effectivement le nombre de médecins, écartent toute possibilité pour les autres de se lancer dans l'une des activités relevant de la pratique de la médecine. Il s'ensuit que le temps coûteux (car rare) des médecins peut parfois être consacré à des tâches particulières pour lesquelles seulement une petite partie de leur formation est requise, et qui pourraient être accomplies par d'autres personnes ayant reçu une formation moins longue et dont le temps est donc moins coûteux. On pourrait imaginer des centres d'immunisation, gérés sur le mode privé, mais ne requérant pas nécessairement les services de médecins.

Dans le modèle de concurrence sans incertitude, on suppose que les consommateurs peuvent discerner les qualités des biens et services qu'ils achètent. Sous

cette hypothèse, la délivrance de permis d'exercer serait, au mieux, superflue et écarterait les personnes auxquelles les consommateurs ne s'adresseraient pas de toute façon ; mais il se pourrait aussi qu'elle en écarte trop.

4. La détermination des prix

La détermination des prix dans le secteur médical (voir I, 5, ci-dessus) s'écarte de façon marquée de la norme concurrentielle. Comme Kessel (1958) l'a souligné avec beaucoup de vigueur, non seulement la discrimination par les prix est incompatible avec le modèle concurrentiel, mais sa persistance dans un contexte caractérisé par un grand nombre de médecins équivaut à un monopole collectif. Par le passé, l'opposition aux plans de paiement forfaitaire à l'avance a pris des allures clairement coercitives, allant incontestablement bien au-delà des pressions du marché, c'est le moins qu'on puisse dire.

Kessel a argumenté que la discrimination par les prix est conçue pour maximiser les profits selon le mode classique du monopole discriminant et que l'opposition organisée du monde médical vis-à-vis du système de paiement à l'avance était motivée par la volonté de maintenir ces profits. En principe, les plans de paiement d'avance sont compatibles avec la discrimination, mais, en pratique, ils ne discriminent pas. Je trouve peu convaincant l'argument que la maximisation du profit implique un complément effectif de discrimination. En particulier, il faut noter que, pour tout monopole, discriminant ou autre, l'élasticité de la demande, dans chaque marché, au point du profit maximal, est supérieure à un. Mais il est presque certain que, dans le cas des soins médicaux, l'élasticité-prix de la demande pour tous les niveaux de revenu est inférieure à un. Que la discrimination des prix selon le revenu des patients ne permette pas une complète maximisation du profit est évident lorsque l'on prend le cas extrême de la charité ; Kessel maintient que cela est destiné à apaiser le public. Mais cela montre déjà le caractère incomplet du modèle et laisse entrevoir la pertinence et l'importance de facteurs sociaux et éthiques.

Une grande partie de l'opposition au système de paiement forfaitaire à l'avance provenait certainement de l'étroite relation de ce concept avec les pratiques d'exclusivité. Le paiement à l'avance est une forme d'assurance, et le médecin individuel ne souhaitait pas, naturellement, assumer les risques. La mutualisation du risque était intrinsèquement mise en jeu, et cela incite fortement, comme nous verrons dans la section IV, à un contrôle sur les prix et les profits. La forme administrative la plus simple est le regroupement de médecins et la pratique de l'exclusivité ; les médecins concernés sont, en effet, l'agent assureur. De ce point de vue, la compagnie Blue Cross a résolu le problème du paiement forfaitaire à l'avance en généralisant le système de l'exclusivité.

L'argument selon lequel la discrimination des prix en fonction du revenu est une forme de maximisation du profit, idée qui fut défendue avec zèle par ceux qui s'opposaient au système d'honoraires pour services fournis, semble loin d'être prouvé. Il reste vrai cependant que cette discrimination des prix, quel

qu'en soit le but, induit une situation non optimale. Théoriquement, cela signifie que tout le monde se porterait mieux si les prix étaient égaux pour tous, et les riches compenseraient les pauvres pour les changements dans leurs situations relatives. L'ampleur de cette perte en bien-être est fonction du degré effectif de discrimination et des élasticités de la demande de soins médicaux dans les différentes couches de revenus. Si l'on simplifie la discussion en considérant seulement deux niveaux de revenus, riches et pauvres, et si l'élasticité de la demande par l'un ou l'autre groupe est égale à zéro, alors aucune réallocation de services médicaux n'aura lieu et la situation initiale sera optimale. Le seul effet d'un changement de prix sera la redistribution du revenu entre la profession médicale et le groupe ayant l'élasticité nulle du bien-être. Avec de faibles élasticités de la demande, le gain sera limité. Pour illustrer, supposons que le prix des soins médicaux pour les riches est le double de celui pour les pauvres, que les dépenses médicales des riches représentent 20 % de celles des pauvres, et que l'élasticité de la demande des deux groupes est de 0,5 ; alors le gain social net résultant de la suppression de la discrimination est légèrement supérieur à 1 % des dépenses médicales initiales³⁴.

Quant aux questions liées à l'opposition au système du paiement à l'avance, l'autre anomalie majeure de la détermination des prix des soins médicaux, elles ne sont pas pertinentes dans un contexte de certitude et seront discutées plus loin.

III. COMPARAISON AVEC LE MODÈLE IDÉAL DE CONCURRENCE DANS DES CONDITIONS D'INCERTITUDE

1. Introduction

Dans cette section, nous comparerons le fonctionnement du marché réel des soins médicaux avec celui d'un système idéal dans lequel non seulement les biens et services habituels mais aussi les contrats d'assurance couvrant tous les risques imaginables sont disponibles³⁵. Les écarts par rapport à l'idéal consistent, pour la plupart, en des contrats d'assurance qui, en théorie, pourraient être souscrits mais qui, dans les faits, ne le sont pas. Qu'il en soit ainsi parce que ces biens et services potentiels n'ont pas de valeur marchande, ou simplement parce qu'il y a une quelconque imperfection du marché, est un point quelque peu délicat à traiter.

Pour rappeler ce qui a déjà été dit dans la section I, il y a deux types de risques mis en jeu en matière de soins médicaux : le risque de tomber malade et le risque d'un rétablissement total, partiel ou retardé. Le coût des soins médicaux ne représente qu'une partie de la perte causée par la maladie. Cette perte consiste aussi en un manque de bien-être et en une perte de temps productif durant la maladie, et, dans des cas plus graves, en la mort ou une privation prolongée de fonctionnement normal. Du point de vue de l'économie du bien-être en situation d'incerti-

tude, les deux types de pertes sont des risques contre lesquels les individus souhaiteraient s'assurer. L'inexistence de contrats d'assurance adaptés pour l'un ou l'autre des deux risques implique une perte de bien-être.

2. La théorie de l'assurance idéale

Dans cette section, les principes de base d'un régime optimal de prise en charge du risque seront présentés. Pour illustrer, référence sera généralement faite au cas de l'assurance garantissant le coût des soins médicaux. Les principes sont applicables, au même degré, à n'importe quel risque. Il n'y a pas de source unique à laquelle le lecteur peut facilement se référer, mais je crois que les principes en sont relativement bien compris.

Comme base de l'analyse, on fait l'hypothèse que chaque individu se comporte de façon à maximiser la valeur espérée d'une fonction d'utilité. Si l'on considère que l'utilité est liée au revenu, alors les coûts des soins médicaux constituent un prélèvement aléatoire sur ce revenu, et c'est de la valeur espérée de l'utilité du revenu après frais médicaux dont il s'agit. (Le revenu après frais médicaux est la capacité à dépenser de l'argent sur d'autres articles apportant de la satisfaction. Nous présumons que la maladie n'est pas une source de satisfaction en soi ; en fait, dans la mesure où elle est une source d'insatisfaction, la maladie devrait entrer dans la fonction d'utilité en tant que variable séparée.) L'hypothèse de l'utilité espérée, attribuable à l'origine à Daniel Bernoulli (1738), est plausible et est, parmi toutes les hypothèses qui ont été proposées pour expliquer le comportement dans un contexte d'incertitude, la plus maniable du point de vue analytique. Mais les résultats qui suivent ne seraient probablement pas affectés de façon significative si l'on adoptait un autre mode d'analyse.

Nous supposons en outre que les individus ont normalement un comportement d'aversion pour le risque. En termes d'utilité, cela signifie qu'ils ont une utilité marginale décroissante du revenu. Il est raisonnable de penser que cette hypothèse s'applique à la plupart des aspects significatifs de la vie pour la majorité des gens, mais l'existence du jeu pose certaines difficultés pour la pleine application de ce point de vue. Il s'ensuit de l'hypothèse de l'aversion pour le risque que si l'on donne à l'individu le choix entre une probabilité de distribution d'un revenu, avec une moyenne donnée m , et la certitude du revenu m , il préférerait cette dernière. Supposons, donc, qu'un agent économique, une société d'assurances importante ou le gouvernement soient prêts à offrir une assurance garantissant le coût des soins médicaux sur une base actuarielle équitable ; en d'autres termes, si les coûts des soins médicaux sont une variable aléatoire de moyenne m , la compagnie fera payer une cotisation m et acceptera de rembourser tous les frais médicaux de l'assuré. Dans de telles circonstances, l'individu préférera certainement souscrire un contrat d'assurance et réalisera, de ce fait, un gain en bien-être.

Cela sera-t-il un gain social ? De toute évidence, oui, si l'agent assureur ne subit pas de perte sociale. Sous l'hypothèse que les risques médicaux sur différents

individus sont, en principe, indépendants, leur mutualisation ramène le risque assumé par l'assureur à des proportions relativement réduites. En s'approchant de la limite, la perte en bien-être, même en supposant une aversion pour le risque de la part de l'assureur, disparaîtrait, et il y aurait un gain social net qui peut être d'une ampleur assez substantielle. Dans les faits, bien sûr, la mutualisation des risques n'atteint pas cette limite ; il y a seulement un nombre fini de risques et il peut y avoir une certaine interdépendance entre eux de par les épidémies et d'autres facteurs. Mais alors une cotisation légèrement supérieure au niveau actuariel serait suffisante pour compenser cette perte en bien-être. Du point de vue de l'individu, puisqu'il a une préférence nette pour le contrat d'assurance actuariellement équitable par rapport à la prise en charge lui-même du risque, il aura toujours une préférence pour le contrat d'assurance actuariellement inéquitable, à condition, bien sûr, qu'il ne soit pas trop injuste.

Outre le degré résiduel d'aversion pour le risque de la part des assureurs, il y a d'autres raisons qui expliquent la majoration de la cotisation (*i.e.*, un excès de la cotisation par rapport à la valeur actuarielle). L'assurance comporte des frais administratifs. Aussi, du fait de l'irrégularité des paiements, il est probable qu'il y aura un coût du capital immobilisé. Supposons, pour prendre un cas simple, que la société d'assurances offre un contrat unique et calcule sa cotisation en appliquant un pourcentage fixe de chargement au-dessus de la valeur actuarielle. Alors on peut montrer que le contrat d'assurance préféré du point de vue de l'assuré est une garantie avec franchise ; c'est-à-dire que le contrat d'assurance couvre 100 % de tous les frais médicaux au-dessus d'une certaine limite fixée en dollars. Si, toutefois, la compagnie d'assurances a une certaine aversion pour le risque, la majoration qu'elle applique peut aussi dépendre du degré d'incertitude lié au risque. Dans ce cas, le contrat optimal au sens de Pareto comportera un élément de coassurance, *i.e.* couvrira un peu moins de 100 % des coûts au-dessus de la limite minimale. Ces résultats peuvent également s'appliquer au concept théorique de l'assurance contre le non-rétablissement d'une maladie. Pour des raisons de simplicité, supposons que le coût du non-rétablissement soit perçu purement en termes monétaires, soit, simplement, en termes d'opportunités productives auxquelles on doit renoncer ou, plus généralement, en termes d'équivalent monétaire de toutes les insatisfactions. Supposons en outre que, étant donné que la personne est malade, la valeur anticipée des soins médicaux est supérieure au coût de ces derniers ; c'est-à-dire que la valeur monétaire espérée imputable au rétablissement grâce à l'assistance médicale est supérieure à celle des ressources affectées à l'obtention de cette assistance médicale. Même si le rétablissement est, en moyenne, bénéfique, il reste pourtant incertain. En l'absence d'une assurance, une personne ayant une aversion pour le risque pourrait donc préférer ne pas prendre le risque de s'appauvrir davantage en achetant des soins médicaux. Un contrat d'assurance adapté signifierait, pourtant, qu'elle ne paierait rien si elle n'en tirait pas avantage ; puisque la valeur espérée des soins est supérieure à leur coût, il y aurait donc un gain social net³⁶).

3. Les problèmes de l'assurance

■ *L'aléa moral*

Les arguments en faveur de contrats d'assurance de toutes sortes et relevant de la théorie du bien-être sont très forts. Il s'ensuit que le gouvernement devrait se charger de fournir une assurance dans les domaines où le marché, quelle qu'en soit la raison, n'a pas répondu à l'appel. Il y a, néanmoins, un certain nombre de limites pratiques significatives du recours à l'assurance. Il est important de les comprendre, même si je ne crois pas qu'elles changent de manière substantielle l'argument en faveur de la création d'une gamme de contrats d'assurance beaucoup plus large que celle qui existe à l'heure actuelle.

L'une des limites souvent soulignées dans la littérature sur l'assurance est l'effet de celle-ci sur les motivations. Le but recherché dans le cas de l'assurance est de faire en sorte que l'événement contre lequel l'individu s'assure ne soit plus de son ressort. Malheureusement, dans la vie réelle, cette séparation n'est jamais parfaite. Le déclenchement d'un incendie dans sa maison ou dans son entreprise peut être dans une grande mesure incontrôlable par l'individu, mais la probabilité d'incendie est quelque peu influencée par la négligence, et bien sûr l'incendie criminel est toujours une possibilité, bien qu'un cas extrême. De la même façon, pour les contrats d'assurance médicale, le coût des soins médicaux n'est pas entièrement déterminé par la maladie de l'individu, mais dépend de son choix de médecin et de sa volonté de recourir à des services médicaux. Il est fréquemment observé qu'une grande disponibilité d'assurance médicale a pour effet d'accroître la demande de soins médicaux. Des clauses de coassurance ont été introduites dans nombre de contrats d'assurance médicale afin de faire face à ce problème et pour tenir compte de l'aversion pour le risque des sociétés d'assurances.

Dans une certaine mesure, la relation professionnelle entre médecin et patient limite l'incidence de l'aléa moral dans diverses formes d'assurance médicale. En certifiant la nécessité d'un traitement donné ou son absence de nécessité, le médecin fait office d'agent de contrôle pour le compte des sociétés d'assurances. Il va sans dire que c'est loin d'être un contrôle parfait ; les médecins eux-mêmes ne sont soumis à aucun contrôle, et prescrire des médicaments plus chers, des infirmières privées, des traitements plus fréquents et d'autres modifications marginales des soins peut être intéressant pour eux ou faire plaisir à leurs patients. Il est sans doute probablement vrai que l'hospitalisation et la chirurgie font plus l'objet que la médecine générale de contrôles informels et sont donc moins sujettes à l'aléa moral ; cela peut être l'une des raisons pour lesquelles les contrats d'assurance couvrant ces risques sont plus répandus.

■ *Méthodes alternatives de paiement d'assurance*

Il est intéressant de noter que pas moins de trois méthodes différentes de couverture des coûts des soins médicaux ont surgi : le paiement forfaitaire à

l'avance, les indemnités selon un barème fixe, et l'assurance garantissant les coûts, quels qu'ils soient. Dans les plans de paiement à l'avance, l'assurance est effectivement payée en nature – c'est-à-dire directement en soins médicaux. Les deux autres formes comportent toutes deux le paiement en espèces au bénéficiaire, mais, dans le premier cas, les montants à verser en cas de nécessité médicale sont fixés à l'avance, tandis que, dans l'autre cas, l'assureur paie tous les coûts, quels qu'ils soient, sous réserve, bien sûr, des clauses de franchise et de coassurance.

Dans des marchés hypothétiquement parfaits, ces trois formes d'assurance seraient équivalentes. Les indemnités stipulées seraient en fait égales au prix du marché des soins, si bien que la valeur pour l'assuré serait la même, que lui soit payé une somme fixe ou le prix du marché, ou qu'il reçoive les soins gratuitement. Dans les faits, bien sûr, tant l'assurance couvrant la totalité des frais que les plans de paiement à l'avance offrent des garanties contre l'incertitude sur le prix des soins médicaux, en plus de l'incertitude sur le besoin de recourir à ces soins. En outre, de par le mode de rémunération du médecin, les plans de paiement à l'avance sont inévitablement liés à des pratiques d'exclusivité, de sorte que la liberté du choix du médecin par le patient est moins grande que ce qu'elle serait dans le cadre d'un régime qui se limiterait plus strictement à la fourniture d'assurance. Mais ces remarques ne sont pas définitives, et il serait utile et fructueux d'approfondir l'investigation sur cette question de la coexistence des différents régimes.

■ *Le contrôle des tiers sur les paiements*

L'aléa moral dans le contrôle des médecins, indiqué au paragraphe ci-dessus, se manifeste dans les contrats d'assurance où le médecin exerce le plus grand contrôle, à savoir l'assurance médicale de base. Il y a eu dans ce domaine une hausse sensible des dépenses au fil du temps. C'est dans les plans de paiement à l'avance où l'assurance et le soin médical sont fournis par la même entité que la motivation pour limiter autant que possible les frais médicaux est la plus forte. Dans les plans du groupe Blue Cross, un conflit d'intérêts est apparu entre l'assureur et le fournisseur de soins médicaux, et en particulier l'hôpital.

Le besoin d'un contrôle par des tiers est justifié par un autre aspect de l'aléa moral. L'assurance enlève toute motivation, de la part des individus, des patients et des médecins, à rechercher les prix les meilleurs de l'hospitalisation et des soins chirurgicaux. Les forces du marché ont donc tendance à être remplacées par un contrôle institutionnel direct.

■ *Les frais administratifs*

La théorie pure de l'assurance esquissée précédemment dans le paragraphe « Méthodes alternatives de paiement d'assurances », ci-dessus, néglige un facteur très important : les frais d'exploitation d'une société d'assurances. Il y a plusieurs

types de frais d'exploitation, mais l'une des catégories les plus importantes comprend les commissions et les frais d'acquisition, autrement appelés frais commerciaux dans la terminologie économique habituelle. Cela signifie que non seulement les contrats d'assurance doivent être vendus pour sensiblement plus que leur valeur actuarielle, mais aussi qu'il y a d'importantes différences de prix entre les différents types d'assurance. Il est intéressant d'observer que, parmi les contrats d'assurance santé des compagnies d'assurances en 1958, les dépenses d'une sorte ou d'une autre représentaient 51,6 % du chiffre d'affaires total pour les contrats à souscription individuelle, et seulement 9,5 % pour les contrats à souscription collective (Somers, 1961, tableau 14-1, p. 272). Ce différentiel prononcé suggère l'existence d'énormes économies d'échelle dans l'offre d'assurance, indépendamment de la couverture des risques eux-mêmes. De toute évidence, cela constitue un argument très fort pour des contrats à grande diffusion, y compris, notamment, les contrats obligatoires.

■ *La prévisibilité et l'assurance*

Du point de vue de l'aversion pour le risque, il est clair que plus l'incertitude pèse sur le risque assuré, plus l'assurance a une valeur. Cet argument est souvent évoqué pour mettre l'accent sur l'assurance contre le risque d'hospitalisation et l'intervention chirurgicale par rapport à d'autres formes de soins médicaux. Empiriquement, cette hypothèse a été contestée par O. W. Anderson et d'autres (Anderson, 1957, p. 53-54), qui affirmaient que les dépenses non hospitalières étaient aussi imprévisibles que les dépenses hospitalières. En fait, il a été démontré que la probabilité que les coûts dépassent 200 dollars était à peu près la même pour les deux catégories de dépenses, mais, bien sûr, cela n'est pas une mesure exacte de la prévisibilité, et un coup d'œil rapide sur les données fournies à l'appui montre que, par rapport au coût moyen, la variabilité est beaucoup plus faible pour les dépenses médicales ordinaires. Ainsi, pour la ville de Birmingham, la dépense moyenne pour la chirurgie était de 7 dollars, contre 20 dollars pour d'autres dépenses médicales, mais, parmi ceux qui ont payé quelque chose en chirurgie, la facture moyenne s'élevait à 99 dollars, contre 36 pour ceux ayant fait une quelconque dépense médicale ordinaire. 82 % des personnes interrogées n'avaient pas fait de dépenses de chirurgie, et seulement 20 % n'avaient fait aucune dépense médicale ordinaire (Anderson, 1959, tableaux A-13, A-18, et A-19, p. 72, 77 et 79 respectivement).

La question de la prévisibilité influe aussi sur la valeur de l'assurance contre la maladie chronique ou la maternité. Sur la base d'une assurance vie entière, s'assurer contre la maladie chronique a un sens, puisque celle-ci est un événement hautement imprévisible et lourdement conséquent en termes de coûts. Parmi les personnes qui souffrent déjà d'une maladie chronique, ou de symptômes qui en sont des signes sérieux, l'assurance au sens strict du terme est probablement inutile.

■ *La mutualisation de risques inégaux*

Théoriquement, l'assurance nécessite, pour avoir un effet social pleinement bénéfique, une discrimination des risques qui soit la plus grande possible. Les personnes ayant une plus forte probabilité de maladie devraient payer des cotisations plus élevées. Dans les faits, cependant, il y a une tendance à égaliser les cotisations, plutôt que de les différencier, surtout dans le système Blue Cross et d'autres régimes similaires largement répandus. Cela constitue, en fait, une redistribution de revenus de ceux ayant une faible propension à la maladie vers les personnes à forte propension à la maladie. L'égalisation, bien sûr, ne pourrait pas être réalisée si le marché était véritablement concurrentiel. Dans de telles circonstances, on verrait apparaître des contrats d'assurance qui feraient payer des cotisations plus faibles aux bons risques et les retireraient du marché, laissant aux contrats qui ne discriminent pas une sélection adverse défavorable des risques.

Comme nous l'avons déjà vu dans le cas de la redistribution du revenu, une partie de tout cela peut être considérée comme étant de l'assurance dans une perspective temporelle plus longue. Si un contrat garantit à tout le monde une cotisation fondée sur l'expérience globale de la population et non sur l'expérience de sous-groupes plus réduits, chacun se trouve, en fait, assuré contre un changement dans son état de santé qui entraînerait une reclassification. Cela correspond précisément à l'utilisation d'une cotisation constante dans un contrat d'assurance vie entière, au lieu d'une cotisation variant selon l'âge dans un contrat temporaire d'assurance vie.

■ *Couverture*

Nous pouvons brièvement noter que, du moins jusqu'à nos jours, les assurances contre les coûts des soins médicaux sont loin d'être universelles. Certains groupes – les chômeurs, les personnes vivant en institution, les personnes âgées – sont presque totalement sans couverture. Sur les dépenses globales de santé, entre un cinquième et un quart sont couverts par l'assurance. Il faut noter, cependant, que cela inclut plus de la moitié de toutes les dépenses hospitalières et environ 35 % des frais médicaux acquittés par ceux ayant des factures de 1 000 dollars et plus par an (Somers, 1961, p. 376). Ainsi, la couverture de la partie la plus variable des dépenses médicales est un peu meilleure que ce qu'indiquent les chiffres globaux, mais il faut admettre que l'assurance est encore très loin d'atteindre la couverture complète dont elle est capable.

4. L'incertitude sur les effets du traitement

Il y a en réalité deux aspects majeurs de l'incertitude pour un individu déjà atteint d'une maladie. Il est incertain sur l'efficacité du traitement médical, et son incertitude peut être assez différente de celle de son médecin, car fondée sur des connaissances médicales que l'on peut présumer assez différentes.

L'assurance idéale comporterait nécessairement l'assurance contre l'impossi-

bilité de bénéficier de soins médicaux, que ce soit à cause du rétablissement ou du soulagement de la douleur, ou parce qu'on a pu enrayer la progression de la maladie. Une forme d'assurance idéale serait un système dans lequel le paiement au médecin se fait selon le degré du bénéfice tiré. Puisque cela impliquerait un transfert de risques du patient vers le médecin, qui, lui, peut avoir une aversion à assumer ces risques, il y a là un créneau pour les assureurs, qui peuvent mutualiser ces risques, soit par contrat avec les médecins, soit par contrat avec les patients potentiels. Dans le cas d'une assurance idéale, les soins médicaux seront toujours engagés dans le cas où l'utilité espérée, compte tenu des probabilités, dépasse le coût médical espéré. Cette prescription conduirait à un optimum économique. Si l'on considère le non-rétablissement en termes de temps de travail perdu, alors cette politique maximiserait, en fait, le bien-être économique tel qu'il est mesuré habituellement.

Les concepts de confiance et de délégation. En l'absence d'assurance idéale apparaissent des institutions qui offrent d'une certaine façon des garanties de substitution. Dans des conditions d'assurance idéale, le patient n'aurait en effet aucun souci concernant l'inégalité d'information entre lui et le médecin, puisque, de toute façon, il paierait seulement en fonction des résultats, et son niveau d'utilité serait en fait entièrement garanti. En l'absence d'assurance idéale, il veut au moins avoir la garantie que le médecin se sert de ses connaissances le plus avantageusement possible. Cela conduit à établir une relation de confiance, relation dans laquelle le médecin a une obligation sociale de se montrer à la hauteur. Puisque le patient ne possède pas autant de connaissances que le médecin, du moins c'est ce qu'il croit, il ne peut pas imposer de façon absolue des normes sur les soins fournis. Il remplace, en partie, l'observation directe par la confiance généralisée dans les compétences du médecin³⁷. Autrement dit, l'obligation sociale d'exercer de la meilleure façon possible fait partie du bien ou service que le médecin vend, même si c'est une partie qui n'est pas soumise à l'examen minutieux de l'acheteur.

Une conséquence d'une telle relation de confiance est que le médecin ne peut pas avoir, ou donner l'impression d'avoir, un comportement de maximisation du revenu à tout instant. Comme signal de ses intentions d'agir aussi consciencieusement que possible dans l'intérêt de son client, le médecin évite les stigmates manifestes de maximisation du profit. Un comportement de négociation pure, même dans les conditions normales de la concurrence, serait incompatible, non pas logiquement mais sûrement psychologiquement, avec la relation de confiance. Cette relation spéciale est à l'origine des diverses formes de comportement éthique évoquées précédemment ainsi que, selon moi, de la relative insignifiance du motif de profit dans le système hospitalier. Rien que le mot « profit » est perçu comme un signal de désaveu de la relation de confiance.

La discrimination des prix et sa forme extrême de soins gratuits pour les pauvres s'ensuivent également. Si l'on considère que l'obligation première du méde-

cin est avant tout le bien-être du patient, elle doit en particulier avoir priorité sur les difficultés financières.

Une seconde conséquence de l'inégalité d'information entre le médecin et le patient et de l'absence d'une assurance adaptée est que le patient doit déléguer au médecin une large part de sa liberté de choix.

Le patient n'a pas les connaissances nécessaires pour décider des traitements, s'adresser à un spécialiste ou recourir à l'hospitalisation. Afin de justifier cette délégation, le médecin se trouve dans une position quelque peu contraignante. La ligne de conduite la plus sûre est de prescrire le « meilleur » traitement à ce jour. Faire des compromis au niveau de la qualité, même dans le dessein de faire faire des économies au patient, c'est risquer l'accusation de n'avoir pas respecté le lien social.

Cette relation spéciale de confiance proposée aux médecins (et d'autres occupations apparentées, tels les prêtres) s'étend aux tierces personnes, de sorte que les attestations des médecins concernant la maladie et la blessure sont acceptées comme étant fiables (*voir section II, 2, ci-dessus*). La valeur sociale, pour tous ceux qui sont concernés, de telles sources d'information auxquelles on présume que l'on peut se fier est évidente.

Faisons remarquer le principe général opérant ici. Du fait qu'il y a des obstacles à la circulation de l'information et du fait qu'il n'y a pas de marché sur lequel les risques en question peuvent être assurés, la coordination des achats et des ventes doit se faire par le biais d'anticipations convergentes, mais ces dernières sont largement facilitées par le fait qu'elles sont associées à des signaux clairs et précis, lesquels imposent à leur tour certains comportements qui en soi ne sont pas logiquement essentiels pour atteindre un optimum³⁸.

Permis d'exercer et normes éducatives. La délégation et la confiance sont des institutions sociales conçues pour parer au problème de l'inégalité devant la détention de l'information. L'incertitude générale quant aux perspectives du traitement médical est prise en charge socialement par le biais d'exigences rigides régissant l'entrée dans la profession. Ces dernières sont conçues afin de réduire l'incertitude concernant la qualité du produit dans l'esprit du consommateur, pour autant que cela soit possible³⁹. Je crois que cette explication, qui est peut-être naïve, est beaucoup plus défendable que l'idée d'un monopole cherchant à accroître ses revenus. Certes, la restriction à l'entrée à la profession est souhaitable du point de vue des médecins déjà en exercice, mais la pression publique nécessaire pour la mettre en application doit avoir ses origines dans des causes plus profondes.

La demande sociale pour une garantie de qualité peut cependant être satisfaite de plusieurs façons. Il existe au moins trois attitudes qui peuvent être adoptées par l'État ou d'autres institutions sociales concernant l'entrée dans une profession donnée ou, plus généralement, la production de biens et services ; et il existe des exemples de ces trois cas. (1) La profession peut être régie par la délivrance de permis d'exercer, les candidats à l'entrée n'ayant pas les qualifications

nécessaires étant simplement écartés. Le système du permis d'exercer peut être plus complexe que dans le cas de la médecine ; par exemple, les individus pourraient obtenir des permis pour certaines activités médicales, mais pas pour toutes. En effet, on peut critiquer l'approche actuelle du tout ou rien comme étant insuffisante eu égard à la complexité des traitements par les spécialistes, et excessive eu égard aux compétences médicales mineures. Toutefois, un système graduel de permis peut être très difficile à mettre en œuvre. Des contrôles pourraient être effectués, semblables à ceux qui sont pratiqués pour les produits alimentaires, qui peuvent être interdits parce que décrétés dangereux ou autorisés pour les animaux mais pas pour les humains. (2) L'État ou une autre instance peut certifier ou « enregistrer », sans nécessairement en arriver à l'interdiction. L'appellation de « psychologue certifié » est actuellement sérieusement à l'étude ; les conserves sont calibrées. La certification peut être effectuée par des agences non gouvernementales, comme dans les jurys d'examen médicaux pour les spécialistes. (3) On peut ne rien faire du tout ; les consommateurs font leurs propres choix.

Le choix parmi ces trois alternatives dans un cas donné dépend du degré de difficulté qu'ont les consommateurs à faire leur choix, sans aide extérieure, et des conséquences qu'ont les erreurs de jugement commises. Il y a clairement un consensus social général sur le fait que la solution du laisser faire est inenvisageable en médecine. La proposition sur la certification ne semble jamais avoir été prise au sérieux. Développer ces propositions en détail dépasse les limites de cet article. Je souhaite simplement faire remarquer qu'elles devraient être évaluées par rapport à leur capacité de dissiper l'incertitude du patient concernant la qualité du bien qu'il achète, et que l'existence de barrières à l'entrée dans la profession est la conséquence de l'apparente incapacité de concevoir un système dans lequel les risques liés aux lacunes possibles en matière de connaissances et de compétences médicales sont assumés principalement par le patient et non par le médecin.

Post-scriptum

Je souhaite répéter ici ce qui a été suggéré ci-dessus à plusieurs reprises ; que l'incapacité du marché à assurer contre les incertitudes a créé un bon nombre d'institutions sociales pour lesquelles les hypothèses habituelles du marché sont, dans une certaine mesure, contredites. La profession médicale n'en est qu'un exemple, même si, à beaucoup d'égards, un exemple extrême. Toutes les professions ont en commun certaines des mêmes caractéristiques. Même si elle est en déclin, l'importance économique des relations personnelles et surtout familiales n'est nullement négligeable dans les économies les plus avancées ; elle est fondée sur des relations non marchandes introduisant des garanties dans des comportements qui, autrement, seraient frappés d'incertitudes excessives. Beaucoup d'autres exemples peuvent être cités. La logique et les limitations d'un comportement concurrentiel idéal dans des conditions d'incertitude nous obli-

gent à reconnaître que la description de la réalité que fournit un système de prix impersonnels est incomplète ■

K. Arrow remercie pour leurs commentaires F. Bator, R. Dorfman, V. Fuchs, Dr S. Gilson, R. Kessel, S. Mushkin et C. R. Rorem. Cet article a pu être réalisé avec le soutien de la fondation Ford, et fait partie d'une série d'articles sur l'économie de la santé, de l'éducation et du bien-être. *American Economic Review*, vol. 53, 1963, p. 941-969 (annexes omises).

Bibliographie

- ALCHIAN, A. A., ARROW, K., CAPRON, W. M. (1958), *An Economic Analysis of the Market for Scientists and Engineers*, Rand RM 2190 RC, Santa Monica.
- ALLAIS, M. (1953), « Généralisation des théories de l'équilibre économique général et du rendement social au cas du risque », in Centre national de la recherche scientifique, *Économétrie*, Paris, p. 1-20.
- ANDERSON, O. W., Staff of the National Opinion Research Center (1957), *Voluntary Health Insurance in Two Cities*, Cambridge, Mass.
- ARROW, K. J. (1962), « Economic Welfare and the Allocation of Resources for Invention », in Nat. Bur. Econ. Research, *The Role and Direction of Inventive Activity: Economic and Social Factors*, Princeton, p. 609-625.
- ARROW, K. J. (1953), « Le rôle des valeurs boursières pour la répartition la meilleure des risques », in Centre national de la recherche scientifique, *Économétrie*, Paris, p. 41-46.
- BATOR, F. M. (1958), « The Anatomy of Market Failure », *Quart. Jour. Econ. Aug.*, 72, p.351-379.
- BAUDIER, E. (1959), « L'introduction du temps dans la théorie de l'équilibre général », *Les Cahiers économiques*, p. 9-16.
- BAUMOL, W. J. (1952), *Welfare Economics and the Theory of the State*, Cambridge, Mass.
- BORCH, K. (1960), « The Safety Loading of Reinsurance Premium », *Skandinavisk Aktuarietidskrift*, p. 163-184.
- BUCHANAN, J. M., TULLOCK, G. (1962), *The Calculus of Consent*, Ann Arbor.
- DEBREU, G. (1960), « Une économie de l'incertain », *Économie appliquée*, 13, p. 111-116.
- DEBREU, G. (1959), *Theory of Values*, New York.
- DUBOS, R. (1959), « Medical Utopias », *Daedalus*, 88, p. 410-424.
- FIELD, M. G. (1957), *Doctor and Patient in Soviet Russia*, Cambridge, Mass.
- FRIEDMAN, M. (1953), « The Methodology of Positive Economics », in *Essays in Positive Economics*, Chicago, p. 3-43.
- FRIEDMAN, M., KUZNETS, S. S. (1945), *Income from Independent Professional Practice*, Nat. Bur. Econ. Research, New York.
- KESSEL, R. A. (1958), « Price Discrimination in Medicine », *Jour. Law and Econ.*, 1, p. 20-53.
- KOOPMANS, T. C. (1957), « Allocation of Resources and the Price System », in *Three Essays on the State of Economic Science*, New York, p. 1-120.
- LITTLE, I. M. D. (1950), *A Critique of Welfare Economics*, Oxford.
- MUSHKIN, S. (1958), « Towards a Definition of Health Economics », *Public Health Reports*, 73, p. 785-793.
- NELSON, R. R. (1959), « The Simple Economics of Basic Scientific Research », *Jour. Law and Econ.*, 67, 297-306.
- PARSONS, T. (1951), *The Social System*, Glencoe.
- PECK, M. J., SCHERER, F. M. (1962), *The Weapons Acquisition Process: An Economic Analysis*, Div. of Research, Graduate School of Business, Harvard University, Boston.
- SCHELLING, T. C. (1960), *The Strategy of Conflict*, Cambridge, Mass.
- SHAPIRO, A. K. (1960), « A Contribution to a History of the Placebo Effect », *Behavioral Science*, 5, p. 109-135.
- SOMERS, H. M., SOMERS, A. R. (1961), *Doctors, Patients, and Health Insurance*, The Brookings Institution, Washington.
- STEVENSON, C. L. (1945), *Ethics and Language*, New Haven.
- Department of Health, Education and Welfare (1959), *Physicians for a Growing America*, Public Health Service Publication, n° 709.

Notes

1. I. M. D. Little a souligné ce point (1950, p. 71-74). Sur le concept de « définition persuasive », cf. C. L. Stevenson (1945, p. 210-217).
2. La séparation entre l'allocation et la répartition, même sous les hypothèses ci-dessus, dissimule les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de n'importe quelle politique de redistribution. Dans la pratique, il est quasiment impossible de trouver un ensemble d'impôts et de subventions qui n'aient pas d'effets négatifs sur la poursuite d'un état optimal. Mais cela nous éloigne davantage de notre propos.
3. Les théorèmes de base de l'économie du bien-être, auxquels nous avons si brièvement fait allusion ci-dessus, ont fait l'objet d'une littérature abondante, mais il n'existe pas d'énoncé tout à fait satisfaisant qui couvre aussi bien les théorèmes que la signification des exceptions à ces théorèmes. Les affirmations positives de l'économie du bien-être et leur relation à la théorie de l'équilibre concurrentiel sont admirablement traitées par Koopmans (1957). La meilleure présentation résumée des diverses façons dont les théorèmes peuvent ne pas tenir se trouve probablement dans Bator (1958).
4. Il y a également d'autres conditions mineures, pour lesquelles voir Koopmans (1957, p. 50-55).
5. Pour un énoncé plus précis des conditions d'existence, voir Koopmans (1957, p. 56-60) ou Debreu (1959, chap. 5).
6. La théorie, avec des variantes, semble avoir d'abord été élaborée par Allais (1953), Arrow (1953) et Baudier (1959). Pour plus de généralités, voir Debreu (1960, et 1959, chap. 7).
7. Il faut aussi noter que, dans un contexte d'incertitude, les indivisibilités, même si elles sont trop limitées pour porter atteinte à l'existence et à la viabilité d'un équilibre concurrentiel, peuvent toutefois engendrer une gamme considérable de rendements croissants, de par les effets de la loi des grands nombres. Puisque la plupart des objets de l'assurance (vies, incendies, etc.) ont une part d'indivisibilité, les sociétés d'assurances doivent avoir une certaine taille minimale. Cependant, il n'est pas évident que cet effet soit suffisamment important pour créer de sérieux obstacles à l'existence et à la viabilité de l'équilibre concurrentiel dans la pratique.
8. La recherche représente une forme de production de l'information. Non seulement ce bien a des aspects non conventionnels en tant que bien marchand, mais il est également susceptible de générer des rendements croissants au fur et à mesure de son utilisation, puisque de nouvelles idées, une fois développées, peuvent servir à maintes reprises sans être épuisées. En outre, il crée des difficultés au niveau de la gestion du marché, car son coût de reproduction est très inférieur à son coût de production. Il n'est donc pas surprenant qu'une économie de libre entreprise tende à sous-investir dans la recherche. Voir Nelson (1959) et Arrow (1962).
9. Un exemple d'une situation actuelle importante dans laquelle les relations normales de marché ont dû être considérablement modifiées face à la présence de grands risques est celui de la production et de l'acquisition d'armes modernes. Voir Peck et Scherer (1962, p. 581-582 [je dois cette référence à V. Fuchs]) et Alchian et al. (1958, p. 71-75).
10. Pour un énoncé explicite de ce point de vue, voir Baumol (1952). Mais je pense que cette position est implicite dans la plupart des débats sur les fonctions d'un gouvernement.
11. Depuis la rédaction de ce qui précède, j'ai découvert que Buchanan et Tullock (1962, chap. 13) ont soutenu que toute redistribution peut être interprétée comme étant une « assurance revenu ».
12. Je suis redevable d'une étude éclairante sur le sujet à S. Mushkin (1958).
13. S'agissant de la demande émanant du gouvernement, la puissance militaire donne l'exemple d'un service dont on se sert de façon irrégulière et imprévisible. Ici aussi, des relations institutionnelles et professionnelles spéciales sont apparues, même si la structure sociale précise est différente pour des raisons qu'il n'est pas difficile d'analyser.
14. Même dans le cas de biens matériels, l'essai n'est jamais si adéquat qu'il permet d'écarter tout élément de confiance implicite. Bien entendu, dans le long terme, une expérience acquise de la qualité du produit d'un vendeur permet de vérifier si l'on peut avoir confiance ou pas.
15. Voir Parsons (1951, p. 463). Le chapitre entier (chap. 10) est une analyse très éclairante du rôle social de la profession médicale ; même si les domaines d'intérêt de Parson diffèrent des miens, je dois reconnaître ici que je lui suis redevable.
16. Je suis redevable à Herbert Klarman, de l'université de Johns Hopkins, pour certains points présentés ici et dans le paragraphe qui suit.
17. La conviction que la déontologie médicale requiert un traitement du patient qui soit indépendant de sa capacité à payer est très fortement enracinée. Un observateur aussi perspicace que René Dubos a fait la remarque que le coût élevé des anticoagulants limite leur usage et peut venir en contradiction avec la déontologie médicale classique, comme si cela était un phénomène sans précédent. Voir Dubos (1959, p. 419) : « Le temps pourrait venir où la déontologie médicale devra être considérée à la dure lumière de l'économie » (c'est nous qui soulignons). Bien entendu, cette attitude revient à faire abstraction de la rareté des ressources médicales ; il suffit d'avoir été pauvre pour déceler l'erreur. On peut légitimement supposer que prix et revenus ont effectivement une incidence sur les dépenses médicales.
18. Un projet de recherche très utile serait l'étude de la nature exacte des différences entre les soins médicaux reçus et les soins médicaux « achetés » au fur et à mesure que le revenu augmente. (Le concept du revenu correspondant doit également être analysé.) A cette fin, une certaine désagrégation des données est nécessaire ; des divergences en matière de soins hospitaliers qui relèvent essentiellement d'une question de confort devraient, selon le point de vue précédent, être beaucoup plus sensibles au niveau du revenu que ne le sont, par exemple, les médicaments.
19. Ce rôle est renforcé dans une société socialiste, dans laquelle l'État lui-même est activement concerné par la maladie en relation avec le travail. Voir Field (1957, chap. 9).

20. Les hôpitaux privés totalisaient environ 3 % des lits d'hôpital en 1958, contre 30 % pour les hôpitaux à but non lucratif, la part restante étant couverte par les hôpitaux fédéraux, étatiques ou locaux ; voir Somers (1961, diagramme 4-2, p. 60).
21. C. R. Rorem m'a signalé d'autres facteurs qui entrent dans cette analyse. (1) Étant donné l'intention sociale d'aider tous les patients sans tenir compte de leur capacité à payer immédiatement les soins, le principe des économies d'échelle impliquerait une prédominance d'hôpitaux parrainés par les collectivités locales. (2) Certains hôpitaux privés auront tendance à exercer un contrôle plus serré sur les coûts pour le patient, y compris les honoraires des médecins, qui auront donc tendance à préférer les hôpitaux parrainés par les collectivités locales.
22. Sans vouloir juger la situation actuelle, il est clair, rétrospectivement, qu'à un certain moment dans le passé la connaissance différentielle effective des médecins était limitée. Toutefois, d'un point de vue économique, c'est la conviction subjective des intéressés, des deux côtés, et dont témoigne leur comportement sur le marché, qui est pertinente.
23. Le niveau de subvention inhérent aux différentes filières de l'éducation professionnelle mériterait de faire l'objet d'un travail approfondi de recherche.
24. A strictement parler, il y a quatre variables de marché pour les médecins : prix, qualité des étudiants à l'entrée, qualité de l'enseignement, et quantité. Les forces du marché fondamentales, à savoir la demande de soins médicaux et l'offre d'étudiants à l'entrée, déterminent deux relations entre les quatre variables. Ainsi, si les tendances ne relevant pas d'une logique de marché déterminent les deux dernières variables, alors les forces du marché détermineront les variables prix et qualité des étudiants à l'entrée.
25. L'offre de titulaires de doctorats est régie de façon analogue, mais il y a d'autres conditions sur le marché qui sont très différentes, surtout du côté de la demande.
26. Aujourd'hui, seule l'Union soviétique propose un niveau alternatif, inférieur, de personnel médical, les « feldshers », qui exercent principalement dans les régions rurales (le système date du xviii^e siècle). Selon Field (1957, p. 98-100, 132-133), il y a des signes clairs de tensions dans les relations entre médecins et feldshers, mais il n'est pas certain que les feldshers disparaîtront progressivement au fur et à mesure que le nombre de médecins s'accroîtra.
27. La loi impose en fait certaines limites sur le transfert de risques dans les contrats, par exemple, le refus général d'honorer les clauses de disculpation (« exculpatory clauses »).
28. Il se peut que cette observation soulève un problème d'identification. Si l'échec du marché est, ou semble être, plus marqué dans le cas des soins médicaux que dans celui, par exemple, de l'alimentation, alors un individu par ailleurs préoccupé au même degré par les deux aspects du bien-être des autres pourrait préférer apporter son aide sur le premier aspect.
29. Voir Friedman (1945, p. 118-137). Les calculs s'appuient sur beaucoup d'hypothèses et sont à prendre avec précaution ; voir les commentaires de C. Reinold Noyes (ibid., p. 407-410).
30. Department of Health, 1959 p. 14-15.
31. On pourrait soutenir que, à cause de la présence d'une discrimination raciale à l'entrée, certains candidats non retenus auraient un niveau supérieur à ceux ayant été retenus. Toutefois, il n'y a pas nécessairement un lien entre l'accroissement du nombre de candidats et la réduction de la discrimination raciale ; tant qu'il y a un excès de la demande à l'entrée, la discrimination peut rester inchangée et les nouveaux candidats retenus auront un niveau inférieur à ceux retenus auparavant.
32. L'un des problèmes qui se pose ici est que les lois fiscales ne prévoient pas l'amortissement de l'enseignement professionnel, si bien qu'il y a une discrimination contre cette forme d'investissement.
33. Pour anticiper sur la discussion à venir, cette condition n'est pas nécessairement remplie. Lorsqu'il s'agit de choix de qualité, le marché n'est pas toujours exact.
34. Il est supposé qu'il y a deux groupes, riches et pauvres ; le prix des soins médicaux pour les riches est le double de celui pour les pauvres, les dépenses médicales des riches représentent 20 % de celles des pauvres, et l'élasticité de la demande de soins médicaux est de 0,5 pour les deux groupes. Choisissons nos quantités et nos unités monétaires de sorte que la quantité d'unités médicales consommées par les pauvres et le prix qu'ils paient soient tous les deux égaux à 1. Alors les riches achètent 0,1 unité de services médicaux à un prix de 2. Compte tenu de l'hypothèse sur les élasticités de la demande, la fonction demande des riches est $D_R(p) = 0,14 p^{-5}$ et celle des pauvres est $D_P(p) = p^{-5}$. L'offre de services médicaux est supposée fixe et doit donc être égale à 1,1. Si la discrimination des prix était supprimée, le prix à l'équilibre, p , devrait satisfaire la relation,
- $$D_R(p) + D_P(p) = 1,1$$
- et donc $p = 1,07$. Les quantités de soins médicaux achetées par les riches et les pauvres seraient, respectivement, $D_R(p) = 0,135$ et $D_P(p) = 0,965$.
- Les fonctions demande inverses, c'est-à-dire le prix à payer correspondant à n'importe quelle quantité donnée, sont $d_R(q) = .02/q^2$ et $d_P(q) = 1/q^2$. Donc, le surplus des consommateurs pour les riches engendré par le changement est :
- $$(1) \int_1^{.135} (.02/q^2) dq - p (.135 - .1)$$
- et de façon analogue la perte de surplus des consommateurs pour les pauvres est :
- $$(2) \int_{.965}^1 (1/q^2) dq - p (1 - .965)$$
- Si l'on soustrait (2) de (1), les deuxièmes termes s'éliminent, et l'accroissement global du surplus des consommateurs est de 0,0156, soit un peu plus de 1 % des dépenses initiales.
35. Un exemple frappant du désir de sécurité en matière de soins médicaux est celui des préférences exprimées par les émigrés en provenance de l'Union soviétique entre la médecine soviétique et la médecine allemande ou américaine ; voir Field (1957, chap. 12). Ceux qui étaient en Allemagne préféraient le système allemand au système soviétique, mais ceux qui étaient aux États-Unis préféraient (dans un rapport de 3 à 1) le système soviétique. Les raisons données se résument finalement à la certitude d'accès aux soins médicaux, indépendamment des variations au niveau du revenu ou de la santé.

36. *Selon une croyance populaire, les Chinois payaient jadis leurs médecins lorsqu'ils étaient bien portants et non quand ils étaient malades.*
37. *Francis Bator m'a fait remarquer qu'une certaine protection peut être atteinte, à un prix, par l'obtention d'options supplémentaires.*
38. *La situation rappelle fortement le rôle crucial du point de convergence dans la théorie des jeux tacites de Schelling, dans lequel deux agents doivent trouver une ligne d'action commune sans pouvoir communiquer entre eux (1960; voir surtout p. 225 sq.).*
39. *Savoir dans quelle mesure cet objectif est atteint est une autre question. R. Kessel m'a fait remarquer que ces exigences cautionnent seulement le côté formation, et non pas la continuité de la bonne « performance » au fur et à mesure que la technologie médicale change.*

UN QUART DE SIÈCLE DE CROISSANCE

du patrimoine des ménages

MOTS CLEFS : *épargne* • *investissement immobilier* • *patrimoine* • *placements financiers* • *plus-values* •

Ces dernières années, de nombreuses données de comptabilité patrimoniale ont été publiées en France. Il est dès lors possible, après avoir explicité les principales relations comptables, d'utiliser leur cohérence pour décrire l'évolution des patrimoines des ménages sur un quart de siècle. De 1969 à 1985, les patrimoines évoluent au même rythme que les revenus : l'épargne est assez abondante, mais les ponctions inflationnistes freinent la croissance du patrimoine. De 1985 à 1994, les patrimoines augmentent nettement plus vite que les revenus, à un moment où, paradoxalement, l'épargne est moins importante qu'au cours de la période précédente ; mais c'est que, avec la désinflation et la bonne tenue du marché boursier, des plus-values réelles non négligeables ont fait leur apparition. Parallèlement, au cours de cette dernière décennie, la part du patrimoine financier dans le patrimoine total a nettement crû : en effet, en même temps que l'investissement dans le logement se réduisait considérablement, les plus-values réelles se concentraient sur le seul patrimoine financier.

La croissance des flux (produit intérieur, revenu disponible, etc.) nous est plus familière que celle des stocks. Les raisons de cette plus grande familiarité sont à la fois pratiques, conceptuelles et théoriques. Pratiques, parce que, partout, les informations concernant les flux sont plus développées que celles qui portent sur les patrimoines. Conceptuelles, parce que certaines notions centrales de la comptabilité patrimoniale restent incertaines (prix ou amortissement d'un actif, par exemple). Théoriques enfin, parce que les constructions, formalisées ou non, des auteurs ont longtemps oublié la dimension patrimoniale de la croissance économique. C'est seulement depuis une petite décennie que cette dimension a été réellement réintroduite en micro et en macro-économie. En ce qui concerne la France, les informations de toute nature concernant l'accumulation du patrimoine s'améliorent cependant progressi-

* Respectivement professeur émérite à l'université de Paris-Dauphine, directeur du Centre de recherche sur l'épargne ; chargé d'étude au Crep.

Éditeur de l'article : Sceptra, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

vement ; par exemple, l'Insee a publié en décembre 1994 une synthèse sur « vingt-cinq ans de comptes de patrimoine », avec de nouvelles séries complètes et homogènes. Plus récemment encore, la publication des comptes de la nation pour 1994 a été l'occasion, pour l'Insee et la Banque de France (Sesof), de présenter une version quelque peu modifiée de l'évolution des patrimoines entre 1990 et 1994.

Ces récentes publications fournissent notamment, de façon parfois un peu éparse, tous les éléments des comptes de variations du patrimoine au cours d'une année pour la période 1969-1994. S'agissant des actifs financiers, c'est la Banque de France qui a été maître d'œuvre, tandis que les comptes non financiers ont été directement établis par l'Insee.

Il était dès lors tentant, en faisant la synthèse des sources existantes, d'analyser la croissance du patrimoine des ménages en France, comme on le fait de la croissance des revenus, en utilisant toutes les ressources offertes par la cohérence des relations comptables. Dans les développements qui suivent, on commencera par présenter le cadre de l'analyse ; dans la seconde partie, on commentera les résultats obtenus pour l'ensemble des vingt-cinq ans qui séparent 1969 de 1994.

I. LE CADRE COMPTABLE DE L'ANALYSE

La méthode utilisée pour analyser la croissance du patrimoine des ménages doit évidemment reposer sur les principes de la comptabilité patrimoniale qui a pour mérite d'assurer la cohérence entre les informations en flux (épargne, investissement, endettement...) tirées des comptes usuels de la nation et les informations sur la valeur des différents éléments de patrimoine, généralement comptabilisés à la fin de chaque année étudiée (actifs financiers et non financiers, diverses sortes de passif...).

La méthode que nous utilisons ici devrait, moyennant certaines adaptations, pouvoir être assez aisément transposée à d'autres comptabilités patrimoniales comme il en existe, par exemple, aux États-Unis, au Royaume-Uni et probablement en Allemagne.

On proposera deux types d'éclairage de la croissance des patrimoines. Le premier concernera le financement de cette croissance ; la question posée est alors : quelles sont les ressources financières qui sont à l'origine de la croissance observée ? On fournira ensuite les relations qui mettent en évidence les composantes de cette croissance ; la question posée est ici : quelles sont les formes concrètes prises par la croissance du patrimoine ? En particulier, quelles ont été, dans cette croissance, les parts respectives du patrimoine financier et du patrimoine non financier ?

Pour introduire ces deux analyses et montrer la cohérence avec les comptes de flux, il est commode de partir d'une synthèse des comptes des ménages en comptabilité nationale traditionnelle.

1. L'équilibre global entre les ressources et emplois des ménages

On peut présenter la synthèse des six comptes de la comptabilité nationale concernant les ménages dans l'égalité suivante dont le membre de gauche correspond aux ressources annuelles et celui de droite aux emplois :

$$/1/ Y_b + \delta P + \varepsilon = C + I_b + F_f$$

- où Y_b représente le revenu disponible des ménages, après cotisations sociales et impôts sur le revenu et le capital, mais brut de la consommation de capital ;
- δP , la variation de passif, de court, moyen ou long terme ;
- ε , un ajustement statistique, le plus souvent de signe positif, auquel on ajoutera, dans le calcul, les « décalages comptables » qui apparaissent du côté du passif dans les comptes financiers sans que leur signification économique soit bien nette ;
- C , la consommation marchande et non marchande ;
- I_b , la formation brute de capital fixe (logements et investissements des entrepreneurs individuels) ; dans une acception large, I_b comprend également les acquisitions nettes de terrains et d'actifs incorporels (fonds de commerce, droits au bail, brevets, etc.) ;
- F_f , les flux monétaires et financiers correspondant aux différents placements des ménages sur les produits financiers à leur disposition.

Si l'on voulait être plus complet, on tiendrait compte du fait que $\delta P = E - R_t$, où E représente l'ensemble des crédits nouveaux accordés aux ménages au cours de l'année et R_t , leurs remboursements de crédits au cours de cette même année, pour écrire :

$$/2/ Y_b + E + \varepsilon = C + I_b + F_f + R_t$$

Malheureusement, la connaissance des remboursements de crédits pose de sérieux problèmes tant pratiques que conceptuels (en particulier, pour les découverts et crédits de court terme). Nous nous en tiendrons donc à la relation /1/. Par définition même de l'épargne brute, il vient :

$$/3/ S_b + \delta P + \varepsilon = I_b + F_f$$

La signification de l'ajustement ε ressort clairement de cette relation qui peut s'écrire :

$$/4/ S_b - I_b + \varepsilon = F_f - \delta P$$

Le membre de gauche de la relation est la « capacité de financement » des ménages, alors que celui de droite correspond au traditionnel solde des créances et des dettes.

L'ajustement, ε , traduit donc bien l'écart entre ces deux grandeurs, le solde des créances et des dettes étant souvent supérieur à la « capacité de financement des ménages » ; on a signalé plus haut qu'on élargira, dans le calcul, le champ de cet ajustement en y incluant les « décalages comptables » qui, du côté du passif, ne

correspondent vraiment pas à une ressource nouvelle pour les ménages, mais ont en fait la nature d'un ajustement.

A partir des égalités /3/ et /4/, il est aisé d'introduire les deux types d'analyse de la croissance des patrimoines que nous souhaitons présenter.

2. Les composantes de la variation de patrimoine

On distinguera ici les deux formes que peut prendre le patrimoine dans sa croissance : actifs non financiers ou actifs financiers. Les comptes de variation du patrimoine fournis par l'Insee permettent d'écrire la variation du patrimoine brut, δWb , de la façon suivante :

$$/5/ \delta Wb = Ib - CC + Ff + R + \mu$$

- où Ib et Ff ont la même signification que ci-dessus ;
- CC est la « consommation de capital » qui correspond à l'usure (amortissement) du patrimoine non financier (plus précisément, des actifs fixes reproductibles) ;
- R , la « réévaluation » traduisant les changements de prix des actifs (éventuellement des passifs) intervenus en cours d'année ; on conçoit bien que la mesure de ces changements de prix ne soit pas toujours aisée ;
- μ , un ajustement qui, pour un actif donné, comprend plusieurs éléments dont les principaux sont les changements de secteur (une entreprise individuelle qui se transforme en société passe du secteur des « ménages » à celui des « sociétés » et quasi-sociétés) et un ajustement statistique lié à diverses causes (modification des plans comptables, disparition de certains actifs, etc.).

On remarquera que, au niveau macroéconomique où nous nous plaçons, les transmissions de patrimoine (héritages, donations) ne constituent pas une cause de variation du patrimoine, car elles se produisent le plus souvent entre ménages sur le territoire français : s'il y avait, par exemple, à l'occasion d'une succession, un transfert net de capital en direction de l'étranger, ce transfert serait repris dans la variable d'ajustement, μ , qui a été définie ci-dessus. Quant aux droits de succession prélevés sur les ménages, ils viennent simplement réduire le revenu disponible et donc, à consommation donnée, l'épargne réalisée par les ménages au cours de l'année considérée.

Du côté du patrimoine non financier, on peut faire apparaître le flux d'investissement net de la consommation de capital, In , en écrivant :

$$In = Ib - CC$$

Il vient alors :

$$/6/ \delta Wb = In + Ff + R + \mu$$

Le calcul des « contributions » au taux de croissance du patrimoine brut se fera en divisant les deux membres des relations /5/ ou /6/ par Wb . La somme algébrique des « contributions » des différents facteurs sera alors naturellement égale au taux de croissance du patrimoine brut.

On peut aussi s'intéresser séparément aux composantes de la croissance du patrimoine non financier brut, $WNFb$, ou du patrimoine financier brut, WFb ; viennent alors les deux relations suivantes :

$$/7/ \delta WNFb = I_n + R_1 + \mu_1$$

$$/8/ \delta WFB = F_f + R_2 + \mu_2$$

où R_1 et R_2 sont respectivement les plus ou moins-values en capital du patrimoine non financier et du patrimoine financier ; μ_1 et μ_2 , les termes d'ajustement respectivement du patrimoine non financier et du patrimoine financier.

Le second éclairage de la croissance du patrimoine se déduit très simplement du premier.

3. Le financement de la croissance du patrimoine

La question posée est ici : quelles sont les ressources financières qui ont permis la croissance observée du patrimoine ? La réponse est évidemment différente suivant que l'on s'intéresse à la croissance du patrimoine brut d'endettement ou du patrimoine net.

En reportant la relation /3/ dans /5/, on obtient pour le patrimoine brut :

$$/9/ \delta Wb = S_b - CC + \delta P + R + (\varepsilon + \mu)$$

soit encore, en écrivant l'épargne nette de la consommation de capital, $S_n = S_b - CC$:

$$/10/ \delta Wb = S_n + \delta P + R + (\varepsilon + \mu)$$

Ces deux relations suscitent plusieurs remarques.

Le premier terme de la relation /9/, l'épargne brute, S_b , est certainement positif en macroéconomie, sauf circonstances très particulières. Le fait que figure explicitement la consommation de capital, CC , permet d'isoler la ponction opérée sur le patrimoine par son « usure » : le poids relatif de CC dépend évidemment de nombreux paramètres, mais surtout, de façon globale, de la place qu'occupent le logement et les biens professionnels des entrepreneurs individuels dans l'ensemble du patrimoine ; en France, la consommation de capital des ménages représente en général plus de 3 % de leur revenu disponible, soit un peu plus de 0,5 % du total de leur patrimoine.

L'épargne nette de la relation /9/ et /10/, $(S_b - CC)$, a toujours été positive en France au cours des vingt-cinq dernières années ; certains pays scandinaves ont connu, au cours de cette période, une telle chute de l'épargne des ménages que leur épargne nette a été négative durant quelques années. Il s'agit là d'un phénomène rare.

La variation de passif, δP , peut, quant à elle, être positive, négative ou nulle, suivant la phase conjoncturelle dans laquelle on se trouve. Si la croissance de l'activité est tendancielle, il est cependant normal que cette variation de passif soit aussi tendanciellement positive. Cependant, en cas de désendettement brutal faisant suite, par exemple, à une période de fort recours au crédit, il n'est pas impos-

sible que les remboursements d'emprunt deviennent globalement supérieurs aux nouveaux crédits contractés : le passif diminue donc ; mais, même si nos économies ne sont plus des « économies d'endettement », il est cependant peu probable que, sur plusieurs années, la variation de passif des ménages ait une contribution négative à la variation du patrimoine brut.

Cette variation de passif peut d'ailleurs logiquement soulever une interrogation : on comprend bien en effet que les crédits à l'habitat, par exemple, contribuent à la croissance du patrimoine brut global, mais comment se fait-il que les crédits à la consommation (qui sont compris dans la variation de passif) puissent « contribuer » à la croissance du patrimoine brut ? La réponse est qu'il s'agit là de la conséquence logique d'une convention comptable : à partir du moment où l'épargne est calculée comme si la totalité de la consommation était financée par le revenu courant, il est bien normal de considérer les crédits à la consommation comme une source supplémentaire de croissance du patrimoine brut ; l'alternative qui consisterait à calculer l'épargne en retranchant du revenu la seule partie autofinancée de la consommation aboutirait d'ailleurs à majorer cette épargne du montant même de la variation d'encours des crédits à la consommation.

Les mouvements de prix, R , correspondent, quant à eux, aux plus ou moins-values nominales associées à la variation des prix des actifs de « marché » (valeurs mobilières cotées ou non, biens fonciers bâtis et non bâtis, contrats d'assurance vie en unité de compte). Ces plus ou moins-values nominales doivent être converties en variations réelles : il faut en effet apprécier l'évolution du prix relatif des différents actifs par rapport à un indice de prix aussi général que possible et traduisant l'inflation. Les actifs libellés en francs (dépôts d'épargne...) ne font pas apparaître de variations nominales de prix, mais souffrent des ponctions inflationnistes qui font ressortir des moins-values réelles. On montrera plus loin comment l'on passe des plus ou moins-values nominales à des plus ou moins-values réelles.

La dernière remarque nécessaire a trait aux « ajustements » : comme, en moyenne, les deux types d'ajustement présents dans les relations /9/ et /10/ sont positifs, il faut s'attendre à voir ces « ajustements » jouer un rôle plus important dans la décomposition des contributions dans l'optique du financement de la croissance, puisqu'ils s'y additionnent, que dans l'analyse des composantes de la croissance (relation /6/), où ne figure qu'un seul type d'ajustement.

Enfin, la recherche des « contributions » au financement de la croissance peut se limiter au seul patrimoine net d'endettement (analogue à l'actif net des entreprises).

La variation de passif n'intervient pas comme source de financement du patrimoine net, W_n , et la relation de décomposition devient donc :

$$/11/ \delta W_n = S_n + R + (\epsilon + \mu)$$

C'est la même réévaluation nominale qui figure dans la relation concernant le patrimoine net et dans celle qui a trait au patrimoine brut, mais le calcul des plus-

values réelles conduira à des résultats différents, puisque la ponction inflationniste qui concerne le patrimoine brut est évidemment plus importante que celle qui caractérise le patrimoine net : dans ce dernier cas, en effet, l'influence de l'inflation sur le patrimoine brut est plus ou moins compensée par les gains d'inflation procurés par l'existence d'un passif libellé en valeur nominale.

Les « contributions » au taux de croissance du patrimoine net seront simplement obtenues en divisant les deux membres de la relation par le patrimoine net lui-même, soit W_n .

4. Les sources utilisées et la conduite des calculs

La quasi-totalité des données utilisées est celle qui figure dans les publications de l'Insee de 1994 et 1995. Indépendamment de l'« ajustement statistique » avoué qui est indispensable pour réconcilier ce qu'il est convenu d'appeler « épargne financière » et le solde des créances et des dettes du compte financier des ménages, il y a, on l'a dit, d'autres ajustements plus discrets : la signification des « décalages comptables » ou même celle des « crédits commerciaux » ne sont en effet pas toujours bien évidentes.

Outre cela, certaines réévaluations du portefeuille actions ou obligations des ménages sont parfois surprenantes : en 1993, par exemple, on a une réévaluation de quelque 50 % du portefeuille d'actions des ménages, alors que l'indice SBF250 n'a augmenté que de 32 %.

L'évaluation des actions françaises non cotées est, d'autre part, extrêmement difficile, tant dans la mesure du portefeuille au début de la chronique que dans les réévaluations à y apporter chaque année. Ces dernières sont inspirées des indices disponibles pour les actions cotées, mais avec, semble-t-il, un changement des pondérations sectorielles pour se rapprocher des caractéristiques d'activité des entreprises non cotées.

En ce qui concerne le déflateur utilisé, nous avons choisi l'indice de prix du PIB tel qu'il est publié dans les comptes nationaux sur disquette de l'OCDE. Il nous fallait en effet un déflateur aussi général que possible. Il n'y avait en particulier aucune raison de déflater l'évolution des patrimoines par l'indice des prix à la consommation : même si l'épargne est de la « consommation différée », il nous a semblé en effet plus judicieux de calculer le pouvoir d'achat du patrimoine en référence à un indice des prix qui concerne l'ensemble des biens produits.

L'indice de prix du PIB a donc servi de déflateur général, y compris pour le revenu : la croissance « réelle » du patrimoine et celle du revenu sont ainsi calculées sur les mêmes bases. S'agissant du « prix relatif » du patrimoine qui ressort de nos calculs, il convient donc de ne pas oublier qu'il est calculé par rapport à l'évolution du prix du PIB.

De façon opérationnelle, ce prix du PIB sert, notamment, à calculer la ponction inflationniste subie par le patrimoine global brut et net ou, séparément, par le patrimoine financier et par le patrimoine non financier.

En ce qui concerne le patrimoine global brut, le calcul pour aboutir à mettre en

évidence la plus ou moins-value réelle est conduit comme suit à partir de la relation/10/ :

$$/12/ \delta Wb - iWb = Sn + \delta P + (R - iWb) + (\epsilon + \mu)$$

où i représente le taux de variation du prix du PIB au cours de l'année considérée et Wb , la valeur du patrimoine brut en début d'année.

En ce qui a trait à la plus-value réelle du patrimoine net, la mise en évidence s'opère à partir de la relation/12/. Puisqu'on a en effet :

$$\delta Wb = \delta Wn + \delta P$$

il vient :

$$/13/ \delta Wn + \delta P - i(Wn + P) = Sn + \delta P + (R - iWb) + (\epsilon + \mu)$$

et, en simplifiant et en réarrangeant :

$$/14/ \delta Wn - iWn = Sn + (R - iWb + iP) + (\epsilon + \mu)$$

Cette relation permet de vérifier que la plus-value réelle sur le patrimoine net est bien supérieure à la plus-value réelle sur le patrimoine brut, puisque la ponction inflationniste sur le passif, iP , vient s'ajouter à la plus-value réelle du patrimoine brut, $(R - iWb)$.

II. LES RÉSULTATS OBTENUS

Le constat que l'on présente ici ne concerne que le patrimoine des ménages et des entrepreneurs individuels. Il n'a pas trait à celui des entreprises sociétaires, pas plus qu'à celui des institutions financières ou des administrations.

Les deux premières sous-parties ci-dessous présenteront des résultats concernant l'ensemble de la période étudiée. Dans les deux suivantes, au contraire, nous mettrons en relief les spécificités de chacune des sous-périodes que nous serons amenés à distinguer.

1. Croissance des patrimoines et des revenus

Pendant un quart de siècle, le pouvoir d'achat du revenu disponible des ménages a crû à un rythme annuel moyen de 2,50 %. Dans le même temps, le patrimoine brut d'endettement (c'est-à-dire passif non déduit) croissait à un rythme de 2,99 % ; de moins de 2 300 milliards de francs courants en 1969, il est passé à près de 26 000 milliards en 1994.

Quant au patrimoine net, c'est-à-dire passif déduit, il progressait à un rythme un peu inférieur à celui du patrimoine brut, soit 2,87 % par an : au cours de la période, le passif des ménages a eu en effet tendance à croître plus vite que le patrimoine brut, à un rythme annuel moyen de 3,5 %. En 1969, le passif total des ménages ne représentait que 13 % du patrimoine brut ; en 1994, cette proportion est passée à près de 16 % (voir tableau 1, en annexe), mais elle reste très modérée si on la compare à celle que l'on peut observer dans les pays anglo-saxons ou scandinaves.

Tableau 1

La croissance du patrimoine et du revenu entre 1969 et 1994 ⁽¹⁾				
	Revenu disponible	Patrimoine brut	Patrimoine net	Passif
Taux annuel de croissance réelle (en %)	2,50	2,99	2,87	3,50
Croissance réelle sur 25 ans (en %)	85,4	108,9	102,9	136,3
Montant en 1994 (fin d'année pour les stocks, en milliards de francs)	5 122	25 811	21 760	4 051

(1) Le déflateur utilisé est le prix du PIB.

Quoi qu'il en soit, que l'on se réfère au patrimoine brut ou au patrimoine net, le patrimoine des ménages a crû plus vite que leur revenu au cours du dernier quart de siècle ; le rapport du patrimoine au revenu, qui est une mesure de l'intensité capitalistique d'une économie, a donc augmenté. Comme on le verra plus loin, la stabilité a prévalu de 1969 à 1985, et c'est seulement à partir de 1985 que le patrimoine s'est mis à croître plus vite que le revenu. Les observations qui suivent visent précisément à expliciter les raisons de cette accélération.

2. Les « contributions » à la croissance du patrimoine

Comme on recherche les « contributions » à la croissance du PIB ou du revenu disponible des ménages, mais dans un sens un peu différent, nous avons mis ici en évidence les « contributions » à la croissance du patrimoine dans les deux optiques mentionnées ci-dessus :

- celle du « financement » de la croissance ;
- celle des « composantes » de la croissance.

■ Les contributions au financement de la croissance

Dans la croissance réelle du patrimoine brut, l'épargne (nette de la consommation de capital) joue évidemment un rôle important : 2,34 % sur les 2,99 % de croissance moyenne du patrimoine au cours du quart de siècle étudié (tableau 2) ; la consommation de capital a, d'autre part, représenté, en moyenne au cours de la période, à peu près un tiers de l'épargne brute ; mais on verra plus loin qu'en fait cette part a été assez régulièrement croissante.

Le rôle de l'augmentation de passif a été, de son côté, loin d'être négligeable (1,50 %), cependant que, dans cette période marquée fortement par l'inflation jusqu'à 1985, les mouvements de prix ont eu une contribution nettement négative (– 1,08 %).

Le poids de la ponction inflationniste a été, en pourcentage moyen, bien évidemment le même pour le patrimoine brut et pour le patrimoine net. Le taux de croissance réel du patrimoine brut s'obtient en effet en faisant :

$$(\delta W_b - i W_b) / W_b = \delta W_b / W_b - i$$

Tableau 2

Les « contributions » au financement de la croissance du patrimoine (1969-1994) (en %)		
	Patrimoine brut	Patrimoine net
Taux annuel de croissance nominale	10,24	10,12
Taux annuel de croissance réelle	2,99	2,87
Ponction inflationniste	7,25	7,25
<i>Contributions au financement de la croissance réelle⁽¹⁾</i>		
Épargne brute	3,45	4,19
Consommat. de cap.	-1,11	-1,35
Épargne nette	2,34	2,84
Variation de passif	1,50	
Plus ou moins-values réelles	-1,08	-0,25
(Contribution du passif à la plus-value réelle)		(0,99)
Ajustement ⁽²⁾	0,23	0,28

(1) La somme algébrique des contributions redonne le taux de croissance.

(2) Cet « ajustement », dont la contribution est heureusement assez réduite, correspond à des changements de secteurs de certains actifs d'une année à l'autre, aussi bien qu'à des ajustements statistiques proprement dits (voir relation /9/ ci-dessus).

soit le taux de croissance nominal du patrimoine brut diminué du taux d'inflation. Et on a de même pour le patrimoine net :

$$(\delta W_n - i W_n) / W_n = \delta W_n / W_n - i$$

Mais, pour la moins-value réelle du patrimoine net, la prise en compte de l'érosion monétaire sur le passif l'a considérablement restreinte conformément à ce qu'indique la relation /14/. Cette moins-value réelle aurait été, en moyenne annuelle, de -1,24 % sur l'ensemble de la période, sans prise en compte de l'influence de l'érosion monétaire sur le passif (iP dans la relation /14/); or elle n'est en fait que de -0,25 %. La contribution du passif à la diminution de la moins-value réelle est donc, toujours en moyenne annuelle, de 0,99 %.

■ Les composantes de la croissance

S'agissant des composantes de la croissance, on constate que les flux d'emplois monétaires et financiers ont, en moyenne, sur la période (tableau 3), une contribution qui est largement supérieure au double de la contribution de l'investissement (net de la consommation de capital) (2,82 % contre 1,17 %). Mais cette proportion, on le verra, varie fortement en cours de période.

Tableau 3

Les composantes de la croissance des patrimoines (1969-1994)		
	Contributions au taux de croissance	Taux de croissance ramené à 100 %
Taux annuel de croissance réelle du patrimoine brut	2,99	100
<i>Composantes de la croissance⁽¹⁾</i>		
Flux monétaires et financiers	2,82	94
Investissement net	1,17	39
Plus ou moins-value réelle du patrimoine financier	-1,06	-35
Plus ou moins-value réelle du patrimoine non financier	-0,02	-1
Ajustement	0,08	3

(1) La somme algébrique des contributions redonne toujours le taux de croissance réel.

Il est, d'autre part, intéressant de décomposer la contribution négative des mouvements de prix entre les moins-values réelles qui proviennent du patrimoine financier (– 1,06 %) et celles, presque inexistantes en moyenne (– 0,02 %), qui sont liées au patrimoine non financier : celui-ci a globalement mieux résisté à l'inflation que celui-là. Mais, là encore, ces moyennes générales cachent, on va le voir, des évolutions importantes en cours de période.

3. Trois périodes assez contrastées du point de vue des « contributions » au financement

Eu égard au rythme de croissance réelle des patrimoines, trois périodes assez différentes doivent être distinguées : la période 1969-1978 est la période de croissance la plus rapide du patrimoine comme du revenu : en fait, malgré le premier choc pétrolier de 1973-1974, pour diverses raisons qui sont maintenant bien connues (en particulier le développement des prestations sociales), les Trente Glorieuses ont connu une prolongation jusqu'à la fin des années 70.

La deuxième période marque un net ralentissement de la croissance du patrimoine et du revenu, avec la secousse du second choc pétrolier (1979) ; enfin, la troisième période fait apparaître une nette reprise de la croissance du patrimoine, cependant que la reprise de la croissance du revenu est plus modeste, d'où l'augmentation du ratio patrimoine brut/revenu (voir *tableau 1 en annexe*).

Ces trois périodes se distinguent aussi du point de vue des « contributions » au financement de la croissance du patrimoine brut (*tableau 4*). La contribution de l'épargne nette est plus que divisée par deux quand on passe de la première à la troisième sous-période : on rappellera que le taux d'épargne brut a constamment baissé au cours de la période pour connaître un point bas en 1987, avec une nette remontée ensuite jusqu'à 1993 ; mais les niveaux en fin de période restent bien inférieurs à ceux qui avaient été atteints en début de période.

Les contributions de la variation de passif diminuent également d'une période à l'autre, mais dans des proportions bien moindres que celles de l'épargne ; la dernière période elle-même voit alterner quelques années de fort développement du crédit (1986-1989) et des années de réserve très marquée à son égard (1990-1994). Au total, malgré le recours relativement fort au crédit des deux premières périodes, la part du passif dans le patrimoine brut a plutôt tendance à se réduire, en raison des taux élevés d'inflation qui gonflent la valeur nominale de ce patrimoine. En sens inverse, au cours de la dernière période, la désinflation a pour résultat de faire croître la part du passif par rapport au patrimoine brut, en dépit d'un recours au crédit inférieur en moyenne à celui des deux périodes précédentes.

Du point de vue des contributions des plus ou moins-values réelles en capital, le patrimoine non financier fait apparaître une période de contribution positive, puis deux périodes de contribution négative, alors que c'est l'inverse pour le patrimoine financier avec deux périodes de contribution négative et une de contribution positive (*tableau 4*).

Tableau 4

Les contributions au financement de la croissance du patrimoine brut selon les périodes (en %)				
Période	1969-1978	1978-1985	1985-1994	Ensemble
<i>Taux de croissance réel</i>				
♦ du revenu	3,98	1,48	1,94	2,54
♦ du patrimoine	3,96	1,50	3,18	2,99
<i>Contributions⁽¹⁾</i>				
Épargne nette	3,31	2,50	1,49	2,34
Variation de passif	1,67	1,46	1,35	1,50
Plus-value réelle du patrimoine financier	- 2,74	- 1,74	0,53	- 1,06
Plus-value réelle du patrimoine non financier	1,15	- 0,90	- 0,22	- 0,02
Ajustement	0,57	0,18	0,03	0,23

(1) La somme algébrique des contributions est égale au taux de croissance réel.

A cet égard, le fort ralentissement de la croissance réelle du patrimoine entre 1978 et 1985 peut être en assez grande partie attribué à l'apparition simultanée de moins-values réelles :

- dans le patrimoine financier : la reprise de la Bourse à partir de 1978 n'est que progressive ; la hausse des taux d'intérêt fait plonger les portefeuilles d'obligations ; les nationalisations de 1982 provoquent une secousse avant le retour à la santé du marché ;
- dans le patrimoine non financier : alors que la désinflation n'est que graduelle, les prix nominaux du logement sont pratiquement stables de 1982 à 1986 ; c'est cette baisse de prix relatif qui est à l'origine d'une partie des moins-values réelles, une autre partie étant due au mauvais comportement du prix des terres : l'indice des prix des terres agricoles et des prés, de 220 en 1978 est tombé à 100 en 1991 (voir Tournier, 1995).

Symétriquement, la reprise de la croissance réelle du patrimoine au cours de la troisième période a un aspect apparemment paradoxal, puisqu'elle n'est due ni à l'épargne ni à l'endettement, mais bien au fait que, pour la première fois dans l'ensemble de la période, les mouvements de prix relatifs sont favorables au patrimoine financier (bonne tenue de la Bourse malgré les « accidents » des années 1987, 1990 et 1994) et que, dans le même temps, les moins-values sur le patrimoine non financier se réduisent très substantiellement en raison de la désinflation et de la reprise de la hausse du prix nominal du logement de 1986 à 1992 (Tournier, 1995).

S'agissant du patrimoine net (voir tableau 2 en annexe), les contributions au financement de la croissance peuvent donner lieu au même type de commentaires, si ce n'est que la prise en compte des gains d'inflation sur le passif rend plus positive (ou moins négative) la contribution des mouvements de prix à chaque période : entre 1985 et 1994, par exemple, cette contribution n'est que de 0,31 pour le patrimoine brut, alors qu'elle atteint 0,98 pour le patrimoine net, soit plus du triple.

La contribution de l'érosion monétaire du passif à la formation de la plus-value réelle du patrimoine net figure au tableau II, en annexe (dans la ligne entre parenthèses). On constate qu'elle est évidemment plus importante pour les deux

premières périodes où l'inflation est forte que pour la troisième où la désinflation a déjà fait son œuvre.

4. Trois périodes également contrastées du point de vue de la croissance des patrimoines financier et non financier

En ce qui concerne les composantes de la croissance, on constate, d'une période à l'autre, une réduction simultanée de la contribution du flux financier au sens large et de la contribution de l'investissement net. Mais, alors que la contribution de l'investissement net est divisée par trois de la première à la seconde période, la contribution du flux financier ne diminue que d'un peu plus d'un tiers.

Tableau 5

Les composantes de la croissance du patrimoine brut des ménages de 1969 à 1994				
Période	1969-1978	1978-1985	1985-1994	Ensemble
Taux de croissance réel	3,96	1,50	3,18	2,99
<i>Contributions⁽¹⁾</i>				
Placements financiers	3,47	2,85	2,25	2,82
Investissement net	1,88	1,22	0,62	1,17
Plus-value réelle du patrimoine financier	- 2,75	- 1,74	0,53	- 1,06
Plus-value réelle du patrimoine non financier	1,15	- 0,90	- 0,22	- 0,02
Ajustement	0,21	0,07	0,00	0,08

(1) La somme algébrique des contributions est égale au taux de croissance réel.

Dans le même temps, les plus-values réelles prennent de l'importance pour le patrimoine financier, alors qu'elles en perdent pour le patrimoine non financier. Tout pousse donc à un fort accroissement de la part du patrimoine financier dans le patrimoine total.

C'est ce que nous analysons plus précisément en étudiant la dynamique de chacune des deux catégories de patrimoine. Le patrimoine non financier a connu une croissance réelle très forte, de 4,5 % l'an, de 1969 à 1978 (voir tableau 3 en annexe), due à la conjonction d'un flux d'investissement relativement important et de plus-values réelles très substantielles : l'indice de prix des terres de culture et prés est, par exemple, passé de 100 en 1966 à 220 en 1978 (voir Tournier, 1995).

De 1978 à 1985, la rupture avec la période précédente est spectaculaire, puisque la croissance du patrimoine tombe à 0,4 % l'an : si le flux d'investissement net se tasse effectivement de près d'un point en moyenne annuelle, c'est cependant le changement de signe des mouvements de prix relatifs qui est à l'origine de la plus grande partie de l'effondrement de la croissance : à une contribution positive de 1,7 % par an au cours de la période précédente succède en effet une contribution cette fois-ci négative de 1,4 %. Le prix des terres en particulier, on l'a vu, baisse fortement à partir de 1978.

Il n'y a pas de reprise de la croissance du patrimoine non financier au cours de la période suivante : avec la désinflation, les moins-values réelles ont certes

perdu de leur importance (elles en reprennent en fin de période), mais le flux d'investissement a, en moyenne, continué de se tasser, malgré les bonnes années 1987-1989.

On observera également l'alourdissement de la consommation de capital, qui, au cours de la première période, ne représente que 38 % de l'investissement brut et qui grimpe à 66 % pour la troisième période : en conséquence, si l'investissement brut connaît déjà un sensible tassement, celui de l'investissement net est évidemment beaucoup plus rapide ; toujours par rapport à la première période, la contribution de l'investissement brut ne baisse que d'un quart en troisième période, alors que celle de l'investissement net est divisée par presque 2,5.

Le patrimoine financier brut (*voir tableau 4 en annexe*) a crû, quant à lui, sur l'ensemble de la période nettement plus vite, on l'a vu, que le patrimoine non financier (4,5 % contre 1,9 %) ; cependant, les années 1969-1978 font apparaître, pour le premier, une croissance très sensiblement inférieure à celle du second (2,9 % contre 4,5 %) : les flux de placements financiers sont abondants, mais les moins-values en absorbent la plus grande partie tant en raison de la forte inflation que du mauvais comportement des marchés boursiers.

Au cours de la deuxième période, il y a une certaine reprise du marché boursier (après les nationalisations de 1982) et les moins-values deviennent moins pesantes (diminution de trois points), malgré le maintien de l'inflation à un haut niveau ; mais, parallèlement, les flux financiers connaissent un net tassement (perte de près de deux points en moyenne annuelle) : l'accélération de la croissance du patrimoine financier reste donc modérée (gain de moins de un point par an).

La troisième période fait apparaître un tout autre paysage, puisque la croissance réelle du patrimoine financier atteint presque 7 % l'an, ce qui constitue certainement un rythme exceptionnel. Pourtant, le flux financier a continué de se tasser (perte moyenne de plus de trois points) ; mais la grande novation est évidemment l'apparition d'une contribution nettement positive des mouvements de prix qui remplace les lourdes moins-values de la période précédente (écart total de 6,6 points). On comprend mieux les raisons de l'accélération foudroyante du patrimoine financier au cours de cette dernière période : comme on l'a dit, en dépit des trois années sombres (1987, 1990 et 1994), le comportement des marchés est devenu favorable aux actionnaires, aux obligataires et aux porteurs d'OPCVM ; comme, d'autre part, les valeurs mobilières ont pris de l'importance dans les patrimoines (privatisation de 1987, large diffusion des OPCVM), ceux-ci ont, en moyenne, bien profité de l'évolution des cours.

Finalement, on l'a vu, seule la première période étudiée fait ressortir un taux de croissance du patrimoine non financier plus rapide que celle du patrimoine financier : la part du premier passe alors de 66 à 69 % dans le total du patrimoine. La baisse de cette part s'amorce cependant au cours de la deuxième période et s'accélère au cours de la troisième, en raison de l'écart énorme qui existe entre les taux de croissance respectifs de chacun des deux types de patrimoine (*voir tableau 5, en annexe*).

CONCLUSION

Jusqu'au milieu des années 80, on pouvait étudier la croissance de l'activité économique sans même évoquer celle des patrimoines. On a, depuis lors, reconnu, en micro comme en macroéconomie, les nombreuses interférences existant entre les comportements des agents et la valeur des actifs et passifs figurant dans leurs patrimoines. On a, par exemple, mieux perçu la part de risque que recelaient les différents éléments composant les patrimoines et les retombées possibles de la réalisation de ces risques sur l'activité économique.

Les résultats qui viennent d'être présentés montrent ainsi que, si les comportements d'épargne sont naturellement au centre des mécanismes de constitution du patrimoine, le recours à l'endettement ne peut pas être considéré comme neutre dans les processus d'accumulation, ni d'ailleurs, de façon plus générale, dans la dynamique économique, ne serait-ce qu'en raison du mélange explosif que constituent un passif important et les fluctuations parfois très amples des prix des actifs qui lui servent de gage.

Les mouvements de prix ne peuvent pas, eux non plus, comme on l'a trop longtemps fait, être considérés comme neutres dans la dynamique patrimoniale. Cela ressort aisément d'une présentation où l'on oppose globalement, d'un côté, les contributions participant à la croissance « en volume » du patrimoine et, de l'autre, la contribution de l'évolution des prix relatifs des actifs à cette même croissance (*tableau 6 en annexe*).

Dans cette optique de croissance en volume et en prix, la distinction entre le « financement » de la croissance et les « composantes » de la croissance disparaît. On a en effet (*voir relation /3/*) :

$$/15/S_n + \delta P + (\epsilon + \mu) = I_n + F_f + \mu$$

Pour obtenir la contribution en volume, on peut donc, de façon équivalente, sommer les termes du membre de gauche de la relation /15/ ou ceux du membre de droite. C'est ce qui a été fait au tableau 6 en annexe.

Les flux « en volume » ont une contribution beaucoup plus régulière que ceux des prix à la croissance du patrimoine : cette contribution est en effet normalement toujours positive ; pour qu'elle devienne négative, il faudrait des conditions tout à fait particulières : épargne nette elle-même négative ou forte diminution de la valeur du passif. Cette situation particulière du côté des ressources devrait se traduire du côté des emplois par une valeur négative pour la somme algébrique de l'investissement net et du flux de placements financiers. Il s'agit là de situations très peu plausibles au niveau macroéconomique.

Pour le patrimoine brut comme pour le patrimoine net, on observera cependant que cette contribution en volume diminue nettement et régulièrement entre la première et la dernière période étudiée.

La contribution de l'évolution du prix relatif moyen du patrimoine est, quant à elle, beaucoup plus instable, tantôt positive et tantôt négative ; mais ces mouvements ne se compensent pas, même sur une période longue d'un quart de siècle : entre 1969 et 1985, le prix relatif du patrimoine net a ainsi baissé de près de 15 %

par rapport au prix du PIB (dont quelque 11 % entre 1978 et 1985) ; au cours de la période 1985-1994, le prix relatif de ce patrimoine net s'améliore au contraire de plus de 9 % par rapport au prix du PIB : c'est, on l'a vu, cette contribution positive qui permet au patrimoine net de retrouver son dynamisme perdu au cours de la période précédente. Au total, sur vingt-cinq ans, le prix relatif du patrimoine net par rapport au PIB fait donc apparaître une dégradation de près de 7 %, soit un rythme d'un peu moins de 0,3 % par an.

Qu'il s'agisse du rythme d'inflation lui-même ou des mouvements de prix relatifs des actifs autour de la tendance inflationniste, ces évolutions exercent donc une influence non seulement sur la composition des patrimoines, mais aussi sur leur rythme d'accumulation.

Cette dernière observation continuera très probablement d'être vraie à l'avenir, même si les enseignements tirés d'un passé récent conduisent, par divers moyens, à un meilleur contrôle des « bulles » immobilières ou mobilières et de leurs conséquences.

Au cours des prochaines années, les évolutions de prix devraient continuer de favoriser une croissance rapide des patrimoines. D'une part, en effet, l'inflation, selon toute vraisemblance, ne connaîtra pas d'accélération durable ; d'autre part, la baisse des taux d'intérêt rendue possible par une meilleure maîtrise des déficits publics devrait être favorable aux portefeuilles obligataires, au marché boursier et même à une certaine relance de l'immobilier. Sauf baisse prononcée du taux d'épargne, les patrimoines continueraient alors de croître plus vite que les revenus ■

Annexe

Tableau 1

Rapport du patrimoine brut en fin d'année au revenu disponible de l'année et proportion de passif dans le patrimoine brut				
	1969	1978	1985	1994
Rapport patrimoine brut/revenu	4,51	4,50	4,51	5,04
Rapport passif/patrimoine brut	0,133	0,130	0,129	0,156

Tableau 2

Les contributions au financement de la croissance du patrimoine net selon les périodes				
Période	1969-1978	1978-1985	1985-1994	Ensemble
Taux de croissance réel	4,0	1,33	2,94	2,87
• Contributions (1)				
Épargne nette	3,82	2,74	1,93	2,84
Plus-value réelle	- 0,48	- 1,61	0,98	- 0,25
(Contribution du passif à la plus-value réelle)	(1,35)	(1,42)	(0,62)	(0,99)
Ajustement	0,66	0,20	0,03	0,28

(1) La somme algébrique des contributions est égale au taux de croissance réel.

Tableau 3

Les composantes de la croissance du patrimoine non financier selon les périodes (en %)				
Période	1969-1978	1978-1985	1985-1994	Ensemble
Taux de croissance réel	4,5	0,4	0,6	1,9
• Contributions				
Investissement brut	4,55	3,82	3,40	4,19
Consommation de capital	-1,75	-1,95	-2,25	-2,16
Investissement net	2,80	1,87	1,15	2,03
Plus-value réelle	1,70	-1,38	-0,40	-0,04
Ajustement	0,00	-0,09	-0,15	-0,09

Tableau 4

Les composantes de la croissance du patrimoine financier selon les périodes (en %)				
Période	1969-1978	1978-1985	1985-1994	Ensemble
Taux de croissance réel	2,9	3,8	6,9	4,5
• Contributions				
Flux financiers	10,81	8,71	5,42	6,70
Plus-values réelles	-8,55	-5,33	1,27	-2,52
Ajustement	0,64	0,42	0,21	0,32

Tableau 5

Évolution de la composition du patrimoine brut (en %)				
Année	1969	1978	1985	1994
Patrimoine non financier	66	69	64	51
Patrimoine financier	34	31	36	49
Total	100	100	100	100

Tableau 6

Contributions des flux et des prix à la croissance du patrimoine selon les périodes (en %)				
Période	1969-1978	1978-1985	1985-1994	Ensemble
• Patrimoine brut				
Flux	5,56	4,14	2,87	4,07
Prix	-1,60	-2,64	0,31	-1,08
Taux de croissance réel	3,96	1,50	3,18	2,99
• Patrimoine net				
Flux	4,48	2,94	1,96	3,12
Prix	-0,48	-1,61	0,98	-0,25
Taux de croissance réel	4,0	1,33	2,94	2,87

Bibliographie

- INSEE, *Le Patrimoine national, sources et méthodes d'évaluation*, Insee méthodes, avril 1994.
- INSEE, *Vingt-Cinq Ans de comptes de patrimoine (1969-1993)*, Insee résultats, Économie générale, n° 98, décembre 1994.
- INSEE, *Comptes et Indicateurs économiques, Rapport sur les comptes de la nation 1994*, Insee résultats, juin 1995.
- RENAUD, B., « Le cycle global de l'immobilier 1985-1994 : ses causes et ses leçons », *Revue d'économie financière*, n° 33, été 1995, p. 187-217.
- TOURNIER, J.-C., *L'Investissement foncier en Bourse*, PUF, Que sais-je ?, 1995.
- OCDE, *Comptes nationaux, tableaux détaillés, 1960-1992*, sur disquettes.

CHRONIQUES

Risk management

Thierry Van Santen

Peut-on encore sauver l'assurance ?

Livres

« Droit des assurances »,
de Françoise Chapuisat
par Claude Delpoux

« Le Droit des assurances »,
d'Yvonne Lambert-Faivre
par Philippe Poiget

Communiqué

PEUT-ON ENCORE SAUVER L'ASSURANCE ?

Quel avenir pour la profession ? Si l'on doit résumer la situation d'une phrase, « la profession » – et lorsque je parle de profession, je désigne tout autant les gestionnaires de risques que la communauté d'assurance –, « la profession », donc, est à la croisée d'un chemin qui va nécessiter de chacun d'entre nous une modification radicale de notre savoir-faire sous peine de disparaître. Le monde change à une rapidité que nous n'avions jamais connue. Nous devons gommer de notre esprit cette idée toute faite que, hors d'Europe et des États-Unis, le reste du monde végète dans son sous-développement. A Shanghai, à Sao Paulo, à Budapest ou à Johannesburg, les dynamismes sont là, encouragés par le besoin de richesse, alors que nous nous débattons dans le confort des avantages acquis. La communication est devenue mondiale. Le monde entier regarde CNN et surfe sur Internet. Des milliards de dollars se déplacent perpétuellement au gré des annonces de Reuter et d'une simple touche sur un clavier d'ordinateur. Les produits, les marques sont aujourd'hui mondiaux. Les risques aussi.

Dans ce contexte, les entreprises se réorganisent et se concentrent en combinant un recentrage sur leurs métiers de base associé à une croissance interne, mais surtout externe, pour acquérir au plus tôt des places de leaders sur les nouveaux marchés. Les cessions, acquisitions-fusions se multiplient. Des branches entières d'activité sont vendues pour dégager les liquidités nécessaires à d'autres rachats. La notion de pérennité pour les sites de production disparaît. Les programmes d'assurance doivent de plus en plus s'adapter à ces changements, le panorama des risques assurés en début d'année et en fin d'année étant souvent bouleversé, avec des répercussions notables sur le niveau global de sécurité.

Parallèlement, cet environnement de plus en plus mouvant expose les entreprises à de nouveaux domaines de risques, sur des zones géographiques ou sur des produits avec lesquels elles étaient peu familiarisées.

Enfin, dans cette recherche de mobilité permanente, les entreprises repensent leur organisation pour la rendre plus souple, plus réactive, plus homogène, plus orientée sur la stratégie et le financement, déléguant à l'extérieur ce qui n'est pas essentiel à la politique stratégique.

Dans ce contexte, la traditionnelle recherche de la protection du patrimoine, pilier de la gestion des risques et de l'assurance, diminue au profit de la recherche de protection du résultat, condition essentielle pour conserver les investisseurs nécessaires à la poursuite du développement.

Face à cette situation, le gestionnaire de risques traditionnel va se trouver fort démuné. Sa politique de réduction des risques, qui s'inscrit généralement sur le long terme, va être mise à mal par la valse entre les établissements, et sa politique de financement des risques au travers de l'assurance va se voir limitée à la couverture des risques traditionnels, laissant ainsi de gigantesques découverts que ses partenaires assureurs sont bien incapables de combler.

Pour l'entreprise, ces risques non couverts l'exposent face à ses investisseurs, ce qui n'est pas une situation acceptable aux yeux des financiers. L'entreprise de demain sera en effet stratégique et financière, et la gestion du risque global sera l'une de ses principales missions.

* Président de l'Association pour le management des risques et des assurances de l'entreprise (Amrae).

Éditeur de l'article : Sceptre, 9, rue d'Enghien, 75010 Paris.

Les financiers gèrent depuis toujours un certain nombre de risques : monnaie, matières premières, marchés. Progressivement, ils mettent au point de nouveaux outils de couverture de risques. Peut-on véritablement penser qu'ils resteront inactifs dans ce contexte ? Les nouveaux produits, ou ceux à venir, recueilleront de leur part un écho favorable, d'autant plus qu'ils seront présentés par leurs partenaires traditionnels que sont les institutions bancaires.

Il ne faut pas ignorer ou traiter avec dédain le marché des produits dérivés. Ce marché représente aujourd'hui 20 000 milliards de dollars, avec une progression de près de 45 % par an depuis 1988 ; notre pays se situe au quatrième rang mondial et est le premier par tête d'habitant dans ce domaine. Nos assureurs paraissent bien faibles avec leurs capacités. Comme tout marché à progression exponentielle, les domaines traditionnels des produits dérivés deviennent insuffisants et ils doivent trouver de nouveaux débouchés.

L'évolution actuelle est un débouché rêvé pour ces nouveaux produits, réduisant l'assurance à une portion congrue, au risque de pointe, comme le disait récemment le président de l'UAP, M. Friedmann, portion congrue qui, du fait de sa marginalité, peut parfaitement être déléguée à un courtier, voire à la banque par un courtage captif. Assureurs marginalisés, courtiers éliminés, exit le risk manager ! Même s'il peut apparaître catastrophe, ce scénario est bien réel et ce type de théorie fleurit dans les revues financières anglo-saxonnes.

Je crois pourtant que, bien qu'elle soit plus que plausible, une telle évolution serait, à terme, dommageable pour les entreprises qui la suivront. En revanche, j'y vois une opportunité formidable pour les gestionnaires de risque qui auront su s'adapter, mais aussi pour les courtiers qui auront su donner un sens à leur mission et enfin pour les assureurs, s'ils se réveillent à temps.

Dans un tel schéma économique, le gestionnaire de risque possède en effet un savoir-faire qui, pour peu qu'il le complète, lui donne un avantage considérable sur le simple financement.

Les risques de l'entreprise peuvent être symbolisés sous forme d'un triangle (*voir annexe*). Cette pyramide symbolise tous les risques, quels qu'ils soient, susceptibles d'affecter l'entreprise. La base représente la fréquence, la hauteur, l'amplitude. Toute organisation subit un certain nombre d'événements de fréquence, de dysfonctionnements qui sont autant de micro-sinistres qui, au fur et à mesure de la gravité, se réduisent en termes de probabilité de survenance, pour atteindre le sommet qui est l'événement exceptionnel dont l'ampleur financière, directe ou indirecte, une perte de crédibilité par exemple, est telle que l'entreprise est perdue.

Si l'on analyse plus en détail cette pyramide, nous pouvons constater que le gestionnaire de risque aura un rôle fondamental à jouer pour peu qu'il ait, par ses compétences et son organisation, la crédibilité nécessaire.

Tout d'abord, répétons-le, l'entreprise de demain aura en son centre une fonction avant tout stratégique. La stratégie, c'est le haut de la pyramide, c'est-à-dire la zone où le financement, qu'il soit assuranciel ou bancaire, ne sert plus à rien. C'est la perte d'image, la destruction totale d'une production essentielle, l'accident catastrophique. C'est Perrier, Union Carbide, Exxon Waldez, Barings et tous les anonymes, toutes les petites et moyennes entreprises qui disparaissent sans bruit de par le monde chaque année.

Intégré au sein d'une équipe de direction générale réduite, bénéficiant de ce fait d'une meilleure communication interne, le gestionnaire de risques pourra jouer pleinement son véritable rôle dans la prise de décision stratégique, en éclairant de ses connaissances la direction sur les conséquences potentielles de ses choix. Entreprendre, c'est prendre des risques, mais des risques conscients.

Il jouera dans ce domaine un rôle de veille, s'appuyant pour ses informations sur des spécialistes externes à chaque domaine. Je ne pense pas forcément ici à de grandes straté-

gies internationales. Ce peut être tout simplement les dangers de mise en cause associés à un lancement de nouveau produit dans un pays à risque, ou les coûts et conséquences d'une implantation dans une zone soumise aux aléas de la nature. Ce rôle sera essentiel et ne peut être ni délégué à l'extérieur ni confié à un département financier traditionnel.

Examinons maintenant le bas de la pyramide, c'est-à-dire celui des sinistres de masse qui représentent, additionnés, des sommes considérables. Quand je pense sinistre, je ne pense pas forcément assurabilité. Se trouvent réunis ici tous les dysfonctionnements de l'entreprise qui sont sources de coût et de déperdition. Les flottes automobiles, les transports, les accidents et maladies du travail, les arrêts de chaîne dus à des problèmes de maintenance, les incidents de paiements, les coûts de non-qualité... la liste serait bien longue. En vérité, dans cette zone, l'assurance n'a pas d'intérêt.

Dans sa recherche de productivité, l'entreprise doit contrôler tous ses coûts. Le transporteur, par exemple, dont le taux d'accident de sa flotte est le double de celui de son concurrent perd un avantage compétitif. Cette perte sera très souvent noyée dans des problèmes de prime, mais elle sera bien réelle.

De plus, l'expérience démontre que les dysfonctionnements d'une catégorie rejaillissent sur d'autres. Le transporteur avec ses accidents aura dans le même temps des sinistres aux marchandises confiées, des chauffeurs blessés, des retards de livraison, etc.

Le gestionnaire de risques, au sein d'une structure contrôlée, épaulé, encore une fois, par des spécialistes techniques extérieurs, par des courtiers à qui il sous-traitera les bases de données, sera en mesure d'identifier les zones de progrès et de définir des politiques préventivistes de groupe visant à optimiser la sinistralité, les coûts de gestion et le financement par le biais des provisions. Là encore, le rôle du gestionnaire de risques sera essentiel pour permettre à l'entreprise de conserver sa compétitivité.

Reste le centre de la pyramide, c'est-à-dire le financement de l'exceptionnel, qui, sans remettre forcément en question les fondements de l'entreprise, peut l'affecter gravement. Cette zone est d'ores et déjà aujourd'hui partagée entre les assureurs, les institutions financières, ou à découvert, ce découvert étant, avec l'arrivée de nouveaux risques, l'environnement ou le retrait de produit par exemple, de plus en plus exposé.

Ces découverts devront être comblés. Ils le seront, soit par les départements financiers avec des produits proposés par les banques associées à des assureurs, soit par les gestionnaires de risque, avec les mêmes produits, mais proposés cette fois par les assureurs associés aux banquiers, en l'occurrence les mêmes. Pour être concret, le produit viendra de Crédit suisse associé à Swiss Re sur la table du directeur financier ou de Swiss Re associé à Crédit suisse sur la table du gestionnaire de risque. Mais, là encore, le gestionnaire de risque, pour peu qu'il apprenne à manier ces concepts et produits nouveaux, aura un savoir-faire déterminant, car sa démarche ne sera pas uniquement de financer le risque, mais de mettre également en œuvre des mesures visant à le réduire. En effet, le simple financement ne manquera pas d'entraîner des dérives dans la sinistralité qui devra être refinancée, et ainsi de suite, comme un gouffre sans fond.

La formation du gestionnaire de risque l'incitera davantage à le traiter, réduisant par là même l'inflation des coûts. Ainsi, le gestionnaire de risque possède un avantage prépondérant, essentiel même, dans l'entreprise de demain.

Mais, pour que cela soit possible, il sera nécessaire que toutes les parties prenantes s'adaptent.

Les courtiers, tout d'abord, qui devront être à même de fournir des services de sous-traitance que nous leur demanderons, sous-traitance technique, administrative, mais surtout de communication, de traitement et synthèse des données, d'analyse, et ce, dans la qualité et la transparence. Chacun pense qu'il sait déjà faire. Je crois pour ma part que l'autosatisfaction est mauvaise conseillère.

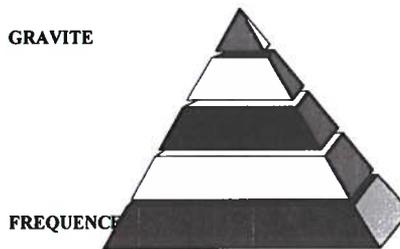
Les assureurs et réassureurs, ensuite, qui doivent s'adapter plus que rapidement à un monde où le risque va devenir une marchandise commercialisable. S'ils ne veulent pas se voir évincés progressivement, ils doivent acquérir rapidement les technologies financières afin de compléter leur gamme de produits et combler les nouveaux besoins. A l'image des gestionnaires de risque, ils ont au départ un avantage compétitif sur les banques, car ils possèdent déjà un savoir-faire et, qui plus est, possèdent déjà les produits de base leur permettant de proposer des produits complets. Tout ce qui leur manque encore, c'est un peu d'imagination et de volonté d'innover. Mais, en outre, ils auront besoin pour lutter à armes égales de renforcer considérablement leurs capacités pour faire face à la montée des besoins.

Enfin et pour conclure, les gestionnaires de risque. Pour pouvoir saisir l'opportunité qui leur est offerte, il va leur falloir, pour la plupart, faire un effort majeur d'adaptation, pour ne pas dire de reconversion, dans deux directions.

D'une part, maîtriser non seulement les nouvelles techniques de financement, mais aussi l'ensemble des techniques d'analyse et de couverture des risques. Cela passe avant tout par la formation, trop peu pratiquée aujourd'hui. D'autre part, repenser leur rôle en interne en valorisant leurs apports par la communication au sein même de leurs entreprises. Ce sera là la clef de leur réussite ■

Annexe

Le triangle des risques



Le Droit des assurances

par Françoise Chapuisat, collection « Que sais-je ? », Presses universitaires de France, 1995

L'ouvrage de Françoise Chapuisat est remarquable à deux titres. Le premier est de présenter en guère plus d'une centaine de pages un panorama aussi exhaustif que possible du droit de l'assurance tout en mettant en avant sa spécificité. Le second est de souligner les évolutions récentes de ce même droit témoignant ainsi de la richesse de la matière et des nombreux changements intervenus ces dernières années.

Retraçant tout d'abord l'historique de l'assurance, la présentation faite par Françoise Chapuisat de l'activité d'assurance et de ses développements permet immédiatement d'appréhender la dimension et la diversité des opérations d'assurance liées à une économie et à une société de plus en plus complexes. Les fondements de l'assurance, les principes d'aléa et de mutualisation, sont naturellement présentés. Ce rappel a un côté salvateur dans le contexte actuel d'insécurité juridique aggravé par la multiplicité des sources que constituent les textes nationaux et communautaires.

Consacrée à la description de l'activité du secteur de l'assurance et de ses intervenants, la première partie de l'ouvrage a également le mérite de rappeler les particularités de fonctionnement des deux grandes catégories d'assurance (assurances de dommages et assurances de personnes) que l'on a tendance à opposer mais que certaines réformes législatives ou évolutions jurisprudentielles rapprochent parfois. Ainsi la subrogation de l'assureur dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable, qui ne profite qu'aux assureurs de dommages, peut, depuis une loi de 1992, également bénéficier dans certains cas aux assureurs de personnes.

La description des mécanismes juridiques des assurances de dommages est illustrée essentiellement par l'application du principe indemnitaire et les conséquences pratiques qui en découlent en cas de surassurance ou d'assurance du bien en valeur à neuf. La mise en œuvre de ces mécanismes est cependant tempérée par l'application d'une jurisprudence dont les contours font l'objet de tâtonnements successifs. On peut citer à cet égard certaines décisions de la Cour de cassation comme celle qui est relative à l'abandon, compte tenu du caractère personnel de la renonciation à recours, de la distinction selon que cette renonciation émane de l'assuré ou de l'assureur, ou encore celle qui concernent l'indemnisation des dommages causés par les personnes dont l'assuré est responsable.

C'est cependant dans le domaine des assurances de responsabilité que la jurisprudence apparaît la plus abondante et les évolutions les plus marquantes. Certes, la difficulté en la matière est liée au choix des différents éléments qui peuvent constituer le sinistre. Est-ce le fait générateur, la survenance du dommage ou la réclamation du tiers victime ?

Cette situation, qui n'est pas neutre en terme de conséquences sur la période de garantie, conduit le juge à considérer que l'assureur doit sa garantie dès que le fait dommageable

s'est produit entre la prise d'effet du contrat et sa cessation, sans qu'aucune condition supplémentaire ne puisse être conventionnellement imposée, sauf dans le cas où un texte l'y autorise (jurisprudence *claim's made*).

Le législateur intervient également pour entériner certaines évolutions jurisprudentielles. Ainsi, depuis la loi de 1989, l'assuré a la possibilité d'intervenir dans le cadre de la direction du procès sans encourir de déchéance de sa garantie. On assiste aussi parfois à des revirements de jurisprudence, comme dans le cas de l'action directe de la victime contre l'assureur du responsable et des limites de l'opposabilité des exceptions en ce qui concerne la compensation entre les primes impayées par l'assuré et l'indemnité due par l'assureur.

En assurances de personnes, secteur d'activité qui connaît un fort développement depuis plusieurs années, l'importance est donnée à la diversité des opérations. En ce qui concerne les assurances contre les accidents corporels ou la maladie, l'accent est mis sur leur caractère forfaitaire et sur la mixité des règles qui leur sont applicables. En outre, une attention spéciale est portée au questionnaire médical qui accompagne la souscription de ce type d'opérations, compte tenu des problèmes qu'il soulève au regard de certaines questions d'actualité, comme l'application de la loi sur la bioéthique.

Les différentes formes d'assurance sur la vie et les principales caractéristiques de leur régime sont également décrites. Sans pour autant négliger l'importance des aspects fiscaux concernant ces opérations, l'auteur aborde aussi les questions touchant au droit successoral et au débat relatif à l'autonomie du droit de l'assurance par rapport à celle du droit patrimonial de la famille. La diversité des organismes susceptibles d'offrir leurs garanties et le régime de protection accrue dont bénéficient les assurés marquent pour leur part le domaine des assurances de groupe.

La seconde partie de l'ouvrage porte sur le contrat d'assurance et plus précisément sur les différentes phases de la relation contractuelle entre l'assureur et l'assuré.

La formation du contrat d'assurance repose avant tout sur l'information réciproque donnée par les parties. Aux obligations d'information précontractuelle et contractuelle incombant à l'assureur répond l'obligation pour l'assuré de déclarer le risque et de répondre exactement aux questions posées par l'assureur. Les sanctions de l'obligation de déclaration du risque sont importantes, car elles peuvent entraîner une diminution, voire une suppression de l'indemnisation. Le rôle déterminant de l'intermédiaire dans la formation du contrat est également souligné. Au-delà de la recherche du mandat effectivement reçu par l'intermédiaire, la jurisprudence retient de plus en plus l'application de la théorie du mandat apparent, en ayant également une conception extensive des dispositions du Code des assurances qui permettent un engagement systématique de l'assureur.

Le contenu du contrat aide à mesurer l'étendue des garanties. Aux garanties obligatoires (assurance de catastrophes naturelles et attentats) liées à la notion de solidarité et aux assurances obligatoires de responsabilité s'ajoutent naturellement les garanties définies

contractuellement avec leurs limites tant légales que conventionnelles, les exclusions de garantie devant avoir un caractère formel et limité.

La description des phases relatives à l'exécution du contrat et à son déroulement a pour objet, dans le cas du contrat d'assurance, contrat successif et synallagmatique, de définir des obligations pesant sur l'assuré en ce qui concerne le paiement des primes et la déclaration de sinistre comme de celle pesant sur l'assureur qui est d'exécuter, dans le délai convenu, la prestation déterminée par le contrat lorsque le risque se réalise.

Là aussi, comme dans d'autres domaines, le juge intervient pour préciser l'interprétation de certaines règles, comme en témoigne la jurisprudence récente relative aux effets du silence gardé par l'assureur en cas de modification des risques assurés.

Par ailleurs sont évoquées les solutions des conflits nés du contrat d'assurance avec les règles de compétence applicables et le régime de prescription biennale.

Indépendamment des procédures contentieuses, la médiation est mentionnée comme moyen de règlement des litiges, facilité par la mise en place d'un système professionnel de médiation propre à l'assurance.

En réservant sa conclusion à l'assurance de protection juridique, Françoise Chapuisat souligne, outre la nouveauté du produit, le rôle social d'une telle garantie et laisse entrevoir le potentiel de réponses que l'assurance est susceptible d'apporter aux défis de demain ■

Philippe Poiget, *affaires juridiques de la FFSA*.

Droit des assurances**par Yvonne Lambert-Faivre, Dalloz, 1995.**

L'ouvrage débute par une longue introduction générale consacrée aux lignes de force du droit des assurances : après les traditionnels chapitres sur le besoin de sécurité et la technique de l'assurance sont développés les points les plus marquants de notre époque : la construction de l'Europe des assurances et la protection des consommateurs d'assurances. Cette mise en relief illustre la dynamique de l'ouvrage, car Mme Lambert-Faivre veut nous faire savoir comment l'assurance est appelée à répondre (ou contrainte de répondre ?) aux avatars actuels du besoin ancestral de sécurité.

La première partie du précis est consacrée au contrat d'assurance en général : il y est d'abord examiné dans son déroulement, de la conclusion du contrat au contentieux, dont Mme Lambert-Faivre a raison de souligner « qu'il est toujours un échec » mais dont l'« abondance » devrait être relativisée au regard du nombre de sinistres réglés chaque année par les assureurs sans intervention du juge ; suit la description de chacun des éléments constitutifs du contrat : risque, prime, règlement du sinistre. La deuxième partie traite du régime juridique des assurances de dommages et de celui des assurances de personnes ; on peut y remarquer les développements sur les lois de 1994 concernant la protection sociale complémentaire des salariés (loi 94.678 du 8 août) et la protection sociale complémentaire des travailleurs indépendants (loi Madelin 94.126 du 11 février).

Les qualités d'un précis de droit se mesurent à deux niveaux :

- l'efficacité de l'usage quotidien qui permet au praticien de trouver, chaque fois qu'il en a besoin, soit la réponse à sa question, soit les pistes pour approfondir les recherches : les nombreuses références doctrinales et jurisprudentielles complètent les développements denses de l'auteur ;

- l'intérêt des propositions de réforme tendant à résoudre des problèmes encore épineux et à améliorer les conditions de prise en charge des victimes par l'assurance.

Citons notamment :

- l'indemnisation des conducteurs victimes, même lorsqu'ils ont commis une faute (ce qui impliquerait une réforme de la loi Badinter du 5 juillet 1985) ;

- la suppression de la prescription biennale applicable aux actions nées d'un contrat d'assurance et son remplacement par une prescription de droit commun des obligations réduite à dix ans ;

- la coïncidence de la durée de la garantie du contrat d'assurance responsabilité civile et de la durée de la responsabilité sur dix ans à compter du fait dommageable

Ces propositions ainsi que les appréciations critiques de l'auteur qui émaillent l'ouvrage sur diverses difficultés du droit des assurances et de ses applications n'ont pas à être

LIVRES

débattues ici, mais que l'on soit ou non d'accord avec elles, force est de souligner qu'elles apportent d'intéressantes contributions aux débats suscités par cette matière sans cesse en devenir et qu'elles témoignent chez leur auteur de sa foi dans le rôle prééminent dévolu à l'assurance ■

Claude Delpoux, *Apsad*.

ASACA

Le colloque de l'Association des avocats de compagnies d'assurances se tiendra au Palais des congrès d'Angers le **vendredi 18 octobre 1996**, de 9 h 30 à 17 h 30, sur le thème « Le risque sportif et l'assurance ».

La matinée sera consacrée à « La gestion du risque » et l'après-midi à « La prévention du risque », sous forme de tables rondes animées par un universitaire, un assureur et un avocat.



Brigitte Verdier
ASACA
12, place Dauphine
75001 Paris

Téléphone : (33 1) 43 29 89 24
Télécopie : (33 1) 43 25 12 69

ABONNEMENT À LA REVUE RISQUES

A retourner à : **SCEPRA – 9, rue d'Enghien – 75010 PARIS**

Tél. : (33) (1) 42 47 93 56 – (33) (1) 40 22 06 67

Fax : (33) (1) 42 47 94 25 – (33) (1) 40 22 06 69

Nom et prénom

Institution ou entreprise

Fonction exercée et nom du service

Adresse

Code postal Ville

Pays Tél.

Je souhaite m'abonner à la revue <i>Risques</i>	QTÉ	PRIX TTC	TOTAL TTC
--	------------	---------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> Abonnement de soutien (4 numéros/an)	2 000 F
---	-------	---------	-------

<input type="checkbox"/> Abonnement (4 numéros/an) à partir du n° 26	700 F
---	-------	-------	-------

Je commande les numéros suivants :

<input type="checkbox"/> N° 2 : Les visages de l'assuré (1 ^{re} partie)	125 F
--	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 3 : Les visages de l'assuré (2 ^e partie)	125 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 4 : La prévention	125 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 6 : Le risque thérapeutique	125 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 7 : Assurance crédit/Assurance vie	125 F
--	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 8 : L'heure de l'Europe	125 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 10 : Assurance, droit, responsabilité	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 11 : Environnement : le temps de la précaution	150 F
--	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 13 : Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 14 : Innovation, assurance, responsabilité	150 F
--	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 15 : La vie assurée	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 16 : Fraude ou risque moral ?	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 18 : Éthique et assurance	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 19 : Finance et assurance vie	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 20 : Les risques de la nature	150 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 21 : Assurance et maladie	190 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 22 : L'assurance dans le monde (1 ^{re} partie)	190 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 23 : L'assurance dans le monde (2 ^e partie)	190 F
--	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 24 : La distribution de l'assurance en France	190 F
---	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 25 : Histoire récente de l'assurance en France	190 F
--	-------	-------	-------

<input type="checkbox"/> N° 26 : Longévité et dépendance	190 F
--	-------	-------	-------

Tampon de l'entreprise **Date**..... **Total**

Je vous joins le montant de : F à l'ordre de SCEPRA « RISQUES » par :

Chèque bancaire Chèque postal Virement en francs français

Banque Hervet, Agence principale Trinité, compte SCEPRA : 30368 00072 007216 Q 0617 35

SARL au capital de 50 000 F - RCS : PARIS B 353 120 934 - SIRET : 353 120 934 000 16 - APE : 221 E

TVA intracommunautaire FR 12353 120 934

ACHAT DE NUMÉROS

DE LA REVUE RISQUES

Numéros hors série

<input type="checkbox"/> Responsabilité et indemnisation	100 F
<input type="checkbox"/> Assurer l'avenir des retraites	100 F
<input type="checkbox"/> Les Entretiens de l'assurance 1993	100 F
<input type="checkbox"/> Les Entretiens de l'assurance 1994	150 F

Numéros épuisés

- N° 1 : Les horizons du risque
- N° 5 : Age et assurance
- N° 9 : La réassurance
- N° 12 : Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?
- N° 17 : Dictionnaire de l'économie de l'assurance



RISQUES

Les Cahiers
de l'assurance

Édités par
Sarl Scepra
Principal associé
Sarl Seddita
9, rue d'Enghien
75010 Paris

Directeur de la publication
Pierre Bollon

Rédaction
2, rue de la Chaussée-d'Antin
75009 Paris

Directeur de la rédaction
François Bourguignon,
directeur d'études EHESS

Secrétaire de rédaction
Dominique Steib
Tél. : 42 47 93 56
Fax : 42 47 94 25

Direction artistique
Catherine Feuillie

Illustration de couverture
Paul Gendrot

Correcteur
Alix Ratouis

**Numéro de commission
paritaire : 72.325**
Dépôt légal : juin 1996
ISSN : 1152-9253

Abonnement annuel :
4 numéros par an
Prix de l'abonnement :
700 F TTC
(prix au numéro : 190 F TTC)

Photocomposition,
photogravure, impression,
routage :
Morel et Corduant
11, rue des Bouchers
59800 Lille
Tél. : 20 57 44 96

LONGEVITE ET DEPENDANCE

Présentation	6
Les progrès de la longévité	Jacques Dupâquier 9
Vie et santé progressent de concert	Pierre Mormiche 21
Espérance de santé : concepts, théories et objectifs	Jean-Marie Robine 35
De l'espérance à la qualité de la vie	Michel Frossard 49
Prévalence des incapacités chez les personnes âgées	Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, Isabelle Romieu 63
Espérance de vie et santé mentale	Karen Ritchie 73
Apports de la médecine à l'espérance de vie sans invalidité	Francis Kuntzmann 81
Les enjeux économiques de l'incapacité	Denis Kessler 89
Changement social et allongement de la durée des vies	Françoise Cribier 93
Les enjeux éthiques du vieillissement	Robert Moulias 103
La prise en charge collective de la dépendance	Jean-Marie Spaeth 111
Longévité et dépendance : quelle protection sociale ?	Pierre-Yves Le Corre 117
L'assurance dépendance	Pierre Laversanne 123
L'approche collective des contrats dépendance	Jean-Luc Martin 129

Rubriques

Les grands classiques

Incertitude et économie du bien-être des soins médicaux	Kenneth J. Arrow 141
--	----------------------

Économie

Un quart de siècle de croissance du patrimoine des ménages	André Babeau, Sébastien Faudemer 171
---	--------------------------------------

Chroniques

Risk management

Peut-on encore sauver l'assurance ?	Thierry Van Santen 191
---	------------------------

Livres

♦ « <i>Le Droit des assurances</i> », de Françoise Chapuisat, par Philippe Poiget	
♦ « <i>Droit des assurances</i> », d'Yvonne Lambert-Faivre, par Claude Delpoux	195

Communiqué