

énéo FOCUS

JANVIER 2017

Éthique de la santé : quels sont les défis moraux, économiques et sociaux actuels ?

THÈMES

Santé

Sécurité sociale

Éthique

À DÉCOUVRIR DANS CETTE ANALYSE

Depuis l'instauration de la Sécurité sociale en 1944 et les lois de 1963 relatives à la santé, la Belgique, comme la plupart des pays développés d'Europe occidentale, a poursuivi un objectif en matière de soins de santé : assurer à tous les citoyens une médecine de qualité accessible à tous, visant à une réelle égalité des chances face aux risques de la maladie. Aujourd'hui, les trois défis majeurs et l'avenir de notre système de santé s'inscrivent dans une démarche éthique qui interroge les valeurs essentielles de notre démocratie.

QUESTIONS POUR LANCER ET/OU PROLONGER LA RÉFLEXION

Peut-on concilier en ce qui concerne les dépenses de santé le souhaitable – l'accès de tous à la santé – et le soutenable – la maîtrise des dépenses ?

Peut-on tout soigner et repousser sans cesse les limites par la multiplication des exploits techniques en matière médicale ou, implicitement ou explicitement prioriser les soins pour des raisons économiques ?

Faut-il favoriser la pléthore ou la pénurie de médecins ?

ÉTHIQUE DE LA SANTÉ : QUELS SONT LES DÉFIS MORAUX, ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX ACTUELS ?

Depuis l'instauration de la Sécurité sociale en 1944 et les lois de 1963 relatives à la santé, la Belgique, comme la plupart des pays développés d'Europe occidentale, a poursuivi un objectif en matière de soins de santé : assurer à tous les citoyens une médecine de qualité accessible à tous, visant à une réelle égalité des chances face aux risques de maladie. Si selon l'adage « la santé n'a pas de prix », les soins de santé représentent quant à eux des dépenses très importantes et constituent un secteur économique essentiel dans notre société.

Le système des soins de santé est financé par trois sources. La plus importante d'entre elles est [la Sécurité sociale et sa gestion globale](#). Elle est alimentée par des cotisations sociales payées dans les trois régimes de travail (salariés, indépendants et fonctionnaires) par les cotisations des travailleurs et, dans les régimes des salariés et des fonctionnaires également par les cotisations des employeurs. La seconde source de financement est [l'État](#), à travers différents impôts (TVA notamment) et taxes. C'est le financement alternatif qui aujourd'hui, avant le *tax shift*, couvre 31% des dépenses dans le régime des salariés et 41% des dépenses dans le régime des indépendants. La troisième source de financement est [le citoyen](#) par les tickets modérateurs, les participations aux frais, le paiement de tout ou partie des médicaments, et des interventions diverses parfois financées par des assurances santé dont le coût est supporté par les travailleurs et les employeurs.

En ce qui concerne les dépenses, elles s'inscrivent dans un cadre budgétaire maîtrisé qui repose sur la concertation tripartite entre les partenaires sociaux et l'État d'une part, les médecins et les mutuelles (représentant les patients) d'autre part.

Aujourd'hui, les trois défis majeurs et l'avenir de notre système de santé s'inscrivent dans une démarche éthique qui interroge les valeurs essentielles de notre démocratie.

Les défis majeurs et l'avenir de notre système de santé s'inscrivent dans une démarche éthique qui interroge les valeurs essentielles de notre démocratie.

- Peut-on concilier en ce qui concerne les dépenses de santé *le souhaitable* – l'accès de tous à la santé – et *le soutenable* – la maîtrise des dépenses?
- Peut-on tout soigner et repousser sans cesse les limites par la multiplication des exploits techniques en matière médicale ou, implicitement ou explicitement prioriser les soins pour des raisons économiques?
- Faut-il favoriser la pléthore ou la pénurie de médecins?

Peut-on concilier le souhaitable et le soutenable ?

Le PIB belge était de l'ordre de 400 milliards d'euros en 2014. La Sécurité sociale représente 25,3% de ce PIB. Les deux postes les plus importants sont les pensions (10,4% du PIB) et les soins de santé (8% du PIB). En matière de soins de santé, il faut ajouter la part à charge du malade qui représente 22% des dépenses, soit 2,26% du PIB. Le total des dépenses en soins de santé atteint donc 10,22% du PIB.

Le phénomène du vieillissement de la population a évidemment une incidence importante sur l'évolution

des dépenses en matière de sécurité sociale. En effet, comme pour les pensions, la durée de vie plus longue et l'augmentation du nombre de pensionnés par l'arrivée des cohortes du baby-boom des années 1946 à 1960 modifient le rapport dépenses/recettes. Et en matière de soins de santé, le vieillissement a deux conséquences : l'augmentation du volume de la consommation des soins de santé (en moyenne la dernière année de vie entraîne plus de dépenses que le reste de la vie) et l'augmentation des prix liée au progrès technique et à l'augmentation du prix des médicaments.

À politique inchangée, en fonction de l'évolution des données démographiques (structure future des âges selon le vieillissement et les migrations), macroéconomiques (croissance du PIB), et des politiques menées (politiques fiscale et sociale), les économistes ont établi un scénario moyen quant à la croissance des dépenses de sécurité sociale liées au vieillissement. Ils partent du principe que ces dépenses vont croître jusqu'en 2040 puis se stabiliser et décroître à partir de 2060.

Selon leurs prévisions la situation serait la suivante (en % du PIB):

	En 2020	En 2040	En 2060
Pensions	10,9%	12,7%	12,6%
Soins de santé	8,4%	10,1%	9,9%
Chômage	1,6%	1,1%	1%
Total sécurité sociale	25,6%	28,4%	27,3%

En 2015, le PIB belge était de 409.407 millions d'euros (Statistics Belgium, 2016, p 32). 1% du PIB vaut donc environ 4 millions d'euros pour l'année de référence. Ces chiffres sont à prendre avec prudence et ne tiennent que peu compte des évolutions techniques liées à la numérisation notamment. Ils sont cependant indicatifs de ce que le choc du vieillissement, s'il est réel, demeure maîtrisable et permet de maintenir un bon compromis entre le souhaitable et le soutenable.

Évolution du secteur des soins de santé depuis 1990 :

Si on examine de plus près le secteur des soins de santé, il n'est pas inutile de mesurer l'évolution de celui-ci depuis les années 1990. La croissance annuelle des dépenses a été en moyenne de 6,03% par an entre 1990 et 2010 soit une croissance nettement supérieure à l'évolution du PIB (3,14%). Dès 2005 on assiste à un ralentissement de la croissance des dépenses en soins de santé (entre 2007 et 2012 la croissance sera de 3,5% en moyenne). En termes réels (hors inflation), la croissance des dépenses se limite en 2010 à 1,5%. En 2012-2013 l'augmentation hors inflation atteint 2%. En 2015, l'augmentation est de 1,5% et en 2016, elle ne dépassera pas 0,8%. Même si les dépenses en soins de santé dépassent encore sur la décennie la croissance du PIB, elles sont sérieusement diminuées et la part personnelle des malades reste faible et inférieure à la moyenne de l'OCDE.

Il est certain que l'évolution des années 1990-2010 était intenable et aurait amené à une explosion du système. Cependant la gestion du secteur reste difficile. Il y a en effet une tendance naturelle à l'augmentation des dépenses. Les objectifs du gouvernement portent donc tant sur l'effet prix que sur l'effet volume.

La limitation de la croissance des dépenses doit s'opérer d'abord sur le facteur prix. C'est le cas du secteur des médicaments. De 1990 à 2010, la croissance y a été en moyenne de 5,71%. En 2010, de sévères mesures furent adoptées favorisant notamment les médicaments génériques et la suppression du remboursement de nombreux médicaments. L'effort s'est poursuivi depuis. Cependant, les progrès techniques et la pression des firmes pharmaceutiques font peser une menace d'inflation des prix en la matière. La crainte que l'on peut nourrir est celle d'une limitation de la prise en charge par l'INAMI de plusieurs médicaments. Cela pourrait entraîner une augmentation de la part patient dans les soins de santé et une sélection du choix des médicaments en fonction des revenus des patients. Un autre sujet de préoccupation porte sur les honoraires médicaux. Eux aussi ont crû davantage que le PIB. Leur croissance a été en moyenne de 4,97% durant la période 1990-2010. Depuis, la croissance des honoraires des

médecins a été limitée à 2% en moyenne en termes réels.

Le secteur des hôpitaux a, lui, augmenté de 21% en 5 ans. L'augmentation porte tant sur l'effet prix que sur l'effet volume. Il est influencé de façon positive par la diminution de la durée de séjour, mais négativement par l'augmentation du volume des personnes hospitalisées et le développement du « *one day care* ».

Le secteur qui a explosé est celui des soins aux personnes âgées (MR,MRS) : de 1990 à 2010 la croissance a été de 10,05% par an en moyenne. On s'attend aussi à une forte augmentation des soins à domicile avec la mise en place de l'assurance autonomie.

Les trois grands défis en matière de soins de santé :

1. **La limitation du nombre de lits dans les hôpitaux** : le nombre de lits d'hôpitaux par 1000 habitants est de 6,5 en Belgique. C'est la même proportion qu'en France, moins qu'en Allemagne (8,3), mais plus qu'aux Pays-Bas (4,6) et nettement plus que dans les pays anglo-saxons (3 en Grande-Bretagne et aux États-Unis) ou que dans le sud de l'Europe (3,5 en Italie et 3,2 en Espagne). La durée de séjour a fortement diminué, mais reste supérieure à la plupart des pays occidentaux. Par ailleurs, l'augmentation des prix du matériel technique et les exigences d'un nombre minimum d'interventions dans certaines situations inclinent à limiter les traitements les plus lourds à quelques établissements et à pratiquer une certaine hiérarchie des hôpitaux. Cela devrait entraîner, dans les prochaines années une diminution d'environ 10 000 lits. Il faudrait mesurer les conséquences que cela aurait en matière d'emploi et en matière sociale dans les régions éloignées des grandes villes.

2. **La politique en matière de médicaments** : Les évolutions scientifiques amènent à l'apparition de nouveaux médicaments visant un nombre de plus en plus restreint de malades. Le coût de ces médicaments est de plus en plus élevé et est fixé arbitrairement par les firmes pharmaceutiques. Un bras de fer permanent existe entre les firmes pharmaceutiques et les pouvoirs publics. Le choix d'accepter ou non certains médicaments a d'importantes conséquences sur le traitement de certaines affections. Le choc entre l'efficacité et l'équilibre financier se pose chaque jour. L'accès au marché mondial des médicaments via Internet a, dès aujourd'hui, et surtout demain, de lourdes conséquences quant à une sélection par l'argent en cette matière.

3. **Le spectre de la médecine à deux vitesses** : notre modèle est économiquement menacé. Certains prônent un nouveau système fondé sur un double modèle. Un socle de base fournissant à chacun des soins gratuits pour des affections lourdes et un régime payant pour le reste des soins, financés éventuellement par des assurances privées. Nous avons, dans le passé, connu un tel système dans le régime des travailleurs indépendants, où coexistaient la couverture des gros soins et celle des « petits soins », ces derniers pouvant être couverts par une assurance spécifique. C'est un peu le système proposé aujourd'hui par François Fillon en France. Ce modèle, souvent défendu comme une responsabilisation du malade, entraînerait un important recul social. On sait, en effet, que toute augmentation de la responsabilisation du malade entraîne une dualisation plus grande de la société. La couverture par une assurance libre est souscrite par les classes possédantes et les plus aisées de la société. On assiste déjà à un phénomène semblable avec les assurances hospitalisation. Par ailleurs un tel système entraîne une inflation des coûts. Aux États-Unis, dont le système de soins de santé reposait sur cette logique jusqu'à l'*Obama-care* (en 2010), le coût des soins de santé y atteint aujourd'hui 16,4% du PIB contre une moyenne de 8,9% au sein de l'OCDE et de 9.9% en Belgique.

Peut-on tout soigner ? Le progrès technique face aux choix économiques

Lorsque je faisais des conférences relatives à la sécurité sociale, je signalais au public que j'avais une solution pour limiter strictement les dépenses en soins de santé. Comme en moyenne les patients entraînent plus de frais en soins de santé durant leur dernière année de vie, il suffirait de les euthanasier

à la veille de leur dernière année pour faire de sérieuses économies en soins de santé. À ma grande stupeur, je voyais un certain nombre d'auditeurs approuver ma suggestion et manifester une certaine déception lorsque je corrigeais mon propos en signalant que hélas, il nous est aujourd'hui impossible de connaître la date de notre décès un an avant celui-ci. Cependant si ce moyen radical est impossible, partout dans le monde on s'interroge sur la conciliation entre la longévité grâce au progrès technique et les exigences économiques.

Faut-il établir des priorités en matière de soins de santé? Et selon quels critères? Le premier à oser clairement poser le problème fut l'État de l'Oregon aux USA en 1989. Cet État avait décidé d'augmenter le *medicaid* en faveur des plus pauvres. Une commission fut chargée de classer les interventions médicales par ordre de priorité. Ce classement établi par ordre coût-utilité fut soumis à la consultation des citoyens (il intégrait des données comme la longévité, le coût, la prévention versus le curatif), le tout aboutissant à des choix explicites de priorité et le non-remboursement de certaines interventions. Les Pays-Bas ont, quant à eux, soumis une grille d'évaluation à une commission éthique composée de philosophes et de représentants des religions. Les soins soumis à remboursement doivent satisfaire à diverses conditions (soins nécessaires à la santé, garantie du rapport qualité efficacité, allocation des soins quel que soit l'âge ou le mode de vie). D'autres pays (la Grande-Bretagne, la Norvège ou l'Allemagne) ont porté la réflexion sur les antécédents et le comportement des malades (cancer du poumon résultant du tabagisme, Sida suite à des rapports non protégés...). Le danger est ainsi de voir modifiée la prise en charge des soins en fonction du comportement des malades ou de leur âge.

En Belgique, la référence à l'*evidence based medicine* permet au praticien de se forger une opinion. Le seul exemple explicite est la différence de remboursement des soins dentaires en fonction de la consultation annuelle ou non d'un dentiste). Par ailleurs le KCE (Centre fédéral d'expertise en santé) se prononce régulièrement sur l'opportunité de certains soins par rapport à leur efficacité plus ou moins grande (pose de *stents* notamment) et de leur coût. Nous n'avons cependant pas une politique définissant explicitement une priorité de soins. Le choix en est laissé aux praticiens. Néanmoins, la politique des hôpitaux, si elle ne repose pas sur une priorisation, pousse par la comparaison permanente des durées de séjour et la forfaitarisation d'un certain nombre de soins, à des choix fondés davantage sur des considérations économiques que strictement médicales. La tentation du *management care* est certaine. Quoi qu'il en soit, on perçoit bien qu'il sera un jour nécessaire d'associer les citoyens à des choix plus explicites. Cependant, on peut craindre que les considérations morales ou l'âge des participants à la consultation n'aient une forte influence sur les résultats de ces enquêtes.

On perçoit bien qu'il sera un jour nécessaire d'associer les citoyens à des choix plus explicites

Faut-il favoriser la pléthore ou la pénurie du nombre de médecins

Le gouvernement veut limiter l'offre médicale. Aujourd'hui, en Belgique elle se situe dans la moyenne européenne (entre 23,8 et 28,1 médecins par 10000 habitants). L'offre est beaucoup plus importante en Italie et en Grèce. Elle est assez semblable en Allemagne, en France et aux Pays-Bas et nettement plus faible au Japon, au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne. En Belgique, la proportion de médecins diplômés à l'étranger augmente régulièrement : aujourd'hui 4 sur 10 attestations INAMI sont ainsi délivrées à des médecins formés à l'étranger. La question de la limitation du nombre de médecins est très aléatoire. En effet, la fixation du nombre de médecins s'opère quasi une décennie avant leur entrée en fonction et ne tient que peu compte des évolutions démographiques, techniques et sociales. Plus complexe est la répartition entre spécialistes et généralistes et la pénurie de médecins en zones rurales.

En conclusion

Grâce à la Sécurité sociale, la seconde partie du 20^{ème} siècle a vu se développer, en Europe, un modèle de soins accessible à tous. Le progrès scientifique, l'organisation des hôpitaux, la délivrance de médicaments performants, la qualité des médecins généralistes et spécialistes ont été des facteurs essentiels qui ont prolongé et amélioré la vie des citoyens. Aujourd'hui, ce modèle est menacé. La remise en cause du modèle et la résurgence d'une médecine duale risque de porter un coup fatal à la démocratie sociale développée depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale.

Jean-Jacques Viseur,
Membre du Bureau Politique d'Énéo

POUR ALLER PLUS LOIN...

Statistics Belgium, (2016), *Chiffres clés. Aperçu statistique de la Belgique.*

Pour citer cette analyse

Viseur J.-J., (2017), « Éthique de la santé : quels sont les défis moraux, économiques et sociaux actuels ? », *Énéo Focus*, 2017/02.

Avertissement : Les analyses Énéo ont pour objectif d'enrichir une réflexion et/ou un débat à propos d'un thème donné. Elles ne proposent pas de positions avalisées par l'asbl et n'engagent que leur(s) auteur(e)(s).

Énéo, mouvement social des aînés asbl
Chaussée de Haecht 579 BP 40 – 1031 Schaerbeek - Belgique
e-mail : info@eneo.be – tél. : 00 32 2 246 46 73

En partenariat avec



Avec le soutien de