

*Ciriec*  
*international*

**CIRIEC**  
*Italia*

## **24ème Congrès international du CIRIEC**

*Napoli Italia 30 settembre - 2 ottobre 2002*

### **BESOINS ILLIMITÉS ET REVENUS LIMITÉS: COMMENT FAIRE DES CHOIX?**

**Guy Peeters**

Secrétaire général, Union nationale des Mutualités socialistes

(Belgique)

*Atelier 3 – Santé, assistance et sécurité sociale*

## 1. Introduction

- Soins de santé et assurance-maladie: un des plus grands triomphes du 20<sup>ème</sup> siècle
- Facteurs influençant l'augmentation escomptée des dépenses
- Peut-on encore faire des choix dans les soins ?
- Plaidoyer pour des soins de qualité accessibles à tous

## 1 - INTRODUCTION

### Soins de santé et assurance-maladie: un des plus grands triomphes du 20ème siècle

Un des principaux accomplissements du 20<sup>ème</sup> siècle est sans doute la réalisation d'un système de sécurité sociale, dont notamment l'assurance-maladie, dans la plupart des pays de l'Europe occidentale.

#### *19<sup>ème</sup> siècle*

Dans mon pays, la Belgique, l'assurance-maladie obligatoire fut instaurée directement après la deuxième guerre mondiale. Les premières mutualités furent créées sur base volontaire dans le courant de la première moitié du 19<sup>ème</sup> siècle. Le chemin parcouru entre-temps est spectaculaire.

- Aux environs de 1850 l'espérance de vie moyenne à la naissance fut 35 ans.
- Une famille ouvrière de six personnes dut survivre (exprimé en prix actuels) avec € 9 par semaine (€ 464 par an).
- Tous les rapports médicaux de l'époque parlèrent d'enfants ouvriers maigres et recroquevillés, souffrant d'anémie, de ganglions et de rachitisme. Les maladies pulmonaires furent monnaie courante ; des épidémies comme la fièvre typhoïde et le choléra abattirent régulièrement les plus faibles. La tuberculose régna partout.

#### *2002*

Les chiffres auxquels nous sommes confrontés actuellement en Belgique parlent tout autrement. Par rapport au siècle précédent, nous pouvons maintenant parler plutôt de problèmes de luxe.

- La durée de vie moyenne est 74,9 ans pour les hommes et 81,4 ans pour les femmes
- Il y a une assurance-maladie quasi universelle qui couvre toute la population
- La Belgique n'a pas de listes d'attente

- Le patient bénéficie d'un libre choix total de prestataire de soins et d'établissement de soins
- Il y a une offre très étendue de services de soins. On parlera d'ailleurs mieux d'une surabondance.

\* \* \*

Les deux ans écoulés, le ministre des Affaires Sociales a investi plus de 100 milliards dans l'assurance-maladie. C'est sans précédent. Le ministre déclare déjà maintenant que moins ne sera pas possible à l'avenir et y relie son sort politique.

L'évolution des dépenses en soins de santé est un point politique gravement sous-estimé. L'assurance-maladie et la santé publique sont confrontés à des défis très lourds.

## **2 - FACTEURS INFLUENÇANT L'AUGMENTATION ESCOMPTÉE DES DÉPENSES**

Les soins de santé et l'assurance-maladie sont aujourd'hui confrontés à toute une série de facteurs qui subissent des mutations importantes. Nous citons ci-après les facteurs principaux:

### 2.1. Le vieillissement de la population

Actuellement, 21% de la population a plus de 60 ans. In 2020 il s'agira de 27,5% de la population (chiffres belges). On parle d'un double vieillissement. Le nombre d'octogénaires aura plus que doublé entre maintenant et 2050. Pire encore: de toutes les filles nées aujourd'hui, plus que la moitié dépasseront l'âge de 100 ans.

Dans les milieux scientifiques, des voix se lèvent pour dire que nous – voire aussi l'état et les hommes politiques – ne comprenons pas pleinement quel énorme défi nous attend ici.

Mais toutes les personnes âgées ne sont bien entendu pas des pauvres types ou des personnes dépendantes. Cette dépendance se manifeste surtout chez les personnes de plus de 80 ans, dont 30% peuvent être considérées comme dépendantes. Mais la santé ne s'améliore pas avec l'âge. L'espérance d'une vie saine reste jusqu'à l'âge de la pension ; ce qui suit se passe en grande partie en mauvaise santé : maladies cardiaques, cancer, attaques d'apoplexie, diabète, glaucome.

Notre avenir se situe au niveau de la technologie médicale : les interventions chirurgicales au niveau du cœur et des hanches, le stimulateur cardiaque, l'appareil auditif, la lentille artificielle et la prothèse vasculaire.

Le prix que l'on paie est la médicalisation. L'Union Européenne et l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) partent du principe que surtout les développements médico-technologiques en combinaison avec le vieillissement de la population exerceront une pression croissante sur les dépenses en soins de santé.

## 2.2. Nouvelles technologies médicales et médicaments

L'évolution rapide et la performance des nouvelles technologies offrent à toute la population beaucoup plus de possibilités sur le terrain thérapeutique. Dans le domaine de la chirurgie cardiaque par exemple, il y a eu plus d'innovations les cinq dernières années qu'au cours des trente ans passés, surtout dans le domaine de la neurostimulation notamment pour l'incontinence et pour la maladie de Parkinson.

La révolution dans le domaine du génome (voir plus loin) inspirera beaucoup de nouvelles inventions. Les experts en transplantations constitueront des banques d'organes où des reins, des foies et des cœurs seront mis à la disposition. Il n'est pas non plus impensable qu'un jour nous créerons nos propres organes de réserve.

Le frein ne se situera pas au niveau de la technique, mais plutôt au niveau du coût et des moyens que l'assurance-maladie mettra à la disposition. Car en fin de compte les frais seront surtout plus élevés. Les nouvelles technologies sont notamment souvent plus sûres et de ce fait les indications plus étendues. Le marché des médicaments aussi évolue avec une rapidité fulgurante. Nous nous limiterons au domaine de la démence. On part de l'idée que le nombre de patients qui souffrent d'Alzheimer passera du simple au triple en 30 à 40 ans. Environ une personne sur dix de plus de 60 ans souffrira de la maladie. Actuellement il y a trois médicaments contre Alzheimer sur le marché: Aricept, Exelon et Reminyl. Suivant les hommes de science, le remboursement est justifié. Le patient garde plus longtemps son indépendance et nécessite moins de soins. Mais il s'agit bien de médicaments très coûteux: € 100 par mois. Les répercussions budgétaires globales sont estimées à € 16 millions.

### 2.3. Développements dans le domaine de la génétique. Le génome

Le décodage du génome humain est considéré comme une des plus importantes découvertes scientifiques depuis le débarquement sur la Lune.

Le début d'une évolution médicale spectaculaire.

Celui qui sait à quoi sert le matériel génétique, peut dépister et réparer des erreurs, guérir des maladies incurables et fabriquer des médicaments sur mesure.

L'enquête sur l'origine génétique de syndromes complexes comme le diabète, le cancer, les maladies du cœur et autres s'est accélérée.

Bien que cette enquête et le développement de nouveaux médicaments prendront encore une dizaine d'années, une certaine euphorie est quand-même à sa place.

A l'avenir certaines affections pourront aussi être guéries via la thérapie génétique.

Tout récemment encore à Londres, un enfant a été guéri d'une anomalie possiblement mortelle.

Le garçon souffrait d'une anomalie qui fait qu'un gène qui a subi une mutation empêche la génération d'un système immunitaire.

A l'aide de la thérapie génétique, les scientifiques ont remplacé le gène défectueux par un gène qui fonctionne correctement.

Mais tout le monde n'est pas aussi heureux avec le décodage de la vie humaine.

Tout comme avec les autres inventions historiques de l'homme, le gène humain aussi peut être utilisé et abusé.

Des tests génétiques peuvent éclaircir les risques de santé pour un certain individu.

C'est utile pour prendre des mesures préventives, mais cette information peut aussi être abusée.

Des compagnies d'assurances par exemple pourraient décider à ne plus assurer des personnes avec des gènes à risques.

Des employeurs pourraient sélectionner leurs travailleurs sur base de leur profil génétique favorable.

La discrimination génétique risque de devenir une nouvelle notion.

Un large débat social sur les implications juridiques, sociales et éthiques s'impose afin de combattre la discrimination ou l'abus de matériel génétique.

Une autre manipulation génétique qui soulève des questions est la diagnose génétique pré-implantatoire. Avant d'être implantés dans l'utérus, les embryons-éprouvettes sont examinés sur des maladies congénitales graves dont les parents sont porteurs. Seuls les embryons sains sont placés dans l'utérus.

On évite ainsi que des couples passent l'affection héréditaire à leurs enfants.

Il y a deux ans, un bébé-éprouvette est né aux Etats-Unis, chez qui avant l'implantation dans l'utérus on avait constaté qu'il pouvait servir de donneur pour sa petite sœur gravement malade.

Cette primeur médicale indique que le progrès dans le domaine de la génétique prénatale implique tant une promesse qu'une menace.

Le fait que les parents puissent pour ainsi "commander" les caractéristiques de leurs enfants, peu importe leur motivation, donne lieu à des discussions excitées entre les experts en science éthique.

Le thème le plus délicat sur ce terrain est évidemment le clonage de l'homme.

Depuis la naissance en 1996 du mouton cloné Dolly, les scientifiques veulent appliquer cette technique aussi sur des embryons humains.

Il faut faire la distinction entre le clonage reproductif et le clonage thérapeutique.

Le clonage reproductif signifie l'engendrement d'une copie d'un homme sur base du clonage de matériel génétique humain.

Un embryon cloné est implanté dans l'utérus dans le but d'aboutir à une naissance.

Les opposants estiment qu'il s'agit là d'un procédé injustifiable et n'avancent pas uniquement des objections éthiques.

Ils soulèvent les grands problèmes auxquels les scientifiques étaient confrontés lors du clonage d'animaux.

Beaucoup d'embryons clonés ne s'implantent d'ailleurs pas dans l'utérus. D'autres qui se développent bien en fœtus présentent des anomalies bizarres. Des animaux clonés qui naissent quand-même, meurent très vite du fait que leurs organes fonctionnent mal ou parce qu'ils souffrent d'une maladie inconnue.

Cette forme de copiage humaine suscite universellement une grande opposition et est considérée par la plupart des gens comme inacceptable et inadmissible.

Sauf par le médecin italien Severino Antinori.

Mi-mai, il a déclaré que trois femmes sont enceintes d'un embryon cloné, bien qu'il n'y ait toujours pas de preuve concrète.

Et il ne veut pas dire combien d'essais il a fallu pour réaliser ces trois grossesses.

Lors du clonage thérapeutique, l'embryon n'est jamais implanté dans un utérus et ne vient donc jamais au monde comme un être cloné.

Le processus se limite à la création in vitro d'un embryon dont on veut récolter des cellules souches qui peuvent produire du tissu d'organe.

Cela permettrait de combattre des affections comme la maladie de Parkinson, le diabète et des maladies du cœur.

Ou pour le dire d'une manière populaire qui manque du sérieux: fabriquer des pièces de rechange pour ton propre corps.

La discussion sur le fait si cette technique est éthiquement justifiée ou non, devient alors déjà moins fondamentale.

Parmi les experts cependant règne la conviction que le clonage thérapeutique n'a pas beaucoup de perspective d'avenir.

La production d'oocytes humains de donneurs est très difficile et implique des coûts gigantesques.

Il y a d'ailleurs de plus en plus de critique contre une thérapie qui implique la destruction d'embryons humains.

Et en plus aussi d'autres méthodes alternatives pour créer des cellules souches voient le jour.

#### 2.4. La médecine mentale

Bien que très importante, la médecine mentale continue à être traitée en parent pauvre dans tous les pays industrialisés.

Néanmoins, les conditions neuropsychiatriques – de la dépression à l'alcoolisme et la toxicomanie, voire même la schizophrénie, la démence et l'angoisse – représentent dans les pays occidentaux 23% de toutes les maladies constatées. L'Organisation Mondiale de la Santé prévoit que pour l'an 2020 la part des affections neuropsychiatriques dans le nombre global des maladies constatées dépassera les 73%. Cette même OMS prédit que la dépression deviendra la maladie la plus répandue, même plus que les maladies cardiovasculaires.

Notre société qui – soyons honnêtes – pour la grosse majorité de la population nage dans l'opulence et la prospérité, semble être loin de mentalement saine.

#### 2.5. Le patient moderne

Le patient incapable d'hier a fait place pour une nouvelle génération de consommateurs de soins supercritiques. Des fautes médicales – hier encore subies passivement – sont aujourd'hui débattues devant les caméras dans des programmes des médias qui font un bon score et qui imposent le respect à chaque ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Le nombre de cas où la responsabilité médicale est mise en cause, indique une autonomie croissante du consommateur/patient sur le marché des soins de santé. Les facteurs qui contribuent à ce consumérisme croissant:

- les citoyens sont mieux instruits, aussi à propos de leur santé
- Internet facilite cette information
- Publicité directe ou indirecte, cachée ou non, des entreprises pharmaceutiques et des fabricants de techniques et de matériel médicaux
- des organisations de patients et des groupes d'entraide qui agissent plus énergiquement pour les intérêts de leurs membres
- les mutualités qui via leurs actions de promotion à la santé sensibilisent le patient de plus en plus concernant le coût et la qualité des prestations.

## CONCLUSION

Plusieurs facteurs en mutation influenceront inévitablement les dépenses de soins de santé vers le haut. Ou bien il faut libérer plus de moyens financiers ou bien il faut faire des choix au niveau des soins.

### 3 - PEUT-ON ENCORE FAIRE DES CHOIX DANS LES SOINS?

La question pour savoir si des choix dans les soins sont possibles, voire souhaitables, ne signifie nullement qu'on ne ferait pas déjà des choix. Le débat n'est donc pas nouveau.

Au niveau de la sécurité sociale, il y a deux pistes de pensée, notamment: une piste sélective et une piste universaliste. En Belgique la sécurité sociale offre principalement des équipements universels. Les prestations de l'assurance-maladie sont (principalement) remboursées sans distinction de revenus, d'âge ou d'autres critères<sup>1</sup>.

#### 3.1. Plus de sélectivité dans un système universaliste

En passant en revue la dernière décennie du siècle passé (les années '90) nous constatons qu'on a introduit plus de sélectivité dans le système. Il s'agit notamment d'une sélectivité plus positive. Cette sélectivité positive essaie de répondre à toute une série de risques pour lesquels l'État-providence n'a pas de réponse efficace. Ainsi le système d'assurance-

---

<sup>1</sup> Exemples de mesures de sélectivité qui existent déjà depuis des années:

- le régime préférentiel pour les catégories socialement faibles (veuves, invalides, pensionnés, bénéficiaires du minimum d'existence, personnes handicapées): elles ne paient que 10% de ticket modérateur au lieu des 25% pour les assurés ordinaires
- les médicaments sont répartis en catégories de remboursement : plus grand l'utilité sociale et thérapeutique d'un médicament, plus grand le remboursement.



maladie belge répond relativement bien aux besoins de ceux qui sont confrontés avec le risque de maladie dans une mesure acceptable. Mais par exemple dans le cas de maladies de longue durée ou chroniques qui génèrent des dépenses de santé très élevées et mènent à une situation de dépendance, le système a fait défaut. En anticipant sur ces besoins spécifiques, la sélectivité (positive) devient un levier pour plus de solidarité.

On a donc pris des mesures comme:

- le système de la franchise où les dépenses de santé d'un ménage sont totalement remboursées dès qu'un plafond d'interventions personnelles propres (tickets modérateurs) est atteint.  
Ledit plafond des propres tickets modérateurs dépend du revenu du ménage. Le plafond est le plus élevé pour les revenus de ménage les plus élevés.
- le système de la franchise est actuellement affiné dans le sens du Maximum à Facturer.  
Le MàF prendra en compte plus de frais qu'auparavant (médicaments nécessaires et frais d'hospitalisation) et offrira aussi une meilleure protection aux revenus faibles et modestes.
- le forfait de soins et le forfait d'incontinence qui prévoient une indemnité forfaitaire pour les personnes qui combinent des dépenses de santé élevées à des lourds problèmes de dépendance.

### 3.2. Pas de sélectivité aveugle

Bien que la sélectivité en vue d'une plus grande solidarité soit parfaitement défendable, les systèmes sélectifs ne semblent pas toujours aussi efficaces et il faut donc mettre en garde pour une série de dangers.

- 3.2.1. Toute sélectivité a un caractère relativement complexe. Cela complique l'accessibilité et mène à des frais administratifs élevés
- 3.2.2. Le critère de sélectivité le plus fréquent est celui du revenu. Il faut attirer l'attention ici sur un possible effet de découragement pour les catégories des revenus plus élevés qui doivent contribuer de manière solidaire à un système d'assurance qui leur rapportera peu ou rien.

3.2.3. Le débat concernant les choix dans les soins de santé est dans certains pays déjà plus avancé qu'ailleurs. Les Pays-Bas ont fait du travail de pionnier en cette matière. Déjà au début des années nonante, on y a installé la soi-disant Commission Dunning qui devait aviser le gouvernement lors de la composition d'un soi-disant paquet de base de soins de santé.

La Commission Dunning se basait sur quatre critères :

- a) S'agit-il de soins nécessaires partant d'une approche basée sur la communauté?
- b) L'efficacité est-elle démontrée ?
- c) Les soins sont-ils efficaces?
- d) Ces soins peuvent-ils rester pour le propre compte et la propre responsabilité?

Finalement la Commission Dunning a conseillé une solidarité générale aussi large que possible lors de l'accès aux soins. L'exclusion ou la limitation des équipements de santé sur base du mode de vie, de l'âge ou du comportement sont – toujours d'après la commission – indésirables et contraires au principe d'égalité.

Il est entre-temps suffisamment connu que ces mêmes Pays-Bas ont mené durant la dernière décennie une stricte politique budgétaire dans le domaine des soins de santé, ce qui a donné lieu à des excédents budgétaires et à la fois à des énormes listes d'attente pour presque tous les équipements sanitaires. Ces listes d'attente étaient au printemps de cette année l'enjeu de la lutte électorale aux Pays-Bas, avec l'issue dramatique connue et la confusion électorale qui y suivait

## **4 - PLAIDOYER POUR DES SOINS DE QUALITÉ ACCESSIBLES À TOUS**

### **4.1. Non!**

Nous ne croyons pas en des pistes de pensée qui se dirigent sur plus de sélectivité dans les soins de santé à cause de l'équilibre budgétaire sacro-saint.

Nous rejetons des projets qui visent un paquet de base de soins de santé pour tout le monde, financé par les moyens généraux et complété via des assurances privées pour ceux qui savent les payer. Nous rejetons la sélection de personnes et de risques lorsqu'il s'agit de la santé. Nous rejetons une médecine à deux vitesses.

Nous sommes d'avis que des soins de santé accessibles et de qualité constituent un pilier de base pour toute société solidaire et démocratique.

Déjà maintenant, l'inégalité sociale qui existe vis-à-vis de la maladie et de la mort est trop grande, même dans les pays industrialisés. Cela apparaît de différentes études scientifiques. En Belgique, les membres les plus qualifiés de la population vivent en moyenne 5,5 ans de plus que les plus bas qualifiés; pire encore : ils vivent 17,8 ans de plus en bonne santé.

C'est une INJUSTICE FLAGRANTE. Les possibilités d'une vie saine doivent être réparties plus également et doivent être augmentées pour les défavorisés. Pour ces raisons, seule la sélectivité positive est défendable dans les soins de santé.

C'est une illusion d'espérer que les acquis dans le domaine médical ne pourraient être octroyés ou seraient octroyés de façon limitée. Aussi bien les patients que les prestataires de soins chercheront et trouveront toujours des moyens pour appliquer le progrès médical. Le plus important choix sera alors de reprendre ou non une certaine prestation dans un paquet d'assurance sociale. En réalité, ce choix touchera uniquement celui qui ne peut pas payer ces soins lui-même. Si la fertilisation in-vitro ou certaines transplantations d'organes sont supprimées du paquet de base, seules les catégories sociales supérieures pourront encore faire un appel à ces techniques. Et c'est là un modèle de société à éviter à tout prix.

#### 4.2. Qui

Nous avons démontré ci-avant que la tendance de plus de sélectivité au sens stricte, soit via des choix au niveau des soins de santé, place la société devant des implications éthiques quasi insurmontables.

Étant donné que les moyens financiers ne sont en effet pas infinis, des mesures structurelles s'imposent en vue d'une maîtrise des dépenses et de plus d'efficacité.

Les moyens financiers engagés doivent être utilisés de façon rationnelle. L'adagio connu « que la santé n'a pas de prix » est trop simpliste. Le gouvernement et les établissements de sécurité sociale, mais certainement les prestataires et les consommateurs doivent être bien conscients des restrictions budgétaires du système.

Il y a donc un besoin de régularisation de soins à un niveau central. Nous tracerons ci-après à cet effet – pour terminer – quelques pistes:

- il y a un besoin de maîtrise d'offre aussi bien au niveau de prestataires de soins qu'au niveau d'établissements et de services
- il y a un besoin de plus d'évaluation médicale et de contrôle sur la qualité. Il y a besoin d'une politique MTA (medical technology assesment) formelle et indépendante, qui évaluera la valeur de stratégies diagnostiques, thérapeutiques et préventives nouvelles et coûteuses.
- l' évaluation de la qualité des soins et le processus des soins donnés doit être basée sur un enregistrement de données fiables.
- le comportement de prescription des médecins doit être optimisé via peer review et techniques de responsabilisation
- plus de techniques de financement forfaitaires peuvent avoir une influence restrictive sur le volume
- plus d'échelonnement signifie que les soins de santé sont offerts sur le niveau où la qualité nécessaire peut être garantie de la meilleure façon et au moindre coût. L'utilisation des soins de la première ligne doit être encouragée.

## EN CONCLUSION

L'augmentation des frais de soins de santé est elle-même le résultat de plusieurs facteurs, dont notamment les espérances croissantes liées à l'augmentation du niveau de vie général, aux technologies nouvelles dans les sciences médicales, au vieillissement de la population, l'apparition de nouvelles maladies dont aussi beaucoup de plaintes psychiques, etc... La combinaison d'inégalité sociale et de coûts croissants dans les soins de qualité et innovateurs, risque à l'avenir d'augmenter encore l'inégalité des possibilités d'une vie saine. Garantir l'accessibilité ou des chances égales à une vie saine, est donc une tâche urgente et importante. Cette tâche doit être assumée de manière prévoyante et dans une vision globale de la santé.