

La distribution aléatoire des ressources en santé : pour un modèle hybride équilibrant les principes de justice et de maximisation

Yanick Farmer, Ph.D.

RÉSUMÉ

S'agissant de l'allocation des ressources en santé, il est généralement admis que les modèles fondés exclusivement, soit sur l'efficacité et la maximisation du ratio coûts/bénéfices des interventions, soit sur l'équité et la justice à travers la notion de « maximin », sont isolément insuffisants. Pour combler cette lacune, le présent commentaire propose un modèle hybride d'allocation des ressources qui intègre l'idée d'une distribution aléatoire des ressources à l'aide d'une loterie. L'objectif général de ce modèle est d'arriver à préserver au maximum la justice et l'accès équitable aux ressources dans un contexte où les restrictions budgétaires et le ralentissement économique risquent à l'avenir de réduire l'offre de soins.

Mots clés : allocation des ressources; maximisation; justice; éthique

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2012;103(2):119-21.

L'importance cruciale du problème de l'allocation des ressources en santé n'est plus à démontrer. De nos jours, l'un des défis prioritaires de la gestion du système de santé est la conciliation de trois réalités fondamentales qui apparaissent souvent contradictoires, soit les *besoins* (énormes) de la population, les *ressources* (limitées) du système, de même que le *maintien* de la qualité et de l'accessibilité des services. Pour trouver la quadrature du cercle, les décideurs doivent porter une attention particulière au cadre éthique qui, au niveau « méso » principalement, justifie le choix des interventions en santé. Le niveau méso « concerne essentiellement les modes d'organisation et les mécanismes qui permettent d'assurer la prestation des services, de distribuer les ressources, de payer les fournisseurs, de créer les incitatifs à l'efficacité et à la qualité »¹. Traditionnellement, le processus de justification éthique de l'allocation des ressources s'est surtout constitué autour de deux principes opposés : d'une part, l'*efficacité et la maximisation* du ratio coûts/bénéfices des interventions, calculées notamment à l'aide de la méthode des QALY (quality-adjusted life years)²; d'autre part, la préservation de l'*équité et de la justice* à travers la notion de « maximin »³, qui vise prioritairement à assurer aux personnes les plus souffrantes un accès au moins minimal aux ressources⁴. Le maximin est ainsi une règle de décision qui fait en sorte qu'au sein d'un ensemble d'états sociaux possibles, le décideur choisit celui qui offre les meilleures conditions aux gens les plus défavorisés par cet état social.

La quête de maximisation privilégiée par les approches coûts/bénéfices inscrit le processus d'allocation dans une perspective de bien commun motivée par la nécessité de faire un usage rationnel et responsable des ressources. Ainsi, pour chaque dollar investi, le décideur cherche par cette approche à maximiser l'impact d'une intervention en priorisant celle dont le gain sanitaire (bénéfice clinique, qualité de vie, etc.) par rapport au coût est le

plus important⁵. Cependant, à cause des paramètres qui sont pris en compte dans les calculs, la maximisation peut devenir discriminatoire pour certaines catégories de personnes dont la capacité à bénéficier d'une intervention est plus limitée. C'est le cas des personnes âgées ou de celles ayant des problèmes de santé concomitants (tabagisme, alcoolisme, handicap, etc.)⁶. Cette approche « collectiviste » de l'allocation des ressources se révèle donc inégalitaire pour certains individus, et met conséquemment à mal le principe fondamental d'un accès universel aux soins.

C'est pourquoi plusieurs auteurs ont examiné la possibilité d'intégrer des principes de justice (fairness) dans l'allocation des ressources. Parmi les approches privilégiées, on retrouve cette idée récurrente qui consiste à adopter un mécanisme de *compensation* en vertu duquel l'objectif de maximisation de l'analyse coûts/bénéfices est tempéré par l'insertion d'unités supplémentaires d'utilité* pour les personnes dont l'état de santé est défavorable selon les critères des approches de type QALY. Chez certains auteurs, la mise en œuvre de ce mécanisme de compensation passe par un *modèle mathématique multiplicatif*⁷. Dans ce modèle, les patients, qui à cause de leur âge ou de leur état sont défavorisés par les approches de

Affiliation d'auteur

Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal, Montréal (Québec)

Correspondance : M. Yanick Farmer, Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal, Case postale 8888, succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8, Tél. : 514-987-3000, poste 5086, Courriel : farmer.yanick@uqam.ca

Remerciements : Cet article a été réalisé grâce au soutien financier du département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval à Québec. L'auteur tient à remercier plus particulièrement le Dr Yv Bonnier-Viger, directeur de ce département, ainsi que le Dr Daniel Reinharz, directeur des programmes de deuxième cycle en santé communautaire. L'auteur veut aussi remercier, pour leurs judicieux commentaires sur une version antérieure du manuscrit, Madame Marie-Ève Bouthillier, responsable du service d'éthique clinique au CSSS de Laval, de même que trois évaluateurs anonymes désignés par la revue. L'auteur est toutefois le seul responsable des opinions exprimées dans ce texte.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

maximisation, bénéficient d'une revalorisation de leur utilité grâce à l'ajout de coefficients de pondération liés à la sévérité de leur condition et de leur incapacité. Si effectivement cette méthode peut concourir à la réhabilitation de la valeur de dignité des personnes les plus faibles, elle se heurte tout de même à un obstacle majeur. En oubliant le rendement au profit de la justice, cette procédure décisionnelle peut se révéler très coûteuse à la longue. Par exemple, si on choisit d'offrir un pontage coronarien à un patient qui, par ailleurs, refuse de s'attaquer aux facteurs de risque liés à ses habitudes de vie (tabagisme, alimentation, etc.), on risque d'obliger l'État (et donc à la société) à financer à répétition des interventions dont les effets bénéfiques seront limités.

Cet exemple qui intervient au niveau micro (clinique) est inextricablement lié aux politiques mises en œuvre aux niveaux méso (établissement) et macro (État). Les notions de maximisation et de justice se rapportent ici aux *interventions* elles-mêmes (opérations, médicaments, etc.) et à différents critères servant à l'évaluation de leur pertinence : proportionnalité, futilité, efficacité, etc. Cette évaluation du *besoin* relève d'abord du jugement clinique du professionnel de la santé (niveau micro), mais celle-ci opère à partir de contraintes, entre autres budgétaires, qui concernent l'établissement (niveau meso) de même que l'État (niveau macro), dans le cas d'un système public. Or, sans un contrôle des interventions inefficaces, c'est tout le système qui s'affaiblit, emportant avec lui *toutes* les valeurs éthiques qui le sous-tendent, puisqu'à terme, il deviendra difficile de redistribuer équitablement des ressources qu'on ne peut plus se payer⁸.

Esquisse d'un modèle hybride visant à équilibrer la justice et la maximisation

D'un point de vue conceptuel, la difficulté de mettre en place un modèle hybride résulte du caractère apparemment exclusif des principes de maximisation et de justice. Le premier est centré davantage sur le bien *commun*, c'est-à-dire sur l'impact sociétal et à long terme des interventions. En fait, la maximisation fait écho à l'impératif éthique de l'utilitarisme classique : choisir les interventions qui procurent « le plus grand bonheur pour le plus grand nombre ». Dans sa formulation classique, cet impératif ne tient pas compte de la répartition de l'utilité à travers les individus, puisque seule la somme totale importe. Le deuxième insiste plutôt sur le respect des droits *individuels*.

Sauf que la justice ne peut pas se matérialiser dans un système financièrement exsangue. Si on fait l'hypothèse que la réduction des coûts du système va passer, entre autres, par une réorganisation de l'offre de soins, alors le modèle d'allocation des ressources devra accorder la primauté au principe de maximisation et opérer dans les limites d'une enveloppe budgétaire fixe⁹. Dès lors que le principe de la réorganisation de l'offre de soins est établi afin de générer des économies dans le système, il devient logique d'en appeler à une maximisation du rendement. En effet, dans un cadre budgétaire étroit, il est intuitivement évident qu'entre deux interventions possibles, ce sera celle qui offre le meilleur retour sur investissement qui sera jugée la plus utile. Mais que faire alors des patients qui n'entreront pas dans les critères répondant à l'impératif de maximisation? À partir des objectifs budgétaires et financiers énoncés

par un établissement de santé, celui-ci pourrait choisir d'utiliser ses excédents pour instaurer une *loterie sur des soins*¹⁰. Cette loterie s'adresserait à tous les patients inscrits sur une liste d'attente à cause d'un état qui les situe sous les seuils d'efficacité définis à l'aide de critères cliniques et économiques rigoureux. C'est bien sûr ici, dans l'évaluation du besoin clinique et de l'efficacité de l'intervention, que se manifeste le caractère éthiquement controversé du modèle. Car les patients dont l'état ne correspond pas aux critères d'efficacité prédéterminés deviennent automatiquement participants à une loterie qui leur distribuera aléatoirement la possibilité d'accéder aux soins. En fonction des excédents budgétaires, un établissement pourrait choisir de tirer au sort un certain nombre d'interventions pour lesquelles les considérations liées à la maximisation seraient exclues. En somme, l'espace réservé à la justice dans les interventions dépendrait au final du résultat de l'effort de maximisation. Évidemment, bien que névralgique pour le processus d'allocation, l'établissement des seuils d'efficacité ne serait pas chose aisée et devrait faire l'objet d'un fort consensus au sein d'un groupe élargi d'acteurs du système (décideurs politiques, gestionnaires, professionnels de la santé, patients).

Cette stratégie créerait assurément des laissés pour compte, mais elle préserverait la justice à long terme. De plus, même s'il peut paraître bizarre, le principe d'une allocation aléatoire des ressources est tout à fait cohérent du point de vue d'une éthique de la justice, car le hasard est à la fois égalitaire et impartial. Celui-ci est totalement imperméable aux considérations découlant du statut social, culturel ou économique des personnes. Pour ces raisons, la loterie obéit à une exigence essentielle de la justice, qui est la *réciprocité* (ou la symétrie). C'est-à-dire que si une personne, qui ne sait pas d'avance quelle place elle occupera dans un groupe donné, peut quand même estimer que les règles d'allocation des ressources appliquées dans ce groupe sont raisonnables, alors on peut affirmer de ces règles qu'elles satisfont au principe de réciprocité. Par là, on veut signifier que la place ou le rang occupé au sein du groupe ne modifie pas le jugement qu'on peut porter sur la valeur du mode d'allocation des ressources. C'est exactement ce qui se produit avec le hasard dans la mesure où, au départ, les probabilités de gagner ou de perdre sont les mêmes pour tous.

Conclusion : la loterie si nécessaire, mais pas nécessairement la loterie

Évidemment, l'idée de se servir d'une loterie pour distribuer des soins heurte de plein fouet nos convictions morales les mieux ancrées. En outre, elle pose un dilemme éthique aigu au niveau organisationnel puisqu'elle oblige la déontologie professionnelle et les bonnes pratiques cliniques à se soumettre à des contraintes économiques très fortes. Il faut bien admettre que cette vision d'un système de soins où la justice en est réduite à sa portion la plus étroite est éthiquement inconfortable. L'idéal le plus fédérateur reste sans doute celui de conserver un système de soins gratuit et universel. Mais devant l'état actuel et à venir du système, cet idéal semble s'éloigner de plus en plus. Et on voit mal le jour où les intérêts politiques et corporatistes s'effaceront pour rendre possible une réorganisation optimale du système. Si, comme c'est souvent le cas dans les contextes économiques difficiles, les autorités compétentes décident de rationner en coupant principalement dans l'offre de services (soins), il deviendra rapidement malaisé d'élaborer un concept de justice en vertu duquel les usagers du système

* L'utilité est une notion éthique, mathématique et économique. Elle vise à mesurer l'attrait des conséquences d'une action pour une personne donnée.

devront se partager les parts d'une tarte de plus en plus petite. En d'autres mots, plus la pression financière s'accroît, plus la volonté de maximisation risque de s'imposer, et plus il deviendra difficile de trouver des modes d'allocation justes. Dans ce contexte précis, l'instauration d'un mécanisme de distribution aléatoire des ressources par le moyen d'une loterie apparaît comme une solution plausible au problème délicat de l'équilibre entre les principes de justice et de maximisation.

RÉFÉRENCES

1. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Dubois C-A. La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins. Québec : Conseil de la santé et du bien-être, 2001.
2. Broome J. Qalys. *J Public Economics* 1993;50(2):149-67.
3. Rawls J. *La justice comme équité*. Montréal, QC : Boréal, 2004;139-43.
4. Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1985;36-58.
5. Sassi F. Calculating QALYs, comparing QALYs and DALYs calculations. *Health Policy Planning* 2006;21(5):402-8.
6. Williams A. Intergenerational equity: An exploration of the fair innings argument. *Health Economics* 1997;6(2):117-32.
7. Nord E, Pinto JL, Richardson J, Menzel P, Ubel P. Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes. *Health Economics* 1999;8(1):25-39.
8. Paccaud F, Amstad H, Candinas D, Grob D, Guillod O, Hurst S et coll. *Le rationnement au sein du système de santé suisse : analyse et recommandations*. Bâle, Suisse : Académie suisse des sciences médicales, 2007.

9. Birch S, Gafni A. The biggest bang for the buck or bigger bucks for the bang: The fallacy of the cost-effectiveness threshold. *J Health Serv Res Policy* 2006;11(1):46-51.
10. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009;373(9661):423-31.

Reçu : 21 juillet 2011
 Accepté : 16 octobre 2011

ABSTRACT

In the allocation of resources for health care, it is generally acknowledged that models based exclusively either on efficiency and maximizing the cost/benefit ratio of interventions, or on equity and justice through the notion of "maximin," are unsatisfactory when taken separately. To fill this gap, this commentary suggests a hybrid model of resource allocation that integrates the idea of a random distribution of resources using a lottery. The general aim of this model is to safeguard the notions of justice and equal access to resources to the maximum extent possible in a climate where budget restrictions and the economic downturn may lead to future reductions in services.

Key words: Resource allocation; maximization; fairness; ethics

MANGEZ DES ALIMENTS SALUBRES!

POUR LES CANADIENS À RISQUE PLUS ÉLEVÉ

[ACCUEIL](#) | [À PROPOS](#) | [NOUS JOINDRE](#) | [ENGLISH](#)



LES AÎNÉS
LES FEMMES ENCEINTES
LES PERSONNES ATTEINTES DU VIH
LES PERSONNES EN TRAITEMENT CONTRE LE CANCER

[TÉLÉCHARGEMENT DE DOCUMENTS MULTILINGUES](#)

Bienvenue

Bienvenue sur ce site où vous trouverez quelques moyens faciles et pratiques pour préserver la salubrité de vos aliments.

Les mécanismes canadiens de salubrité des aliments figurent parmi les plus sûrs du monde. Néanmoins, malgré les efforts du gouvernement et de l'industrie des produits alimentaires, et en dépit de la vigilance des consommateurs pour préserver la salubrité des aliments consommés à la maison, on recense annuellement de 11 à 13 millions de cas de maladies d'origine alimentaire au pays. Vous pouvez cependant protéger votre propre santé en suivant quelques conseils simples et pratiques sur le choix, la conservation et la préparation de vos aliments.

La salubrité des aliments s'avère particulièrement importante pour les personnes faisant partie de groupes ciblés qui sont plus vulnérables aux germes parfois présents dans nos aliments, soit :

- les aînés;



MANGEZ DES ALIMENTS SALUBRES!

est une nouvelle ressource en ligne qui aide les gens à minimiser leur risque personnel de maladies transmises par l'alimentation.

Le site web contient des feuillets de documentation que l'on peut télécharger en format PDF en français, en anglais, et dans 11 autres langues : arabe, chinois, farsi (persan), inuktitut, coréen, punjabi, russe, espagnol, tagalog, tamil et urdu.

La production de cette ressource, qui vise les membres de groupes à risques élevés, leurs soignants et la population en général, a été rendue possible grâce à une subvention à l'éducation sans restrictions versée par les Aliments Maple Leaf Inc.

Visitez le site Web MANGEZ DES ALIMENTS SALUBRES! à l'adresse <http://salubritealimentaire.cpha.ca>