



## Le prix de la santé

2010/44  
22 | 06 | 2010



Brieuc Van Damme  
Fellow

Avec la crise communautaire et les élections anticipées qui en suivirent vous ne l'aurez peut-être pas remarqué, mais les débats éthiques dans les soins de santé ont fait parler d'eux ces derniers temps. L'opinion publique flamande s'est récemment indignée pour le non remboursement par la sécurité sociale du remplacement de la valve aortique par l'aine chez 32 patients. Indignation encore lors de la commémoration des 20 ans de la loi sur la dépénalisation de l'avortement. Indignation enfin lorsque Luc Goutry, parlementaire fédéral pour le CD&V, se demande à voix haute si toutes les ressources ont vraiment bien été investies dans nos soins de santé. En somme, nous nous sommes indignés trois fois pour la même chose : où s'arrête la responsabilité de la société dans le remboursement des soins, et quand est-ce que celle de l'individu commence?

L'agitation qui accompagne en général ce genre de débats n'a rien d'une hystérie anormale. C'est peut-être un cliché de la Saint-Sylvestre, mais notre santé est bel et bien notre bien le plus précieux. Notre intégrité psychologique et physique est intouchable et nous souhaitons la préserver à n'importe quel prix – au sens le plus littéral. Plusieurs études le confirment d'ailleurs. Hall et Jones ont montré dans un célèbre article que l'utilité d'une année de vie en bonne santé supplémentaire – contrairement à une 3e ou 4e télévision – ne décroît pas. Selon les calculs du Bureau du Plan, notre

demande de soins de santé augmente plus vite que notre revenu. Les chiffres de l'INAMI – l'institut public qui organise, gère et contrôle l'assurance maladie obligatoire en Belgique – en témoignent. En 1980, les dépenses publiques pour les soins représentaient 2% du PIB, en 2000, 4% et en 2010, 7%.

Le vieillissement de la population n'est pas le catalyseur le plus important de nos dépenses croissantes en soins de santé. Nos besoins en soins, toujours insatisfaits, en sont la cause principale. Les pays qui font des projections

“

Le vieillissement de la population n'est pas le catalyseur le plus important de nos dépenses croissantes en soins de santé. Nos besoins en soins, toujours insatisfaits, en sont la cause principale.

”

quant à nos dépenses en soins à long terme, n'excluent pas qu'un jour nous dépenserons plus d'un quart de notre PIB dans le secteur de la santé. Dans les sociétés postmodernes de l'Occident, le bien-être est la

conséquence logique du bien-être. Les développements épidémiologiques et technologiques

nous permettent de réaliser ces gains de santé, mais à un prix toujours plus élevé. C'est ce que les économistes appellent les rendements marginaux décroissants : il devient toujours plus difficile, et donc plus cher, de produire une unité de santé supplémentaire.

Dans une économie de marché bien rodée, l'offre devrait suivre la demande (et inversement). Mais le marché des soins ne peut bien évidemment pas être mis sur un pied d'égalité avec le marché des télévisions, par exemple. Grâce à la composante de solidarité vitale ancrée dans nos Etats Providence, 72% de nos dépenses en soins sont payés par la sécurité sociale. Tout va pour le mieux tant que les dépenses supplémentaires peuvent être financées par des revenus supplémentaires. Le problème se pose cependant quand le taux de croissance des dépenses est

largement supérieur au taux de croissance économique. C'est ainsi qu'on en arrive à la situation d'aujourd'hui, à savoir des soins de santé cannibalisant la richesse collective en dépit d'autres postes de dépenses intéressants, tels que les pensions, l'enseignement ou encore la réforme nécessaire et tant attendue de la justice. A terme c'est intenable et nous devons nous rendre compte que, quand bien même nous le souhaiterions, tout ne pourra pas être remboursé par la sécurité sociale. La croissance exponentielle des dépenses atteindra un jour sa frontière budgétaire. La question n'est donc pas de savoir combien, au maximum, nos soins de santé peuvent coûter, mais bien combien de soins doivent être financés par l'Etat ?

Pour pouvoir répondre à cette question très difficile, nous avons besoin de seuils de référence. L'Etat prend-il réellement ses responsabilités en encourageant l'acharnement thérapeutique ? Ne devrait-il plutôt pas penser à investir cet argent dans la recherche et le développement de nouveaux traitements innovants ?

Les économistes utilisent souvent des analyses coûts-bénéfices pour aborder des problèmes sociétaux aussi complexes qu'émotionnels. Une analyse coût-bénéfice compare les moyens investis (de

l'argent public), avec les résultats réalisés (de la santé publique). En réalité, c'est moins évident que ça n'en a l'air car l'analyste se heurte rapidement à un double problème: comment mesurer des gains de santé, et comment exprimer ces gains en argent, car in fine la comparaison sera monétaire ?

En exprimant les gains de santé en années passées en bonne santé, appelées les QALYs (de l'anglais Quality Adjusted Life Years), les économistes ont surmonté la première difficulté. Imaginons qu'une transplantation du cœur coûte 80 000 euros et prolonge en moyenne la durée de vie en bonne santé de deux ans. Une année en bonne santé, ou 1 QALY, supplémentaire grâce à ce traitement coûte donc 40 000 euros. Pour venir à bout de la deuxième difficulté, les économistes ont essayé d'estimer la valeur statistique moyenne d'une année de vie en bonne santé. Ils ont pour cela différentes techniques à leur disposition. Cela peut se faire en regardant combien valent les assurances-vie, ou en calculant la quantité de richesse accumulée en moyenne en l'espace d'une vie ('nous sommes ce que nous produisons'). Aux Etats-Unis, des chercheurs ont ainsi estimé qu'une année de vie en bonne santé vaut plus ou moins 130 000 dollars, ou 100 000 euros.

Maintenant, nous sommes en mesure de faire des comparaisons. Une transplantation du cœur coûte 80 000 euros et rapporte deux années en bonne santé supplémentaires. Grâce à la transplantation, nous produisons donc pour 200 000 euros de santé (deux fois 100 000). Le bénéfice est bien supérieur au coût ; il s'agit donc d'une intervention tout à fait justifiable économiquement. Si le coût de la transplantation avait été supérieur à 200 000, les coûts auraient dépassé les bénéfices et un économiste conseillerait d'investir cet argent dans d'autres traitements.

Il existe aussi des traitements qui ne font qu'augmenter la qualité de vie, sans la prolonger, mais qui sont aussi convertis en QALYs. Le Viagra par exemple. Des études ont montré que le médicament contre les problèmes d'érection ne coûte que 5000 euros par QALY. En forçant un peu le trait, on pourrait en conclure que le Viagra est 8 fois plus efficace à créer de la santé qu'une transplantation du cœur.

Il est évident que dans un débat si chargé, il faut en outre tenir compte d'une panoplie d'autres considérations éthiques complexes qu'aucun économiste ne prétend pouvoir résoudre. Pour n'en donner qu'une : une année en bonne santé d'un enfant a-t-elle la même

valeur que celle d'une personne très âgée ?

Nous devons nous rendre compte qu'un débat transparent et objectif sur ce qui devrait, et ne devrait pas, être remboursé par la sécurité sociale est inévitable. C'est plus vrai que jamais maintenant que certains partis politiques proposent de revoir la norme de croissance des dépenses en soins de santé vers le bas. Une évaluation objective – les mauvaises langues parlent d'euthanasie économique – pourrait avoir lieu au sein d'une Haute Autorité pour la Santé, comme cela se fait déjà en France. Celle-ci veillerait à ce que les ressources rares ne soient utilisées que lorsqu'elles bénéficient réellement à la santé publique. Ça n'a rien d'une euthanasie économique, mais tout d'une politique responsable et solidaire.

**Briec Van Damme**, chercheur  
à l'Itinera Institute

*Paru dans La Libre Belgique du  
21/06/2010*

Pour une croissance économique  
et une protection sociale durables.