



Brève de l'IDD n°53 (07.08.21)

**Les dépenses de santé par âge
Les facteurs démographiques à l'œuvre
dans les évolutions entre 2002 et 2018**

par Philippe Defeyt¹

Le vieillissement démographique suscite des craintes budgétaires, notamment en matière de santé ; à cet égard il est utile de disposer de la structure des dépenses de santé par âge et, plus encore, de son évolution. Cette Brève de l'IDD, qui porte sur le niveau national, vise à mesurer cette structure et à isoler, pour l'essentiel, les facteurs démographiques dans l'évolution de cette structure entre 2002 et 2018.

Notes méthodologiques :

- *L'essentiel des facteurs des évolutions des dépenses de santé étudiées dans cette note sont démographiques ; cependant, au vu de leur importance dans ces évolutions, on s'est aussi intéressé à l'évolution des populations vivant en maison de repos ou en maison de repos et de soins (MR(S)).*
- *Les dépenses analysées dans cette Brève sont les dépenses assumées par les mutuelles uniquement (ni les autres dépenses collectives – par exemple les campagnes de prévention publiques ou les dépenses couvertes par les CPAS –, ni les dépenses restant à charge des ménages ne sont intégrées dans l'analyse).*
- *Les dépenses par âge pour 2002 et 2018 proviennent de l'échantillon permanent élaboré par l'Agence InterMutualliste². Ce sont des dépenses à prix courants.*
- *Pour tenir compte du nombre moyen de jours vécus à chaque âge et d'évolutions contrastées de ce nombre, les dépenses mesurées dans cette Brève sont les dépenses moyennes par jour. Ceci constitue une des originalités de l'analyse.*
- *L'âge est celui au 1er janvier de l'année considérée.*

LA STRUCTURE DES DÉPENSES PAR ÂGE EN 2018

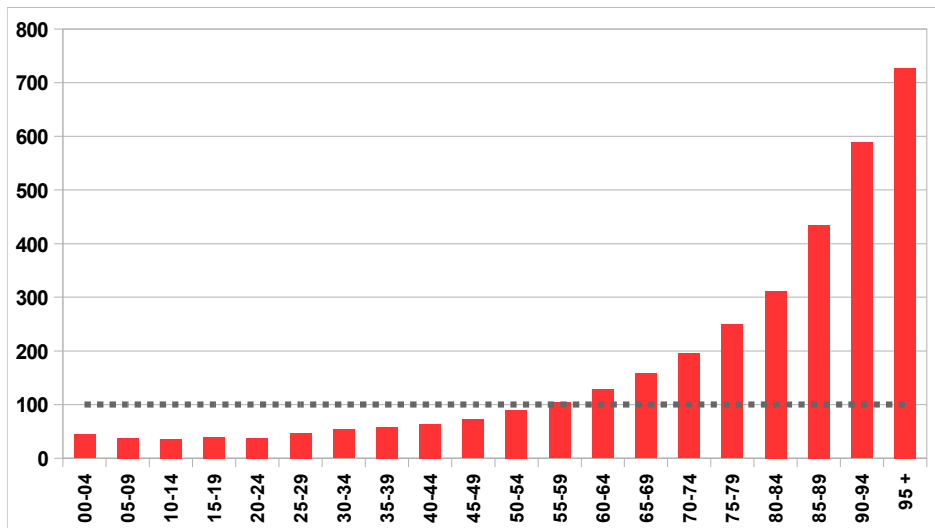
Pour commencer, le graphique en haut de la p.2 explicite la structure des dépenses par âge en 2018, la moyenne des dépenses étant fixée à 100. L'allure générale de la courbe est bien connue ; il n'en demeure pas moins que la croissance, exponentielle, de la dépense moyenne en fonction de l'âge impressionne : la dépense moyenne par jour des 95 ans et + est 20 fois plus élevée que celle des 10-14 ans (minimum de la courbe).

Si le profil des courbes des dépenses moyennes des femmes et des hommes par âge sont semblables, on constate – voir second graphique de la p.2 – que la dépense moyenne des femmes est supérieure à celle des hommes entre 15 et 59 ans et au-delà de 85 ans. Ce sont notamment les dépenses liées aux grossesses et aux accouchements qui expliquent, pour partie en tout cas, les différences pour les 20-44 ans. Par ailleurs il semble que les femmes recourent plus que les hommes aux soins de santé de première ligne et moins aux soins hospitaliers dans les catégories plus jeunes, avec des conséquences différées positives plus tard dans la vie.

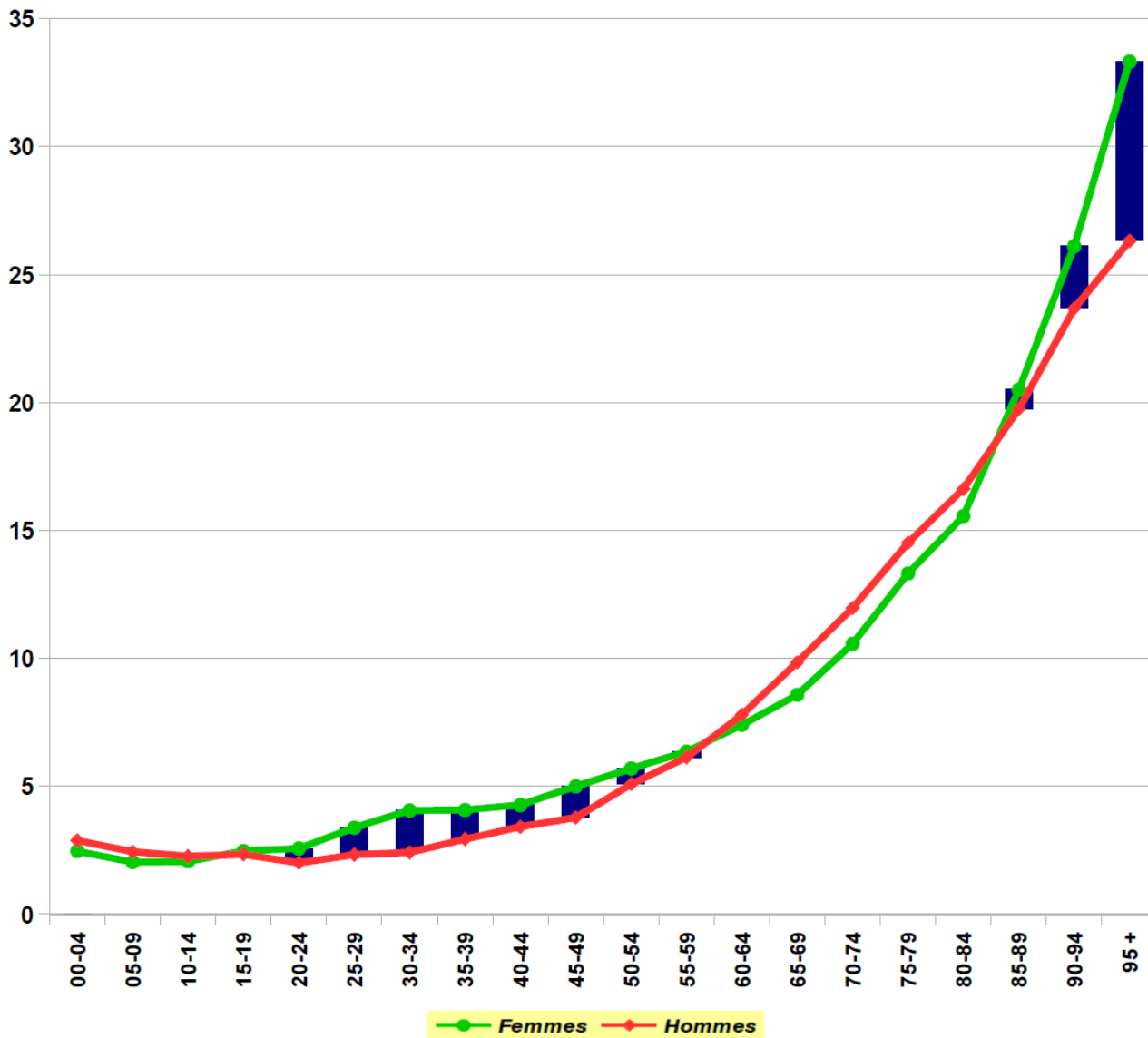
1 Merci à celles et à ceux qui, avec leurs remarques et suggestions pertinentes, m'ont permis d'améliorer (je l'espère en tout cas) la première version de ce texte. Je garde bien sûr seul la responsabilité du texte final.

2 Voir : <https://metadata.ima-aim.be/fr/app/bdds/Ps>. Merci à l'Agence InterMutualiste pour les données fournies à l'Institut pour un Développement Durable.

Dépenses de santé par jour et par catégorie d'âge – F + H – Dépense moyenne = 100 – 2018



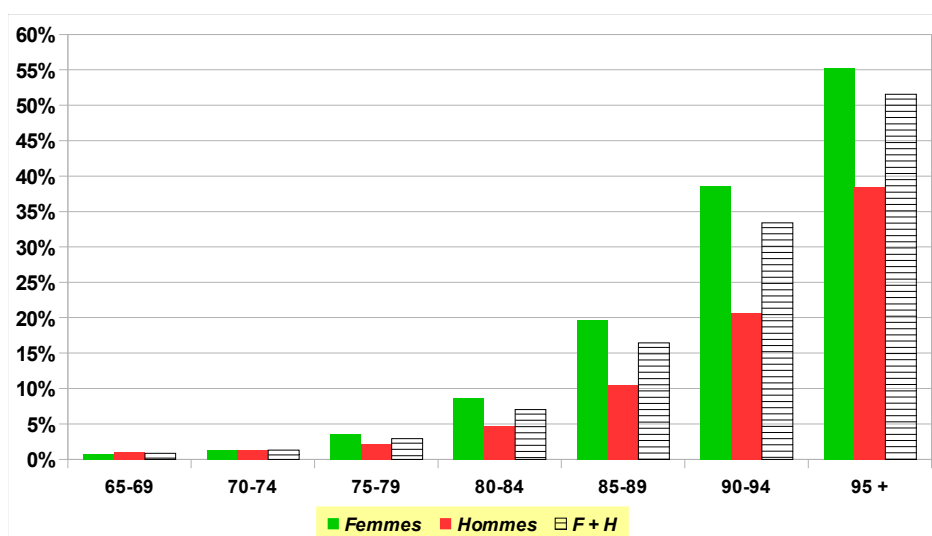
Dépenses de santé par jour moyennes par catégorie d'âge et par genre – en € par jour – 2018



Les écarts femmes-hommes à partir de 85 ans, qui s’amplifient avec l’âge, sont eux attribuables, en partie, à un plus grand recours des femmes à l’accueil en maisons de repos (et de soins), comme le montre le graphique suivant. Rappelons à cet égard que les forfaits MR(S) sont repris dans les dépenses de santé étudiées ici. On peut supposer que le plus grand recours des femmes à l’accueil en MR/MRS est lié, notamment, au fait qu’elles se retrouvent plus fréquemment veuves (ou l’équivalent pour les cohabitants) que les hommes ne se retrouvent veufs, simplement en raison de l’espérance de vie différente. L’isolement est donc plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Quand les personnes vivent en couple, elles compensent les petites pertes d’autonomie l’une de l’autre, parfois de façon tout à fait inconsciente, et, au décès du conjoint, ces pertes d’autonomie sont subitement dévoilées.

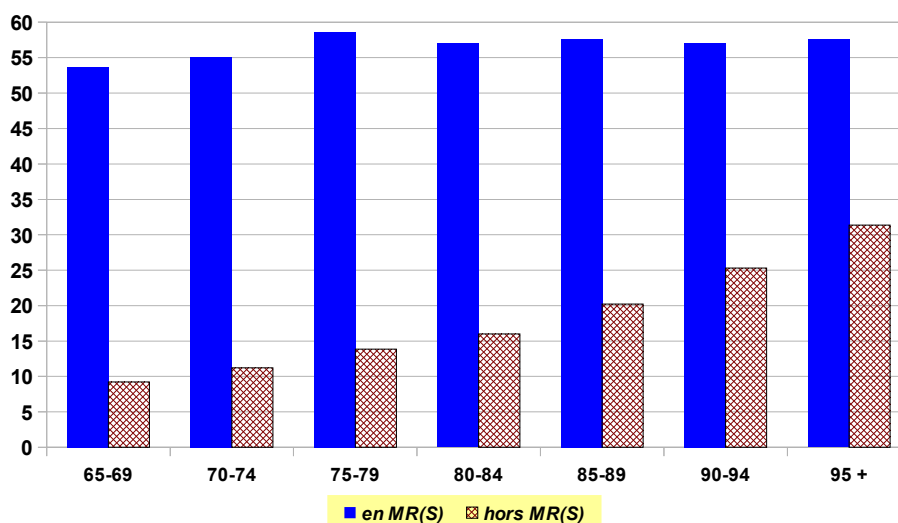
NB : Le graphique se lit ainsi. Par exemple, dans la tranche d’âge 90-94 ans, 39% des jours vécus par l’ensemble des femmes de cette catégorie d’âge en 2018 l’ont été par des femmes accueillies de manière permanente en MR(S).

Pourcentage du nombre de jours passés en MR(S) – par catégorie d’âge et par genre – 2018



Or, comme le montre le graphique suivant, le coût des soins de santé par jour est en moyenne beaucoup plus élevé en MR(S) qu'à domicile, à la fois parce que l'état de santé est en moyenne meilleur chez les personnes qui vivent à domicile et parce que, à état de santé équivalent, les personnes en MR(S) bénéficient de soins qui ne sont pas nécessairement activés pour des personnes à domicile. Ceci explique que là où les coûts moyens de prise en charge en MR/MRS changent très peu entre les catégories d'âge, ceux à domicile augmentent très régulièrement.

Dépense de santé moyenne par jour – in et hors MR(S) – par catégorie d’âge – 2018



LES DYNAMIQUES 2002-2018

Globalement, les dépenses de santé couvertes par les mutuelles ont augmenté, à prix courants, de 77% entre 2002 et 2018. Mais l'augmentation des masses budgétaires est, comme le montre le graphique suivant (voir p.5), variable d'un âge à l'autre et d'un genre à l'autre :

- à partir de 60 ans, les dépenses des hommes augmentent plus vite, parfois beaucoup plus vite, que celles des femmes, et ce pour toutes les catégories d'âge ;
- au-delà de 80 ans, les dépenses augmentent plus vite qu'en moyenne, pour les femmes comme pour les hommes (à l'exception des femmes de 80-84 ans) ;
- au contraire, les dépenses des 70-74 et 75-80 ans augmentent moins vite que la moyenne, pour les hommes comme pour les femmes.

L'analyse qui suit vise à contextualiser cette croissance en se concentrant sur les glissements démographiques. L'objectif final de l'analyse est de comparer les structures des dépenses par âge de 2002 et de 2018 à structure démographique semblable.

Le vieillissement bien sûr

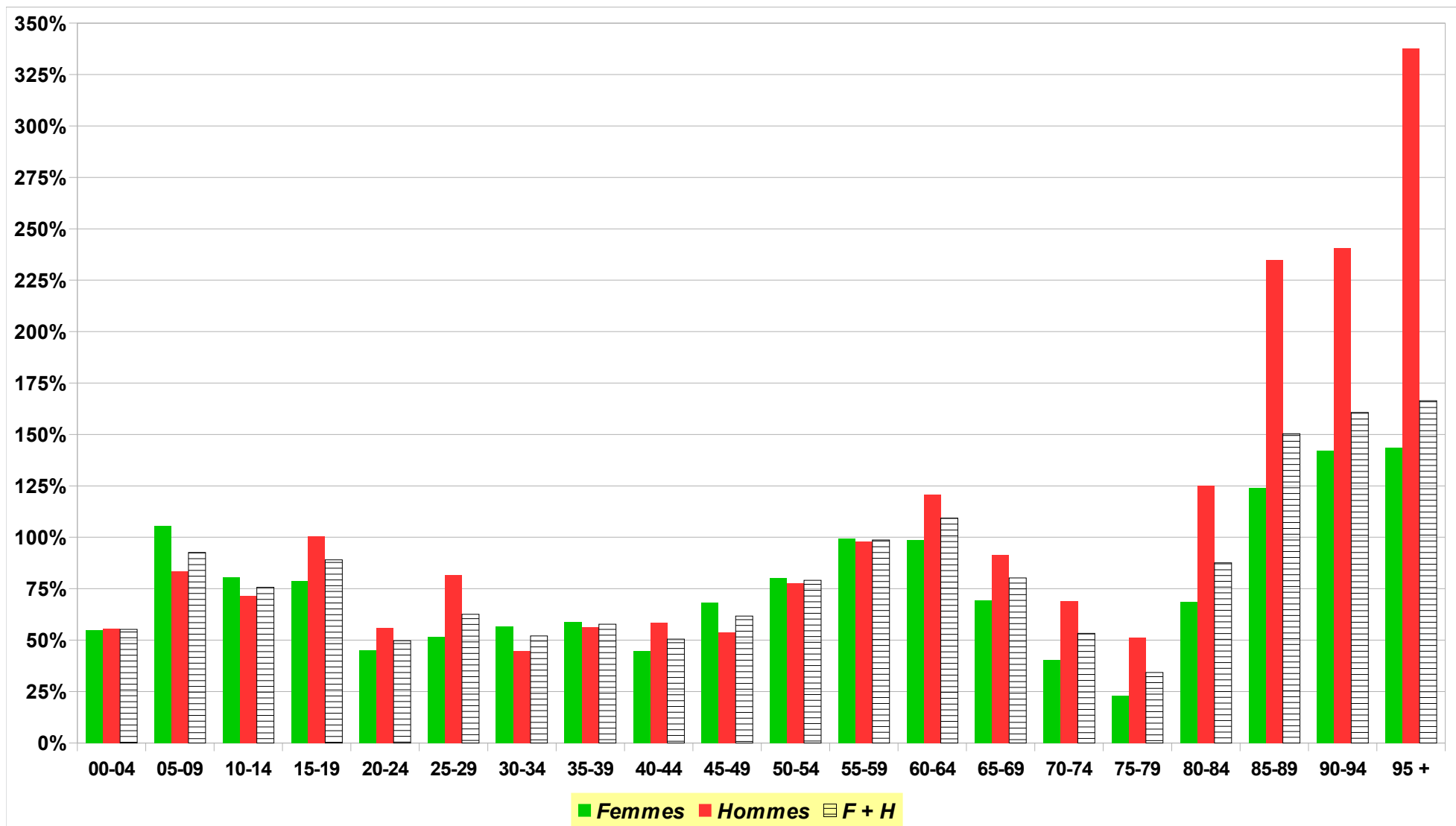
Les évolutions des dépenses globales par âge et par genre montrées par le graphique de la page suivante sont bien sûr expliquées pour partie par les glissements démographiques. Le tableau suivant met en évidence que la croissance, exprimée en pourcentage, du nombre de bénéficiaires de l'assurance-maladie varie très fort d'une catégorie d'âge à l'autre, avec parfois des différences notables par genre. Les cellules surlignées en orange indiquent une décroissance de la population correspondante et celles en vert indiquent un plus que doublement de la population concernées.

On voit bien, par exemple, le lien entre les évolutions des populations par genre à partir de 60 ans – le nombre d'hommes croît beaucoup plus que celui des femmes – et les évolutions des dépenses globales de santé (cfr. p.5) où on observe que les dépenses relatives aux hommes augmentent plus que celles relatives aux femmes.

Évolutions de la population des bénéficiaires de l'assurance-maladie – par catégorie d'âge et par genre – 2018 versus 2002 – en %

Age	Femmes	Hommes	F + H
00-04	7,9%	8,4%	8,1%
05-09	11,1%	11,4%	11,3%
10-14	1,6%	1,5%	1,6%
15-19	3,7%	4,0%	3,9%
20-24	3,6%	4,3%	4,0%
25-29	13,8%	11,0%	12,4%
30-34	-0,4%	-3,6%	-2,0%
35-39	-5,8%	-8,1%	-7,0%
40-44	-8,4%	-8,5%	-8,4%
45-49	5,4%	6,1%	5,8%
50-54	17,0%	18,2%	17,6%
55-59	32,8%	33,5%	33,2%
60-64	38,2%	42,1%	40,1%
65-69	19,3%	26,8%	22,8%
70-74	2,5%	14,5%	7,8%
75-79	-10,2%	4,7%	-4,2%
80-84	24,4%	55,1%	35,5%
85-89	61,2%	118,0%	77,8%
90-94	56,8%	120,1%	70,9%
95 +	67,2%	135,5%	78,1%
Total	9,4%	10,7%	10,0%

Évolutions des dépenses de santé totales par âge et par genre entre 2002 et 2018 – en %



Le vieillissement démographique se manifeste aussi par l'augmentation du nombre moyen de jours vécus aux âges avancés, comme le montre le tableau suivant. Le tableau se lit ainsi : une personne qui a 95 ou plus en début d'année vit en moyenne dans l'année qui suit 6,4 jours en plus qu'en 2002 (+7,0 jours pour les femmes, + 3,0 pour les hommes).

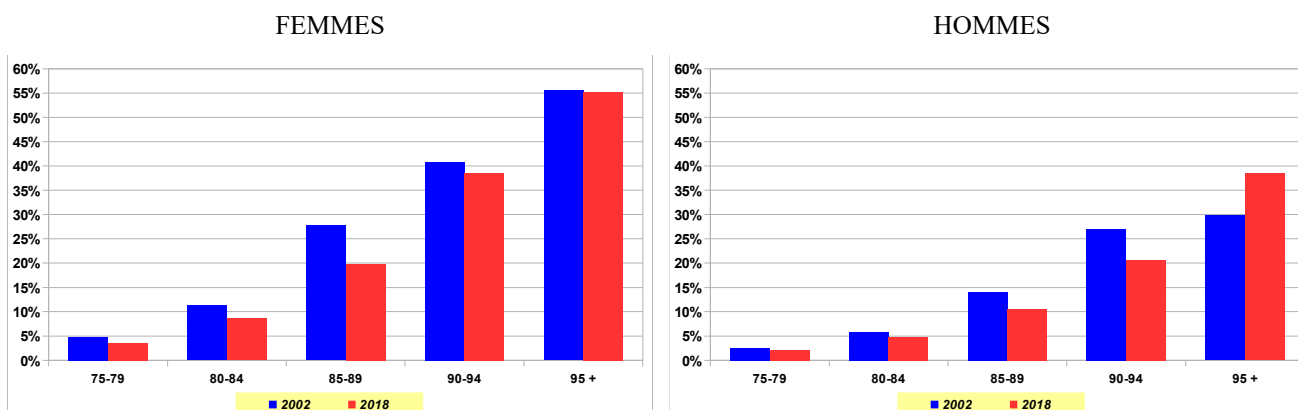
Évolution du nombre moyen de jours vécus par les personnes de 65 ans et plus par catégorie d'âge et par genre – 2018/2002

	Femmes	Hommes	F + H
65-69	0,4	0,7	0,5
70-74	0,8	1,0	0,8
75-79	1,3	4,6	2,6
80-84	2,3	5,1	3,1
85-89	5,7	10,0	6,6
90-94	6,3	11,9	7,1
95 +	7,0	3,0	6,4

L'importance du facteur MR(S)

Le double graphique suivant montre que, pour tous les âges à partir de 75 ans, le pourcentage de journées passées en MR(S) a diminué sensiblement entre 2002 et 2018, à l'exception des 95 ans et plus, où le pourcentage de journées passées en MR(S) est resté quasiment stable pour les femmes et a augmenté pour les hommes ; en 2002 comme en 2018, le pourcentage de journées passées en MR(S) est, pour chaque catégorie d'âge considérée ici, systématiquement supérieur pour les femmes.

Pourcentage du nombre de jours passés en MR(S) – par catégorie d'âge et par genre – 2002 et 2018



Au total, le pourcentage de jours passés en MR(S) par les 75 ans et plus a très légèrement diminué entre 2002 et 2018 (voir tableau à la page suivante). Il est resté stable si on considère l'ensemble des 65 ans et plus.

Pourcentage des journées vécues par les seniors passées en MR(S) – 2002 et 2018

75 ans en +

	2002	2018
Femmes	14,3%	14,0%
Hommes	6,0%	6,3%
F + H	11,4%	10,9%

65 ans et +

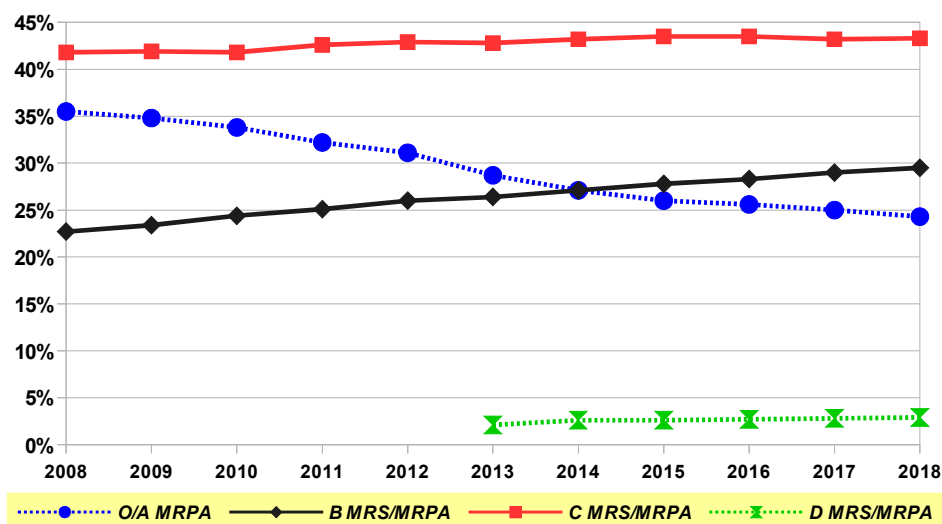
	2002	2018
Femmes	7,6%	7,5%
Hommes	2,9%	3,3%
F + H	5,7%	5,7%

Si les évolutions de la proportion des journées passées en MR(S) n'ont donc pas, toutes choses égales par ailleurs, un impact important sur la croissance des dépenses de santé, il n'en va pas de même de l'évolution de la dépense moyenne en MR(S).

En effet, pour les 65 ans et plus, la dépense moyenne par jour en MR(S) couverte par les mutuelles a, entre 2002 et 2018, augmenté beaucoup plus que la dépense moyenne hors MR(S) : +93% contre +35%.

Cet écart s'explique par deux raisons principales : une évolution dans la population des MR(S) vers plus de dépendance en moyenne – voir graphique suivant qui explicite cette évolution pour la période 2008 à 2018 – et les améliorations dans le financement des MR(S) – meilleur encadrement et augmentation des lits reconnus comme lits MRS. On peut estimer que l'évolution de la structure des catégories Katz³ (vers plus de dépendances lourdes) expliquerait environ 1/3 de l'augmentation de la dépense moyenne en MR(S) ; 2/3 seraient donc attribuables aux améliorations apportées à l'encadrement en MR(S) (soins infirmiers, aides-soignants et personnel para-médical), notamment en faisant glisser plus de lits vers un financement MRS, plus favorable. Cette amélioration du financement est allée de pair avec une amélioration conséquente, à niveau de dépendance donné, de la qualité de vie des personnes en maison de repos (et de soins).

Structure en pourcentage des résidents permanents en MR(S) suivant le type de forfait – 2008-2018



On a accumulé ci-dessous les pièces nécessaires pour mieux cerner les évolutions relatives des dépenses de santé par âge, en neutralisant les modifications démographiques (nombre de bénéficiaires et structure par âge) et les augmentations des dépenses en MR(S) qui ne sont pas liées à l'augmentation du niveau moyen de dépendance des personnes en MR(S).

Les résultats des calculs – voir tableau ci-après – montrent que, tant pour les femmes que pour les hommes, la dépense moyenne par jour des 65 ans et + a évolué moins que la dépense moyenne des 0-64 ans.

Évolution de la dépense moyenne de santé par jour – à structure démographique constante par catégorie d'âge et par genre – 2018 versus 2002 – en %

Age	Femmes	Hommes	Total
0-64 ans	53,6%	55,7%	54,6%
65 ans et +	34,7%	44,6%	38,6%
dont 65-74	38,8%	46,6%	42,7%
dont 75 et +	33,0%	42,9%	36,4%
Total	43,4%	50,5%	46,4%

Ne disposant pas des données nécessaires, ce calcul n'intègre pas l'impact spécifique sur l'évolution des dépenses des variations dans la proportion de la population bénéficiant d'une intervention majorée (BIM). Certes, l'intégration de ce facteur dans l'analyse aboutirait à une augmentation, toutes choses égales par ailleurs, quelque peu réduite pour les dépenses des 0-64 ans et quelque peu augmentée pour les dépenses des aînés ; ceci dit, la prise en compte de ce paramètre dans l'analyse ne modifierait pas l'observation d'une moindre croissance des dépenses de santé des aînés relativement au plus jeunes.

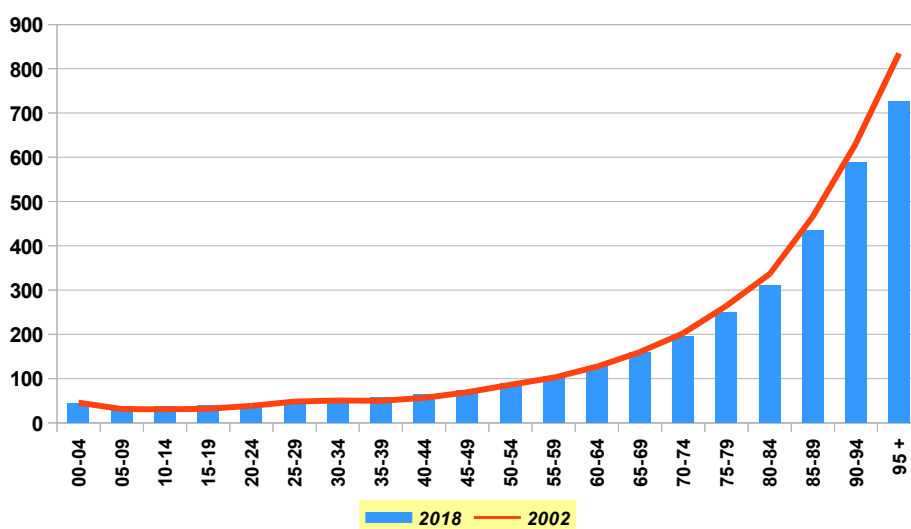
3 Voir : <https://wikiwiph.aviq.be/Pages/%C3%89chelle-de-Katz.aspx>

Proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) – 2002 et 2018

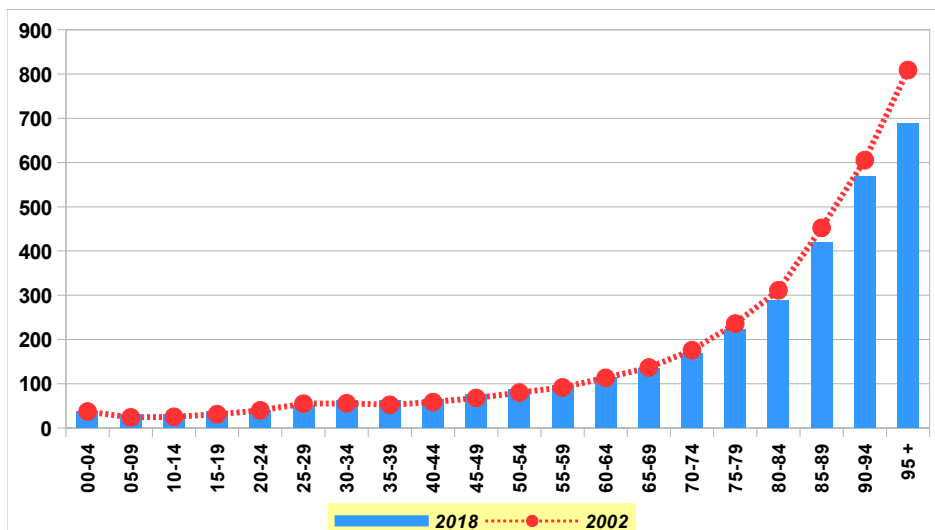
Genre	Age	2002	2018	Écart
Femmes	0-64 ans	9,0%	18,1%	9,1%
	65 ans et +	42,6%	32,4%	-10,1%
	Total	15,9%	21,3%	5,4%
Hommes	0-64 ans	7,5%	16,3%	8,7%
	65 ans et +	30,1%	22,0%	-8,1%
	Total	11,0%	17,3%	6,3%
F + H	0-64 ans	8,3%	17,2%	8,9%
	65 ans et +	37,4%	27,8%	-9,6%
	Total	13,5%	19,3%	5,8%

Au total, voici comment se présente l'évolution de la structure des dépenses moyennes de santé par âge entre 2002 et 2018 une fois intégrées les corrections explicitées et illustrées ci-dessus. On constate clairement un tassement de la structure d'âge au-delà de 65 ans. L'allure générale de ces courbes est la même pour les femmes ; pour les hommes le tassement est significativement moins marqué et pour les 95 ans et + les dépenses en 2018 sont même proportionnellement quelque peu plus élevées qu'en 2002.

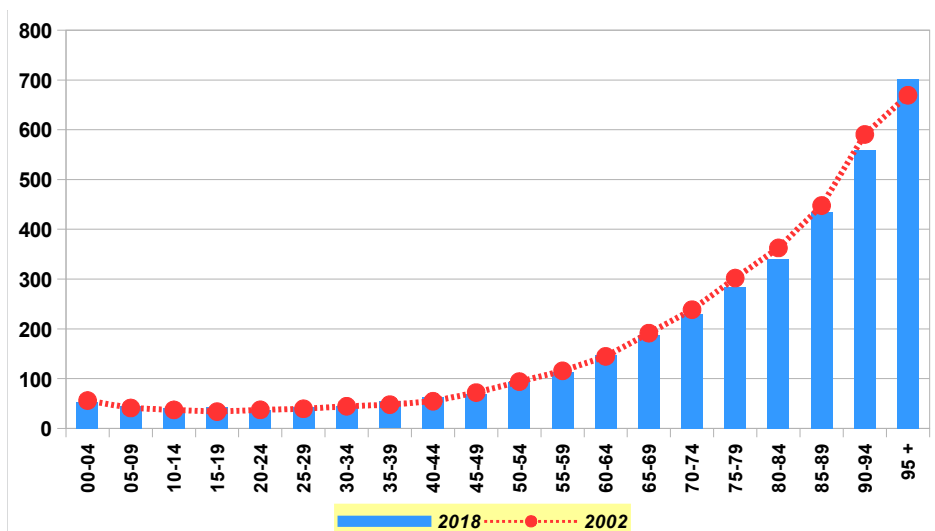
Dépenses de santé par jour et par catégorie d'âge – **F + H** – Dépense moyenne = 100 – 2002 et 2018



Dépenses de santé par jour et par catégorie d'âge – **Femmes** – Dépense moyenne = 100 – 2002 et 2018



Dépenses de santé par jour et par catégorie d'âge – **Hommes** – Dépense moyenne = 100 – 2002 et 2018



Le constat d'une moindre augmentation des dépenses moyennes de santé aux âges avancés incite à aller voir ce qu'il en est de l'évolution de la santé subjective révélée par l'enquête sur la santé administrée par Sciensano. Le tableau suivant montre que la proportion de personnes se déclarant en (très) bonne santé a – entre 2001 et 2018 – augmenté de manière statistiquement significative pour les 65 ans et plus, tandis qu'elle a plus ou moins stagné pour les moins de 65 ans (tableau plus détaillé en Annexe). Ce rapprochement, pour autant, incite à proposer juste une piste d'explication possible, parmi d'autres, tant les déterminants des dépenses de santé sont multiples et qu'il est difficile d'isoler l'impact de chaque facteur.

Proportion de personnes déclarant s'estimer en (très) bonne santé – 2001 et 2018 – en %

Genre	Age	2001	2018	Écart
Femmes	0-64 ans	80,7%	80,6%	-0,1%
	65 ans et +	47,7%	61,2%	13,5%
	dont 65-74	53,6%	67,5%	13,9%
	dont 75 et +	41,5%	55,2%	13,7%
	Total	72,9%	75,8%	2,8%
Hommes	0-64 ans	84,1%	81,8%	-2,3%
	65 ans et +	55,1%	69,1%	13,9%
	dont 65-74	59,8%	73,6%	13,8%
	dont 75 et +	47,6%	62,9%	15,3%
	Total	79,1%	79,2%	0,1%
F + H	0-64 ans	82,4%	81,2%	-1,2%
	65 ans et +	50,8%	64,7%	13,9%
	dont 65-74	56,4%	70,4%	14,0%
	dont 75 et +	43,7%	58,2%	14,6%
	Total	75,9%	77,5%	1,5%

Annexes

Proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) – Évolutions 2002-2018 – Par catégorie d'âge

Catégorie d'âge	Femmes			Hommes			Femmes + Hommes		
	2002	2018	Écart	2002	2018	Écart	2002	2018	Écart
00-04	5,7%	19,7%	14,1%	5,8%	19,9%	14,1%	5,8%	19,8%	14,1%
05-09	6,3%	21,4%	15,1%	6,8%	21,6%	14,8%	6,6%	21,5%	15,0%
10-14	7,9%	21,6%	13,6%	8,3%	21,7%	13,4%	8,1%	21,6%	13,5%
15-19	10,2%	22,1%	11,9%	10,1%	22,7%	12,5%	10,2%	22,4%	12,2%
20-24	7,4%	20,0%	12,6%	7,0%	19,1%	12,1%	7,2%	19,5%	12,3%
25-29	4,4%	15,4%	11,0%	4,9%	14,0%	9,1%	4,6%	14,7%	10,1%
30-34	4,7%	15,5%	10,9%	4,8%	12,5%	7,8%	4,7%	14,0%	9,3%
35-39	5,4%	16,2%	10,9%	4,8%	12,6%	7,9%	5,1%	14,4%	9,4%
40-44	6,7%	16,6%	9,9%	5,1%	13,3%	8,3%	5,9%	14,9%	9,1%
45-49	8,3%	16,0%	7,7%	5,5%	13,3%	7,8%	6,9%	14,7%	7,8%
50-54	13,2%	15,7%	2,5%	9,4%	13,3%	3,9%	11,3%	14,5%	3,2%
55-59	17,5%	17,1%	-0,4%	12,5%	13,8%	1,3%	15,0%	15,5%	0,5%
60-64	24,4%	20,8%	-3,6%	17,9%	16,3%	-1,6%	21,3%	18,6%	-2,7%
65-69	30,9%	23,0%	-7,9%	23,4%	17,5%	-5,9%	27,4%	20,4%	-7,0%
70-74	36,6%	24,1%	-12,5%	27,8%	16,6%	-11,2%	32,7%	20,5%	-12,1%
75-79	44,0%	31,8%	-12,1%	32,2%	21,9%	-10,3%	39,1%	27,4%	-11,8%
80-84	50,6%	39,7%	-10,9%	37,0%	29,0%	-8,1%	45,6%	35,2%	-10,4%
85-89	60,3%	46,2%	-14,1%	47,1%	34,9%	-12,2%	56,4%	42,1%	-14,3%
90-94	66,1%	51,3%	-14,8%	55,7%	37,8%	-17,9%	63,7%	47,3%	-16,4%
95 et +	69,1%	56,1%	-13,0%	61,0%	41,1%	-19,8%	67,7%	52,7%	-15,0%
Total	15,9%	21,3%	5,4%	11,0%	17,3%	6,3%	13,5%	19,3%	5,8%
0-64	9,0%	18,1%	9,1%	7,5%	16,3%	8,7%	8,3%	17,2%	8,9%
65 et +	42,6%	32,4%	-10,1%	30,1%	22,0%	-8,1%	37,4%	27,8%	-9,6%

Santé subjective – Résultats détaillés (avec les intervalles de confiance) de l'enquête Sciensano

Gender	Age group	2001		2018	
		Crude %	95% CI	Crude %	95% CI
Men	15-24	94,4	(92,0-96,8)	90,1	(84,7-95,5)
	25-34	89,4	(86,6-92,2)	88,4	(83,8-93,1)
	35-44	85,3	(82,1-88,5)	82,0	(77,9-86,2)
	45-54	79,9	(76,4-83,4)	76,3	(71,7-80,9)
	55-64	68,4	(63,7-73,0)	73,7	(69,3-78,1)
	65-74	59,8	(53,9-65,7)	73,6	(69,1-78,2)
	75	47,6	(40,2-54,9)	62,9	(56,4-69,4)
	Total	79,1	(77,6-80,6)	78,8	(76,9-80,6)
Women	15-24	89,4	(86,5-92,3)	93,5	(90,5-96,5)
	25-34	89,8	(87,1-92,5)	88,1	(84,8-91,3)
	35-44	82,0	(78,6-85,5)	82,7	(78,4-87,0)
	45-54	72,7	(68,9-76,6)	70,3	(65,8-74,9)
	55-64	67,4	(63,2-71,7)	71,0	(66,7-75,2)
	65-74	53,6	(48,0-59,2)	67,5	(62,7-72,3)
	75	41,5	(34,5-48,6)	55,2	(49,3-61,0)
	Total	73,6	(71,9-75,3)	75,3	(73,6-77,1)

Sources : Agence Intermutualiste, Bureau fédéral du Plan, INAMI et Sciensano – Calculs et estimations : IDD