

Les enjeux économiques et financiers de la fin de l'existence

ROBERT HOLCMAN

Directeur d'hôpital, auditeur à la direction de l'inspection et de l'audit de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Docteur en sciences de gestion, habilité à diriger des recherches. Professeur d'université qualifié, associé à l'Institut d'études politiques de Bordeaux.

robert.holcman@sap.aphp.fr

RÉSUMÉ

La fin de l'existence recèle de nombreux enjeux économiques et financiers – sur les familles, sur les établissements de santé, sur l'organisation sociale dans son ensemble. Cette période de la vie est fréquemment présentée comme faisant peser un poids économique important sur la collectivité. Or la réalité est souvent très différente des propos véhiculés sur le sujet. La prolongation de l'existence a d'importantes conséquences financières au sein des familles par le biais des successions, et les pires tentations sont toujours possibles. Dans les établissements de santé, contrairement à ce qui est affirmé la prise en charge de la fin de l'existence est une activité rémunératrice en raison de la nouvelle modalité d'acquisition de recettes fondée la tarification à l'activité. Au niveau social, la prolongation de la fin de l'existence est davantage une source de croissance économique que d'accroissement des dépenses.

Mots-clés : Fin de vie, Conséquences économiques, Effets financiers, Familles, Hôpital, Croissance.

SUMMARY***Economical and financial effects of the end of life***

The end of life has numerous economical and financial effects on families, hospitals, and the social organization as a whole. This period of life is frequently described as the explanation of increasing social cost. However the facts are often largely different than what is said. For the families, the prolongation of the life has major consequences, and the worth temptations could occur. Contrary to what is assured sometimes, caring the ends of lives is a profitable activity for hospitals because of the new modalities of financing based on their activity. At the social level, the extension of the life is more a factor of economical growth than a factor of increasing expenses.

Key-words: End of life, Economical consequences, Financial Effects, Families, Hospital, Income.

La fin de l'existence est une période qui – outre ses dimensions humaine, psychologique, existentielle – porte des enjeux économiques et financiers majeurs, pour les familles, les établissements de santé, l'économie dans son ensemble. De nombreuses affirmations circulent à propos des conséquences économiques et financières de ce temps de la vie, souvent inexacts, parfois délétères. Il est parfois affirmé que la poursuite de l'existence serait une source majeure de dépenses, dans les établissements de soins et pour la collectivité. Des clichés sont également véhiculés, notamment s'agissant de l'attitude des familles à l'égard des personnes en fin de vie, prétendument caractérisée par l'amour, la compassion, et la charité, alors que la législation existante souligne en creux les pires tentations qui pourraient exister.

C'est la raison pour laquelle, on se penchera tout d'abord sur les conséquences économiques et financières de la fin de l'existence et du décès sur les familles. Ensuite, la mort intervenant majoritairement en établissements de santé, on s'appliquera à faire la lumière sur le lien qui serait supposé exister entre situation financière des hôpitaux et conditions de la fin de l'existence. Enfin, on évoquera l'impact de l'allongement de la durée de l'existence sur l'économie dans son ensemble, à savoir si l'accroissement de la consommation de soins et de prise en charge est une charge financière ou au contraire forme une importante source de croissance.

LA FIN DE L'EXISTENCE ET LES FAMILLES

Le constat du décès ouvre la possibilité de transferts monétaires : c'est en particulier le cas du capital-décès et des assurances-vie. Le capital-décès est une indemnité versée par l'assurance maladie aux personnes qui étaient à la charge permanente, totale et effective de l'assuré décédé : conjoint, enfants, à défaut ascen-

dants, ou toute autre personne à charge totale, effective et permanente de l'assuré (concubin, collatéral, cohabitant). Elle permet aux proches de l'assuré de faire face aux frais immédiats entraînés par son décès, notamment les frais d'obsèques. Le principe est le même en ce qui concerne les rentes versées aux ayants droit de la victime d'un accident mortel du travail. Dans les deux cas, le décès doit être constaté ; toute autre situation entre vie et mort ne déclenche pas le versement de ces indemnités. Le Code civil, en effet, prévoit que le décès met fin à la personnalité juridique et autorise l'engagement de la succession ; tant qu'il n'est pas constaté, aucune succession ne peut s'ouvrir, quel que soit l'état du patient. Seuls l'arrêt des fonctions physiologiques ou le constat de la mort cérébrale permettent l'ouverture de cette dernière. En d'autres termes, toutes les autres situations où un être humain est placé entre la vie et la mort – coma, états végétatifs chroniques, états pauci-relationnels, *locked-in syndrom* – ne peuvent autoriser l'ouverture d'une succession.

Il est à noter que le droit n'envisage aucune gradation dans la personnalité juridique en fonction du degré de conscience de l'être humain : tant que le décès n'est pas médicalement prononcé, la personne conserve la plénitude de ses droits et de leurs effets afférents, quel que soit son état physique. Rappelons incidemment que, contrairement à ce qui est parfois avancé, la détermination de la mort ne fait plus question et est sans doute bien plus précise et définitive que ce qu'elle était avant le développement des techniques de réanimation cardio-respiratoires [1]. La frontière entre la vie et la mort n'a pas été estompée par les progrès de la médecine, elle s'en est trouvée précisée, bien que déplacée sous l'effet de la capacité technique dont disposent désormais les équipes soignantes de maintenir en vie une personne aux capacités neurologiques intactes mais dont la dégradation de l'état de santé conduirait à la mort à défaut d'une assistance aux fonctions vitales. La mort se caractérise

par l'interruption définitive de toute activité du cerveau [2]. En ce qui concerne le début de l'existence, la personnalité juridique s'acquiert avec la naissance pour l'enfant vivant et viable ; d'un point de vue médical, la viabilité de l'enfant vivant s'établit à partir d'une durée de gestation d'au moins vingt-deux semaines et d'un poids minimum de 500 grammes. Les enfants mort-nés ne sont pas légalement des personnes, et les enfants vivants mais non viables sont censés n'avoir jamais eu la personnalité juridique, même si les conditions de leur inhumation continuent de faire débat, avec notamment la possibilité de délivrer un acte d'enfant sans vie pour les enfants nés vivants mais non viables, ou mort-nés avant le seuil de viabilité.

Les conditions d'ouverture du bénéfice des assurances vie contractées sont encore plus pertinentes s'agissant de la question des conséquences du décès. Comme pour les autres indemnités qui viennent d'être évoquées, le capital ne peut être versé aux bénéficiaires qu'une fois le décès constaté, à l'exclusion de toute autre situation de fin ou de prolongation de la vie. Mais le suicide de l'assuré peut parfois être une cause de non-versement de ce capital s'il intervient au cours de la première année du contrat¹ ; ce n'est pas le cas toutefois au-delà de la première année.

La prolongation de l'existence a, de même, un impact sur les successions. Le placement en institution de retraite est coûteux, la dotation en structures d'hébergement des personnes âgées étant largement inférieure aux besoins ; dans le cas de patients en état végétatif chronique, la prise en charge est encore plus onéreuse. La question devient encore plus aiguë sous l'effet de la réflexion actuellement menée

sur le financement du risque dépendance par prélèvement sur le patrimoine des personnes âgées. Le Sénat avait déjà fait naître un débat controversé en suggérant que le financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) pourrait être partiellement assuré par un recours sur les successions des personnes âgées en bénéficiant. En 2008, le gouvernement avait suggéré que la couverture sociale de la perte d'autonomie pourrait ne pas être assurée par la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale² mais par un système de protection pour partie adossé à un prélèvement opéré sur le patrimoine des personnes âgées après leur décès. Les propos du président de la République tenus en novembre 2010 montrent que ce débat n'a toujours pas été tranché.

C'est à la lumière de ces contraintes et de ces dispositifs qu'il faut aussi envisager les demandes de légalisation/dépénalisation de l'euthanasie. Dans sa brochure intitulée « *Fin de vie. Une nouvelle loi est indispensable*³ », l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) réclame l'introduction d'un nouvel article dans le Code de la santé publique qui assimilerait l'euthanasie à une mort naturelle, tout particulièrement s'agissant des contrats où la personne était partie prenante. L'ADMD souhaite que le décès provoqué par un tiers soit considéré comme une mort spontanée et emporte les mêmes conséquences en droit que cette dernière. Rappelons qu'en l'état actuel de la législation, sont exclus d'une succession ceux qui ont été condamnés – en tant qu'auteur ou complice – à une peine criminelle pour avoir volontairement donné ou tenté de donner la mort au défunt⁴ – cette mesure ne

¹ Article L. 132-7 du Code des assurances.

² Les quatre premières branches sont : accidents du travail/maladies professionnelles ; vieillesse/veuvage ; famille ; maladie/maternité/invalidité/décès.

³ Téléchargeable sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : <http://www.sfap.org>.

⁴ Article 726 du Code civil.

frappant pas les enfants de celui ou celle qui est ainsi exclu(e) de la succession⁵. La légalisation de l'euthanasie, et le fait de considérer ces morts comme naturelles, emporteraient de nombreuses conséquences [3]. En ce qui concerne l'ouverture des successions, la conjugaison d'une légalisation de l'abrègement de l'existence et de la mise en œuvre d'un dispositif qui réduirait la succession des héritiers à mesure que la vie de la personne âgée, dépendante ou malade se poursuivrait, pourrait susciter les pires tentations. Les futurs héritiers les moins scrupuleux pourraient être tentés de mettre fin à l'amenuisement de leur succession en s'appliquant à convaincre la personne concernée ou l'équipe soignante de la « nécessité » de mettre fin aux souffrances de cette dernière. Cette préoccupation économique serait encore plus avivée dans le cas des personnes en état végétatif chronique. Actuellement, tant qu'elles ne sont pas décédées, les mécanismes de transmission de patrimoine ne peuvent pas être mis en œuvre ; leur inconscience les rendrait encore plus vulnérables à des vellétés familiales de faire interrompre leur existence. De même, dès lors qu'une euthanasie ne serait pas légalement considérée comme un suicide mais comme une mort naturelle, l'ouverture du bénéfice de la ou des assurances vie contractées par la personne euthanasiée serait acquise contrairement à l'état actuel de la législation concernant le suicide de la personne assurée durant la première année qui suit la souscription. La tentation pourrait être forte – du côté des familles et/ou du côté de la personne concernée – d'envisager de souscrire une assurance vie dans la perspective programmée d'un suicide, légalisée par le biais d'une euthanasie.

La dimension « économique » de la fin de vie est à ce point déjà présente qu'elle est prise en compte dans le Code de déontologie médi-

cale, qui précise qu'un médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne pourra en hériter que sous des conditions bien précises définies par la loi. Ce médecin ne peut pas non plus user de son influence pour obtenir un mandat de cette personne ou passer un contrat à titre onéreux avec elle dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables.

LA CONTRAINTE FINANCIÈRE À L'ORIGINE DE DÉRIVES À L'HÔPITAL ?

Précisons tout d'abord que l'affirmation consistant à dire que les mourants n'ont pas leur place à l'hôpital relève de l'évidence. Le terme « hôpital » comprend en réalité plusieurs catégories d'établissements de santé : les établissements dits MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), qui dispensent des soins aigus ; les établissements de soins de suite et de réadaptation, où les patients suivent des soins de convalescence et/ou de rééducation ; et les structures de long séjour qui, pour la plupart d'entre elles, accueillent des personnes âgées peu ou pas malades du tout [4]. Or, quand on parle d'hôpital, on fait généralement référence aux établissements de soins aigus. Dès lors que l'équipe soignante a constaté qu'il n'y a plus de gains thérapeutiques à poursuivre la dispensation de soins aigus, sauf à basculer dans une situation d'acharnement thérapeutique, la place du patient n'est plus à l'hôpital, pris dans le sens d'établissements MCO. Il n'y a ainsi rien d'anormal à constater qu'un mourant ne doit pas continuer à être hospitalisé dans un lit de soins aigus – sauf ponctuellement, quand son état exige la dispensation de soins –, mais plutôt dans des structures d'accompagnement adaptées à son état [5]. Ce qui est choquant, en revanche, c'est qu'il y ait aussi peu d'uni-

⁵ Article 729-1 du Code civil.

tés ou d'établissements dispensant des soins palliatifs, ou de structures d'hospitalisation à domicile [6].

Cette précision étant faite, peut-on légitimement affirmer que le contexte économique des établissements de santé inciterait en toute opacité à, sinon abrégé la vie de patients, en tout cas ne pas tout mettre en œuvre pour les maintenir en vie [7], et ce, pour des motifs économiques [8] ? L'encadrement des dépenses des établissements publics de santé est certes drastique. L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) a remplacé la procédure budgétaire qui avait cours depuis plusieurs décennies et qui, en constatant à la fin du premier trimestre de l'année suivante les finances de l'année précédente, avait permis aux hôpitaux d'utiliser leurs déficits comme autant de ballons d'oxygène financiers. Désormais, l'EPRD oblige les directions d'hôpitaux à rendre compte de l'état de leur exercice budgétaire presque en temps réel : dès la fin du premier trimestre de l'exercice (soit un an plus tôt que dans le régime budgétaire précédent), la situation financière et les perspectives sur l'année entière doivent être justifiées devant leur tutelle. La différence est majeure, la contrainte économique et financière étant devenue extrêmement forte. Dans ces conditions, avancent certains, comment ne pas comprendre que les établissements de santé soient tentés de se débarrasser de leurs malades les plus coûteux qui, au demeurant, n'en ont plus que pour quelques jours, quelques semaines tout au plus, à vivre ?

La réponse vient de la compréhension du nouveau mode d'allocation des recettes des établissements de soins. La tarification à l'activité (T2A) a introduit un mode de financement directement lié à leur activité. Alors qu'auparavant, les recettes des hôpitaux étaient forfaitisées, elles sont dorénavant intégralement dépendantes du nombre de patients accueillis et de la lourdeur des actes qui leur sont dispensés. À chaque catégorie de séjour correspond une somme – plus ou moins impor-

tante suivant le type de prise en charge – que l'établissement perçoit en regard. Par conséquent, autant on pouvait suggérer que, sur la base de recettes forfaitaires et de dépenses variables, les établissements de soins pouvaient être tentés de minorer les secondes pour préserver les premières ; autant, dans le cadre d'un financement adossé à l'activité, la présence de chaque patient dans l'établissement « rapporte » en recettes à ce dernier. Toute la question réside dans l'analyse comparative des recettes suivant le type d'activité. Dit autrement, il convient de savoir si la prise en charge d'un patient en fin de vie « produit » autant de recettes que d'autres types d'actes ou de séjours : on entend ainsi, à tort, que les actes relevant des soins palliatifs [9] seraient insuffisamment rémunérés pour les établissements, ce qui expliquerait leur réticence à développer cette activité [10].

Or c'est tout à fait inexact. La question du lien entre mode de financement et offre des établissements en soins palliatifs porte en réalité sur le fractionnement des séjours et sur la nécessité de passer d'une tarification à l'acte (qui est désormais la règle) à une tarification à la journée qui éviterait d'introduire une réflexion quant à la durée du séjour du patient. Il y a trois seuils de durée de séjour en soins palliatifs : moins de deux jours ; de deux à trente-cinq jours ; au-delà de trente-cinq jours. Il est donc plus intéressant financièrement de fractionner les séjours, une hospitalisation de vingt jours par exemple « rapportant » moins que deux de dix jours. La fixation de seuils de durée, qui déterminent les recettes créées par le séjour d'un patient, peut ainsi conduire à des dérives de gestion : sorties fictives, sélection de patients ou, à l'inverse, obstination déraisonnable. La tentation pour les établissements est donc moins d'hésiter à prodiguer des soins palliatifs que de justifier une cotation des séjours en soins palliatifs afin d'accroître leurs recettes, puisque ces séjours sont davantage valorisés financièrement pour tenir compte de la plus grande charge de travail et de moyens qu'ils exigent.

De même, si c'était la seule motivation financière qui devait déterminer le développement des pratiques palliatives, les établissements pourraient être incités à jouer sur les durées d'hospitalisation, les dotations forfaitaires accordées pour chacun d'entre eux variant en fonction de leur durée. C'est la raison pour laquelle, il est prévu que la modulation des tarifs de séjours en soins palliatifs s'articule désormais autour de quatre niveaux. Dans tous les cas, il y a consensus pour juger qu'il est nécessaire de trouver des dispositifs permettant de lisser les effets de seuils liés à la tarification à l'activité pour corrélérer encore plus les tarifs et les durées de séjour.

Mais la question au fond n'est pas de savoir si telle ou telle modalité de financement encourage ou entrave le développement des soins palliatifs, ces derniers devant plutôt être le fruit d'une politique d'amélioration des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients, de mise en œuvre d'actions de formation et de démarche qualité, et ce, indépendamment de questions de financement adossées à la cotation de tel ou tel acte de soin [11]. On peut plutôt se demander pourquoi il n'a été envisagé – dans le cadre de la T2A – d'appliquer aux soins palliatifs les règles dont bénéficient les urgences, les greffes et les missions d'intérêt général assumées par les hôpitaux publics, à savoir conserver une modalité de recettes forfaitaires pour prendre en compte le caractère particulier de ces activités.

La T2A étant un mécanisme puissant d'incitation à la productivité, il a été jugé que certaines activités hospitalières ne pouvaient pas y être intégralement soumises compte tenu de la difficulté, pour ne pas dire de l'impossibilité, d'y consentir des gains de productivité [12] ; pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour les soins palliatifs ? C'est cette question qui avait conduit Jean Leonetti [13], dans le cadre de la mission qui lui avait été confiée, à saisir le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour lui demander comment mettre en place un système de financement de soins qui, tout

en évitant l'obstination déraisonnable, facilite les soins palliatifs. Dans son avis n° 101, le CCNE [14] avait déjà considéré que la tarification à l'activité s'adaptait mal à certaines pathologies, notamment au traitement et la prise en charge des maladies chroniques et des soins palliatifs. Il avait été jugé que la cotation et la quantification de l'accompagnement de la fin de vie soulevaient des questions spécifiques dont la réponse devrait sans doute se trouver dans l'introduction d'une part forfaitaire dans le financement des séjours en soins palliatifs.

Il convient également de prendre de la distance par rapport au discours qui voudrait que, sous l'effet d'une contrainte financière toujours plus forte, la santé des plus âgés serait sacrifiée en raison de l'abrègement de leur séjour en établissements de santé [15]. Le raisonnement est erroné. La réduction drastique des durées de séjour à l'hôpital date du début des années 1980, quand le financement par dotation globale a remplacé le financement dit « au prix de journée » fondé sur la fixation par le préfet du prix de chaque journée d'hospitalisation par établissement de santé, sur la base d'éléments d'information financière communiqués par les directions. Ces dernières s'appliquaient à obtenir le prix le plus élevé pour chaque journée d'hospitalisation et, une fois ceci fait, à optimiser l'occupation des lits de l'établissement (c'est-à-dire les remplir autant que faire se peut) et accroître ainsi leurs recettes. C'est ce qui explique pour partie que les séjours étaient plus longs : les établissements y avaient financièrement tout intérêt, *a fortiori* puisque cela n'était aucunement préjudiciable à la santé de leurs patients. Le changement est venu de l'introduction du financement par dotation globale, une enveloppe budgétaire fermée représentant environ les trois quarts des dépenses totales des établissements, elles-mêmes encadrées par un taux directeur d'évolution d'une année sur l'autre. Leur financement n'étant plus dépendant du taux de remplissage de leurs lits, les hôpitaux ne trouvaient

plus d'intérêt financier à prolonger les séjours au-delà du nécessaire. Combinés aux progrès fulgurants de la technique et de la pratique médicales, cette modification de la dotation en recettes des établissements explique, pour une bonne part, la réduction spectaculaire des durées moyennes de séjour. Par conséquent, tenter d'expliquer le rapport des hospitaliers à la fin de vie par le biais de la réduction des durées de séjour en raison de la situation économique et budgétaire des établissements de santé qui y inciterait n'a pas grand sens. Il est faux de dire que tout pousse les hôpitaux à se « débarrasser » de leurs malades les plus gravement atteints au profit de patients présentant un profil thérapeutique plus « rentable » : dans un système de financement au séjour tel que celui de la tarification à l'activité, ce sont les séjours les plus lourds, les plus consommateurs de moyens, qui sont au contraire les plus rémunérateurs pour l'hôpital. Les éventuels effets indésirables liés aux durées de séjour dans le cadre de la tarification à l'activité ne sont pas propres aux patients très malades, en fin de vie et/ou très âgés. En réalité, chaque groupe homogène de séjour, qui permet de classer les patients en fonction de la lourdeur des actes qui leur sont dispensés⁶, est affectée d'une durée standard encadrée par une borne basse et une borne haute. Si la durée du séjour passe sous la borne basse, le tarif du séjour est diminué de moitié ; si, au contraire, cette durée passe au dessus de la borne haute, le séjour est affecté d'un supplément journalier. Dans la mesure où les dépenses liées au séjour s'accroissent à mesure que ce dernier se prolonge, la zone de rentabilité maximale de chaque séjour se trouve le plus près possible de chaque borne : en deçà, le tarif du séjour est minoré ; plus l'on s'en éloigne, plus s'accroît le pourcentage des dépenses par rapport aux recettes et moins le séjour est « rentable ». S'il peut donc être financièrement intéressant d'abrégier

le séjour d'un patient juste après la borne basse de durée, à l'inverse, il est tout aussi intéressant de le laisser durer jusqu'à ce que la borne haute soit dépassée

L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE L'EXISTENCE, DAVANTAGE UN GISEMENT DE CROISSANCE QU'UNE SOURCE DE DÉPENSES

Des débats entourent le coût du vieillissement de la population, tout particulièrement durant la dernière année de vie. Le vieillissement serait à l'origine d'une dépense de plus en plus importante, notamment s'agissant de soins curatifs. Or c'est sans doute l'inverse qui prévaut : non seulement le coût additionnel du soin en fin de vie est très souvent surestimé mais l'impact économique du vieillissement de la population est fréquemment confondu avec le coût supplémentaire provoqué par l'accroissement de la prise en charge médicalisée des personnes âgées et/ou en fin de vie. Une étude épidémiologique [17] a démontré, au contraire, que l'effet mécanique de l'allongement de la vie sur les comptes sociaux était modéré et que, de plus, il ressortissait davantage à une corrélation entre la dépense et la proximité du décès qu'à un lien entre la dépense et l'âge. En d'autres termes, c'est la lourdeur de la prise en charge médicalisée qui explique le surcoût, et ce, quel que soit l'âge. L'autre élément à prendre en compte dans cette réflexion menée sur le prix du soin est le caractère de plus en plus capitalistique de la pratique médicale et l'essor du coût des produits et des matériels. Vu sous cet angle, c'est davantage le recours plus marqué des personnes âgées au soin comparativement au reste de la population qui détermine le lien établi entre vieillissement et coût de la prise en charge :

⁶ La répartition des patients par groupe homogène de séjour se fait en établissant un codage en fonction de son dossier médical ; c'est le diagnostic principal qui détermine le classement dans tel ou tel groupe homogène de séjour.

c'est surtout la consommation médicale globale des personnes âgées en bonne santé qui pèse et pas les dépenses thérapeutiques spécifiquement engagées pour les personnes âgées en mauvaise santé [18]. Faudrait-il le déplorer ?

L'impact financier du vieillissement n'est bien évidemment pas mécanique, il relève aussi de l'intensité des pratiques de soins dispensées aux plus âgés. S'interroger sur l'opportunité de tel ou tel nouveau médicament ou de telle ou telle technique médicale innovante, en rapportant le coût induit au gain escompté ou bien, inversement, ne décider qu'en fonction du gain thérapeutique apporté, quel que soit le coût, est – une nouvelle fois – un choix collectif, d'ores et déjà différemment arbitré suivant les pays. Dans certains, on considère qu'un traitement coûteux ne doit être dispensé qu'à condition que le gain thérapeutique escompté réponde à certains critères d'efficacité ; d'autres pays jugent que le gain thérapeutique se justifie en lui-même et qu'il n'a pas à être pondéré, par des critères de mois de vie gagnés par exemple. Or ne raisonner qu'en mettant en regard l'allongement de la durée de l'existence et l'élévation de la consommation de soins conduit à omettre deux éléments déterminants : la production de richesse liée au vieillissement de la population et à ses conséquences économiques et sociales, ainsi que la « qualité » du vieillissement.

L'allongement de la vie est – et va l'être encore davantage dans les années qui viennent – à l'origine d'une production massive de richesse, notamment (mais pas exclusivement) par le biais du développement d'une économie de services à la personne. L'impact financier de l'allongement de la durée de l'existence doit

mettre en regard les coûts induits par le soin et la protection sociale et les bénéfices générés, ces derniers s'articulant autour de trois composantes : le maintien de la capacité productive par le biais de l'élévation concomitante de l'âge de départ en retraite ; la capacité de consommation ainsi préservée ; la création de richesses liées aux emplois dans le secteur de la santé, à la production de biens et de services médicaux, et à la création de structures professionnelles d'accueil et de prise en charge. De même, l'allongement de la durée de l'existence va accroître les besoins en équipements et en services sportifs, socioculturels, commerciaux et urbains, destinés plus spécifiquement aux personnes âgées, et ce, qu'elles choisissent de demeurer à leur domicile ou de vivre en institutions spécialisées.

D'ores et déjà, en France, une projection des résultats de l'enquête HID [19] montre que le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait davantage que celui des personnes âgées. Entre 2000 et 2040, selon l'hypothèse centrale de la projection, le nombre de personnes dépendantes⁷ passerait de 800 000 à 1,3 million ; celui des personnes dépendantes psychologiquement ou lourdement dépendantes physiquement⁸ s'élèverait de 850 000 à 1,4 million. Cette hausse du nombre de personnes dépendantes est de surcroît concentrée sur les personnes de 80 ans et plus. Or, l'accompagnement de cette population dépendante relève la plupart du temps de leur entourage, et les projections montrent que le nombre d'aidants s'accroîtra moins que celui des personnes concernées. Tout montre que les besoins professionnalisés en services d'aide ménagère ou de soins infirmiers à domicile vont connaître un accroissement massif, quelles que soient les modalités de résidence des personnes âgées

⁷ GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources). Cette grille détermine 6 niveaux d'autonomie, le niveau 1 étant celui de l'autonomie la plus faible.

⁸ Groupes EHPA 11 à 22. L'indicateur EHPA, du nom de l'enquête réalisée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, s'étalonne de 11 à 24 ; le groupe 11 est celui de la dépendance la plus importante.

dépendantes – à leur domicile aussi bien qu'en institution. Cette tendance devrait en outre être accentuée par la poursuite d'évolutions sociologiques déjà à l'œuvre : l'élévation de l'activité féminine, l'éloignement des enfants du domicile de leurs parents, l'augmentation des séparations et des recompositions familiales.

La Cour des comptes [20] a certes estimé que les dépenses publiques consacrées aux personnes âgées dépendantes se montent à 15 milliards d'euros par an mais, en regard de ce coût, comment ne pas voir une source importante de production de richesses dans le développement de l'offre de services de soins, d'accompagnement, d'accueil, d'échange et de soutien, d'adaptation des logements, d'amélioration de l'accès aux espaces et aux équipements publics, dans la réduction des inégalités territoriales, dans la mise sur pied de réseaux gérontologiques de prise en charge, d'hospitalisation à domicile, de soins palliatifs hors hôpital ? Le Conseil d'analyse économique [21] a ainsi noté que l'offre totale d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁹ s'élevait à 740 000 places et que, compte tenu des estimations du nombre de personnes dépendantes d'ici à 2020 (870 000 selon l'INSEE et 980 000 pour la DREES¹⁰), l'augmentation du nombre de places nécessaires s'établirait entre 8 500 et 16 000 par an. C'est là un marché considérable qui se crée, avec une progression annuelle estimée entre 1,1 % et 1,9 % par an, tous types d'hébergements confondus, et qui concerne au premier chef le secteur privé marchand constitué actuellement de 1 600 établissements sur un total de 2 000 établissements du secteur privé. Le Conseil d'analyse économique ajoute qu'en maintenant inchangé le taux d'encadrement des personnes âgées au sein de ces établissements, la progression du nombre de places d'accueil rendrait nécessaire la création de 20 000 emplois

d'ici à 2020. Ajoutons que le maintien à domicile des personnes âgées – orientation qui fait désormais consensus – devra s'accompagner de l'adaptation des logements à leurs besoins, sans même évoquer la création d'immeubles, de quartiers, pourquoi pas de villages et de villes destinés exclusivement aux personnes du troisième âge, comme le mouvement se dessine déjà dans d'autres pays. C'est donc une source considérable de croissance économique qui réside dans ces perspectives. Si l'on raisonne, enfin, en termes de comparaison entre territoires, non seulement la présence d'une plus forte proportion de personnes âgées ne semble pas entraîner un coût additionnel mais semble davantage être corrélée à un développement économique plus marqué.

Le raisonnement économique quant à l'impact du vieillissement et de la dépendance devrait également prendre en compte le financement des régimes de retraite, le rapport entre actifs, cotisants et bénéficiaires, mais aussi le maintien d'une capacité de consommation qui doit s'envisager *via* le recul programmé de l'âge de la cessation d'activité. Le Conseil d'analyse économique [22] a rappelé que si le niveau de vie des retraités demeure inférieur à celui des actifs et qu'il progresse moins lentement, il continue néanmoins de s'élever. On peut même imaginer que des modifications législatives pourraient encore accroître les capacités de consommation des personnes âgées, par exemple en autorisant le prêt viager hypothécaire qui permettrait aux personnes concernées de se procurer des ressources complémentaires en hypothéquant leur logement auprès d'un établissement financier.

Quant à la « qualité » du vieillissement, l'accroissement de la durée de vie en bonne santé est désormais un fait démographique

⁹ Unités de soins de longue durée, foyers, établissements d'hébergement temporaire ou permanent, services à domicile.

¹⁰ Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère de la Santé.

attesté dont l'impact économique massif en termes de croissance et d'élévation de la richesse n'est que partiellement entamé par le coût lié à la prise en charge sanitaire des personnes en fin de vie qui, au demeurant, est aussi à l'origine d'une création de valeur. Les projections de l'INSEE sur la période 2005-2050 [23] montrent, certes, que la part des personnes de 60 ans et plus va passer de 21 % à 35 % de la population, celle des 75 ans et plus de 8 % à 18 %, et celle des 85 ans et plus de 1,8 % à 7,5 %. Mais, dans le même temps, l'analyse détaillée de plusieurs enquêtes [24] démontre que l'espérance de vie sans incapacité a fortement augmenté. De 1991 à 2003, elle s'est ainsi accrue de 2,5 % par an à l'âge de 65 ans pour les deux sexes ; pour les seuls hommes, sur la même période, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance a augmenté de 5,5 ans (3,4 ans à l'âge de 65 ans), soit plus du double des gains obtenus entre 1981 et 1991.

En d'autres termes, l'allongement de la durée de l'existence va évidemment conduire à l'augmentation concomitante des situations de dépendance, mais ce coût va être très largement compensé par l'augmentation d'activité, d'emploi, de dépenses et donc de recettes, en raison même de ce mouvement démographique. C'est notamment l'une des raisons pour lesquelles la mise en œuvre d'indicateurs permettant d'estimer l'opportunité des dépenses de soins en fonction de l'état du patient et de ses années de survie potentielle – les QALYs¹¹ par exemple – voit son sens s'estomper. Non seulement ils heurtent des principes déontologiques fondateurs de nos sociétés en établissent une discrimination entre personnes suivant un critère supposé « objectif » de qualité de vie – à tel point que leurs plus fervents partisans ont recommandé de donner un poids différent au critère de qualité de vie en fonction de ce qu'en pensent les groupes ou les per-

sonnes considérés –, mais ils contreviennent à un mouvement économique de fond, considérant désormais que la santé est moins un coût qu'une source de richesse. Si l'on peut réfléchir sur le gain thérapeutique de telle ou telle pratique, en revanche l'attitude consistant à réfléchir à son opportunité en fonction de l'âge, de l'état de la personne ou en regard de critères généraux, porte en elle-même des risques majeurs de dérive et de remise en cause de nos modèles sociaux. Incidemment, la question demeure de savoir si un raisonnement ainsi adossé à un bilan coût/gain – s'il devait prospérer et conduire à des évolutions sociales, notamment sur la question de l'anticipation de la fin de l'existence – ne risquerait pas de s'étendre à d'autres couches de la population dont la « productivité » viendrait un jour à être interrogée.

Il n'est pas question ici de soulever de nouveau le débat quant au caractère nécessairement borné ou non des dépenses de santé, la question de l'arbitrage entre efficacité économique des politiques de santé et éthique a été largement parcourue, notamment par le Comité consultatif national d'éthique [25]. Il n'existe pas de formule permettant de résoudre le conflit entre une demande de soin potentiellement illimité et un effort de la Nation pour la santé nécessairement limité, puisque ce dernier vient en concurrence avec les autres dépenses sociales dans un environnement financier strictement déterminé par l'évolution de la richesse nationale. Il n'en reste pas moins qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre critères d'efficacité économique et critères éthiques : l'utilisation adéquate des ressources médicales – par définition limitées en vertu du principe de rareté – répond à l'impératif éthique d'emploi fondé sur le coût d'opportunité¹² : il faut sans cesse vérifier que ces ressources ne sont pas employées en vain ou de façon inadéquate alors

¹¹ *Quality-adjusted life year*.

¹² Coût lié à l'emploi d'une ressource quand on le compare à l'économie qui aurait pu être réalisé par un autre emploi de cette même ressource ou à la plus grande utilité de ce dernier.

qu'elles pourraient être utilisées à d'autres fins, notamment pour répondre à des demandes de soins pressantes. Il y a donc une imbrication totale entre principes éthiques et critères d'efficacité économique.

Autrement dit, penser le coût du soin relativement à l'absence de soin contrevient à la logique qui préside à notre système de protection sociale et remet en cause plus spécifiquement notre organisation sanitaire : à court terme, il serait bien évidemment plus économique de ne plus poser de *pace makers*, de cesser toutes greffes d'organe ou de mettre un terme à la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques. En réalité, le rapport coût/avantage d'une telle interruption serait extrêmement dégradé par rapport à l'amélioration de la prise en charge sanitaire de la population et à son impact économique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Boles J.M., Lemaire F. (Dir.). *Fin de vie en réanimation*. Paris : Elsevier. 2004 : 396 p.
- [2] Py B. *La mort et le droit*. Paris : Presses universitaires de France. 1997 : 127 p.
- [3] Abiven M., Chardot C., Fresco R. *Euthanasie : alternatives et controverses*. Paris : Presses de la Renaissance. 2000 : 312 p.
- [4] Holcman R. *Droit hospitalier. Manuel de gouvernance hospitalière*, Paris : Berger-Levrault, 2010 : 703 p.
- [5] Dutrieux D. *La mort en milieu hospitalier*. Paris : MB Formation. 2002 : 249 p.
- [6] Cabé M.-H., Blandin O., Poutout G. *État des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national*. Paris : DREES. 2009 : 110 p.
- [7] Piccini B. *Euthanasie : l'hôpital en question*. Paris : Éditions Michalon. 1999 : 177 p.
- [8] [15] Fernandez C., Pons T., Prédali D., Soubeyrand J. *On tue les vieux*, Paris : Fayard. 2006 : 270 p.
- [9] Feldman-Desrousseaux É. *Prendre soin de l'autre souffrant : la relation soignant-soigné en soins palliatifs*. Paris : Seli Arslan. 2007 : 190 p.
- [10] Maresca B. *Vingt ans après les premières unités, un éclairage sur le développement des soins palliatifs en France*. Paris : CREDOC. 2008 : 123 p.
- [11] Mino J.C., Frattini M.O. Les soins palliatifs en France : "mettre en pratique" une politique de santé. *Revue française des Affaires sociales* 2007 ; 2 : 139-156.
- [12] Fessler J. M., Frutiger P., Deschamps C., *La tarification hospitalière à l'activité : éléments d'un débat nécessaire et propositions*, Rueil-Malmaison, Lamarre. 2003 : 175 p.
- [13] Leonetti J. *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, Paris : Assemblée nationale. 2008 : 1005 p.
- [14] Comité consultatif national d'éthique. *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*. Paris. 2007.
- [16] Holcman R. *Euthanasie, l'ultime injustice*. Paris : L'Harmattan. 2010 : 238 p.
- [17] Polton S., Sermet C., « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5-6, 2006, p. 49-52.
- [18] Causa L., Fenina A., Geffroy Y., « Quarante années de dépenses de santé. Une rétro-polation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Études et Résultats*, n° 243, 2003, juin.
- [19] Enquête Handicap-incapacités-dépendance menée de 1998 à 2001 par l'INSEE sur les conséquences des problèmes de santé sur la vie quotidienne des personnes âgées qui vivent à leur domicile ou en institution. Projection faite par Olivier Bon-tout, Christel Colin, Roselyne Kerjosse,

- « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Études et Résultats*, n° 160, 2002 février.
- [20] Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport public particulier, novembre 2005.
- [21] [22] Godet M., Mousli M., *Le vieillissement, une bonne nouvelle ?*, Paris, La Documentation française, 2008, p. 111-112.
- [23] Gaymu J., « Aspects démographiques du vieillissement », *Bulletin épidémiologique quotidien*, n° 5-6, 2006, p. 38-39.
- [24] Camois E., Clavel A. Robine J.-M., dans : « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Solidarité et Santé*, n° 2, 2006, p. 7-22.
- [25] Comité consultatif national d'éthique, avis n° 57, *Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs*, 20 mars 1998.