



# Les contraintes économiques ont-elles une incidence sur l'éthique des soins ?

**Professeur Florence Taboulet**

**Droit pharmaceutique et Economie de la santé**

**Inserm UMR 1027**

*Epidémiologie et analyses en santé publique :  
risques, maladies chroniques et handicaps*

---

## **Introduction**

### **I. Analyse des contraintes économiques**

**A. Niveau structurel**

**B. Niveau conjoncturel**

### **II. Analyse des effets de ces contraintes**

**A. Apport de l'éclairage économique**

**B. Effets pervers des modes de tarification**

### **III. Quelques réflexions éthiques**

**A. Principes clés**

**B. Quelques pistes**

---

# Introduction

## I. Analyse des contraintes économiques

A. Niveau structurel

B. Niveau conjoncturel

## II. Analyse des effets de ces contraintes

A. Apport de l'éclairage économique

B. Effets pervers des modes de tarification

## III. Quelques réflexions éthiques

A. Principes clés

B. Quelques pistes

# Introduction (1)

## ➤ Ethique des soins

### ❖ A. Textes de référence

#### ▪ 1. Code de la santé publique

- Article L. 1110-1 csp

« Le droit fondamental à la protection de la santé **doit être mis en œuvre**

- ✓ par **tous** moyens disponibles
- ✓ au bénéfice de **toute personne.** »

- Article L. 1110-5 csp : « ... **soins les plus appropriés...** »

#### ▪ 2. Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine (Oviedo, 1997)

- Art. 3 : « Les Parties (*à la présente Convention*) prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. »



# Introduction (2)

---

## ❖ Analyse

### → **Obligation de moyens, dans le contexte donné**

- Traitement bien expérimenté et validé
- Traitement personnalisé, approprié, respectant le principe de proportionnalité
- Traitement conforme aux données actuelles de la science
- *Cas particulier : fin de vie*

### → **Équité** (à besoins égaux, traitements égaux)

## ❖ Caractéristiques

### ▪ **Caractère universel ?**

- Constantes à travers les siècles, mais variations dans le temps et dans l'espace
- Exemple : fin de vie, France vs Belgique

# Introduction (3)

---

## ■ Distinctions

### • 1. Discours *versus* réalité

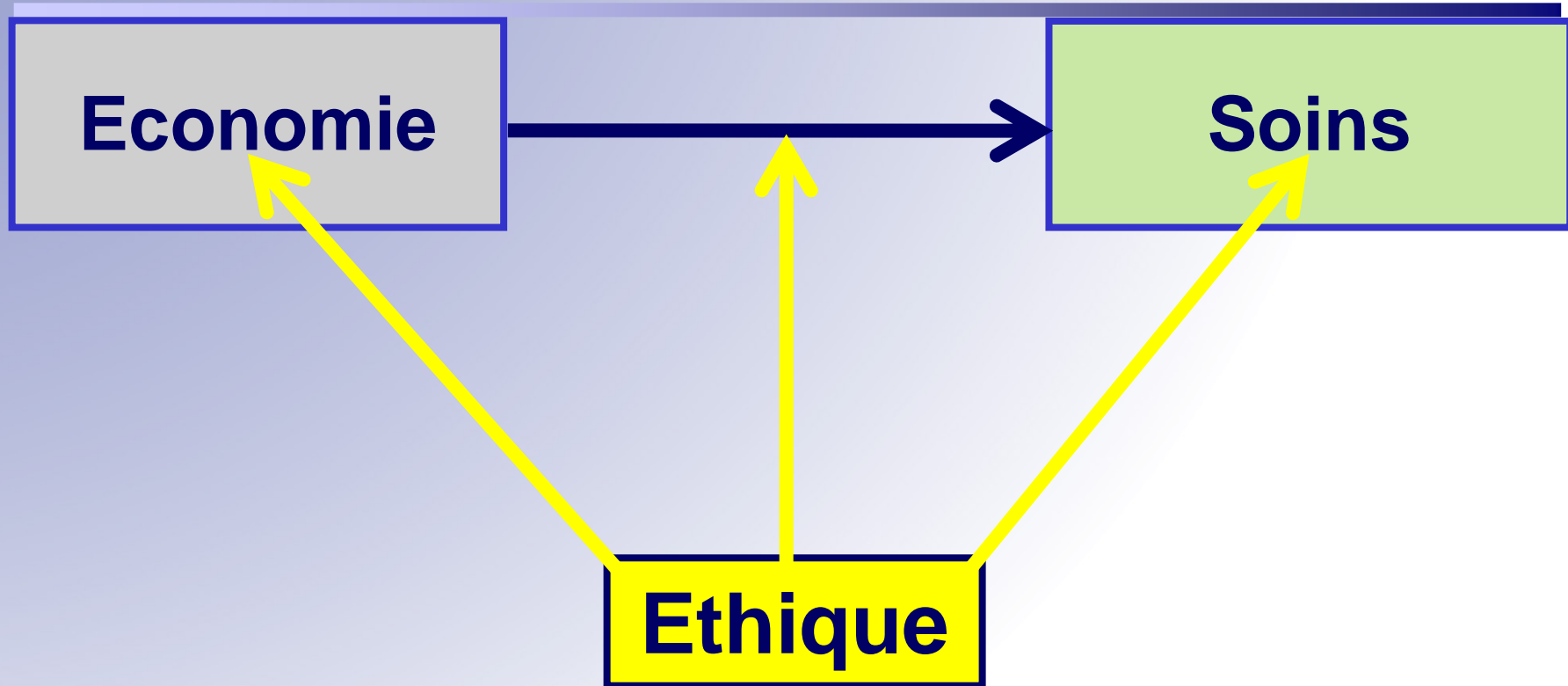
- ✓ Valeurs affichées, déontologie professée
- ✓ Pratiques individuelles des professionnels sur le terrain

Avec variations inter-équipes et intra-équipes

### • 2. To *'cure'* *versus* to *'care'*

- ✓ *'Cure'* : stratégies de prise en charge, moyens techniques déployés
- ✓ *'Care'* : « savoir-faire » et « savoir être » des professionnels

# Introduction (4)



- **Sujet immense**
  - ✓ Niveau macro
  - ✓ Niveau méso
  - **Niveau micro**

## ANNEXE AVIS N° 2014.0001/AC/SEM DU 5 FEVRIER 2014

PRISE EN CHARGE D'UN MEDICAMENT  
POST-ATU, PRE-INSCRIPTIONSOVALDI 400 mg. comprimé

Laboratoire GILEAD

DCI	sofosbuvir
Code ATC	Code ATC non disponible Pangenotypic inhibitor of the hepatitis C virus (HCV) NS5B RNA polymerase.
Motif de l'examen	Identification des alternatives d'un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation, tel que prévu au 2° du I de l'article L162-16-5-2 du code de la sécurité sociale
Indication(s) validée(s) par l'AMM	« Sofosbuvir est indiqué en association à d'autres médicaments dans le traitement de l'hépatite C chronique chez l'adulte ».
Indication(s) retenue(s) dans l'ATU de cohorte	« Sofosbuvir, utilisé dans le cadre d'une ATU de Cohorte, est indiqué pour le traitement de patients adultes atteints d'infection virale C chronique : -Présentant une maladie à un stade avancé pour lesquels il n'existe pas d'alternatives thérapeutiques appropriées Ou -Sont sur liste d'attente pour une transplantation hépatique Ou -Ont subi une transplantation hépatique et présentent une récurrence de l'infection par le virus de l'hépatite C, agressive. »



# REPÈRES : OÙ TROUVER 10% D'ÉCONOMIES EN PRÉSERVANT LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS (1)

---

## 25 propositions d'économies

- **Eclairer le patient dans ses choix, favoriser la prévention et la pertinence des soins**
  - Renforcer la lutte contre le tabagisme
  - Développer l'information sur la Qualité, le bon usage des soins, et le médicament à destination du système de santé (notamment via le site AMELI)
  - Développer les outils d'aide à la décision pour les patients pour leur permettre un choix mieux éclairer
  - Elargir et renforcer les programmes d'amélioration de la pertinence des soins, notamment pour les interventions chirurgicales
  - Accompagner la structuration des équipes de soins de proximité pour améliorer la prise en charge des parcours des patients dans le cadre de la stratégie nationale de santé
  - Chirurgie de la cataracte: ajuster progressivement les tarifs pour tenir compte des gains de productivité réalisés, dans le cadre d'une contractualisation globale
  - Prothèse de hanche: mettre en place un retour d'information aux établissements sur les reprises d'interventions en orthopédie et une responsabilisation financière dans une deuxième étape
  - Optimiser la rééducation post-opératoire

# Introduction (5)

---

- **Impact (contraintes économiques) / (éthique des soins)**
  - **Existence inéluctable de contraintes économiques**
  - **Ethique : à vivre seulement dans les périodes fastes ?**
    - Professionnels libéraux : recrudescence d'escroqueries en période de crise ?
    - Ethique des professionnels en situation de guerre, de cataclysme ?
    - Ethique : discernement du bien, même si ardu ; et souvent le propre du bien !
  - **Question de pression ? Seuil à partir duquel effets sur les pratiques ?**
    - **Influence sur l'éthique du 'cure' ?**
    - **Influence sur l'éthique du 'care' ?**

# Introduction (6)



- **Le cas échéant, effets négatifs ou effets positifs ?**
  - **Hypothèse 1 : Contraintes économiques, menace pour l'éthique**
    - **Pour l'éthique du 'cure' : rationnement**
      - ✓ Sélection des activités pour des critères financiers
      - ✓ Sélection des patients, candidats au traitement → perte de chances pour le patient
    - **Pour l'éthique du 'care'**
      - ✓ Primauté du quantitatif, des performances, sur le 'care'  
→ 'care' omis car chronophage
  - **Illustration : le scandale du Stafford Hospital**
    - 400 à 1200 décès dus à la maltraitance entre 2005 et 2008
    - Dossier d'1 million de pages de preuves (NHS et familles)
    - Causes principales : pression financière et bureaucratie défailante
    - Obligation d'économies de 10 millions de livres du budget annuel pour acquérir le statut de Fondation
    - Ministre de la santé, janvier 2013 :



« *La trahison la plus choquante des valeurs fondatrices du NHS au long de son histoire* »



# National Health Service :

## en direct du futur de l'hôpital français ? Hope not...

Le NHS, le service public de santé d'outre-Manche créée en 1948, qui a longtemps fait la fierté des citoyens britanniques, semble désormais avoir touché le fond. Chronique d'un naufrage.

*Unimaginable !* Cette exclamation est celle de l'avocat Robert Francis, lors de la remise de son rapport accablant en janvier 2013 sur l'état actuel de délinquance de bon nombre d'hôpitaux anglais dirigé par le *National Health Service* (NHS).

### QUAND L'OBJECTIF D'UN ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DEVIENT « SCANDALEUX »

Le point de départ du scandale médiatique se situe au niveau des hôpitaux du *Mid Staffordshire Trust* [1] où, suite au combat de familles de patients, une surmortalité injustifiée de près de 1 200 personnes a été démontrée sur la période allant de 2005 à 2008. En sus des problèmes de mortalité, on note pêle-mêle des conditions de séjour inhumaines, des patients laissés sans eau, obligés de boire l'eau des vases, laissés dans leurs excréments, avec des traitements non distribués, la souffrance psychologique majeure des patients et des familles abandonnées et tout cela avec une direction complice, obligeant au silence et faisant régner la terreur au sein du personnel de manière pyramidale. **Objectif prioritaire de la direction : l'équilibre budgétaire.**



plus étonnant restera sans doute le rôle complice des structures nationales de certification, telles que la *Care Quality Commission* (équivalente à la certification réalisée par la HAS), qui ont certifié en juin 2012 le *Mid Staffordshire trust* sans aucune réserve...

### COMMENT EN SOMMES-NOUS ARRIVÉS LÀ ?

Créé en 1948, à l'instar de la Sécurité Sociale française, le NHS s'est développé sur le principe de la gratuité totale des soins, payés par l'impôt. Victime

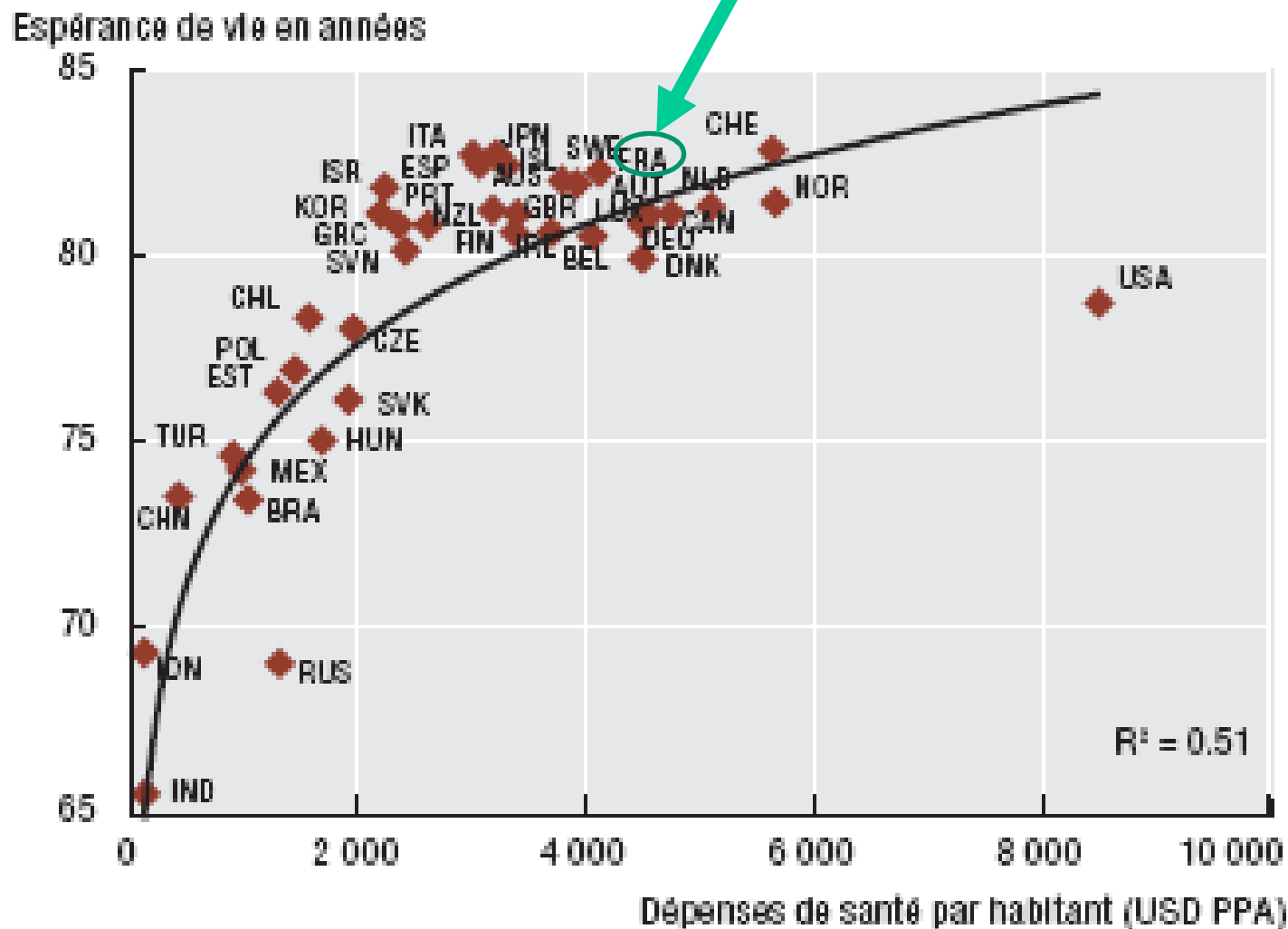
# Introduction (7)


---



- **Hypothèse 2 : *Contraintes économiques, aiguillon pour l'éthique***
  - **Pour l'éthique du 'cure'**
    - ✓ **Moteur puissant**
      - Pour l'évaluation des pratiques professionnelles
      - Pour la rationalisation des choix
    - ✓ **Gain en transparence**
  - **Pour l'éthique du 'care'**
    - ✓ **Prise de conscience et mobilisation des soignants sur les missions du 'care'**

### 1.1.3. Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr> ; Banque mondiale pour les pays non membres de l'OCDE.  
 StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932919707>

---

## Introduction

### I. Analyse des contraintes économiques

- A. Niveau structurel
- B. Niveau conjoncturel

### II. Analyse des effets de ces contraintes

- A. Apport de l'éclairage économique
- B. Effets pervers des modes de tarification

### III. Quelques réflexions éthiques

- A. Principes clés
- B. Quelques pistes

# A. Niveau structurel (1)

---

## ➤ I. Perspective planétaire / 'contraintes économiques'

### ■ 1<sup>er</sup> constat : perception partielle de la réalité

- Financement socialisé, « tiers » payant : solidarité nationale
  - Injuste de se focaliser sur ce à quoi il faudrait renoncer avant d'apprécier ce qui est financé (certes, bien souvent, grâce à ses propres cotisations)  
= attention portée à ce qui n'a pas été offert, et non au '*cadeau*'!
- Aveuglement : effet de l'occultation de la dimension économique liée à la vocation même de la Sécurité sociale en 1945

### ■ 2<sup>nd</sup> constat : caractère très relatif de 'ces contraintes'

- 'Contraintes' évaluées par un habitant d'un des pays à revenus les plus bas du monde : ??????
- Caractère contingent du concept de 'rareté', propre à l'économie (« science de la rareté », en vue de l'allocation optimale des « ressources rares »)



# A. Niveau structurel (2)

---

- II. Perspective historique : quels facteurs limitants ?
  - Début du XX<sup>e</sup> siècle
    - Connaissances médicales : **on ne *sait* pas faire**
  - Moitié du XX<sup>e</sup> siècle
    - Capacités matérielles (ex.: appareils de dialyse, comprimés de pénicilline)  
**on ne *peut* pas faire** (pour tous)
  - Fin du XX<sup>e</sup> et début du XXI<sup>e</sup> siècle
    - Moyens financiers : **on ne *veut* pas faire** (pour tous)
    - Comme en bioéthique, on pose des **limites**  
→ *tout ce qui est techniquement faisable ne doit pas être entrepris*
    - Logique de moyens > logique de besoins

# MALADES

Besoins de santé

Logique de moyens

<b>Consommation</b>	<b>= Revenus</b>	<b>= Dépenses</b>
<i>Demande</i>	<i>Offre</i>	<i>Financement</i>
<i>(Tarif) x (Quantité)</i>	Professionnels - Salaires - Honoraires	Sécurité sociale  + Organismes complémentaires
<i>(Prix) x (Quantité)</i>	Profit des entreprises de santé	+ Ménages

---

## Introduction

### I. Analyse des contraintes économiques

A. Niveau structurel

**B. Niveau conjoncturel**

### II. Analyse des effets de ces contraintes

A. Apport de l'éclairage économique

B. Effets pervers des modes de tarification

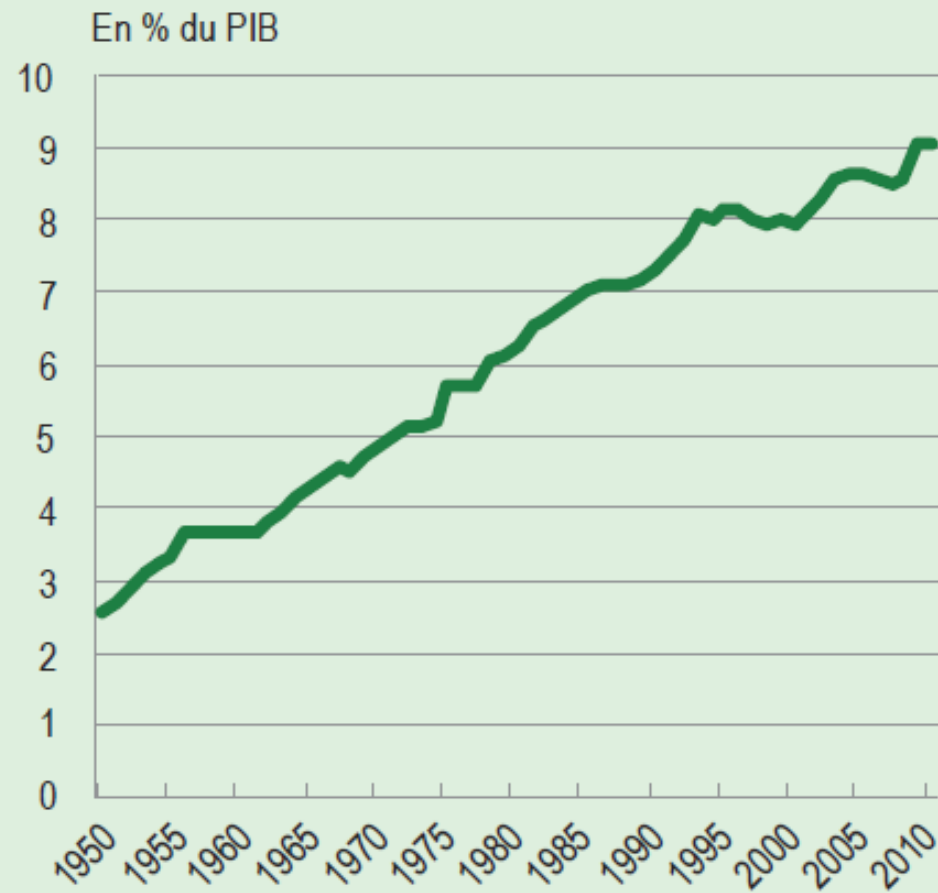
### III. Quelques réflexions éthiques

A. Principes clés

B. Quelques pistes

## B. Niveau conjoncturel (1)

### a • Part de la CSBM dans le PIB



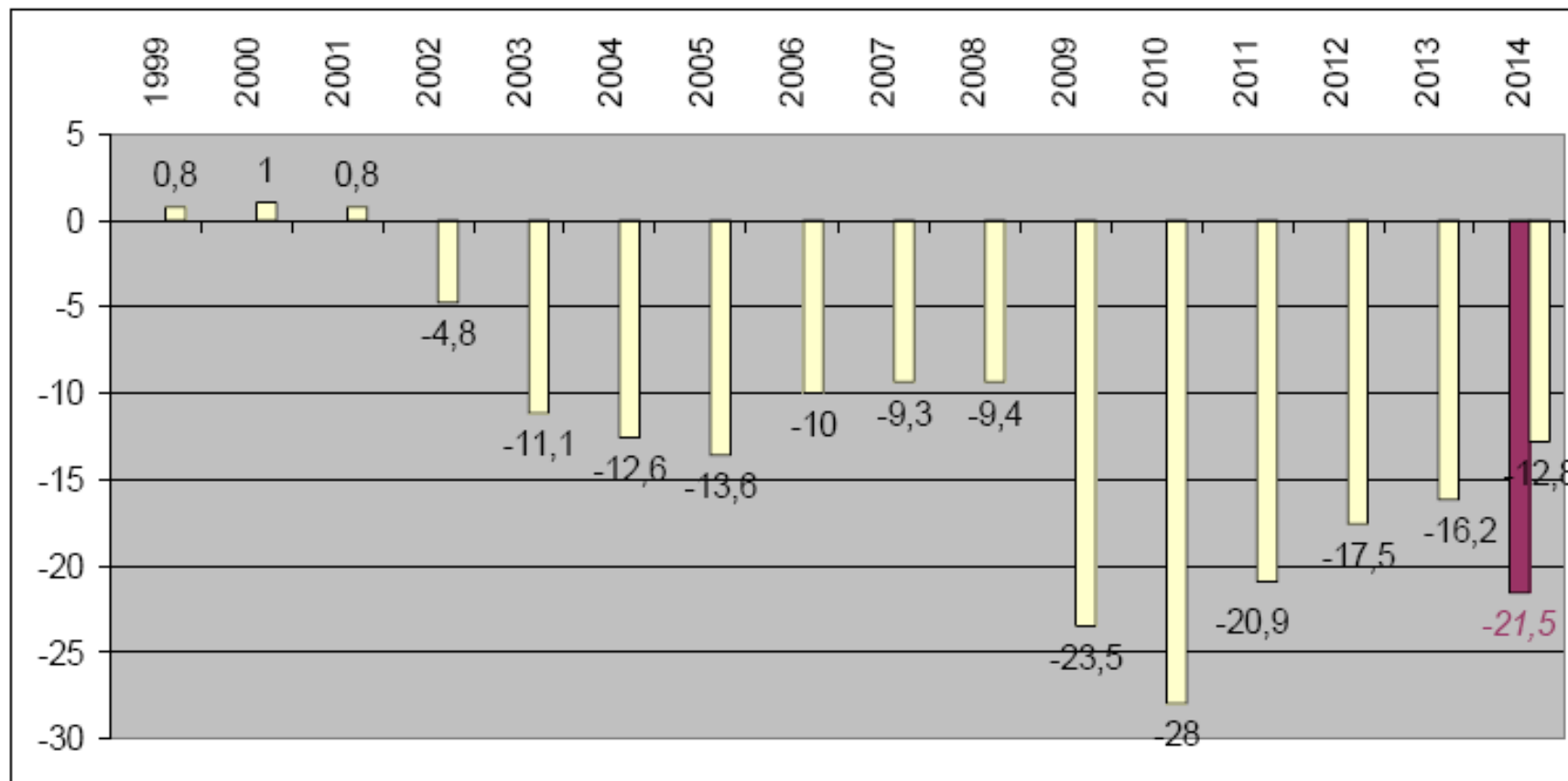
Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB  
– base 2005.

## Taux de croissance de la CSBM et du PIB



Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB.

Compte tenu d'une croissance du PIB de 0,9% et de la masse salariale privée de 2,2% attendues en 2014, le déficit de la sécurité sociale atteindrait 21,5 milliards d'euros l'an prochain en l'absence de mesures de redressement.



*Solde annuel du régime général et du FSV de 1999 à 2014*

*En rouge : solde 2014 avant LFSS 2014*

# B. Niveau conjoncturel (2)

---

## ➤ Croissance des dépenses

- Conjugaison de nombreux facteurs
  - Facteurs liés à l'offre + facteurs liés à la demande + dysfonctionnements du système
- Croissance inéluctable de la consommation médicale et des dépenses de santé

## ➤ Comment financer cette croissance ?

- **Taux de croissance (dépenses de santé) > taux de croissance (PIB)**
- **1. Par ressources socialisées**
  - Augmentation des prélèvements obligatoires et frein à la croissance économique (emploi, compétitivité des entreprises dans un marché mondialisé, ...)
  - Augmentation de la dette publique / générations futures
- **2. Par ressources privées**
  - Risque en termes d'équité et de recours effectif aux soins

## Régulation budgétaire


### Article 65

**LFSS décembre 2013**

Pour l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

*(En milliards d'euros)*

	OBJECTIF DE DÉPENSES
Dépenses de soins de ville.....	81,1
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité .....	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	3,2
Autres prises en charge.....	1,7
<b>Total.....</b>	<b>179,1</b>





---

## **Introduction**

### **I. Analyse des contraintes économiques**

**A. Niveau structurel**

**B. Niveau conjoncturel**

### **II. Analyse des effets de ces contraintes**

**A. Apport de l'éclairage économique**

**B. Effets pervers des modes de tarification**

### **III. Quelques réflexions éthiques**

**A. Principes clés**

**B. Quelques pistes**

# A. Apport de l'éclairage économique (1)

---

## ➤ I. Le paradigme économique

### ▪ Dimension populationnelle

- Comme la santé publique (vs clinique)
- Recherche du bien commun, qui intègre le(s) bien(s) individuel(s) : justice distributive
- Perspective naturelle pour la répartition du financement socialisé
- + Perspective planétaire

### ▪ Objectif d'efficience

- ⇒ Quantification de *l'input* et de *l'output*

### ▪ Notion de coût d'opportunité

- Mauvais choix = 'assassinat de vie statistique'

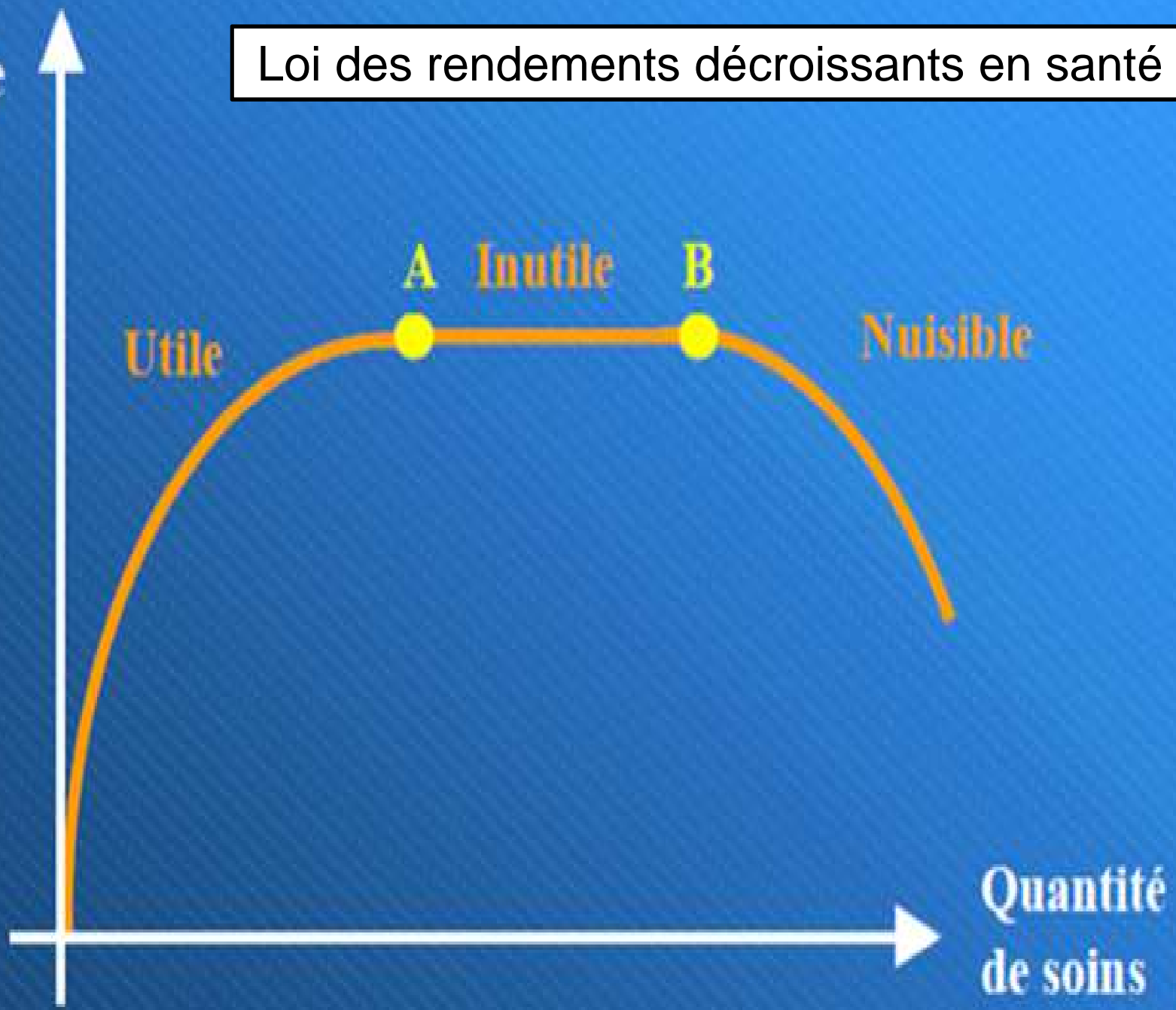
### ▪ Hiérarchisation des choix

- Identification des priorités
- Identification d'un seuil au-dessous duquel renoncement

### ▪ Loi des rendements décroissants

Loi des rendements décroissants en santé

$\Delta$  Service  
Rendu



Quantité  
de soins

# A. Apport de l'éclairage économique (2)

---

- **II. Impact de la prise en compte des limites**
  - **Pour tous**
    - Gain de réalisme
  - **Pour les décideurs**
    - Frein à l'arbitraire d'un rationnement caché : appel à clarifier et à débattre
  - **Pour les professionnels**
    - Appel à l'évaluation des pratiques
    - Appel à l'évaluation médico-économique
    - Appel à la responsabilité / bon usage des ressources rares
  - **Pour les patients / 'consommateurs'**
    - A l'encontre de l'utopie sanitaire
    - A l'encontre du mythe de la toute puissance médicale
    - Appel à la responsabilité
      - ✓ Protéger et promouvoir sa propre santé
      - ✓ Bon usage des ressources de la solidarité

---

## Introduction

### I. Analyse des contraintes économiques

A. Niveau structurel

B. Niveau conjoncturel

### II. Analyse des effets de ces contraintes

A. Apport de l'éclairage économique

**B. Effets pervers des modes de tarification**

### III. Quelques réflexions éthiques

A. Principes clés

B. Quelques pistes

## B. Effets pervers des modes de tarification

---

- **Primauté de l'intérêt de la structure sur l'intérêt du patient**
  - **Orientations des décideurs dictées par l'organisation du financement**
    - Priorité aux activités bien rémunérées
    - Sélection des malades en fonction de critères financiers
    - 'Cure' >> 'care'
    - Détermination des actes, de la durée de séjour en fonction des modes de financement
    - ...
  - **Problème de la non-fongibilité des enveloppes**
- **Problème de l'indépendance des professionnels / consignes**

# MALADES

Besoins de santé

<b>Consommation</b>	<b>= Revenus</b>	<b>= Dépenses</b>
<i>Demande</i>	<i>Offre</i>	<i>Financement</i>
<b>(Tarif) x (Quantité)</b>	<b>Professionnels - Salaires - Honoraires</b>	<b>Sécurité sociale  + Organismes complémentaires</b>
<b>(Prix) x (Quantité)</b>	<b>Profit des entreprises de santé</b>	<b>+ Ménages</b>

---

## **Introduction**

### **I. Analyse des contraintes économiques**

**A. Niveau structurel**

**B. Niveau conjoncturel**

### **II. Analyse des effets de ces contraintes**

**A. Apport de l'éclairage économique**

**B. Effets pervers des modes de tarification**

### **III. Quelques réflexions éthiques**

**A. Principes clés**

**B. Quelques pistes**



# A. Principes clés

## ➤ Recherche constante des 3 « E »

- Efficacité
- Efficience
- Equité

## ➤ « Tout homme, tout l'homme, tous les hommes »

- Pas de discrimination
- Prise en compte de toutes les dimensions de la personne
  - ✓ *Politique de réduction des risques pour les toxicomanes ??*
- 'Juste soin', sans faire abstraction des besoins des autres (PED !)
  - ✓ *Jusqu'où la concentration des dépenses ? (15% assurés ALD ↔ 65% dépenses)*
  - ✓ *Exemple de l'AMP (notamment avec don d'ovocyte) [radiation HTA / liste ALD]*
    - Sans ticket modérateur, sans franchise : 4 tentatives / projet d'enfant ; 20% de succès
    - Coût par naissance pour l'Assurance maladie : 18.000 €\*, croissance exponentielle avec l'âge après 33 ans (42 ans : 50.567 €, en 2004\*\*)
      - En termes de hiérarchisation des « besoins de santé »
      - En termes d'efficience
      - En termes d'égalité d'accès

\* Coût 2002 « La FIV en France. Approche économique et influence du choix des gonadotrophines sur le coût ». De Mouzon J et al. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité* 32 (2004) : 508-518

\*\*National Institute for Clinical Excellence. « Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. » London: Nice ; 2004

## B. Quelques pistes

---

### ➤ En matière de **'Cure'**

- Eradiquer les gaspillages et les pratiques inutiles !
- Eliminer les pratiques compassionnelles (chimiothérapie, AMP, ...)
- S'interroger sur le bien-fondé des pratiques peu efficaces
- Améliorer la formation à l'économie, à l'évaluation médico-économique et à l'efficacité des professionnels de santé
- Faire connaître aux professionnels tarifs des actes et prix des produits

### ➤ En matière de **'Care'**

#### ▪ **Priorité au 'care'**

**Priorité aux ressources humaines (principale richesse) :  
quantité (pour temps et disponibilité) + formation à la fois technique et éthique**

### ➤ **Œuvrer pour modifier les mentalités**

- Pas de 'droit à' absolu
- Pas de droit sans obligation
- Pas de liberté sans responsabilité
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) : 'Acquisition d'aptitudes individuelles' : « Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. »

---

**Merci pour votre attention !**