

## Vieillesse en bonne santé et dynamique des dépenses de santé

Stéphane Jacobzone

*Économiste\**

Les systèmes de soins des pays de l'OCDE pourront-ils répondre aux défis du futur ? L'interrogation des économistes concerne la soutenabilité des systèmes. Dans un contexte de vieillissement des populations et de besoins accrus des systèmes sociaux de transfert, le niveau de contraintes économiques sera-t-il compatible avec le maintien et la consolidation des systèmes tels qu'ils existent ? Le vieillissement est un phénomène commun à l'ensemble des pays de l'OCDE. Pourtant, au niveau macro-économique, on ne trouve pas de lien évident entre d'un côté les structures démographiques des populations, par exemple la proportion des sujets de plus de 65 ans, et de l'autre la part des transferts sociaux dans le produit intérieur brut : part des retraites publiques ou part des dépenses de santé. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent pourtant selon les pays entre 30 et 50 % des dépenses de santé. L'âge joue un rôle dans l'étiologie, la progression, l'incidence des maladies. Cet article est centré sur les relations entre le vieillissement et les dépenses de santé.

### AUGMENTER LE TAUX D'ACTIVITÉ DES TRAVAILLEURS ÂGÉS

Les travaux de l'OCDE en matière de vieillissement ont connu plusieurs étapes. Un rapport « Maintenir la prospérité dans une société vieillissante » a été publié en 1998. Certains travaux ont ensuite été poursuivis avec un projet sur « les pathologies liées au vieillissement » (OCDE 2003) soutenu par l'Institut national du vieillissement américain (*National Institute of Aging*) dont le Pr Robert N. Butler a été le père fondateur il y a plus de 25 ans<sup>1</sup>. D'autres travaux ont concerné l'employabilité des travailleurs âgés, ainsi que sur les projections des dépenses publiques liées à l'âge. Dans le domaine de la retraite et des conséquences du vieillissement sur le système productif, les résultats montraient que, compte tenu de l'accroissement de

---

\*L'auteur faisait partie de la division de politiques sociales au moment de l'élaboration de ce texte. Les propos rapportés ici n'engagent que leur auteur.

<sup>1</sup>Ce projet a aussi reçu le soutien du ministère japonais de la Santé, du Travail et des Affaires sociales.

la longévité et de l'accroissement de la longévité en bonne santé, il va falloir travailler plus longtemps pour préserver la soutenabilité des systèmes (ceci suppose de prolonger la vie active). Ceci est particulièrement vrai dans un pays comme la France où le taux d'activité des personnes de 55 à 64 ans est très faible. Il existe maintenant en Europe une prise de conscience de ces phénomènes, notamment avec le processus de Lisbonne. Les pays se sont engagés à augmenter progressivement les taux de participation au marché du travail des populations de 55 à 65 ans. D'autres pays vont même plus loin. Aux États-Unis, les taux d'activité dans la population âgée de 65 à 70 ans sont de 10 à 20 % et vont en augmentant. L'examen des typologies de cette activité montre également que beaucoup de personnes âgées travaillent à temps partiel. En Europe, dans les années récentes, certains pays ont réussi à faire remonter progressivement le taux de participation au marché du travail des travailleurs âgés. Ceci nécessite des transformations structurelles de plusieurs ordres. Il faut adapter le marché du travail aux travailleurs âgés : faire de la formation tout au long de la vie, aménager les postes de travail, permettre éventuellement le travail à temps partiel, mais aussi réfléchir à l'évolution actuarielle des courbes de rémunération. D'une certaine façon, il faudrait éviter que les profils de rémunération augmentent toujours linéairement avec l'âge, faire évoluer les attentes des travailleurs pour faire en sorte qu'à terme, les profils de rémunération soient en phase avec les profils de productivité. Il faut envisager aussi un changement dans les incitations actuarielles des systèmes de retraite, c'est-à-dire faire en sorte que les individus qui choisissent de travailler une année de plus obtiennent un gain supplémentaire en matière de retraite et, qu'en sens inverse, les individus qui choisissent de partir plus tôt puissent se retirer, mais avec une retraite diminuée actuariellement de la valeur de ce montant. On sait aujourd'hui qu'il y a eu une déformation des systèmes de retraite publique dans de nombreux pays qui, notamment en Europe, ont accru leur générosité et ont dérivé par rapport aux bases de leur équilibre actuariel dans les années 1960 et la fin des années 1970. Ce déséquilibre a été accru et amplifié par l'introduction des systèmes de préretraite. Travailler plus longtemps, c'est un message simple et robuste, et le Pr Robert N. Butler nous a mentionné l'extension de l'âge de la retraite de 65 à 67 ans aux États-Unis. On peut effectivement diversifier un peu les financements et accroître la souplesse et les choix, mais cela ne permettra pas d'éviter le problème central de la durée de la vie active. Quand on regarde les systèmes de transfert, la santé et les retraites sont aujourd'hui les postes principaux des dépenses publiques dans de nombreux pays. De l'autre côté, le système productif doit maintenir sa capacité à nourrir ces transferts. Les Suédois, qui sont actuellement, en proportion, le pays le plus âgé de l'Union européenne, offrent un exemple positif. La Suède a 18 % de sa population âgée de 65 ans et plus et dépense globalement pour la santé et la dépendance à peu près autant que les États-Unis. Pour les seuls soins liés à la dépendance, les Suédois dépensent à peu près 4 %

de leur produit intérieur brut. À partir d'un exercice de projection à l'année 2040, les services de planification du ministère suédois des Affaires sociales ont montré que le système social suédois, qui est l'un des plus coûteux d'Europe, était tout à fait soutenable, mais à condition à la fois d'effectuer des mutations structurelles au niveau des dépenses de santé, de dépendance et de retraite, et de maintenir la base productive, c'est-à-dire, parallèlement, de maintenir, voire d'accroître la participation des travailleurs âgés au marché du travail. Ceci représente tout le défi d'une réponse positive aux défis multidimensionnels posés par le vieillissement.

## **VEILLISSEMENT ET DÉPENSES DE SANTÉ**

En ce qui concerne les questions de santé et la part prise par la population âgée de 65 ans et plus dans les dépenses de santé, il n'y a pas de lien direct, dans les pays les plus développés, entre ces dépenses et la structure par âge de la population. Ceci est paradoxal. Quand on regarde les courbes micro-économiques montrant le profil des dépenses de santé par âge, rapportées au produit intérieur brut par habitant, on constate une augmentation linéaire, après un pic initial dû à la part prise par les soins néonataux et les enfants de moins de un an. Ceci donne un profil en U. Cela est vrai aussi bien pour l'Australie ou la Grande-Bretagne que pour la Belgique ou le Canada ou, plus généralement, tous les pays développés. Comment dès lors réconcilier l'absence de lien avec les structures par âge au niveau macro-économique et le fait que les dépenses augmentent quand même, individuellement, avec l'âge ? Il faut en fait regarder attentivement ce qui se passe en matière de prise en charge effective des besoins. Par exemple, l'incidence des pathologies lourdes et coûteuses augmente avec l'âge, mais la façon dont ces affections sont traitées diffère aussi selon l'âge. Par exemple, l'incidence des cancers du sein, des accidents cérébro-vasculaires, des infarctus du myocarde augmente avec l'âge. Les patients âgés représentent une part importante des admissions à l'hôpital : entre 32 et 36 % des patientes atteintes d'un cancer du sein sont âgées de plus de 75 ans. Pour la pathologie cardiaque ischémique et les accidents cardiovasculaires, les proportions varient entre 25 et 36 %, atteignant 40 à 50 % dans certains pays tels que l'Australie, la Suède et le Canada. Connaissant l'incidence des différentes pathologies en fonction de l'âge et la structure par âge des populations, peut-on en déduire les conséquences pour les dépenses de santé ? Comment ceci va-t-il se manifester d'un point de vue économique et générer des besoins sociaux ?

La réponse est beaucoup plus compliquée qu'il n'y paraît. En fait, pour comprendre ce qui se passe, il faut déterminer la relation à long terme entre les dépenses de santé et ces niveaux de pathologie. Les résultats récents (OCDE 2003) montrent qu'en général, ce sont plutôt des facteurs d'offre et des variables institutionnelles qui permettent de comprendre les différences de niveaux de dépenses entre pays.

Ceci ramène aux profils de dépenses de santé par âge et aux raisons de leur évolution. D'abord, il y a l'impact du « coût de la mort », en quelque sorte, c'est-à-dire le fait qu'une grande partie des dépenses de santé sont concentrées dans l'année du décès. Si on décompose les dépenses de santé entre les sujets que l'on appelle les « décédants » (ceux qui vont décéder dans l'année) et les survivants, on s'aperçoit qu'une grande part des dépenses aux âges élevés correspond aux dépenses effectuées dans la dernière année de la vie. Le fait que le pourcentage de gens qui décèdent à un moment donné soit, bien évidemment, plus important dans les groupes d'âges les plus élevés explique une partie du profil des dépenses par âge. Compte tenu du report et de la réduction de la mortalité aux âges élevés, cette concentration des dépenses dans la dernière année de vie est plutôt un facteur d'optimisme. En effet, la poursuite d'une réduction de la mortalité aura tendance, d'une certaine façon, à diminuer l'augmentation tendancielle des dépenses de santé.

Pendant, il y a aussi des effets de cohorte et de générations. Les éléments statistiques montrent qu'il y a eu, au cours du temps dans certains pays, un déplacement de ces courbes de dépenses de santé par âge. Considérons le Canada, pays qui a contraint ses dépenses de santé au cours des années 1980 et 1990. La courbe des profils de dépenses de santé par âge est restée totalement stable au Canada sur 14 ans. En Finlande, pays qui a modérément accru ses dépenses de santé et les a dans l'ensemble bien maîtrisées, cette courbe s'est simplement déplacée légèrement vers le haut entre 1983 et 1987, seules années pour lesquelles on dispose de données comparables. La France et les États-Unis – vous trouverez des données similaires pour l'Allemagne – ont des évolutions très différentes. En France, quand on regarde les profils des dépenses de soins fournis par l'assurance maladie, on voit que la courbe augmente de façon continue puis chute à la fin car, en France, l'assurance maladie ne paie pas les dépenses de dépendance et du 4<sup>e</sup> âge. Il y a une augmentation continue et régulière des années 1970 à 1991 de ces dépenses. Les États-Unis sont le pays pour lequel on a des données sur la plus longue période. En 1963, aux États-Unis, le profil des dépenses par âge était assez plat. Puis, progressivement, selon le mot de David Cutler, la courbe a commencé « à sourire », c'est-à-dire à se relever du côté de la pathologie néonatale à une extrémité et du côté des populations les plus âgées à l'autre extrémité. Cette évolution est très claire jusqu'en 1987. On a des données pour 1995 qui confirment cette évolution, mais comme les groupes d'âge ne sont pas tout à fait les mêmes, il est difficile de comparer terme à terme.

Au total, il existe donc bien en fait un lien au niveau macro-économique global entre l'évolution des dépenses de santé et l'évolution de ces dépenses par âge. Dans les pays qui maîtrisent leurs dépenses de santé, les dépenses pour les populations âgées n'augmentent pas, ou pas plus vite que pour le reste de la population. Ce qui veut dire également que la diffusion des technologies et l'accès d'une partie des patients âgés à des technologies médicales pourraient être contrôlés. Dans d'autres

pays, qui fonctionnent selon une logique d'assurance, de remboursement à l'acte *ex post* comme les États-Unis et la France, le financement est ouvert et permet la diffusion de ces dépenses et de ces nouvelles technologies sans aucun contrôle dans les groupes d'âges les plus élevés. Aux États-Unis, la plus grande partie de l'augmentation des dépenses dans la population âgée est due à la diffusion de ces technologies. Enfin, il ne faut pas oublier les effets prix, qui sont quand même non négligeables, car les États-Unis ont des revenus des professions médicales et paramédicales parmi les plus élevés du monde par rapport au reste de la population.

### **TAUX DE DIFFUSION DES TECHNOLOGIES DE POINTE AUX ÂGES ÉLEVÉS**

Les données du projet sur les pathologies liées au vieillissement montrent que dans de nombreux pays, malgré tout, il y a une diffusion des processus technologiques vers les âges les plus élevés.

Enfin, des inégalités par sexe dans l'accès et la diffusion de certaines technologies aux âges les plus élevés sont également observées, les taux de diffusion étant inférieurs chez les femmes âgées. Pour le pontage coronarien, on constate une augmentation progressive mais modérée, de 6 à 18 %, du taux d'accès au pontage pour les hommes de 75 ans et plus. En matière d'accès au scanner, les taux sont plus importants : le scanner est aujourd'hui une technologie peu coûteuse et d'accès commun. Le taux de diffusion du pontage chez les hommes de plus de 75 ans atteint aux États-Unis près de 80 % du taux observé pour les hommes de 40 à 64 ans. C'est beaucoup plus que dans la plupart des autres pays : au Canada, en Finlande, le rapport est d'à peu près 40 %. Si on avait des données pour la France ou l'Allemagne, on se situerait sans doute plus près des États-Unis que de la moyenne européenne. Le registre australien de Perth est celui qui se rapproche le plus des États-Unis.

### **IMPACT DE LA DÉPENDANCE**

Au-delà de ces technologies médicales qui se diffusent dans les populations âgées, un autre facteur de dépenses est l'impact de la dépendance. Quand on isole les dépenses de santé et de dépendance dans les populations les plus âgées, on observe que l'essentiel de l'accroissement de la dépense aux âges les plus élevés est en fait dû à la dépendance, et notamment au coût de la dépendance en institution. Françoise Forette a cité quelques chiffres. Globalement, l'ordre de grandeur à retenir est le suivant : le coût d'une année en institution équivaut à 1,2 fois le revenu annuel par habitant dans un pays ou une zone géographique donnée. Or, les populations âgées ont en général un niveau de retraite et de revenu, surtout quand on parle du 4<sup>e</sup> âge, au-delà de 80 ans, bien inférieur à celui de la population générale, voire celui de la population âgée de 65 ans et plus dans son ensemble.

Pour bien comprendre ce qui se passe d'un point de vue dynamique, il faut disposer au cours du temps à la fois de données concernant les ménages et de données d'institutionnalisation. On peut penser à ce sujet que l'enquête HID (handicaps, incapacité, dépendance) en France donnera des résultats intéressants. Aux Pays-Bas, les dépenses de santé sont totalement écrasées après l'âge de 65 ans par l'augmentation très rapide du coût de l'institutionnalisation au niveau des groupes d'âges les plus élevés. Pour la Suède, on a réussi à isoler dans l'évolution des dépenses par âge la part des dépenses de santé et celle des dépenses de dépendance. On se rend compte qu'à partir de l'âge de 75 ans, la part des dépenses de santé décroît, alors que l'accroissement très fort est celui des dépenses de dépendance. En Australie et en Nouvelle-Zélande, les données sont similaires. Les comparaisons entre pays montrent que, en ce qui concerne le coût global des soins liés à la dépendance, la propension à dépenser en institution au-delà d'un certain âge, est très fortement dépendante des arrangements institutionnels. C'est ainsi que la situation de pays comme l'Espagne ou l'Italie, où la part des lits en maisons de retraite pour les personnes de 65 ans et plus est seulement de l'ordre de 3 % de la population correspondante, est très différente de celle de l'Allemagne ou de la France, avec 5 à 6 %, ou de celle de la Suède, avec 8 à 9 %. La propension à dépenser pour la dépendance n'est pas une fonction objective du taux de handicap, mais du taux de socialisation, d'accompagnement du handicap qu'une société se donne. Comme l'ont mentionné Robert N. Butler et Henri Leridon, nous avons fait une étude sur l'évolution des taux d'incapacité. Avec Jean-Marie Robine, nous avons essayé d'identifier dans des populations âgées les taux d'incapacité à partir d'indicateurs comparables. Nous avons évalué le taux d'incapacité sévère au sens des restrictions d'ADL (*activities of daily living*, activités de la vie quotidienne) et de leur évolution au cours du temps pour un certain nombre de pays. Nous avons essayé d'évaluer l'impact prévisible de cette évolution de la part de la population souffrant d'une incapacité en faisant deux projections : une projection en supposant que les taux d'incapacité étaient stables, une autre en extrapolant dans l'avenir l'évolution passée des taux d'incapacité. L'objectif était d'en tirer des implications pour les décisions politiques. Trois groupes de pays ont été identifiés. Le premier groupe se caractérise par des réductions significatives de l'incapacité : il comprend le Japon, la France, l'Allemagne et les États-Unis. Tous ces pays sont dotés d'un système d'assurance sociale de type bismarckien, avec un financement ouvert, remboursant à l'acte, dont on a vu dans nos études ultérieures qu'il conduisait à un accès facilité, à une diffusion rapide des technologies médicales dans les populations âgées. Dans un deuxième groupe de pays, comme le Canada et la Suède, des résultats modérés sont observés, c'est-à-dire une certaine réduction de l'incapacité, mais pas aussi importante et pas aussi significative au niveau des âges les plus élevés. Or, on sait que le Canada et la Suède ont des systèmes de dépenses de santé à la fois très efficaces et assez rigoureux en

termes de *cost effectiveness* et qu'ils ont tendance à donner implicitement la priorité dans l'évolution de leurs dépenses à certaines populations en fonction du rapport coût/bénéfice des interventions. Enfin, dans le troisième groupe de pays, il n'a été enregistré aucune diminution de l'incapacité, mais plutôt un accroissement : on trouve dans ce groupe le Royaume-Uni et l'Australie. Au-delà des incertitudes sur les données, ce n'était pas une surprise pour le Royaume-Uni, compte tenu de ce que l'on sait des mécanismes de contraintes financières du système britannique et des restrictions d'accès très fortes. Les données australiennes posent des problèmes méthodologiques, car les Australiens ont amélioré la qualité de leurs enquêtes au cours du temps, ce qui fait qu'ils ont été capables de mieux repérer le handicap et qu'une partie de l'accroissement est peut-être due à des biais statistiques, ce qui reste à vérifier.

Quand on replace ces données à la lumière des évolutions des populations, on constate une évolution dynamique tenant compte de l'évolution tendancielle de l'incapacité où l'évolution de la population souffrant d'incapacités est beaucoup plus faible que l'évolution dans la projection statique. Aux États-Unis, par exemple, elle est de + 15 % contre + 38 % pour l'ensemble de la population. Ce sont des résultats pour l'essentiel similaires à ceux obtenus par Ken Menton à l'université de Duke. On montre que la réduction des taux d'incapacité a un impact important sur l'évolution de la population âgée souffrant d'incapacité. Cependant, ces taux calculés combinent en fait deux populations très hétérogènes. On additionne mécaniquement les populations en institution et les populations souffrant d'incapacité à domicile. Or, les réductions d'incapacité affectent principalement les populations âgées vivant à domicile. L'évolution des effectifs de la population vivant en institution dépend moins des évolutions épidémiologiques que des évolutions politiques, qui entraînent la construction ou au contraire la diminution du nombre de lits de long séjour ou en maison de retraite. Par exemple, dans certains pays comme l'Australie, des virages politiques très importants ont été effectués pour désinstitutionnaliser la population âgée, diminuer le nombre de lits en maison de retraite et orienter les dépenses vers la prise en charge en communauté et à domicile. Dans la plupart des pays, les données relatives à la prise en charge à domicile datent du milieu ou de la fin des années 1990, avant même la mise en place des dépenses de l'assurance dépendance en Allemagne, par exemple. Il en résulte que les dépenses concernent pour les trois quarts les institutions. L'impact de la réduction de l'incapacité n'est pas aussi important pour les dépenses en institution, car ce qui compte dans ce domaine c'est la façon dont on gère les lits, l'argent et les institutions. Le message produit par nos résultats était dès lors un peu moins optimiste que celui qu'avait produit Ken Menton à l'université de Duke : il y a effectivement des progrès en matière d'incapacité mais, avant que ces bénéfices ne se transforment en gains

effectifs, il faut que les structures suivent et que les ressources financières soient mieux équilibrées entre le domicile et les institutions.

## DES CHOIX DE SOCIÉTÉ

L'importance de tous ces travaux, notamment à propos des dépenses de santé par âge ou liées à l'incapacité, c'est de montrer que le vieillissement n'est pas le phénomène démographique le plus important. Ce qui est important, c'est de savoir comment le vieillissement va être médiatisé par des structures, des systèmes de soins sociaux ou économiques. Quelle sera au cours du temps et à travers les pays la propension, pour chaque tranche d'âge, à procurer des soins ? Certains pays seront plus enclins à offrir des soins ou à en faciliter l'accès aux populations âgées ; la priorité sera donnée soit à la santé, soit à la dépendance, soit à des niveaux élevés de retraites.

Il faut également considérer le montant global du transfert effectué entre la population d'âge actif et la population âgée. Par exemple, c'est une question qui va se poser dans un pays comme la France où les retraites publiques représentent aujourd'hui près de 14 % du produit intérieur brut et où le niveau de vie relatif des personnes âgées est actuellement souvent supérieur à celui de la population active. Les dernières données sociales de l'Insee montrent que les réductions de pauvreté et les gains de niveau de vie au cours des 20 dernières années en France ont été principalement concentrées sur la population de plus de 65 ans. Dans une optique intergénérationnelle, il faut faire attention à l'ampleur de ce transfert entre générations. On ne pourra pas, en termes de finances publiques, à la fois augmenter les dépenses de santé, augmenter la générosité des aides aux personnes âgées et maintenir les dépenses de retraite à leur niveau actuel, sauf à affecter profondément le niveau de vie relatif des groupes d'âge plus jeunes. Enfin, pour en revenir à la santé, la diffusion du progrès technologique à travers les groupes d'âges et les dépenses relatives en faveur des patients les plus âgés peuvent, à mon sens, expliquer une grande partie des différences des niveaux de dépenses de santé entre les pays. C'est un facteur plus important que le facteur démographique proprement dit.

L'arbitrage se fait entre les facteurs de technologie et le *caring*. En matière de technologie, il faut faire attention aux effets d'offre des technologies médicales. D'une certaine façon, la France et les autres pays développés sont exposés au système d'innovation américain. Les incitations qui prévalent dans le système de recherche médicale aux États-Unis favorisent la diffusion de technologies médicales toujours plus coûteuses. Ce que l'on nous propose, malheureusement, ce n'est pas seulement le *step* ou le *digiwalker* que nous a montré Robert N. Butler, mais des objets infiniment plus coûteux, parce que ceci correspond aux incitations implicites du système de santé américain. Il faut donc essayer de faire en sorte, d'un point de vue social, d'accroître le rapport coût/efficacité des dépenses médicales en accrois-

sant nos connaissances en matière de ratio coût/efficacité, voire en réfléchissant à la distribution des bénéficiaires publics et privés de ces technologies médicales. Si certaines des technologies médicales sont là pour offrir des gains marginaux de qualité de vie aux populations âgées, quel est, dans certains cas, leur légitimité à être financées par des fonds publics ? C'est un sujet de réflexion qui, selon moi, a déjà été amorcé en France avec les réflexions sur le panier de soins, sur la frontière des responsabilités, sur les limites entre la prise en charge des risques publics et privés.

Au niveau du *caring*, la demande auprès des systèmes de soins sociaux pour les personnes âgées est forte et le coût d'opportunité de ce que l'on appelle les soins informels va croissant. En effet, on ne peut pas demander aux personnes de 55 à 65 ans, notamment aux femmes, à la fois d'accroître fortement leur participation au marché du travail et de s'occuper – comme elles le faisaient auparavant en large partie dans de nombreux pays – des personnes âgées de la 4<sup>e</sup> génération.

Pour comprendre le puzzle du vieillissement en bonne santé, il faut donc combiner l'incapacité, la morbidité, la qualité de vie et essayer de faire attention au partage entre santé subjective et santé objective, entre santé fonctionnelle et qualité de vie, santé publique et santé privée. L'évaluation des technologies médicales devrait occuper dans l'avenir un rôle croissant dans l'avenir et ce n'est pas un hasard si, en France, l'Anaes (Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé) s'est fortement développée. À terme, il faut essayer d'orienter le développement des technologies pour favoriser la réduction de l'incapacité d'une façon plus efficace. Cependant, les économistes doivent rester modestes. Ils n'ont pas de chiffres magiques à donner aux décideurs, ce n'est pas à eux de dire : il faut dépenser tant de pour cent du produit intérieur brut pour la santé. La définition du montant qu'un pays donné doit consacrer à sa santé est en fait quelque chose d'éminemment normatif, par rapport à quoi la science économique n'a que des réponses positives limitées à donner. Il s'agit avant tout d'une construction sociale et d'un choix effectué dans un consensus social au sein d'une société donnée. À cet égard, le niveau de consensus existant dans la société américaine aujourd'hui est très différent de la société française. Dès lors, les comparaisons internationales peuvent offrir des repères, mais tout en reconnaissant leurs limites. Elles ne peuvent en effet aucunement se substituer aux choix sociaux qu'une société humaine est amenée à effectuer ; ceci est particulièrement vrai dans des domaines aussi fondamentaux que la santé et le vieillissement qui, d'une certaine façon, renvoient à la finitude de la vie humaine et au dialogue implicite entre la mort et le vivant.

## Référence

OCDE (2003). A disease-based comparison of health systems: what is best and at what cost?

