

Faculté de santé publique

**Donner une valeur à la vie humaine :
Pour quelles utilisations,
des origines à la pandémie de la Covid-19**

Mémoire réalisé par

FLORENCE VANDEUR

Promoteur : SANDY TUBEUF

Année académique 2021-2022

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Donner une valeur à la vie humaine :
Pour quelles utilisations,
des origines à la pandémie de la Covid-19**

Mémoire réalisé par

FLORENCE VANDEUR

Promoteur : SANDY TUBEUF

Année académique 2021-2022

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier ma promotrice, Madame Sandy Tubeuf, pour ses conseils, sa disponibilité et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également les professeurs et assistants de la Faculté de Santé Publique pour m'avoir permis de développer ma curiosité scientifique et mes compétences sur diverses thématiques liées à la santé qui m'ont aidé dans mes recherches et l'écriture de ce mémoire.

Je tiens particulièrement à remercier tous les participants de mon enquête pour le temps consacré à faire avancer mon étude ainsi que Monsieur Alain Loute, mon lecteur qui je l'espère appréciera ce travail.

Enfin, je tiens à témoigner ma reconnaissance envers mes proches et mes amis pour leur soutien absolu, leurs précieux retours et leurs efforts de relecture lors de l'année écoulée.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction.....	7
2. Cadre conceptuel.....	7
2.1. Généralités et définitions	7
2.1.1. Aspects éthico-philosophiques.....	7
2.1.2. Aspects économiques	8
2.1.3. Définitions.....	8
2.2. Origines et différents domaines d’application.....	11
2.2.1. Différents domaines	11
2.3. Importance du concept de la valeur de la vie dans le domaine de la santé	13
2.4. Méthodes de calculs de la valeur de la vie	14
2.4.1. Généralités.....	14
2.4.2. Méthode des prix hédonistes	15
2.4.3. Méthode du consentement à payer	15
2.4.4. Approche par capital humain	17
2.5. Hétérogénéité des valeurs.....	18
2.6. Cas particulier : la pandémie de Covid-19	21
2.7. Questions de recherche.....	23
3. Méthodologie.....	24
3.1. Étude.....	24
3.1.1. Design de l’étude et population.....	24
3.1.2. Collecte des données	24
3.1.3. Éthique	26
3.1.4. Analyse des données	26
4. Résultats.....	27
4.1. Nombre de répondants.....	27
4.2. Caractéristiques générales de l’échantillon	28
4.3. La perception du concept de la valeur de la vie	29
4.3.1. La vie a-t-elle un prix ?	29
4.3.2. Opinions des répondants en temps normal et en temps de pandémie Covid-19	30
4.4. La perception des arbitrages en santé : dilemmes et critères en temps normal et en période Covid-19	32
4.5. Evolution entre les 2 périodes et les répondants (responsables/experts ou non).....	34
4.5.1. La valeur de la vie	34
4.5.2. Analyses statistiques : corrélations et tableaux croisés	38

4.6.	Commentaires généraux des répondants	39
5.	Discussion	40
5.1.	Perceptions sur le concept de la valeur de la vie et sur les arbitrages en santé	40
5.2.	Quels critères interviennent dans les décisions de priorisation en santé et la valeur de la vie est-elle similaire pour tous lors des arbitrages en santé?	43
5.3.	La gestion de la crise a-t-elle changé la valeur donnée à la vie ?.....	47
5.4.	Limites de cette étude	48
5.5.	Perspectives et recommandations pour la recherche et la pratique	49
6.	Conclusion	50
7.	Bibliographie.....	52
8.	Abréviations	55
9.	Annexes.....	56
9.1.	Mots-clés et critères d'inclusion utilisés pour la recherche bibliographique	56
9.2.	Questionnaire.....	56
9.3.	Tableaux et figures des résultats.....	64
9.3.1.	Caractéristiques socio-démographiques des répondants	64
9.3.2.	Caractéristiques socio-économiques et responsabilités.....	65
9.3.3.	Opinions des répondants sur les soins de santé.....	66
9.3.4.	Opinions des répondants sur des déclarations en lien avec la valeur de la vie ..	66
9.3.5.	Opinions des répondants sur des décisions en santé	67
9.3.6.	Opinions des répondants sur les décisions en santé en temps de pandémie.....	68
9.3.7.	Opinions sur la gestion pendant la crise de la Covid-19	68
9.3.8.	Dilemmes en temps normal.....	69
9.3.9.	Dilemmes en temps de crise de la Covid-19	70
9.3.10.	Commentaires des répondants	70

Table des tableaux

Tableau 1 : Différents termes sur la valeur de la vie et sous-sections.....	9
Tableau 2 : Différentes valeurs de la vie selon les pays.....	18
Tableau 3 : Contextes particuliers d'utilisation de la valeur de la vie	29
Tableau 4 : Critères d'allocation de ressources proposés par les responsables/ experts.....	33
Tableau 5 : Critères d'allocation des ressources en temps de crise, proposés par les répondants	33
Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants	64
Tableau 7 : Caractéristiques socio-économiques et responsabilités.....	65

Table des figures

Figure 1 : Nombre de répondants selon les critères d'exclusion.....	27
Figure 2 : Pourcentage des répondants avec responsabilité et/ou expertise	28
Figure 3 : A combien devrait être évaluée la valeur d'une vie ?.....	30
Figure 4 : La vie a-t-elle un prix ? Evolution selon tous les répondants	35
Figure 5 : La vie a-t-elle un prix ? Evolution pour les responsables et experts.....	35
Figure 6 : Les vies ont-elles toutes la même valeur ? Evolution pour tous les répondants	36
Figure 7 : Les vies ont-elles toutes la même valeur ? Evolution pour les responsables et experts	36
Figure 8 : Evolution de la valeur de la vie avec la crise sanitaire	37

1. Introduction

La situation sanitaire des deux dernières années a poussé les dirigeants et soignants à prendre des décisions souvent complexes au sein des hôpitaux, établissements de soins et dans la vie de tous les jours afin de faire face au surplus de malades du Covid19. Pour remédier à cet excédent, des décisions singulières et sans précédent ont été prises comme des annulations de soins jugés non urgents, un confinement total ou partiel de la population avec des restrictions de mobilité, diverses fermetures et l'adoption de gestes barrières (lavage des mains, 'bulles sociales', port du masque, ...).

Durant cette crise sanitaire, il importait prioritairement de sauver des vies et d'éviter à tout prix les décès donnant une importance majeure à la vie en suggérant que la société était prête à faire de nombreux sacrifices pour préserver celle-ci. Cela laisse entendre qu'il y aurait un prix que la société et les dirigeants seraient prêts à payer pour sauver des vies, mais quel est ce prix? Ce prix provient-il d'une prise de conscience à la suite de la pandémie ou a-t-il toujours existé ?

Dans ce mémoire, nous nous consacrerons premièrement à passer la littérature en revue afin de comprendre ce que signifie le terme de « valeur de la vie », comment on calcule cette valeur, comment elle est utilisée, si elle a évolué avec les sociétés et au cours du temps notamment lors de la pandémie. Deuxièmement, nous analyserons les données issues d'un questionnaire que nous avons réalisé pour collecter l'opinion de décideurs et experts, de professionnels de la santé et de la population en général sur les décisions en santé et l'importance donnée à la valeur de la vie.

2. Cadre conceptuel

2.1. Généralités et définitions

2.1.1. Aspects éthico-philosophiques

Lorsque que l'on souhaite discuter de la valeur de la vie, de nombreux travaux s'y intéressant relèvent de la littérature éthique et philosophique et relatent certains questionnements. Plusieurs thématiques peuvent être envisagées lorsque l'on aborde ce sujet dont la dignité humaine décrite par Kant, dans la Critique de la raison pratique (1788) comme «une valeur qui ne se mesure pas, et qui est donc sans prix» (Chaney & Robert, 2020) ou la santé mais l'on se concentrera ici sur le fait de sauver ou non des vies au travers de la valeur de

la vie humaine. Aujourd'hui encore, le questionnement reste vif et incite la population à qualifier la vie d'incommensurable surtout pour les croyants pour qui la vie est souvent vue comme un cadeau désintéressé et rempli d'amour du/des Dieu(x).

2.1.2. Aspects économiques

Dans certains milieux, la vie possède une considération économique comme «*dans le monde du crime organisé où on sait que l'esclavage, la prostitution forcée et l'assassinat ont leurs grilles de tarifs*» (Chaney & Robert, 2020, paragr. 2) et où l'ultimatum «*Votre argent ou votre vie*» est utilisé (Cameron, 2008, p. 20)(traduction libre).

En effet, pour le grand public, attribuer une valeur marchande à la vie humaine, la rendre commensurable, alors qu'elle devrait être sans prix porterait à controverse (Andersson & Treich, 2011; Drèze, 1999) alors que pour des économistes «*[...] cette expression a une signification claire et précise [...]*» (Andersson & Treich, 2011, p. 2) (traduction libre).

Solignac (2009, p2) demande si «*établir une équivalence entre une vie et une somme d'argent [ne] serait-ce pas la preuve définitive (s'il en fallait une) du cynisme des économistes?*»

A côté de cela, Delorme (2020) conseille tout de même de s'interroger sur le «*bien-fondé éthique*» de donner une valeur à la vie car elle est tellement plus riche, grande et diverse qu'une simple «*considération financière*». Les prochains sous-points nous permettrons de comprendre par ailleurs, en quoi proposer une estimation ou une mesure de la vie est nécessaire de nos jours.

2.1.3. Définitions

Que signifie le prix de la vie ?

De nombreuses incompréhensions persistent auprès de la population générale sur la valeur de la vie (Cameron, 2008). Elles semblent découler des descriptions réductrices et parfois trompeuses dans des articles de presse, du manque de transparence des pouvoirs publics lors de leurs décisions (Solignac, 2009) mais aussi de la diversité et de la richesse de ces définitions.

Pour en parler et éclairer le concept de la valeur de la vie, il est intéressant de comprendre que certaines notions sont spécifiques et se rapportent à des domaines plus ou moins exclusifs d'utilisation (ex : les assurances, l'économie, ...). Parmi ceux recensés dans la littérature, 13 différents termes seront définis selon 4 sous-sections (*Tableau 1*).

Tableau 1 : Différents termes sur la valeur de la vie et sous-sections

Domaines	Différents termes recensés
Économie et Sécurité	Prix d'une vie, valeur d'une vie, coût de la vie, pretium vitae, coût à la nation
Assurances	Valeur économique de la vie humaine
Statistiques et Risques	Valeur statistique de la vie, micromorts, valeur par vie statistique, valeur par vie sauvée, valeur des décès évités
Préférences individuelles	Disposition à échanger, disposition à payer

2.1.3.1. Domaines de l'économie et de la sécurité

Selon Dr Rösch cité par Le Net (1980), le prix d'une vie «[...] est la dépense que l'on accepte effectivement de consacrer à sauver une vie humaine». Selon les économistes de l'environnement Bontems et Rotillon le prix d'une vie se définit comme «la valeur d'une variation du risque de décès pour une population de référence» (Solignac, 2009, p. 51) et représente ce que «sont prêts à payer un ensemble d'individus en échange de la réduction d'un danger de mort. Il s'agit donc de déterminer la valeur accordée par une communauté à la préservation d'une vie anonyme désignée généralement sous le nom de vie statistique » (Solignac, 2009, p. 51) .

D'une manière générale, le terme de valeur d'une vie est plus couramment utilisé dans les médias, et se définit généralement par le «coût de la formation d'un individu anonyme [reprenant l'] enseignement, [les] allocations familiales et [la] sécurité sociale...» (Le Net, 1980, p. 15).

Nous pouvons aussi envisager «la dépense techniquement nécessaire pour sauver une vie humaine» qu'est le coût de la vie comme le décrivait Dr Rösch cité par Le Net (1980) ou encore décrit pour un individu comme le «coût des frais entraînés par son décès, par la perte de production pour lui-même, pour sa famille, pour son pays [et] par la perte affective supportée par ses proches et par la nation» (Le Net, 1980, p. 15).

D'autres personnes préfèrent parler du pretium vitae , plus de l'ordre de la sécurité qui représente «ce que le pouvoir exécutif est, dans un pays, disposé à dépenser pour sauver le citoyen moyen, individu le plus représentatif en moyenne statistique de l'ensemble de ses frères» (Le Net, 1980, p. 9).

Nous pouvons aussi envisager au niveau de la productivité et de la consommation le coût à la nation exprime «ce que la perte de cette vie coûte à la nation» (Le Net, 1980, p. 10).

2.1.3.2. *Domaine des assurances*

Dans le domaine des assurances, l'on discute surtout de valeur économique de la vie humaine qui est définie comme

«la valeur monétaire d'une vie humaine mesurée en déterminant la valeur présente nette des bénéfices que les autres (époux(se), personnes à charges, partenaires et employeurs) pourraient raisonnablement s'attendre à recevoir des efforts futurs de l'individu dont la vie est évaluée. Le montant est utilisé pour calculer le montant nécessaire pour remplacer une perte future de revenus d'un employé pour fixer le montant de l'assurance vie ou le montant d'une indemnisation ou d'un dédommagement. On appelle aussi cela la valeur économique de la vie d'un individu (IRMI, s. d.) (traduction libre). »

2.1.3.3. *Domaines des statistiques et des risques*

Plus récemment et préférentiellement, les économistes de la santé et chercheurs utilisent le terme de valeur statistique de la vie (VSV) «[...] dont le fondement consiste à convertir en argent une variation d'un risque mesurable» (Chaney & Robert, 2020, p. 2; Thaler & Rosen, 1976) ou s'explique «comme l'effort que la collectivité est prête à consentir pour réduire un risque de décès» (Quinet et al., 2013, p. 104). « La valeur statistique d'une vie humaine se calcule donc par la somme d'argent qu'une société est prête à payer pour réduire l'exposition au risque de chacun de ses membres. On valorise ainsi l'effort monétaire fourni pour réduire la probabilité de décès» (Dionne & Lebeau, 2010, p. 492). Cependant, «sa valeur n'a aucune raison d'être infinie, les individus prenant constamment des risques» (Solignac, 2009, p. 4).

Andersson & Treich (2011, p. 2) présentent aussi «des termes alternatifs pour la valeur statistique de la vie utilisés dans la littérature [comme] micromorts (Howard, 1984), la valeur par vie statistique (Hammit, 2000b), la valeur par vie sauvée (Jones-Lee, 1976) et la valeur des décès évités (Jones-Lee, 2004)»(traduction libre) qui ne seront pas repris ici.

2.1.3.4. *Domaine des préférences individuelles*

Selon Cameron (2008, p. 2), il serait intéressant de changer la terminologie de *valeur statistique de la vie* au profit de disposition à échanger (DAE) qui semble plus facilement compréhensible de tous («*échanger (une chose) pour une autre*» (traduction libre)) et plus neutre que les notions de statistiques, ...

Enfin, Lanoie et al. (1995) propose un autre synonyme avec la disposition à payer (DAP) qui renseigne sur ce que les gens seraient prêts à payer pour éviter, diminuer les risques face à la mort.

Avec ces nombreux termes tantôt synonymes tantôt complémentaires, nous reconnaissons la complexité mais aussi la richesse de la question de la mesure de la vie. Nous proposons maintenant de mieux comprendre les enjeux de la mesure de la vie et la diversité des valeurs de la vie existantes.

2.2. Origines et différents domaines d'application

À l'origine les premières écrits estimaient que la vie ne pouvait se doter d'estimation financière (Andersson & Treich, 2011; Chaney & Robert, 2020; Drèze, 1999; Solignac, 2009), cependant au fil du temps, est né le concept de valeur (monétaire) de la vie.

2.2.1. Différents domaines

2.2.1.1. *Extra-médicaux*

2.2.1.1.1. *Guerres*

L'attribution «*de la valeur de la vie est inhérente aux conflits armés*» (Colonomos, 2020) et le concept de la valeur de la vie est déjà présent en Rome Antique, lors de diverses campagnes militaires Franco-Anglaises au XVème siècle lorsque des dédommagements et réparations pour injustices ou rançons sont recherchées (Colonomos, 2020) ou plus récemment aux Etats-Unis, en 1950 lorsque l'armée se questionne sur le coût associé à la perte d'un homme au combat (Chaney & Robert, 2020).

2.2.1.1.2. Sécurité routière

Par ailleurs, la valeur de la vie est souvent mise en avant dans certains domaines comme la sécurité routière dont de nombreux calculs et postulats plus théoriques ont été faits dans les travaux des ingénieurs français Abraham et Thedie dans les années 1950 (Drèze, 1999) aboutissant aux premières valeurs pour réaliser des analyses de risques de mortalité en fonction des aménagements routiers.

La définition de la valeur de la vie au travers d'études sur la sécurité routière est particulièrement pertinente puisqu'à la différence d'autres secteurs, les transports routiers concernent l'ensemble de la population et non des groupes trop spécifiques (Le Net, 1980).

2.2.1.1.3. Aéronautique & Justice

Les domaines de l'aéronautique et de la justice utilisent la valeur de la vie pour définir des compensations voire des dédommagements et/ou indemnités en cas d'accidents, de décès, de catastrophes ou d'attentats.

Par exemple, Feinberg (2005), avocat spécialisé dans le règlement des litiges, a introduit différentes règles de compensation basées sur l'âge, le métier, la structure familiale, etc. des victimes des attentats du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis, qu'il a relatées dans son ouvrage «*What Life Is Worth ?*». Un pareil exercice a aussi été réalisé suite aux attentats terroristes du 15 novembre 2015 en France (Colonomos, 2020). Plus généralement, les compagnies aériennes ayant ratifié la convention pour l'unification de certaines règles relatives au transport aérien international (Montréal 28/05/1999), sont responsables du dédommagement des blessés et des victimes, et à ce titre, elles s'intéressent particulièrement au prix de la vie.

2.2.1.2. Médicaux

Les bases du concept de la valeur de la vie et les premières estimations de celle-ci proviennent fréquemment de secteurs extra-médicaux. Cela étant, le secteur sanitaire et médical a aussi développé une littérature sur la valeur de la vie en faisant notamment usage de la valeur statistique de la vie telle qu'elle est utilisée dans le domaine de la prévention ou de l'assurance (Chaney & Robert, 2020) mais dont les premières estimations sont aussi liées à la médecine de guerre, aux accidents médicaux et aux besoins de fournir des compensations (Baumstark et al. 2008).

2.3. Importance du concept de la valeur de la vie dans le domaine de la santé

Le concept de valeur de la vie est largement utilisé dans le domaine de la santé où les décisions se prennent dans un environnement contraint où les ressources sont limitées et que la rationalisation des dépenses permet d'éviter le gaspillage et d'optimiser les choix d'investissement (Bommier & Villeneuve, 2012; Drèze, 1999; Tubeuf, 2021).

Il s'agit alors de réaliser des choix efficaces c'est-à-dire de maximiser la bonne santé du plus grand nombre au moindre prix (Le Net, 1980; Tubeuf, 2021).

Lorsque les décideurs politiques sont confrontés à des décisions, ils doivent réaliser des arbitrages dans l'optique d'être efficaces. Ces choix impacteront deux groupes de gens puisqu'en allouant un budget majoré à certains (*pour de nouveaux traitements onéreux par exemple*), d'autres supporteront le coût d'opportunité. En effet, la décision prise entraînera la renonciation à d'autres options en l'absence de ressources illimitées provoquant des bénéfices en santé moindres pour ces derniers (Claxton & Sculpher, 2015; Tubeuf, 2021).

Afin de poser les meilleures décisions et de pénaliser le moins de monde possible (Ministère de l'économie, des finances et de la relance, s. d.), le recours par les décideurs à la valeur de la vie, permet de comparer les différentes options entre elles et entre différents domaines (santé, justice, éducation, ...) financés par l'Etat à différentes périodes. Baumstark et al. (2008) estiment donc que cette mesure commune et objective permet d'offrir par la suite un traitement équitable à tous avec le meilleur coût d'opportunité.

Une mesure commune de gains/pertes de santé d'une décision est le *Quality adjusted life year* (QALY) qui mesure des années de vie en bonne santé gagnées ou perdues. Le QALY permet aux décideurs d'objectiver les gains en santé en termes de quantité (nombre d'années) et qualité de vie des traitements médicaux ; il s'utilise dans des études de coûts-efficacité en comparant des coûts par QALY de différentes alternatives de traitement (Tubeuf, 2021). Le choix de financer l'un ou l'autre traitement s'appuiera alors sur un seuil de coût-efficacité auquel sera mis en regard le coût par QALY. Cependant, puisque le QALY mesure essentiellement des bénéfices liés à la santé, il ne permet donc pas de mesurer des bénéfices qui relèveraient d'autres domaines que la santé et ne peut être utilisé pour comparer des décisions qui impacteraient plusieurs secteurs de services.

Dès lors, en recourant à un indicateur muni d'une valeur monétaire comme avec la valeur (statistique) de la vie il serait possible de « [rendre] *le processus [de] priorisation plus transparent pour ceux qui ne sont pas directement impliqués dans le processus (le public par exemple)* » (Andersson & Treich, 2011, p. 2) (traduction libre). La valeur monétaire de la vie permettrait en outre de comparer l'argent investi pour la santé et les bénéfices secondaires réels de ces investissements car présentés dans les études avec le même signe, peu importe le lieu et l'époque. Chaney & Robert (2020) suggèrent que l'utilisation d'une mesure monétaire constitue un argument supplémentaire et plus convaincant pour faire accepter les arbitrages et l'allocation des budgets à diverses options, par le public.

Ainsi le concept de valeur de la vie est un important critère qui guiderait les décisions politiques.

2.4. Méthodes de calculs de la valeur de la vie

2.4.1. Généralités

Selon Chesnay (1961), il est intéressant de décomposer le prix de la vie en différents éléments pour ensuite mieux comprendre comment ce prix peut fluctuer. Le prix de la vie comporte des éléments objectifs contenant les pertes directes comme les frais pour les soins et la santé ou les frais funéraires ainsi que des pertes indirectes symbolisant les pertes de production et de consommation de l'individu. Ces pertes indirectes sont difficilement quantifiables puisqu'elles dépendent de l'âge, du sexe, de l'éducation ou encore du statut d'emploi. A ces éléments objectifs s'ajoutent des éléments affectifs qui prennent en compte les préjudices des proches et de la nation à la suite d'un décès.

Le prix de la vie, d'un point de vue individuel, informe sur la valeur de la vie tandis qu'une analyse plus globale conduit à la valeur statistique de la vie (VSV) (Delorme, 2020).

Il existe diverses méthodes de calculs de la valeur de la vie et de ses composantes. Nous présentons ci-après les trois méthodes principales : la méthode des prix hédonistes, celle du consentement à payer et enfin l'approche du capital humain (Solignac, 2009).

2.4.2. Méthode des prix hédonistes

La méthode des prix hédonistes (Rosen, 1974) part du principe que le prix d'un bien dépend des différentes caractéristiques qui le composent et du prix implicite de ces dernières (Solignac, 2009). Par exemple, si l'on s'intéresse aux métiers choisis par plusieurs individus et que l'on isole le niveau de risque et les éventuelles primes d'attractivité ou de dédommagement pour ces mêmes risques alors on pourra déterminer secondairement le prix associé à ce risque d'accident ou de décès et donc la valeur de la vie face à ce risque.

Cette méthode permet donc de se baser sur des situations objectives en écartant les hypothèses liées aux préférences et les difficultés statistiques d'estimer des risques de décès, d'accidents, etc. (Parada-Contzen, 2019).

2.4.3. Méthode du consentement à payer

La méthode du consentement à payer ou de la disponibilité à payer (DAP) est la plus utilisée par des économistes et se subdivise en deux approches : «*l'approche par les préférences déclarées à travers l'analyse des risques sur le salaire*» et l'évaluation contingente (Lanoie et al., 1995, p. 2).

2.4.3.1. *Approche des préférences révélées à travers les risques sur salaire (et sur la consommation)*

La première sous-rubrique de la DAP estime que les individus déclarent leur préférences pour le risque au quotidien dans leurs décisions de consommation (abus d'alcool ou stupéfiants, type d'alimentation, etc.) et leurs actes (métier, conduite, lieu de vie, etc.) (Dionne & Lebeau, 2010). Pour illustrer cette approche, prenons un groupe de répondants et demandons-leur de décider, à partir d'une liste reprenant les salaires moyens de diverses fonctions avec risque, jusqu'où une variation de risques (de décès, de blessures par le froid, la chaleur, la poussière, les charges à porter, etc.) à la hausse ou à la baisse leur paraîtrait acceptable sur une échelle de salaires. Nous leur demandons donc de révéler leurs préférences à travers les modifications du salaire selon l'évolution des risques ce qui nous permet ensuite de calculer la valeur de la vie.

Cette approche des préférences révélées se base sur plusieurs hypothèses : que les travailleurs disposent d'informations suffisantes et claires sur les risques associés à leur emploi mais aussi qu'ils peuvent changer aisément de travail s'ils ne souhaitent pas accepter une compensation salariale pour couvrir des risques encourus (Lanoie et al., 1995).

Si ces hypothèses ne sont pas respectées alors les résultats obtenus des dispositions à payer et des valeurs (statistiques) de la vie seraient biaisés car ils n'incluraient pas les risques réels (blessures, décès, etc.) (Dionne & Lebeau, 2010; Lanoie et al., 1995).

Plusieurs avantages de cette approche des risques sur le salaire ou sur la consommation peuvent être mis en avant. L'approche par préférences révélées se base sur le comportement réel, le choix des individus (Lanoie et al., 1995) et sur des faits observables et objectivables (Dionne & Lebeau, 2010). De plus, elle «tient compte du désir individuel de vivre plus longtemps» ce qui permet de valoriser «la vie en soi et non pas seulement les conséquences de la mort, ce qui évite les valeurs nulles ou négatives [de VSV] (Le Pen, 1993)» (Dionne & Lebeau, 2010, p. 492).

Au contraire, Le Pen (1993), cité par Dionne & Lebeau (2010), exprime plusieurs inconvénients quant à l'utilisation de cette méthode de calcul comme le fait que les informations fournies soient rarement parfaites. De plus, le marché du travail ne permet pas toujours la mobilité. De même, les travailleurs avec une faible aversion au risque choisissent en général des emplois risqués ; «la disponibilité à payer pour la sécurité varie d'une personne à l'autre : en raison de la psychologie mais aussi des ressources d'une personne soucieuse de sa propre sécurité, d'une part ; en raison du souci des collectivités de protéger différentes personnes, d'autre part» (Drèze, 1999, p. 3). Ainsi, il pourrait en résulter une sur ou sous-évaluation de la VSV.

2.4.3.2. L'évaluation contingente

Une autre méthode du consentement à payer est l'évaluation contingente, qui a recouru à des questionnaires. Cette méthode permet de déterminer les DAP des répondants face à diverses situations hypothétiques pour se rapprocher le plus possible du comportement réel qu'auraient eu les répondants sur un marché réel. En l'absence des hypothèses nécessaires dans l'approche des préférences révélées, l'évaluation contingente évite des biais de sur ou sous-évaluation de la VSV (Dionne & Lebeau, 2010). Prenons un exemple, nous demandons aux répondants de donner le montant qu'ils seraient prêts à payer pour diminuer la mortalité sur les routes de 10%, les accidents médicaux de 5% ou encore la mortalité liée au tabac de 20% indépendamment du fait qu'ils aient ou non vécus ces même situations hypothétiques.

Cette méthode a beaucoup évolué depuis les années 1950 à travers différents travaux ; elle est très utilisée pour déterminer la VSV puisqu'elle peut être utilisée auprès d'un public plus large (salarié ou non) et pour différentes monnaies (Dionne & Lebeau, 2010). Par ailleurs, cette technique est très malléable car les questionnaires et le groupe de répondants peuvent être adaptés afin d'obtenir les informations et thématiques nécessaires (Lanoie et al., 1995).

Cependant comme les répondants ne vivent pas réellement les situations présentées par les questionnaires, leurs réponses sont hypothétiques et pourraient être différentes s'ils avaient vécu lesdites situations présentées. De plus, les préférences étant individuelles, elles ne sont pas directement transposables aux décisions d'intérêts collectifs de type coûts-bénéfices des politiques et nécessitent des extrapolations diverses (Dionne & Lebeau, 2010).

2.4.4. Approche par capital humain

La troisième méthode de calcul de la valeur de la vie est l'approche par capital humain (ACH) ou *Human Capital Approach* (HCA). Cette méthode se base sur les revenus et le niveau de production (Dionne & Lebeau, 2010) en tenant compte de l'âge. Elle s'intéresse donc aux salaires et profits bruts auxquels on soustrait les dépenses individuelles (Dionne & Lebeau, 2010).

Du fait de son intérêt principal pour les salaires, cette approche exclut certaines activités comme les activités de loisirs auxquelles une valeur marchande pourrait être attribuée (Andersson & Treich, 2011). De même, cette méthode n'est pas idéale dans une société avec de nombreux chômeurs et pensionnés qui ne participent pas directement à la production (Baumstark et al., 2008). Ainsi cette méthode peut conduire à des valeurs de la vie sous-estimées et biaisées (Solignac, 2009), qui attribuent une valeur de la vie égale à zéro pour certains individus (Andersson & Treich, 2011) et qui ne tiennent pas compte des préférences des individus face au risque et de leur souhait de vivre puisque cette approche s'intéresse aux salaires et revenus (Dionne & Lebeau, 2010).

Pour conclure cette partie, nous pouvons retenir qu'il y a différentes méthodes de calcul de la valeur de la vie qui se basent sur des composantes diverses de la vie mais complémentaires. En fonction des situations, les chercheurs et décideurs politiques préféreront une approche plutôt qu'une autre. Par exemple l'approche par capital humain (ACH) a l'avantage d'être plus simple à utiliser et à mettre en œuvre tandis que celle de la disposition à payer est plus précise et tient compte des préférences (Dionne & Lebeau, 2010).

2.5. Hétérogénéité des valeurs

Force est de constater qu'il existe une grande hétérogénéité des valeurs (statistiques) de la vie recensées dans la littérature économique et utilisées par les décideurs. Le

Tableau 2 renseigne cette variabilité, par ordre décroissant, de valeurs de référence de VSV et de seuils de valeur de la vie estimés par différentes institutions (OCDE, Rapports Boiteux, NICE, ...) et utilisés dans des pays (*liste non exhaustive*) lors des arbitrages divers en santé .

Tableau 2 : Différentes valeurs de la vie selon les pays

Valeurs et calculs → Pays / Institutions ↓	Seuil «d'efficience» et de référence	Intervalles utilisées	Méthodes de calculs utilisées	Sources bibliographiques
OCDE (pour 27 pays EU spécifiquement)	3,6 millions \$ ₂₀₀₅	1,8-5,4 millions \$ ₂₀₀₅ (de VSV)	Disposition à payer	Méta-analyse de l'OCDE (2012)
OCDE (pays membres)	3 millions \$ ₂₀₀₅	1,5 – 4,5 millions \$ ₂₀₀₅ (de VSV)	Disposition à accepter	
France (rapports Boiteux)	3 millions € ₂₀₁₀ = 3,34 millions € ₂₀₁₉		Consentement ou Disposition à payer	(Baumstark et al., 2013; Chaney & Robert, 2020; Quinet et al., 2013)
Suède	39 000€ ₂₀₁₉ /QALY		Time series + Panel data Analysis	(Siverskog & Henriksson, 2019)
Royaume-Uni (NICE)		£20 000 – 30 000/ QALY	<i>e.a.</i> Valeur marginale de la santé (via DAP, value of life)	(Claxton & Sculpher, 2015; McCabe et al., 2008; Tubeuf, 2021)
Pays-Bas		20 000 – 80 000 €/QALY	Disposition à payer et comparaisons statistiques (selon pathologies)	(Brouwer et al., 2019)
Belgique	Valeur implicite		Au cas par cas	(Cleemput et al., 2008; d'Otreppe, 2020)

Pour l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), qui a réalisé une grande méta-analyse regroupant des valeurs de VVS issues de différents domaines (santé, sécurité routière, environnement), la valeur de la vie de la population issue des pays

membres de l'OCDE¹ varie de 1,5 – 4,5 millions \$₂₀₀₅ avec une référence de 3 millions \$ alors que l'institution a déterminé un intervalle de VVS de 1,8-5,4 millions₂₀₀₅ \$ pour les 27 pays de l'Union Européenne avec une référence de 3,6 millions \$ (OCDE, 2012). Les valeurs de référence sont celles à privilégier dans les décisions tenant compte de la valeur de la vie là où les seuils relatent de la fluctuation possible entre les pays membres ou de l'UE.

En France les premières valeurs remontent aux nombreux rapports Boiteux (Quinet et al., 2013) se concentrant tout d'abord sur la sécurité routière et qui revalorisèrent «*la valeur tutélaire [de la vie] à 3 m€ pour 2010, soit 3,34 m€ aux prix de 2019*» (Chaney & Robert, 2020).

Au Royaume-Uni, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) émet des recommandations pour le *National Health Service* (NHS) en se basant sur un seuil de £20 000 – 30 000/ QALY pour analyser le coût-efficacité de nouveaux traitements de soins et réaliser ses arbitrages. Pour McCabe et al. (2008, p. 735-736) «*ce seuil doit être fixé afin de déterminer le budget de santé optimal* » (*traduction libre*) en identifiant par exemple une valeur marginale de la santé à partir d'un consentement à payer, d'une valeur de la vie même si au final le budget de la santé est défini par le Parlement.

D'autres pays bien qu'utilisant parfois d'autres méthodes de calculs, procèdent de la même façon avec des seuils différents comme en Suède avec 39 000€₂₀₁₉/QALY (Siverskog & Henriksson, 2019), ou encore aux Pays-Bas avec une fourchette variant entre 0€/QALY pour des pathologies très légères et 20 000 - 80 000 €/QALY selon la gravité des pathologies visées par les nouveaux traitements (Brouwer et al., 2019).

Par contre, la Belgique n'a pas de seuil ou de VVS précis pour diriger ses décisions en santé contrairement à ses voisins proches. La Commission de Remboursement des Médicaments et le Conseil Technique des Implants semblent plus prendre leurs décisions au cas par cas en fonction de l'impact budgétaire et de l'efficacité clinique réelle des nouveaux traitements (Cleemput et al., 2008; d'Otreppe, 2020).

¹Les pays membres sont : «*l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE* » (OCDE, 2012, p. 153).

Les nombreuses valeurs de la vie, souvent dissemblables, s'expliquent par plusieurs raisons.

Premièrement, la nécessité de recourir à des coûts externes difficilement estimables entraîne des différences de valeurs.

Deuxièmement, les fluctuations s'expliquent par le profil de la population des différents pays, leur vécu réel et leur prise de risque au quotidien (OCDE, 2012).

Troisièmement, en fonction du type de risque évalué, les estimations de VVS par la méthode de disposition à payer, sont modifiées comme analysé par l'OCDE (2012).

Quatrièmement, la comparaison de méta-analyses autour de la VSL a pu déterminer que les résultats de VSV fluctuent à cause des différences de méthodologie parfois majeures entre études et méthodes de calculs tant au niveau des caractéristiques de l'échantillon en termes de race, de profession et d'exposition au risque qu'avec les composantes spatio-temporelles (Bellavance et al. (2009); Dionne & Lebeau (2010); Treich citant Sunstein (2014); Viscusi & Aldy (2002)).

Cinquièmement, certains estiment que ces valeurs devraient évoluer au fur et à mesure que de nouvelles études sortent sur la VVS (OCDE, 2012) ou « *croître au même rythme que le PIB par tête* » et que l'inflation (Quinet et al., 2013) menant à des différentes valeurs au fil du temps. Là où, en Angleterre, McCabe, Claxton et Culyer (2008) estiment que le seuil de coût-efficacité du NICE n'a pas bougé et ne devrait pas évoluer à la hausse puisque cela introduirait des incertitudes et notamment un environnement d'innovation pharmaceutique et industriel moins sécurés.

Il est usuel de conserver des moyennes de valeurs (statistique) de la vie ou des seuils pour tenter de s'approcher le plus possible de la réalité en fonction des domaines concernés (santé, transports, sécurité routière, ...) tout en tenant compte des problèmes méthodologiques (Dionne & Lebeau, 2010). D'ailleurs, l'OCDE, en l'absence de précisions sur les « *protocoles de collecte, de codage, d'inclusion et d'analyse des études dans les méta-analyses finales* », recommande dans son rapport comparatif de 2012 d'utiliser des intervalles de valeurs qui fluctuent en fonction du public concerné.

2.6. Cas particulier : la pandémie de Covid-19

La crise de la Covid-19 a entraîné une demande *e.a.* en médicaments, ventilation mécanique, oxygène mais aussi en lits d'hospitalisation classique et de réanimation pouvant excéder les ressources matérielles existantes ou acheminables. Cette rareté des ressources, a entraîné un triage nécessaire des patients dans l'optique « *que le plus grand nombre possible de personnes puissent recevoir des soins, ou que le plus grand gain possible en matière de santé puisse être obtenu avec les ressources limitées disponibles* » (Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, 2020, p. 11). Nous ne pouvions plus penser uniquement au niveau individuel mais pour l'ensemble de la population. Afin de décider quelles seront les personnes prioritaires pour recevoir des soins, lorsque tous ne le peuvent pas, « *les décideurs politiques, les rédacteurs de guidelines et le personnel médical de première ligne, ont besoin de conseils sur comment prendre ces décisions de la manière la plus humaine et la plus moralement justifiable tandis que les patients, les familles et le grand public veulent savoir sur quelles bases ces décisions sont prises* » (Scully, 2020, p. 1) (traduction libre).

La difficulté a été de déterminer les critères (âge, budget, temps, qualité de vie, comorbidités, comportements à risque, statut socio-économique, etc.) adéquats pour trier les patients. Plusieurs pistes ont été évoquées (Scully, 2020) comme le fait de tenir compte des désirs de chacun, de la probabilité de survie, de prendre en compte les comorbidités et antécédents des patients. Si plusieurs personnes se retrouvent *exæquo*, une loterie ou un système de « premier arrivé-premier servi » pourraient être proposés. D'autres évoquent différents principes devant aider le tri des malades dans le but d'une meilleure efficacité allocative. Il s'agirait d'allouer les ressources rares en visant une maximisation des bénéfiques, une proportionnalité pour éviter d'affecter négativement plus de monde avec le tri que sans, une transparence et une confiance dans l'information sur les critères et les décisions (Bouthillier, 2020).

Le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (2020, p. 3) rappelle que seuls les pouvoirs organisateurs et les acteurs de terrain en toute connaissance de cause de l'état de santé et la volonté des patients peuvent décider collégalement de la priorisation de ces derniers. Il avance tout de même des recommandations suivant « [des] *principes éthiques de bienfaisance, de*

respect de la dignité et de l'autonomie de chaque personne » en rappelant que le principe d'égalité prédomine (égalitarisme) et qu'à aucun moment, des critères de sexe, d'origine, d'orientation sexuelle, de religion, de santé mentale, d'handicap, d'âge, de couleur de peau, de culture ou encore de statut ne peuvent être utilisés dans des arbitrages. Il faudrait donc décider, lors d'arbitrages, uniformément sous couvert de l'anonymat des patients et indépendamment de caractéristiques individuelles.

Cependant, sur le terrain, les critères utilisés et les guidelines renvoient souvent à la valeur de la vie (par exemple : pas d'acharnement thérapeutique si traitement sans valeur ajoutée, etc.) ainsi qu'à la qualité de vie et au niveau d'autonomie post-hospitalisation mais aussi à l'utilité sociale, ce qui peut induire des risques d'inégalités, de disparités comme avec de l'âgisme, du sexisme, de l'handicapisme (*disablism*). De plus, si l'on se focalise juste sur un utilitarisme où l'on sauve un maximum de vie en levant l'anonymat et en procédant à des choix sur base d'une valeur de la vie fluctuant avec les caractéristiques individuelles; certains publics peuvent être exclu des soins car qualifiés comme *n'en valant pas la peine* ce qui amène un sentiment d'injustice (Netters et al., 2021).

Indépendamment, plusieurs auteurs constatent des disparités de valeurs de la vie qu'elles soient spatiale (les gens d'ailleurs ont une vie parfois dépréciée par rapport à ici (Colonomos, 2020)), démographique (population vieillissante ou non (Drèze, 2003)), temporelle (préférences pour le présent parfois plus cotées que celles pour le futur (Colonomos, 2020)), liées à l'état de santé (un malade chronique serait prêt à dépenser plus pour réduire le risque de mortalité (Alberini et al., 2004)) ou aux catégories sociales car « *une vie n'est pas l'autre* » (Drèze, 2003, p. 2)).

La crise de la Covid-19 est aussi intéressante à observer au niveau de la balance vies sauvées vs l'Economie. En effet, les mesures sanitaires ont permis de protéger les plus faibles, de réduire les décès « *en payant pour des vies* » (Colonomos, 2020) et si nous multiplions ensuite ces vies sauvées par leur valeur (VSV), cela représentera le bénéfice économique des mesures puisque l'on conserve les capacités de production future. Il faudra néanmoins mettre ce bénéfice en balance avec le coût économique (exprimé en % du PIB) de l'arrêt profond de l'économie (Delorme, 2020) au début de la pandémie.

2.7. Questions de recherche

La revue de la littérature sur la valeur de la vie a été réalisée à partir de différents mots-clés complémentaires et critères d'inclusion (*annexe 9.1*) utilisés sur les bases de données PubMed, Embase, Google Scholar, Cochrane, Science Direct, Cairn.Info. Elle fournit le cadre théorique à partir duquel nous avons développé un questionnaire pour interroger différents acteurs de terrain tels que des docteurs, responsables d'hôpitaux, soignants, et la population sur la façon dont ils perçoivent la valeur de la vie. Nous les avons interrogés sur les arbitrages qui sont réalisés dans le secteur de la santé dans un contexte conventionnel ainsi que dans le contexte de pandémie de la Covid-19.

A travers ce questionnaire nous souhaitons comprendre si les décisions dans le secteur de la santé sont prises selon un principe d'anonymat envers les patients ou si les décisions se prennent en tenant compte de certaines caractéristiques individuelles ou globales.

Ce mémoire a pour objectif de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Comment le concept de la valeur de la vie et celui des arbitrages en santé est-il perçu par la population générale ? Cet opinion est-elle partagée par les décideurs politiques et les experts du domaine de la santé ?
- La valeur de la vie est-elle similaire pour tous lors des arbitrages en santé ?
- Quels critères interviennent dans les décisions de priorisation en santé ?
- Est-ce que (la gestion de) la crise de la Covid-19 a changé la valeur donnée à la vie ?

3. Méthodologie

3.1. Étude

3.1.1. Design de l'étude et population

Nous avons élaboré un questionnaire anonyme sur internet dont l'objectif était d'obtenir l'opinion des répondants sur le concept de la valeur de la vie, sur des arbitrages réalisés dans le secteur de la santé et des changements éventuels observés durant la crise sanitaire. Différentes vignettes cliniques s'intéressaient à comprendre sur quels critères les soins devraient être alloués en temps normal et lors d'une pandémie.

Le nombre de personnes interrogées a été fixé à un minimum de 50 questionnaires complétés. L'échantillon a inclus tant des professionnels de la santé ayant ou non vécu la crise Covid-19 sur le terrain, des responsables et/ou experts concernés au quotidien par des arbitrages et principalement issus des secteurs de la santé, l'économie, la santé publique ou la population générale. L'échantillon sélectif et les modes de diffusion ont été définis afin d'obtenir un panel large (visible uniquement avec les questions sur les responsabilités, expertises, emploi secteur d'activités et lieu d'habitation) et diverses d'opinions.

Aucunes restrictions sur le sexe, la langue, les opinions politiques, le secteur d'emploi, le lieu de résidence ou le niveau de scolarité n'ont été retenues.

Cependant, n'ont pas été retenus, les questionnaires de participants qui n'avaient pas confirmé leur consentement, qui n'avaient pas répondu à au moins de 90% des questions d'opinion (*échelle de Likert*), les vignettes cliniques et les avis sur le prix de la vie/évolution avec la Covid-19 (*selon les options d'affichage*) (soit un minimum de 27 réponses minimum sur 30). L'absence de réponses aux questions socio-éco-démographiques n'a pas justifié la suppression de ces données.

Aucun suivi post-questionnaire n'était prévu sauf si souhaité par le répondant (sur le mail facultaire).

3.1.2. Collecte des données

Les données collectées à partir des questionnaires, étaient de trois types. Premièrement des informations de type socio-éco-démographique. Deuxièmement, des éclaircissements et opinions ont été demandés aux répondants sur leur compréhension de la thématique de la valeur de la vie et sur leur utilisation du concept de la valeur statistique de la vie.

Enfin, les répondants nous ont fourni leur position face à des dilemmes décisionnels sur l'attribution de soins à tous *versus* à certains groupes de population selon l'âge, le statut, l'état de santé, le mode de consommation et les raisons de leurs choix. D'autres dilemmes concernaient les mesures prises pour contrer la pandémie de la Covid-19. Les variables d'intérêt mesurées par le questionnaire sont celles de l'anonymat face au soin ou l'allocation des soins selon des caractéristiques individuelles en ayant recouru à des critères via des arbitrages. De plus, nous avons interrogé les participants sur leur opinion face aux arbitrages durant la pandémie de la Covid19 .

Le questionnaire (*annexe 9.2*) contient 46 questions réparties en 4 parties : des questions socio-démographiques (16 questions) pour mieux connaître les répondants et filtrer leurs réponses ; des questions sur la valeur de la vie et les arbitrages via un recueil d'opinion et des vignettes cliniques dans un contexte conventionnel (19 questions) et dans un contexte de pandémie (6 questions) et enfin une rubrique de questions sur l'évolution de la valeur de la vie entre les 2 périodes (4 questions). En fin de questionnaire, les participants pouvaient aussi partager des commentaires éventuels.

Les questions sont un mélange de questions fermées, de questions à choix multiples et de questions selon une échelle de Likert à 5 parties (*Tout à fait d'accord, d'accord, ni d'accord/ ni pas d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord*).

Le questionnaire contient des questions reprises et/ou adaptées de l'International Social Survey Programme (2012), du cours d'économie de la santé de Jusot (2020) et des questions imaginées à partir du cadre conceptuel.

Le format choisi est celui d'un questionnaire sur internet élaboré sur Qualtrics^{XM} qui a été partagé via un lien exclusivement par mails, Facebook, WhatsApp, messages privés et par « *snowball procedure* » (Aujoulat, 2021) ; les participants ont répondu au questionnaire entre le 17/03/2022 et le 7/04/2022.

Par souci de précision, une logique de passage a été créée dans le questionnaire redirigeant les personnes n'ayant jamais travaillé directement aux questions sur la santé. Les valeurs manquantes ont été recodées sur *IBM® SPSS® Statistics 27* en Inapplicable. De la même manière, il a été décidé d'afficher certaines questions (*annexe 9.2*) seulement si une ou plusieurs réponses avaient été précédemment sélectionnées.

3.1.3. Éthique

Aucune approbation d'un comité éthique n'a été nécessaire. Cependant, un consentement libre et éclairé a été obtenu auprès de toutes les personnes répondant au questionnaire via une question « *J'accepte de participer* ». Les informations collectées ont été anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre du mémoire et les participants avaient la possibilité à tout moment de quitter le questionnaire.

3.1.4. Analyse des données

Une fois le questionnaire clôturé, les résultats ont été importés depuis internet et encodés pour analyse dans le logiciel *IBM® SPSS® Statistics 27* pour les nettoyer et trier mais aussi afin de tirer quelques statistiques descriptives et d'autres plus précises pour dégager des pistes réflexives.

Les variables quantitatives catégorielles du questionnaire ont été analysées à partir de fréquence (%) et de l'effectif (n) pour déterminer les réponses les plus fréquentes par question ou par sous-groupes (l'ensemble de l'échantillon ou le groupe des responsables et/ou experts). Certaines représentations graphiques ont été élaborées afin d'observer différentes réponses sous formes d'histogrammes.

D'autres variables sont dites quantitatives continues comme l'âge pour lequel nous avons calculé en plus une moyenne, un écart-type et une médiane (min et max) après avoir déterminé s'il était gaussien.

Afin d'identifier d'éventuelles corrélations entre juger que la vie a un prix et le profil socioéconomiques des répondants (secteur d'activité, niveau d'étude, âge), des tests de corrélation de Pearson ont été réalisés. Pour ces derniers, une p-valeur $> 0,05$ n'a pas été considérée comme significative.

Au sein de tableaux croisés, des test de χ^2 de Pearson ont été menés pour tenter d'identifier d'éventuelles différences entre l'ensemble de l'échantillon et le sous-groupe des personnes responsables et/ou expertes sur différentes variables comme « la vie a-t-elle un prix? », « les soins devraient-ils être fournis sur base de caractéristiques individuelles ? ». Les résultats montrant une p-valeur $> 0,05$ ont été considéré comme non significatifs.

Les données brutes obtenues sur les questions ouvertes (contexte d'utilisation VSL, critères d'allocation, commentaires généraux des répondants) ont été traitées en ressortant des verbatims, mots-clés principaux dans des tableaux.

4. Résultats

Dans un premier temps nous présenterons l'échantillon des répondants retenus et leurs caractéristiques socio-éco-démographiques. Ensuite nous analyserons les résultats (n et %) liés à la valeur de la vie de façon plutôt générale avant de nous concentrer sur les opinions des répondants dans le contexte de la santé, des décisions d'offre de soins, en temps conventionnel et en temps de crise sanitaire. Troisièmement, nous discuterons les critères d'allocation des ressources au regard des réponses aux vignettes cliniques en fonction du groupe des individus responsables et/ou ayant de l'expertise. Quatrièmement, les résultats s'intéresseront à observer l'évolution des réponses sur la vie (prix, disparités, évolution valeur) entre le contexte conventionnel et le contexte de pandémie.

4.1. Nombre de répondants

A la clôture du questionnaire en ligne, 137 personnes avaient participé. Une personne a refusé de participer, 10 participants ont abandonné avant ou pendant la collecte des données socio-éco-démographiques, 6 n'ont pas du tout répondu aux questions sur la valeur de la vie. Enfin, voulant obtenir un taux de réponses de 90% aux questions de fonds, 9 participants ont été exclus car leur questionnaire étaient incomplets. Ainsi l'analyse s'appuie que sur un échantillon de 111 répondants (*Figure 1*).

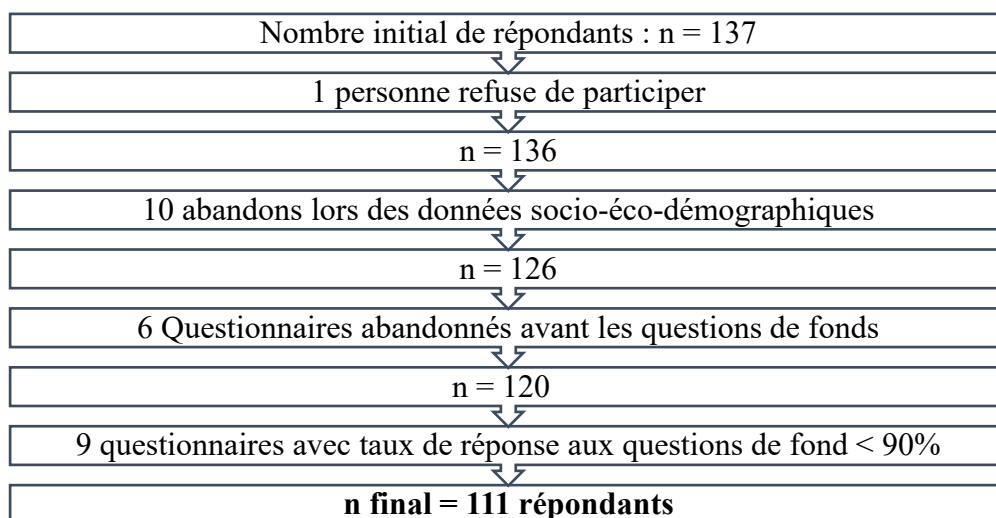


Figure 1 : Nombre de répondants selon les critères d'exclusion

4.2. Caractéristiques générales de l'échantillon

Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif de la population générale. Un tableau de statistiques descriptives sur le profil socio-démographique est disponible (*annexe 9.3.1*). L'échantillon des répondants est équilibré au niveau du genre avec autant de femmes (n=59; 53,4%) que d'hommes (n= 50; 45%). L'âge (*variable non gaussienne*) moyen des répondants est de 46,6 ans (DS +/- 14,9), avec un âge moyen légèrement supérieur pour les responsables et experts à 48,3 ans (+/- 12,8). Une grande majorité des répondants sont parents (n= 81; 73%) et sont majoritairement de formation universitaire ou postuniversitaire (n= 45; 40,5%) ou sont diplômés de l'Enseignement supérieur non universitaire (n = 39; 35,1%). Les trois régions belges sont représentées, principalement la Wallonie (n= 53; 47,7%), puis Bruxelles (n= 45; 40,5%) et la Flandre (n=12; 10,8%) et une personne a répondu de France. Les individus ont déclaré être en bonne santé (n = 73, 65,8%) voire en très bonne santé (n= 26, 23,4%).

Au niveau des caractères socio-économiques (*annexe 9.3.2*), 80 personnes (72,1%) sont issues du milieu de la santé dont 38 paramédicaux, 25 médecins. Parmi ces 80 personnes, 57 (51,4%) ont soigné des patients Covid-19 pendant la crise sanitaire. Plus de la moitié de l'échantillon (n = 63; 56,8%) qualifie son poste de décideur, de responsable. De plus, 39 personnes (35,1%) ont eu une responsabilité pendant la crise sanitaire et un tiers des répondants (n=36; 32,4%) a été sollicité pour son expertise (épidémiologie, virologie, etc.) à cette même période (*Figure 2* **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

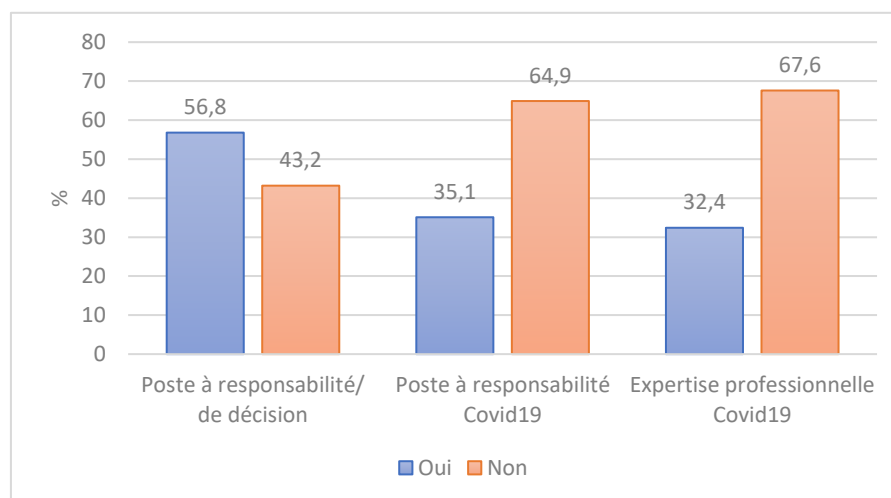


Figure 2 : Pourcentage des répondants avec responsabilité et/ou expertise

4.3. La perception du concept de la valeur de la vie

4.3.1. La vie a-t-elle un prix ?

Moins de la moitié des répondants (n= 49; 44,4 %) connaît le concept de la valeur de la vie mais près de 40% (n= 44) disent utiliser cette terminologie dans leur pratique quotidienne.

Plusieurs contextes particuliers d'utilisation du concept de valeur de la vie ont été mis en avant par les répondants (~37%). Ces contextes découlent tantôt du domaine médical lorsque des questions d'acharnement thérapeutique, de fin de vie, de qualité de vie sont posées ; tantôt du domaine économique lorsque le rapport coût-bénéfice, les investissements hospitaliers ou la valeur ajoutée d'un traitement, etc. sont remis en question. Enfin, les contextes de crises, d'incertitudes (attentats, médecine de catastrophe, etc.) sont mentionnés. Quelques répondants estiment par contre qu'aucun contexte ne justifierait l'utilisation de la valeur de la vie. Les propos ont été synthétisés sous forme de mots-clés/ verbatims (*Tableau 3*).

Tableau 3 : Contextes particuliers d'utilisation de la valeur de la vie

<i>Acharnement thérapeutique</i>	<i>Accidents</i>	<i>Attentats</i>
<i>Projet thérapeutique</i>	<i>Sécurité routière</i>	<i>Guerres</i>
<i>Situations plutôt que contextes</i>	<i>Assurances</i>	<i>Crise climatique</i>
<i>Rapport coût-bénéfice</i>	<i>Investissements et infrastructures hospitaliers</i>	<i>Prévention</i>
<i>Politique</i>	<i>Qualité de vie</i>	<i>Santé mentale</i>
<i>Homicides</i>	<i>Discussions pharmaco-économiques</i>	<i>Environnement</i>
<i>Maladie grave</i>	<i>Fin de vie</i>	<i>Aucun</i>
<i>Maladie incurable</i>	<i>Pandémie</i>	<i>Economie de la santé</i>
<i>Incapacité permanente</i>	<i>Médecine de catastrophe et d'urgence</i>	<i>Arbitrages budgétaires</i>
<i>Traitements coûteux sans valeur ajoutée</i>	<i>Juste prix pour des médicaments</i>	<i>Don d'organe</i>
<i>Situation critique</i>	<i>Soins trop chers</i>	

NB : Les mots en gras ont été mentionnés plusieurs fois par les répondants.

Lorsque nous leur avons demandé si la vie avait un prix, 48 personnes (43,2%) ont répondu que la vie avait effectivement un prix. Et près de 3 personnes sur 4 (n= 81, 73%) ont estimé que toutes les vies s'équivalaient.

Lorsque nous demandons aux répondants de quantifier la valeur de la vie, 79 personnes (71,2%) de l'échantillon global dont 47 responsables/experts (69,1%) la qualifie d'inestimable. Cependant, certains répondants n'arrivent pas à la chiffrer puisque « *les infos sont insuffisantes* » ou que « *le prix varie selon des critères* ». Pour les autres personnes, le montant s'échelonne entre moins d'1 million€ à plus de 10 millions€ dans des proportions semblables tant pour l'ensemble de l'échantillon (n = 111) que pour les responsables et/ou experts (n = 68) (Figure 3).

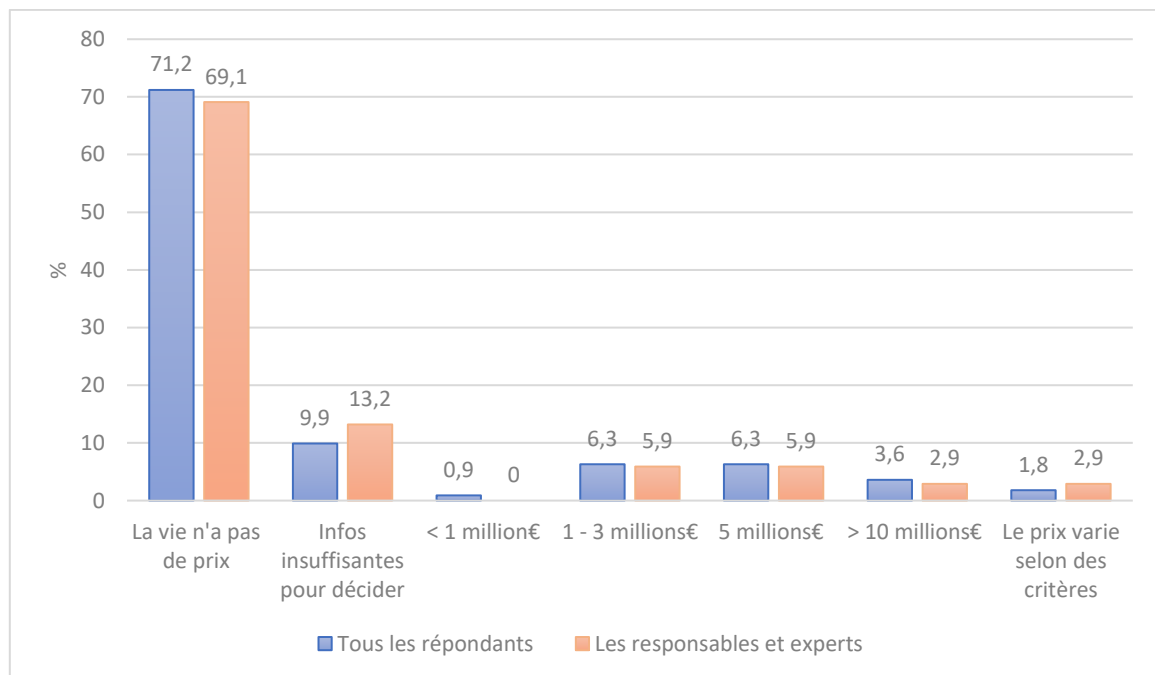


Figure 3 : A combien devrait être évaluée la valeur d'une vie ?

En ce qui concerne l'estimation française de la valeur de la vie (3 millions) qui guide des décisions en santé, 87 répondants (78,4%) la jugent inacceptable. Ce qui est assez proche des 79 personnes (71,2%) estimant que la vie n'a pas de prix (Figure 3).

4.3.2. Opinions des répondants en temps normal et en temps de pandémie Covid-19

Confrontés à différentes déclarations générales sur la santé lors d'un contexte conventionnel de soins (annexe 9.3.3), près d'un répondant sur 2 (n= 52; 46,8%) estime que l'on ne doit pas parler d'argent lorsque l'on s'intéresse à la santé mais que l'Etat devrait tout de même rembourser tous les médicaments (n=48; 43,2%) et financer les soins dont la population pourrait avoir besoin et ce peu importe les coûts impliqués d'après 1 personne sur 3 (n= 43; 38,7%).

En outre, une majorité des personnes interrogées considèrent que l'Etat ne dépense actuellement pas assez pour la santé (n= 83; 74,7%) et que ce dernier ne peut aucunement limiter son budget de la santé aux soins de base (mère-enfants) (n= 94; 84,7%).

Les répondants sont mitigés (*plutôt pas d'accord à neutre* : n=30; 27% au deux) à l'idée de payer plus de taxes pour améliorer la couverture de soins de la population.

Interrogés sur la valeur de la vie (*annexe 9.3.4*), plus d'un répondant sur 2 juge nécessaire de donner un prix à la vie tant pour prendre des décisions en santé (n=72; 64,9%) que pour déterminer le budget nécessaire au système de soins (n= 59; 53,1%). Cependant, les responsables et/ou experts ne semblent pas entièrement d'accord avec l'idée de dépenser sans compter pour la santé (n= 22; 32,4%) contrairement à l'échantillon complet au sein duquel environ la moitié des répondants considère qu'il faille soigner les gens (n=51; 46,3%) et 2 sur 3 veulent protéger la vie de tous « *quoi qu'il en coûte* » (n=71; 63,9%).

Concernant les diverses mesures prises dans un contexte de pandémie (*annexe 9.3.6*), les répondants sont plutôt mitigés sur la décision de l'Etat de mettre l'économie à l'arrêt afin de sauver des vies puisqu'ils se répartissent par tiers entre les différentes catégories de réponses : pas d'accord (n=32; 37,8%), neutre (n=26; 23,4%) ou d'accord (n=42; 38,7%). Les responsables considèrent un peu plus que cet arrêt n'était pas tout à fait nécessaire (n=19; 42,3%).

Par contre, plus de 8 répondants sur 10 jugent les décisions prises par les politiques de confiner la population et de réduire les contacts avec les 'bulles sociales', etc. nécessaires (n=90; 81,4%) et importantes (n=94; 84,6%). Les responsables et/ou experts sont presque unanimement d'accord sur ces mêmes points (n= 41; 91,2% et n=42; 93,3%) . Le panel s'accorde de façon plus mitigée sur le fait que la vie a été mise sur un piédestal à grand frais même si près d'1 répondant sur 2 accepte l'idée (n= 52; 46,8%).

Lorsque les participants sont confrontés à des arbitrages (*annexe 9.3.5*), il ne fait quasi aucun doute pour eux que tout le monde devrait obtenir les mêmes chances de traitement et d'accès aux soins (n= 106; 95,5%) et ce indépendamment de leurs revenus (n=109; 98,2%) ou de leur lieu d'habitation (n=102; 91,9%). De la même façon, ils estiment unanimement que la population devrait bénéficier de soins de qualité identique peu importe leurs revenus (n=107; 96,4%) ou leur lieu de vie (n= 104; 93,7%). Les répondants sont assez mitigés quant au financement des soins pour les personnes adoptant des comportements à risque (alcool, tabac, etc.) mais la majorité (n=56; 50,4%) souhaite le maintien pour tous des financements.

En ce qui concerne les quotas de lits (*annexe 9.3.7*) attribués aux soins intensifs pour les patients Covid-19 positifs, 55 personnes (40,6%) de l'échantillon complet et la moitié des responsables (n=23; 51,1%) estiment qu'ils avaient lieu d'être même si les 2/3 (n= 77; 69,3%) ne jugent pas acceptable d'avoir dû reporter des opérations parfois importantes au profit des patients atteints du Covid-19. Le panel apparaît mitigé sur l'instauration d'un quota de lits pour les patients oncologiques (*pas d'accord* n=47; 42,3% *vs d'accord* n=40; 36%) alors que la majorité des responsables sont plutôt favorables (n= 23; 51,1%).

Plus de 80% de l'échantillon interrogé (n=90; 81%) considère que selon la couleur des partis politiques leurs arbitrages sont différents mais 2 personnes sur 3 (n=75; 67,5%) comprennent la nécessité pour les politiques de recourir à divers critères lors de l'attribution des budgets de santé même si pour près de la moitié (n=51; 45,9%) du panel, définir ces critères est discriminatoire. Les responsables et/ou experts répondent de façon similaire à l'ensemble de l'échantillon.

4.4. La perception des arbitrages en santé : dilemmes et critères en temps normal et en période Covid-19

Concernant les soins lors d'une période conventionnelle, 100 personnes (90,1%) sont favorables à l'anonymat dans les soins et pensent que l'on doit fournir des soins à tout individu indépendamment de ses caractéristiques individuelles (âge, sexe, revenu, etc.). Cependant, parmi les responsables et/ou experts (n= 68, 75,5%), un tiers (33,8%) rapportent avoir recours à des critères d'allocation de ressources dans leur travail.

Les critères proposés (*Tableau 4*) sont assez divers car basés sur des financements (budget, disponibilité et sources de financement), sur les ressources (humaines et matériel) mais aussi adaptés aux patients (nombre, comorbidités, souhaits, etc.). Enfin, selon les projets, le taux d'activités des institutions hospitalières, les critères peuvent varier même si certains sont en outre définis par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).

Tableau 4 : Critères d'allocation de ressources proposés par les responsables/ experts

<i>Définis par l'INAMI</i>	<i>Accès aux soins selon des critères de temps</i>
<i>Budget</i>	<i>Selon les ressources disponibles (matériels, budget, ...)</i>
<i>Disponibilité et source(s) des financements (subsidés, Fonds issus de fondations, etc.)</i>	<i>Selon la disponibilité en personnel (ETP)</i>
<i>Tri des patients (si victimes multiples)</i>	<i>Budget d'investissement, management time</i>
<i>Importance des projets</i>	<i>Choix des prescriptions en fonction du budget pour les médicaments</i>
<i>Concentration des agréments à certains centres en fonction du niveau d'activité (expertise)</i>	<i>Adaptés aux patients (âge, comorbidités, degré d'autonomie, pathologie, degré de fragilité, souhait exprimé par patient, importance de la vie/qualité de vie pour le patient)</i>

41 personnes (36,9%) estiment qu'il était acceptable que les critères d'allocation des ressources changent dans le contexte d'une pandémie mondiale. Les proportions sont semblables auprès des responsables et experts (n= 16; 35,6%). Les répondants décrivent de nouveaux critères synthétisés sous forme de verbatims (Tableau 5). Nous pouvons constater que plusieurs personnes mettent en avant le caractère urgent de la situation et la nécessité de trier les patients en fonction du caractère impérieux des interventions mais aussi de leurs chances de survie, tout en tenant compte de caractéristiques individuelles mais aussi de la qualité de vie post-hospitalisation. Sans oublier que les critères et la priorisation des soins ne peuvent pas complètement évincer les autres pathologies (cardiaques, cancers, etc.) au profit des hospitalisations pour la Covid-19.

Tableau 5 : Critères d'allocation des ressources en temps de crise, proposés par les répondants

<i>Espérance de vie et qualité de vie</i>	<i>Oui car médecine de catastrophe, d'urgence : Traiter selon meilleures chances de survie mène à du tri</i>
<i>Pas aux détriments d'autres pathologies</i>	<i>Critères individuels : pathologie, comorbidités, polyopathologies, âge</i>
<i>Définir des critères dans un premier temps (avant les moyens de prévention et les vaccins)</i>	<i>Report d'interventions non urgentes</i>

Les répondants ont été confrontés à de petites vignettes cliniques relevant de dilemmes sur l'accès aux soins (« *Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?* »). Différents critères de priorisation étaient proposés aux répondants. Vu que les critères mis en avant tant par les responsables que par l'échantillon complet (*réponses les plus fréquentes*) sont toujours les mêmes dans des proportions légèrement différentes (*annexe 9.3.8*), nous ne mentionnerons donc que l'échantillon global. La moitié de l'échantillon complet plébiscite (n= 51; 45,9%) l'absence de comportement à risque (les non-fumeurs) et la jeunesse (n= 57; 51,4%) comme critères de priorisation. Pour les trois-quarts des personnes être parents (n= 84; 75,7%) ne devrait pas faire de différence dans l'accès aux soins. Ils sont aussi quasi unanimes concernant le statut social (n= 103; 92,8%) ou familial (n= 101; 91%) et la question du genre (n =108; 97,3%) puisque pour tous les répondants, ces caractéristiques ne devraient pas être pris en compte lors des arbitrages en santé.

Lorsque nous demandons aux répondants de déterminer, cette fois-ci dans le contexte de la pandémie, les personnes qui devraient obtenir des soins prioritairement ; nous constatons à nouveau aucune différence dans les critères plébiscités tant par les responsables, experts que par l'échantillon complet (*annexe 9.3.9*). Nous ne mentionnerons donc que l'échantillon global. Dans le cas où deux patients devraient recevoir une greffe cardiaque, le statut vaccinal contre la Covid-19 ne devrait pas intervenir pour plus de la moitié des répondants (n= 64; 57,7%). Lorsque les places aux soins intensifs se font rares, près de 2 personnes sur 3 (n=72; 64,9%) estiment que le statut Covid-19 positif ou négatif ne doit pas être pris en compte pour attribuer les lits restants. Tout comme l'association du statut Covid-19 avec l'âge n'apparaît pas comme un critère justifié pour près de la moitié des répondants (n= 51; 45,9%).

4.5. Evolution entre les 2 périodes et les répondants (responsables/experts ou non)

4.5.1. La valeur de la vie

Lors d'une période conventionnelle de soins (début du questionnaire), 48 répondants de l'échantillon complet (43,2%) estiment que la vie a un prix. Ces réponses évoluent après les questions sur la crise de la Covid-19 (fin du questionnaire) puisqu'ils ne sont plus que 25 (22,5%) à donner un prix à la vie (*Figure 4*).

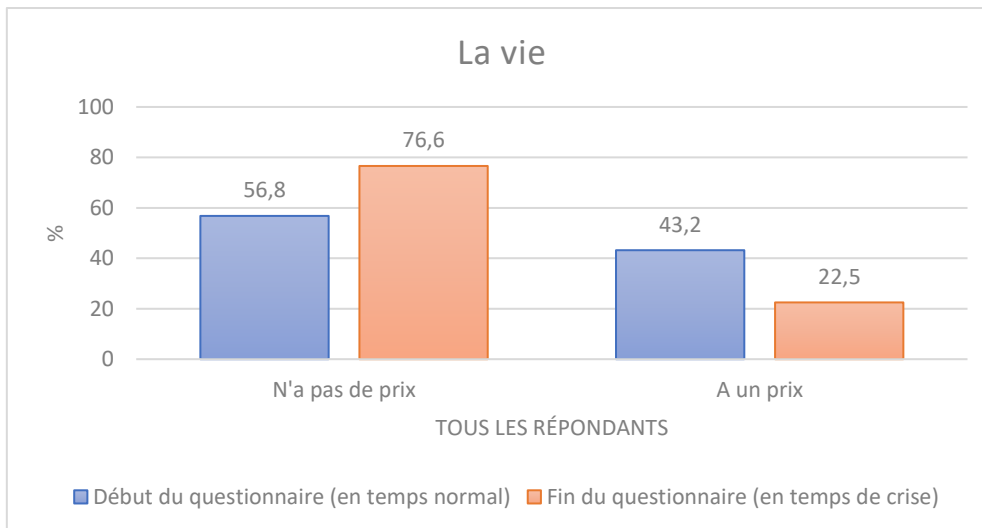


Figure 4 : La vie a-t-elle un prix ? Evolution selon tous les répondants

En se concentrant sur les répondants ayant des responsabilités ou reconnus pour leur expertise (n= 68), la moitié d'entre eux (48,5%) considèrent au début du questionnaire (situation conventionnelle) que la vie a un prix mais ils ne sont plus qu'1 sur 4 (25%) à donner à la fin du questionnaire (temps de crise) un prix à la vie (Figure 5).

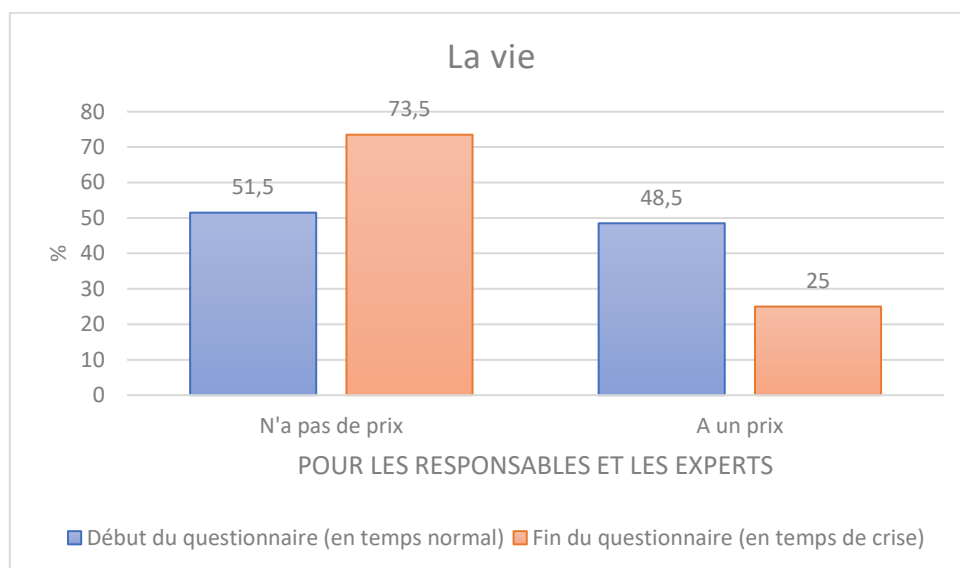


Figure 5 : La vie a-t-elle un prix ? Evolution pour les responsables et experts

$\frac{3}{4}$ des répondants de l'échantillon global (73%) considèrent que toutes les vies valent la même chose lors d'un contexte habituel (début du questionnaire) mais ce nombre descend à juste 10 personnes (9%) dans un contexte de crise sanitaire (fin du questionnaire) (Figure 6). Avec la logique d'affichage du questionnaire (annexe 9.2 Q51), la question n'était visible que pour 25 individus sur 111 (22,5%) ; ce qui ramène la proportion à 10 répondants sur 25 (40%) estimant que toutes les vies se valent.

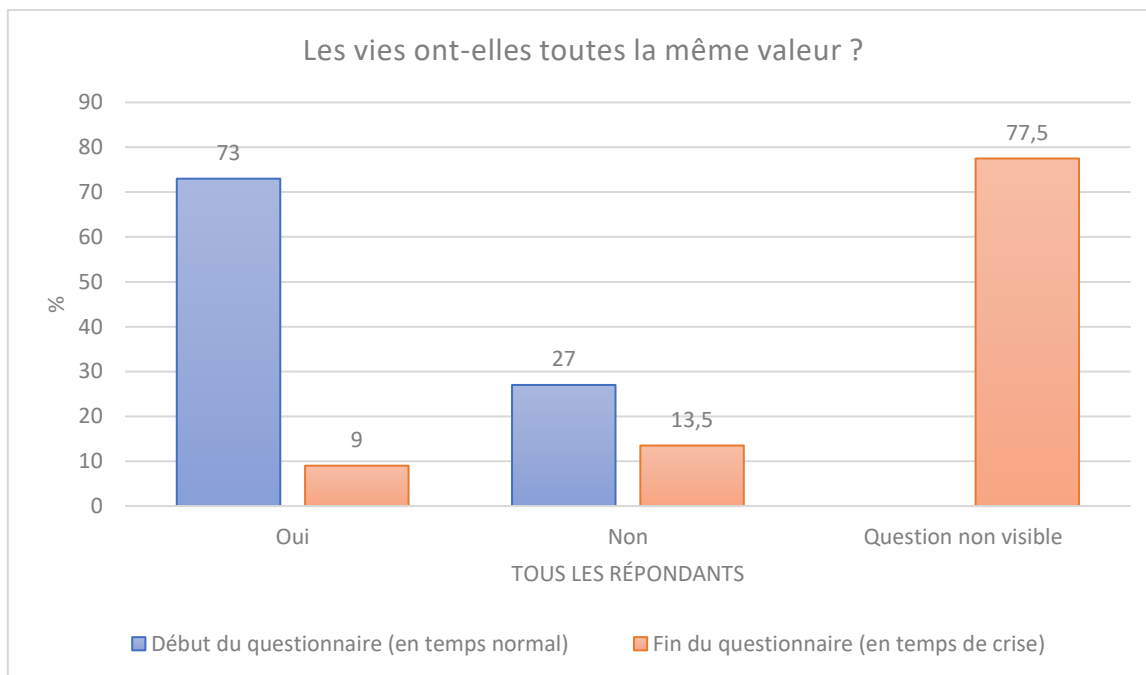


Figure 6 : Les vies ont-elles toutes la même valeur ? Evolution pour tous les répondants

En ce qui concerne les responsables et/ou experts, près de $\frac{3}{4}$ (73,5%) jugent toutes les vies identiques lors d'un contexte conventionnel (début du questionnaire) alors que ce nombre chute jusqu'à 7 personnes (10,3%) dans un contexte de crise sanitaire (fin du questionnaire) (Figure 7). Pour les mêmes raisons que ci-dessus, la question n'était visible que pour 17 individus sur 68 (25%); ce qui fait que 7 répondants sur 17 (41%) considèrent que toutes les vies se valent.

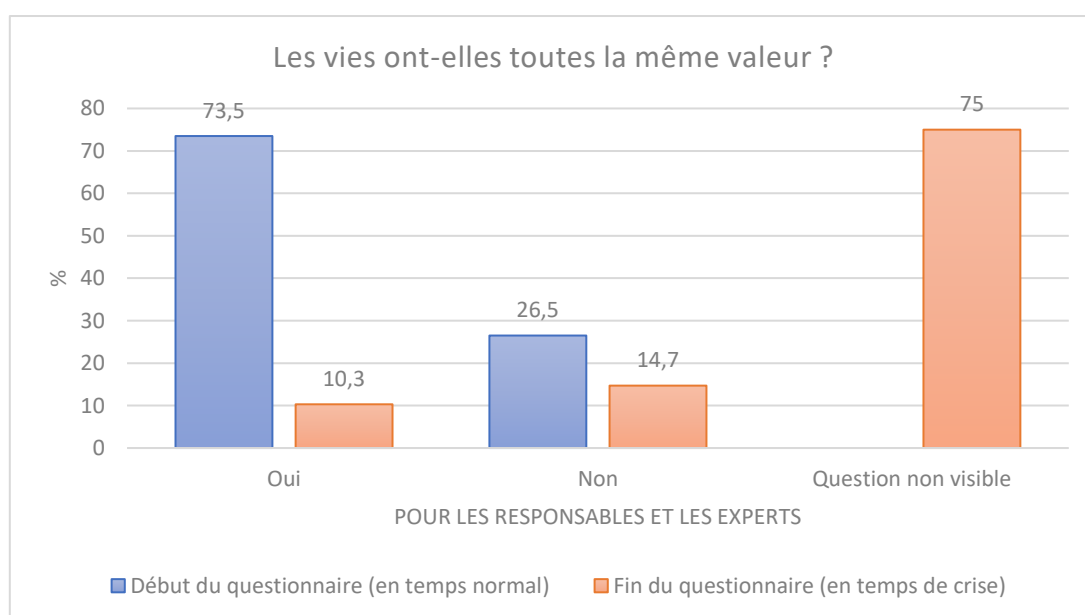


Figure 7 : Les vies ont-elles toutes la même valeur ? Evolution pour les responsables et experts

Concernant l'évolution de la valeur de la vie avec la crise sanitaire (Figure 8), tant l'ensemble de l'échantillon (n= 12, 10,8%) que les responsables et/ou experts (n= 9, 13,2%) estiment plus fréquemment que la valeur est restée stable. A noter, comme mentionné plus haut, que selon la logique d'affichage du questionnaire (annexe 9.2 Q52) tous les répondants n'ont pas vu cette question. Seuls 12 répondants globaux sur 25 (48%) et seuls 9 responsables sur 17 (53%) considèrent que la valeur de la vie est restée identique.

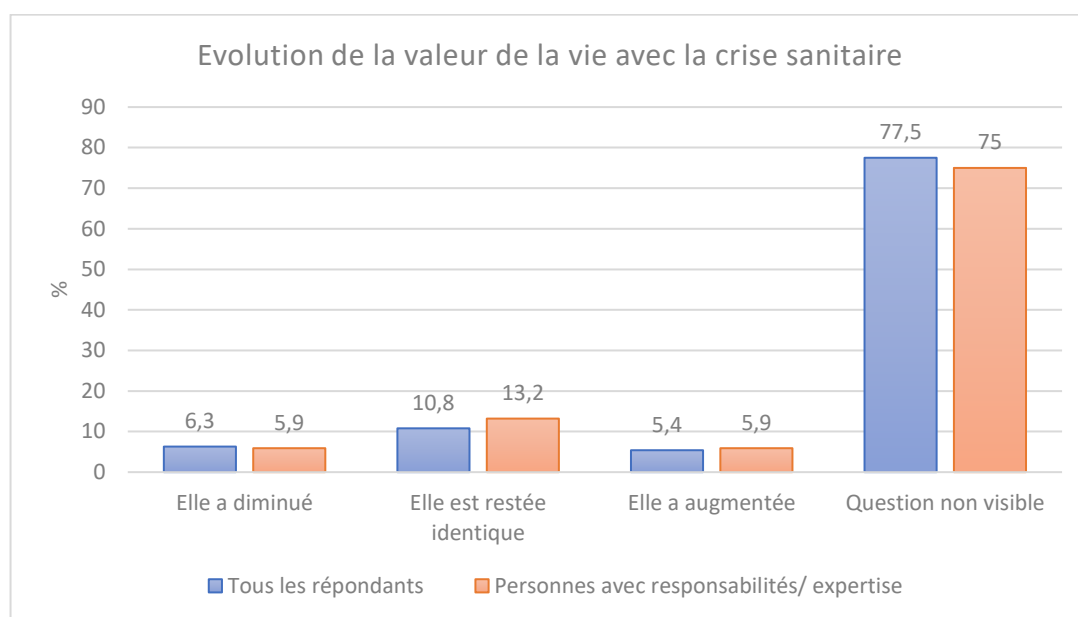


Figure 8 : Evolution de la valeur de la vie avec la crise sanitaire

Au fil du questionnaire, nous constatons que 41 personnes sur 72 (56,9%) donnant une opinion favorable (*tout à fait d'accord ou plutôt d'accord*) à « Donner une valeur à la vie pour prendre des décisions en santé est nécessaire » répondent que la vie avait un prix au début du questionnaire contre 22 (30,6%) à la fin de celui-ci (contexte de crise sanitaire).

Dans le même ordre d'idées, 32 personnes sur 59 (54,2%) acceptant que « Déterminer une valeur de la vie pour déterminer le budget de la santé est nécessaire » donnent un prix à la vie au début du questionnaire contre 19 (32,2%) à la fin.

4.5.2. Analyses statistiques : corrélations et tableaux croisés

Nous souhaitons déterminer si certaines données socio-éco-démographiques impactaient ou non les réponses sur le prix éventuel de la vie. Nous pouvons constater qu'il n'y a pas d'association entre le secteur d'activité et les réponses sur le prix de la vie puisque le coefficient de Pearson est de -0,56 donc proche de zéro et non de -1/+1. De plus, le résultat n'est pas significatif (p-valeur de 0,562 > 0,05).

Il n'y a pas non plus de corrélation entre le niveau d'étude et les réponses sur le prix de la vie comme le coefficient de 0,166 est loin de -1/+1. De plus, le résultat n'est pas significatif (p-valeur de 0,82 > 0,05).

De même, il n'y a pas de corrélation entre l'âge (en années) et les réponses sur le prix de la vie puisque le coefficient de Pearson est de 0,159, proche de zéro. De plus, le résultat n'est pas significatif (p-valeur de 0,097 > 0,05).

Deuxièmement, nous avons souhaité croiser les responsabilités et/ou l'expertise avec plusieurs variables afin de prouver d'éventuelles différences ou non. Le seuil des effectifs observés pour les différentes variables analysées est supérieur à 5, ce qui nous permet de réaliser un test de Chi² de Pearson. Au seuil de 5% (α) et avec une p-valeur de 0,157 > 0,05 (non significatif), nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe une différence entre la proportion de personnes estimant que la vie (n')a (pas) un prix (*situation habituelle de soins*) dans le groupe des responsables/experts par rapport à celle des personnes sans responsabilités ni expertise.

Le seuil des effectifs observés pour les différentes variables analysées est supérieur à 5, ce qui nous permet de réaliser un test de Chi² de Pearson. Au seuil de 5% (α) et avec une p-valeur de 0,676 > 0,05 (non significatif), nous ne pouvons pas affirmer qu'il existe une différence entre la proportion de personnes estimant que les soins devraient être fournis sur base de caractéristiques individuelles ou indépendamment des personnes dans le groupe des responsables/experts par rapport à celle des personnes sans responsabilités ni expertise.

4.6. Commentaires généraux des répondants

38 répondants (42,2%) ont laissé divers commentaires à la fin du questionnaire (*annexe 9.3.10*), tant des conseils, des réflexions, des critiques sur notre thématique que des remerciements.

Les commentaires renvoient fréquemment tantôt aux **arbitrages** « *il ne devrait pas y avoir de différences d'accès aux soins CV + ou CV-. Les patients vaccinés devraient être prioritaires en cas de choix vitaux car ils ont fait le choix de se protéger et protéger les autres.* » ; « *la société peut fixer des limites mais pas les soignants* » ; « *pour évaluer si un patient ou un autre doit être prioritaire, il faut prendre tous les critères dont nous disposons en considération et pas un seul à la fois.* » tantôt au **contexte de la Covid-19** « *Les mesures décidées l'ont été avec les moyens disponibles* » ; « *les quotas étaient nécessaire pour répartir les efforts dans les différents hôpitaux.* » tantôt à des aspects **plus éthiques** « *certaines questions relèvent d'un choix éthique et donc nécessitent plus d'informations et sont plus nuancées qu'un simple oui ou non* » ; « *La vie n'a pas de prix et tout le monde a le droit à la vie.* » ; « *La vie n'a pas de prix mais, malheureusement, l'accès aux soins de santé n'est pas équitable dans notre pays...* » mais aussi à des aspects **économiques** « *pas de prix mais un coût* » ; « *La question concernant la vie vs l'économie est à mon sens centrale et difficile. L'économie est vitale pour certaines personnes.* » ; « *Un système de soins de santé sans économie n'est pas viable.* ».

5. Discussion

Dans cette partie, nous aborderons les résultats de l'étude en les reliant aux questionnements de départ et à la revue de littérature. Premièrement, nous objectiverons la perception de la population en général ou des responsables sur le concept de la valeur de la vie et celui des arbitrages en santé en la confrontant aux recherches antérieures.

Deuxièmement, nous nous intéresserons aux critères guidant les arbitrages en santé ainsi qu'à la perception du public interrogé et des auteurs sur la nécessité ou non de ces derniers. Et ce en regardant les éventuelles conséquences de la valeur de la vie et des critères de priorisation sur la valeur identique pour tous de la vie.

Troisièmement, nous parcourrons, au regard de la gestion de la crise de la Covid-19, l'évolution de la valeur de la vie au sein de l'étude mais aussi de la littérature.

Enfin, nous évoquerons les limites et biais soulevés par notre étude de même que les perspectives de recherche future.

5.1. Perceptions sur le concept de la valeur de la vie et sur les arbitrages en santé

Avant de rentrer dans le vif du sujet, nous pouvons évoquer l'échantillon de notre étude qui, bien que non représentatif, possède certaines caractéristiques intéressantes. Le panel comptait presque autant de femmes (53,4%) que d'hommes (45%) avec un âge moyen de 46,6 ans et ayant pour les $\frac{3}{4}$ d'entre eux, fait des études supérieures. 72,1% des répondants faisaient partie du secteur de la santé ce qui peut s'expliquer par l'envoi préférentiel du questionnaire à des responsables hospitaliers et des experts reconnus pour leurs compétences lors de la crise Covid-19, et via des collègues paramédicaux et des étudiants de Master2 en Santé Publique.

Par rapport à la thématique de la valeur de la vie, moins de la moitié de l'échantillon révélait connaître ce concept alors que près de 40% des responsables reconnaissaient utiliser celui-ci au quotidien dans leur travail, qui pour rappel consiste en un « *coût de la formation d'un individu anonyme [reprenant l'] enseignement, [les] allocations familiales et [la] sécurité sociale...* » (Le Net, 1980, p. 15).

Lorsque nous avons demandé au panel de se positionner face à l'affirmation que la vie avait un prix ou de quantifier ce prix, concept qui se définit comme «*la valeur d'une variation du risque de décès pour une population de référence*» (Solignac, 2009); nos résultats nous ont montré que la majorité (56,8% voire même 71,2%) des répondants refusaient de donner un prix à la vie et d'envisager une santé basée sur l'argent (46,8%). Et ce même si pour 1/3 des personnes l'Etat devrait financer tous les soins dont la population pourrait avoir besoin puisqu'il fallait soigner (46,3%) et protéger la vie de tous (63,9%) «*quoi qu'il en coûte*». Une majorité (74,7%) estimant de surcroît que l'Etat ne dépense actuellement pas assez pour la santé.

Ce positionnement contraste fort avec la littérature qui est majoritairement en faveur de l'utilisation d'une valeur de la vie et d'un prix pour la vie en santé. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une acceptation différente de la part de cet échantillon. Cette dernière pourrait provenir de la présence importante de soignants ou de diplômés du supérieurs mais aucune association significative (tests de corrélation de Pearson) n'a été trouvée entre le secteur d'activité/ le niveau d'éducation et le prix éventuel de la vie. De plus, aucune corrélation n'existe entre les réponses sur le prix de la vie et l'âge moyen en années de notre échantillon.

Une autre explication probable se cache peut-être derrière l'incompréhension des répondants face au concept du fait des descriptions parfois réductrices dans la presse et des décisions politiques manquant de transparence (Cameron, 2008; Solignac, 2009). En effet, il n'est pas toujours évident de «*distinguer [la] valeur "financière" de la vie [de la] valeur "éthique"*» (9.3.10 (2)) ni même de toujours percevoir le «*bien-fondé éthique*» (le bien ou le mal) de l'utilisation d'une valeur de la vie, comme précédemment mentionné, au vu de la diversité ou de la richesse caractérisant la vie (Delorme, 2020).

Au-delà de ces questions éthiques pouvant porter à controverse, d'autres raisons émanant de convictions ou craintes philosophico-religieuses ont été mises en avant tant par les participants («*La vie n'a pas de prix et tout le monde a le droit à la vie.*» (9.3.10 (25)) que par notre revue initiale de la littérature mentionnant e.a. les premiers écrits refusant d'estimer financièrement la vie (Andersson & Treich, 2011) et mentionnant aussi la place du/des Dieux pour justifier en quoi la vie devrait rester inestimable et en quoi aucune décision en santé ne devrait se baser sur un prix donné à la vie.

Cependant, même en l'absence d'une différence significative (p -valeur de $0,157 > 0,05$) entre le groupe des responsables et/ou experts et le restant de l'échantillon, près de la moitié (48,5%) des responsables de notre étude tendent à donner un prix à la vie.

Étonnamment, le panel paraissait moins contraire à fixer un prix à la vie tant pour définir le budget de la Santé (53,1%) que pour émettre des décisions en santé (64,7%). Ce qui se ressentait aussi dans les commentaires de participants acceptant de donner un prix à la vie puisque « *la santé étant un bien, elle a un prix. De facto, la vie (en bonne santé) aussi.* » et qu'« *un système de soins de santé sans économie n'est pas viable* » (9.3.10 (2et27)). En effet, ils estiment que voulant des soins accessibles et de qualité pour tous « *la question concernant la vie vs l'économie [est] centrale et difficile* » (9.3.10 (26)) ce qui s'explique par la présence de contraintes et de ressources financières limitées (Bommier & Villeneuve, 2012; Drèze, 1999; Tubeuf, 2021). En outre, il n'est pas bien vu par 1/3 des responsables et/ou experts (32,4%) de dépenser l'argent sans compter pour la santé. Dans ce contexte et par souci de maximisation de la bonne santé du plus grand nombre à moindre coût (Le Net, 1980; Tubeuf, 2021), les décideurs politiques se doivent de réaliser des arbitrages. Donner une valeur monétaire à la vie permet donc de guider et d'expliquer certaines décisions politiques en obtenant une mesure commune et objective permettant la comparaison entre différentes options de traitements et/ou domaines d'activités financés par l'Etat (maintenant ou demain, ici ou ailleurs) en tenant compte des coûts d'opportunité (Claxton & Sculpher, 2015; Tubeuf, 2021).

Ce qui n'est pas entièrement le cas d'autres mesures composites comme le QALY (*Quality Adjusted Life Years*) qui doit se limiter à analyser uniquement des options de traitements dans la santé sans fournir d'idée sur les impacts budgétaires des décisions sur d'autres paniers de services (Tubeuf, 2021). Les résultats de notre enquête ne penchent pas en faveur de la transparence ou d'une amélioration de l'acceptabilité des décisions politiques à partir de la valeur de la vie.

Ce n'est pas tout que les décideurs politiques s'accordent sur la nécessité de donner un prix à la vie, encore faut-il fixer ce prix. Alors que la majorité (56,8% voire même 71,2%) des participants de l'étude se montrent franchement contre, d'autres sont assez indécis quant au fait qu'il leur faudrait d'autres informations ou que ce prix fluctuerait selon des critères. Pour 17,1% des répondants ce prix s'échelonne entre < 1 million€ et > 10 millions€. La revue de littérature réalisée précédemment, nous montre que ce prix ne peut être infini puisque les individus prennent tout le temps des risques (Solignac, 2009).

Cependant, nous pouvons constater une hétérogénéité des valeurs de la vie de référence (

Tableau 2) en fonction des pays et des méthodes de calculs alors que certaines institutions privilégient également des seuils de valeur de la vie pour réaliser leurs arbitrages voire même des coûts par QALY. Ces mesures sont parfois implicites comme en Belgique ou dépendent des pathologies (Pays-Bas, Royaume-Uni) mais ne dépassent pas vraiment les 5 millions€₂₀₀₅ à l'heure actuelle contrairement à l'étude dans laquelle 9,9% de l'échantillon complet proposait un montant entre 5 millions€ et 10 millions€ soit plus élevé que les 3 millions en France jugés inacceptables par plus des ¾ du panel interrogé.

Certains répondants (~37%), conscients de l'intérêt des arbitrages en santé, ont décrit les contextes propices à un usage, peut-être plus accepté, du concept de la valeur de la vie. Les domaines d'utilisation avancés appartiennent tantôt à l'économie de la santé (remise en question du rapport coût-bénéfice de médicaments, des investissements hospitaliers, des discussions pharmaco-économiques afin de trouver le juste prix des traitements, etc.), tantôt à la sécurité (via la sécurité routière, les assurances, la prévention, etc.) mais aussi aux crises et aux catastrophes (lors d'une pandémie, d'attentats, d'une crise climatique, etc.). Alors que le domaine médical semble aussi en intéresser plus d'un concernant les questions d'acharnement thérapeutique, de qualité de vie, de fin de vie, de projet thérapeutique et de maladie grave. Nous pouvons constater que les contextes proposés sont nombreux et à peu de chose près similaires à ceux repris dans la littérature en y ajoutant les domaines de la guerre, de l'aéronautique et du monde de la justice qui s'intéressent de près à la valeur de la vie afin de spécifier des compensations et/ou indemnisations (Colonomos, 2020).

5.2. Quels critères interviennent dans les décisions de priorisation en santé et la valeur de la vie est-elle similaire pour tous lors des arbitrages en santé?

Les résultats de notre étude montrent que 73% des participants estiment que les différentes vies valent toutes la même chose et sont similairement évaluées lors des arbitrages en santé. Cependant, nous venons de rappeler l'hétérogénéité des valeurs de la vie entre plusieurs pays e.a. qui dépend des méthodes de calcul de la valeur de la vie utilisées (

Tableau 2), de la méthodologie employée (emplois repris dans le calcul du risque, informations partagées, publics sondés, type de risque évalué ou goût du risque des personnes sondées, etc.) (Bellavance et al., 2009; Dionne & Lebeau, 2010; OCDE, 2012; Viscusi & Aldy, 2002) ou encore de l'insertion d'éléments difficilement estimables comme les coûts indirects et/ou affectifs. En tenant compte de ces éléments, et de l'utilisation majeure de seuils de référence fluctuant selon la gravité des maladies (Brouwer et al., 2019), le type de maladies (Claxton & Sculpher, 2015) ou les publics visés par les nouveaux traitements au sein d'un même pays, nous pouvons observer que dans les faits, et ce à l'inverse des réponses du panel, les vies ne sont pas toujours similaires.

Un autre élément faisant pencher la balance en faveur d'une valeur de la vie identique ou non identique, c'est ce sur quoi les décisions et arbitrages politiques se basent. En effet, selon que l'on tienne compte des caractéristiques individuelles des personnes en recourant à des critères ou que l'on maintienne l'anonymat de ces dernières en fournissant des soins à tout individu indépendamment de qui il est, cela impactera le prix d'une vie.

Nos résultats nous montrent qu'une très grande majorité (90,1%) des répondants refusent que nous utilisions des critères dans l'accès ou le financement des soins de santé, ce qui s'explique par leur volonté d'avoir des valeurs de la vie identiques pour toute la population. Or un tiers des responsables et/ou experts (33,8%) utilise des critères d'allocation des ressources dans son travail quotidien et semble avoir conscience de l'intérêt de ces critères dans un contexte de ressources limitées ; même si aucune différence statistique n'a été révélée dans notre étude entre les responsables et le restant de l'échantillon.

Suivant notre volonté de mettre en lumière les critères se présentant comme plus acceptables par la population, nous avons sollicité le panel de l'étude. Les critères proposés relèvent de diverses thématiques et sont basés sur le budget, la disponibilité et les sources de financement, mais aussi sur les ressources tant humaines, temporelles que matérielles voire même patient-dépendant (leurs comorbidités, leurs souhaits, leur nombre), etc. A côté de ceux souhaités par les participants de l'étude, d'autres seraient définis par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Lorsque confrontés à des vignettes cliniques, certes plus restrictives et moins nuancées, ils estiment en plus que l'âge et le statut de non-fumeur sont acceptables comme critères; si ce n'est qu'une majorité (50,4%) des personnes interrogées souhaite néanmoins un maintien des financements même en présence de comportements à risque.

Comparativement, en période de crise, 1/3 des répondants (36,7%) adoptent l'idée que les critères changent et/ou croissent et qu'il faille maintenant réaliser un tri des patients en tenant compte de leurs chances de survie, de leur espérance de vie, de la qualité de vie post-hospitalisation et des comorbidités même si cela induit un report non exhaustif des soins non urgents.

Avec la pandémie, Bouthillier (2020), Netters et al. (2021), Scully (2020) mentionnent d'autres critères leur paraissant adéquats pour trier les patients comme le fait de tenir compte des préférences de chacun, de suivre une certaine proportionnalité pour éviter de faire pire que bien ou encore de regarder l'utilité sociale des patients. Nous constatons donc, tant dans notre étude que dans la littérature, l'existence de nombreux critères pris en compte lors des arbitrages en santé dans un souci d'efficience allocative.

Si tous ne s'accordent pas sur l'utilisation de ces critères affirmant qu'ils remettent en cause une valeur de la vie identique, certains critères semblent totalement exclus. Lors d'une situation conventionnelle de soins, les participants à l'étude affirment catégoriquement que ni le genre (97,3%), ni le statut social (92,8%) ou familial (91%) ni le statut parental (75,7%) ne devraient servir pour les arbitrages.

Parallèlement, certains critères liés à la Covid-19 paraissent discutables ou sont recalés pour/par les répondants qui estiment que le statut vaccinal contre la Covid-19 (57,7%), le fait d'être atteint ou non du Coronavirus et l'âge (45,9%) ne devraient pas faire la différence dans la priorisation et l'octroi des soins et lits de soins intensifs par rapport aux autres pathologies. Ce qui a aussi été exprimé par un désaccord des 2/3 de l'échantillon face au coût d'opportunité de ces quotas de lits pour les patients atteints de la Covid-19, à savoir le report d'opérations parfois importantes au profit des patients Covid-19 positifs. À l'inverse près de la moitié du panel (40,6%) et de 51,1% des responsables et/ou experts approuvent la nécessité d'avoir instauré ces quotas de lits pendant la pandémie afin de « répartir les efforts dans les différents hôpitaux » (9.3.10 (29)).

Définir ces critères est un premier pas mais savoir dans quels contextes, avec quelle adhésion et selon quels principes les utiliser ne semble pas évident. Doivent-ils être perçus et utilisés de façon absolue ou uniquement servir de recommandations ? Quelles sont les personnes fixant

ces critères ? Même si certaines personnes estiment que «*la société peut fixer des limites mais pas les soignants* » (9.3.10 (7)), le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (2020) souhaite que cette décision se fasse de façon collégiale mêlant les institutions de soins, les politiques et les professionnels de terrain en tenant compte des diverses recommandations éthiques et de la clinique des patients. La sollicitation des instances de bioéthique permettra «[d'] éviter l'arbitraire et une responsabilité écrasante [sur les] équipes médicales [...]». (Sanchez, 2020, paragr. 12)»

Chaney & Robert (2020), reprenant les économistes Matthew Adler, James Hammit et James Treich, expriment des critiques sur la valeur de la vie puisqu'au vu des caractéristiques diverses utilisées pour la calculer et des différents critères avancés, il existe des risques de favoriser certains individus au détriment d'autres alors que le concept se voulait uniformisant. Ils estiment tout comme Cameron (2008) que la valeur de la vie est une approche encore perfectible et que l'on devrait changer de terminologie au moins pour le grand public (avide d'exprimer des réactions d'incompréhensions et de colère (Cameron, 2008)) avec la disposition à échanger (DAE) ou la disposition à payer (DAP).

Il est donc important de se limiter à un usage aidant la décision politique « [non comme] *une règle de décision* [mais] *en complément d'autres approches*» (Treich, 2014, p. 7) pour rationaliser le budget et déterminer le meilleur projet en tenant toujours à l'œil les conséquences sur les vies humaines (Chaney & Robert, 2020).

Il est bien sûr intéressant d'attribuer un prix statistique à la vie nous dit Canto-Sperber (2020) mais qu'en est-il du prix que la personne attribue à sa propre vie ? L'âge ne peut être à lui seul le critère de décision, que ce soit en temps de pandémie ou non, pour évaluer la valeur d'une vie car d'autres facteurs, peut-être plus philosophiques ou sociaux (activités, relations, ...), se doivent d'intervenir aussi. Tout comme la renommée ou le prestige d'un individu ne pourrait supplanter la valeur d'autres dans les décisions politiques.

En fonction de l'usage ou non de critères et de la nature des critères suivis, nous pouvons déterminer la philosophie se cachant derrière la distribution des ressources liées à la santé. En effet, en fournissant des soins semblables pour tous sur base d'un anonymat telle une loterie nous nous rapprochons de l'égalitarisme (Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, 2020), alors que si nous nous soucions juste de catégoriser la population plus défavorisée (en termes de santé/ comorbidités, de symptômes,..) en leur fournissant prioritairement l'accès aux soins cela s'apparente à du prioritarisme (Sanchez, 2020).

Enfin, dans le cas d'une crise sanitaire ou d'une catastrophe, beaucoup sont tentés de recourir à l'utilitarisme afin de maximiser la bonne santé et le bien-être collectif du plus grand nombre même si cela demande de trier la population et de regarder ses caractéristiques individuelles au risque à nouveau d'exclure systématiquement certains publics (personnes âgées, handicapées, avec un statut sociale plus défavorisé, etc.) ou d'estimer que ces derniers *'n'en valent pas la peine'* (Netters et al., 2021).

Dans un contexte de ressources limitées, puisqu'il n'est pas possible d'avoir une vision dichotomique (Scully, 2020), plusieurs répondants expriment la nécessité de mettre des nuances sur le terrain en tenant compte de plusieurs critères recommandés à la fois, ainsi qu'en recourant à des décisions au cas par cas pour se rapprocher de la complexité de la vie et de la réalité (9.3.10 (3,4,6,8,15,18,19,22,30 et 36)).

5.3. La gestion de la crise a-t-elle changé la valeur donnée à la vie ?

Nous avons déjà précédemment parlé des raisons ayant poussé les décideurs politiques à faire des arbitrages. Ils ont lieu tant en situation conventionnelle de soins lorsque le budget est limité et dans une volonté d'efficience allocative, que lors de la pandémie de la Covid-19 résultant en une médecine et une gestion de crise où la rareté des ressources humaine, matérielle et financière rendent la maximisation de la santé du plus grand nombre délicate et difficile.

Nous nous sommes donc intéressés avec cette étude à savoir si cette gestion et/ou cette crise avait eu un impact sur la valeur donnée à la vie ?

Ce que nos résultats nous montrent, c'est que premièrement, la proportion de gens considérant que la vie avait un prix a chuté de moitié entre le début du questionnaire qui correspondait à une situation conventionnelle, et la fin du questionnaire portant sur la crise sanitaire ; et ce pour tout l'échantillon (43,2% vers 22,5%) et pour les responsables (48,5% vers 25%).

L'échantillon considère tout d'abord que les différentes mesures (confinement, bulles, quotas de lits pour les patients atteints de la Covid-19...) étaient importantes (81,4%), nécessaires (84,6%) et « *l'ont été avec les moyens disponibles* » (9.3.10 (16)), afin de « *répartir les efforts dans les différents hôpitaux* » (9.3.10 (29)) et que le contexte de crise a bien imposé des décisions particulières dans le but de sauver des vies même si cela a induit des sacrifices.

Sachant cela et tenant compte de la logique d'affichage du questionnaire, nous pouvons mieux comprendre que la majorité de l'échantillon, soit 12 personnes sur 25 (48%) ou 9 responsables

et/ou experts sur 17 (53%), considère que la valeur de la vie est restée stable ; position qui est également soutenue par l'économiste de la santé Sandy Tubeuf interrogée par d'Otreppe (2020).

En revanche, certaines personnes n'ont pas apprécié (37,8%) que l'État mette l'économie à l'arrêt au profit de la santé. Qui plus est, vu que la santé a été privilégié (ou mise sur un piédestal pour 46,8%) par rapport à d'autres secteurs d'activités comme la culture, l'éducation, l'économie lors de la pandémie ; cette décision a impacté la valeur de la vie des personnes travaillant ou dépendant de ces secteurs. Dès lors, nous pouvons nous interroger quant au fait que la valeur de la vie, même restée stable au fil du temps, serait inégale selon les personnes ?

De plus, les participants à l'étude affirment majoritairement (81%) que selon l'appartenance politique des décideurs les arbitrages sont différents. Pour remarque, nous ne nous sommes pas intéressés aux compétences en santé des régions et communautés pour ce travail. Or si nous nous étions intéressés aux Ministres des Affaires sociales et de la Santé Publique en poste pendant cette pandémie, à savoir Maggie De Block pour l'OpenVld et Frank Vandenbroucke pour Vooruit, nous aurions pu constater que bien qu'opposés sur l'échiquier politique, l'histoire nous a montré que même avec des méthodes et une communication différentes, ils ont pris des décisions sanitaires assez similaires (D'Hoore, 2020). Il est toutefois nécessaire de mentionner l'instauration du Covid-Safe ticket, une fois les vaccins rendus disponibles, qui a mis le statut vaccinal en exergue impactant in fine différemment la valeur de la vie des Belges au niveau de la culture, des voyages, etc.

Cette situation d'arbitrages continuera sûrement à l'avenir car bien que non souhaitable pour certains (9.3.10 (16)), les décideurs devront toujours choisir parmi plusieurs options thérapeutiques et d'accès aux soins dans un contexte de budget limité.

5.4. Limites de cette étude

La diffusion préférentielle du questionnaire à des responsables et des professionnels de la santé peut-être plus intéressés par le sujet et le recours à une diffusion selon « *snowball procedure* » provoquent un biais de sélection rendant l'échantillon non représentatif, d'autant plus que le nombre de répondants ne permet pas d'envisager la variété de caractéristiques d'une population générale. Cependant, cela constitue une base intéressante pour démarrer une recherche de plus grande ampleur.

Au vu de la logique d'affichage dans les questionnaires, les personnes n'estimant pas que la vie avait un prix, ne voyaient pas les dernières questions sur l'évolution de la valeur de la vie ni sur

la similarité des valeurs de la vie. Par conséquent, l'effectif pour ces 2 questions a été sévèrement réduit, offrant très peu de réponses.

Plusieurs participants ont relevé le manque de réalisme de certaines questions puisqu'il ne leur était pas possible d'émettre plusieurs choix concomitants de critères d'allocation des ressources ni de nuancer leurs réponses alors que dans la vie les choses sont plus complexes. En effet, nous ne pouvons pas nous limiter à des *oui* ou *non* lorsque des questionnements certes économiques mais aussi éthico-philosophiques sont en jeu. Cependant, rendre toutes les réponses justifiables aurait rendu l'analyse d'un questionnaire compliquée et s'éloignerait du but premier des études plus quantitatives. De plus, le choix des réponses courtes nous a permis d'obtenir des résultats peut-être moins précis mais francs sur un concept divisant la population étudiée.

5.5. Perspectives et recommandations pour la recherche et la pratique

Étant consciente des limites actuelles de notre étude, il serait intéressant de prolonger cette dernière en diffusant plus massivement le questionnaire afin de toucher une plus grande partie de la population et d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population générale. A côté de ce panel-là, il faudrait en réaliser un autre composé uniquement de responsables et/ou experts pour déterminer si des associations ou différentes statistiques apparaissent dorénavant.

Une autre piste à creuser serait de reproduire une étude similaire en y ajoutant une partie qualitative au travers d'entretiens en plus des questionnaires afin d'obtenir des nuances plus importantes sur les réponses et/ou mieux comprendre le raisonnement derrière les réponses.

Par ailleurs, tel que cela a été mentionné par plusieurs participants, si nouvelle étude il y a, il faudrait s'assurer que la réalisation du questionnaire tienne compte de l'ambiguïté inhérente au mot « valeur », que ce dernier permette les nuances et soit plus court pour obtenir des progressions plus conséquentes aux questionnaires et obtenir un échantillon de plus grande taille.

Enfin, le concept de la valeur de la vie pouvant en surprendre certains si nous rappelons les incompréhensions observables dans l'étude et la littérature, peut-être y a-t-il eu un impact sur les réponses ? Il vaudrait peut-être mieux réaliser une enquête avec plus de recul par rapport à la pandémie de la Covid-19, période apparue comme bouleversante ou de questionnements pour beaucoup.

6. Conclusion

Ce mémoire avait pour buts, à partir de questionnaires en ligne, de recueillir l'opinion de la population générale et de professionnels de la santé, responsables hospitaliers et experts, sur le concept de la valeur de la vie; d'analyser si le prix de la vie était similaire entre tous les individus lors d'arbitrages en santé et enfin d'observer l'impact éventuel de la crise de la Covid-19 sur ces différents points.

Premièrement, nous pouvons conclure ce travail en affirmant qu'il n'y a pas eu de prise de conscience sur la valeur de la vie liée à la pandémie puisque le concept existe depuis longtemps déjà même si les premiers travaux à ce sujet ont été réalisés dans des domaines extra-médicaux. Par contre nous avons pu constater tout au long de ce mémoire les divergences entre la littérature scientifique et le panel de répondants concernant la compréhension et l'acceptation du concept de valeur monétaire de la vie. En effet, la majorité des participants, ne connaissaient pas vraiment ce concept et considéraient que la vie n'avait pas de prix et qu'il était donc incompréhensible de réduire la richesse, la diversité de la vie à une simple considération financière. Il n'y avait ni corrélations socio-démographiques ni différences entre les participants occupant un poste de responsable et les autres. Cependant, le panel concevait bien la nécessité dans un contexte de ressources limitées, d'utiliser le concept de la valeur de la vie pour décider comment attribuer les budgets en comparant les diverses options de traitement, d'accès aux soins mais aussi, et c'est l'intérêt avancé à l'inverse des QALY, de pouvoir comparer les dépenses entre plusieurs paniers de services financés par l'État.

Deuxièmement, à l'inverse des souhaits du panel, il n'existe pas qu'une seule valeur de la vie unique sur laquelle se baseraient les arbitrages en santé. De plus, malgré la volonté de presque tous les répondants de fournir un accès et un financement des soins sur base de l'anonymat ; nous avons constaté la nécessité de tenir compte de caractéristiques individuelles, de critères d'allocation des ressources dans certains contextes, entraînant une variation de cette valeur de la vie au risque d'exclure certains publics. Nous pouvons admettre que de nombreux critères sont utilisés selon les philosophies existantes en matière de distribution des ressources mais que certains critères ont été catégoriquement exclus par le panel à savoir le genre, le statut familial ou social ou encore le statut vaccinal contre la Covid-19. Notons aussi l'importance,

exprimée par les participants, de considérer plusieurs critères simultanément lors des arbitrages.

Enfin, nous pouvons affirmer à la fin de cette étude que la gestion de crise de la Covid-19 a corroboré les habitudes décisionnelles précédemment instaurées dans un contexte de ressources limitées. Cela étant dit, nous pouvons admettre que le panel s'accorde sur le caractère identique de la valeur de la vie que ce soit pendant ou après la pandémie de la Covid-19. Il reste que certains critères semblent davantage préoccuper tant les participants de l'étude que les auteurs spécialisés en temps de pandémie comme dans le cadre des soins conventionnels - sans toutefois clairement déterminer une valeur de la vie de nature différente. Ils en concluent donc que la valeur de la vie est restée stable pendant la pandémie même si des fluctuations existent en tout temps en fonction des publics et selon les coûts d'opportunité et d'éventuelles inégalités.

Il apparaît par conséquent intéressant, à la suite de cette étude, de prolonger la présente enquête auprès d'un échantillon encore plus représentatif et parallèlement de renforcer la sensibilisation de la population aux tenants et aboutissants de certaines décisions relatives à la santé. Avec l'espoir de peut-être impacter l'opinion du public sur la valeur (monétaire) de la vie.

7. Bibliographie

- 1) Alberini, A., Cropper, M., Krupnick, A., & Simon, N. B. (2004). Does the value of a statistical life vary with age and health status? Evidence from the US and Canada. *Journal of Environmental Economics and Management*, 48(1), 769-792. <https://doi.org/10.1016/j.jeem.2003.10.005>
- 2) Andersson, H., & Treich, N. (2011). The Value of a Statistical Life. In *A Handbook of Transport Economics* (André de Palma & Robin Lindsey & Emile Quinet & Roger Vickerman, p. 396-424). Edward Elgar Publishing. https://ideas.repec.org/h/elg/eechap/12679_17.html
- 3) Aujoulat, I. (2021). *WFSP 2106 Introduction aux méthodes qualitatives en santé pub* [Cours Magistraux]. WFSP 2106 Intro. aux méthodes qualitatives en sté pub, Université Catholique de Louvain.
- 4) Baumstark, L., Carrère, M.-O., & Rochaix, L. (2008). Mesures de la valeur de la vie humaine : Usages et enjeux comparés dans les secteurs de la santé et des transports. *Les Tribunes de la sante*, n° 21(4), 41-55.
- 5) Baumstark, L., DERVAUX, B., & Treich, N. (2013). Eléments pour une révision de la valeur statistique de la vie humaine. In *L'évaluation socio-économique en période de transition* (Commissariat général à la stratégie et à la prospective, Département développement durable, Vol. 1-2, p. 28 p.). Commissariat général à la stratégie et à la prospective,. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00958423>
- 6) Bellavance, F., Dionne, G., & Lebeau, M. (2009). The value of a statistical life : A meta-analysis with a mixed effects regression model. *Journal of Health Economics*, 28(2), 444-464. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.10.013>
- 7) Bommier, A., & Villeneuve, B. (2012). Risk Aversion and the Value of Risk to Life. *The Journal of Risk and Insurance*, 79(1), 77-103. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6975.2010.01390.x>
- 8) Bouthillier, M.-E. (2020). *Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie* (p. 48) [Directives Covid-19]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002738/>
- 9) Brouwer, W., van Baal, P., van Exel, J., & Versteegh, M. (2019). When is it too expensive? Cost-effectiveness thresholds and health care decision-making. *The European Journal of Health Economics*, 20(2), 175-180. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-1000-4>
- 10) Cameron, T. (2008). The Value of a Statistical Life:[They] do not think it means what [we] think it means. *AERE Newsletter*, 28, 41.
- 11) Canto-Sperber, M. (2020). L'âge pour mourir au temps de la Covid-19. In *Ethique du grand âge et de la dépendance* (1^{re} éd., p. 245-257). Presses Universitaires de France.
- 12) Chaney, E., & Robert, R. (2020, novembre 27). La vie humaine a-t-elle un prix? *Telos*. <https://www.telos-eu.com/fr/societe/la-vie-humaine-a-t-elle-un-prix.html>
- 13) Chesnay, J.-C. (1961). Le prix d'une vie humaine dans les décisions économiques. *Population*, 3, 516-517. Persée <http://www.persee.fr>. <https://doi.org/10.2307/1526017>
- 14) Claxton, K., & Sculpher, M. (2015). *Approval of new drugs by NICE is doing more harm than good The NHS is paying too much for new drugs* (p. 2) [Media Release]. Centre For Health Economics; The University of York.

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/NICE%20Threshold%20Press%20Release%20190215.pdf>

- 15) Cleemput, I., Neyt, M., Thiry, N., De Laet, C., & Leys, M. (2008). *Valeurs seuils pour le rapport coût-efficacité en soins de santé* (Officiel 100B (2008-38); p. 88). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); KCE.
<https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027395.pdf>
- 16) Colonos, A. (2020). *Un prix à la vie* (1^{re} éd.). Presses Universitaires de France.
https://www.puf.com/content/Un_prix_%C3%A0_la_vie
- 17) Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Pinxten, W., & Goffin, T. (2020). *Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19* (p. 19) [Recommandations]. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/recommendationcovid19_aspects_ethiques_priorisation_soins.pdf
- 18) Delorme, F. (2020, juin 1). La vie a un prix, et des économistes l'ont calculé. *L'actualité*.
<https://lactualite.com/societe/la-vie-a-un-prix-et-des-economistes-lont-calculé/>
- 19) D'Hoore, J. (2020, décembre 25). Maggie De Block : « Je n'ai pas besoin qu'on se souvienne de moi ». *L'Echo*. <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/federal/maggie-de-block-je-n-ai-pas-besoin-qu-on-se-souvienne-de-moi/10273969.html>
- 20) Dionne, G., & Lebeau, M. (2010). Le calcul de la valeur statistique d'une vie humaine. *L'Actualité économique*, 86(4), 487-530. <https://doi.org/10.7202/1005680ar>
- 21) d'Otreppe, B. (2020, mai 29). En France, une vie vaut trois millions d'euros. *La Libre Belgique*, 32-33.
- 22) Drèze, J. (1999). La valeur de la vie humaine dans les décisions économiques. *Regards économiques - UCLouvain/IRES*, 5.
- 23) Drèze, J. (2003). Penser et calculer économiquement correct. *Regards économiques - UCLouvain/IRES*, 12, 3.
- 24) International Social Survey Programme. (2012). *Belgium- Wallonia ISSP 2011—Health Questionnaire* (p. 16) [Questionnaire]. IWEPS.
- 25) IRMI. (s. d.). *Human Life Value (HLV) | Insurance Glossary Definition | IRMI.com*. IRMI. Consulté 23 septembre 2021, à l'adresse <https://www.irmi.com/term/insurance-definitions/human-life-value-hlv>
- 26) Jusot, F. (2020). *Health economics—Preliminary questionnaire* (p. 15) [Questionnaire]. Université Paris Dauphine. <https://dauphine.psl.eu/formations/detail-de-lue/ue/FRUAI0750736TCOENM4ISAN-100-S2L1C6?cHash=cd8108502b7a11b1471d55496d47d85d>
- 27) Lanoie, P., Pedro, C., & Latour, R. (1995). The value of a statistical life : A comparison of two approaches. *Journal of Risk and Uncertainty*, 10(3), 235-257.
<https://doi.org/10.1007/BF01207553>
- 28) Le Net, M. (1980). *Le prix de la vie humaine : Le coût des maux sociaux*. (3^{ème}). Documentation française (La). Paris. <https://side.developpement-durable.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/251051/le-prix-de-la-vie-humaine-le-cout-des-maux-sociaux>

- 29) McCabe, C., Claxton, K., & Culyer, A. J. (2008). The NICE cost-effectiveness threshold : What it is and what that means. *PharmacoEconomics*, 26(9), 733-744. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826090-00004>
- 30) Ministère de l'économie, des finances et de la relance. (s. d.). *L'arbitrage* [Officiel]. Ministère de l'économie, des finances et de la relance. Consulté 8 novembre 2021, à l'adresse <https://www.economie.gouv.fr/facileco/larbitrage>
- 31) Netters, S., Dekker, N., Wetering, K. van de, Hasker, A., Paasman, D., Groot, J. W. de, & Vissers, K. C. P. (2021). Pandemic ICU triage challenge and medical ethics. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11(2), 133-137. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002793>
- 32) OCDE. (2012). *La valorisation du risque de mortalité dans les politiques de l'environnement, de la santé et des transports*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264169623-fr>
- 33) Parada-Contzen, M. V. (2019). The Value of a Statistical Life for Risk-Averse and Risk-Seeking Individuals. *Risk Analysis*, 39(11), 2369-2390. <https://doi.org/10.1111/risa.13329>
- 34) Quinet, E., Baumstark, L., Bonnet, J., Croq, A., Meunier, D., Rigard-Cerison, A., Roquigny, Q., & Auverlot, D. (2013). *Evaluation socioéconomique des investissements publics* (N° 1; p. 354). Commissariat général à la stratégie et à la prospective; strategie.gouv.fr. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/evaluation-socioeconomique-investissements-publics-tome1>
- 35) Rosen, S. (1974). Hedonic Prices and Implicit Markets : Product Differentiation in Pure Competition. *Journal of Political Economy*, 82(1), 34-55.
- 36) Sanchez, P. (2020, mars 19). Urgence de l'éthique en période de pandémie virale. *La Croix*. <https://www.la-croix.com/Debats/Forum-et-debats/Urgence-lethique-periode-pandemie-virale-2020-03-19-1201084963>
- 37) Scully, J. L. (2020). Disability, Disablism, and COVID-19 Pandemic Triage. *Journal of Bioethical Inquiry*, 17(4), 601-605. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10005-y>
- 38) Siverskog, J., & Henriksson, M. (2019). Estimating the marginal cost of a life year in Sweden's public healthcare sector. *The European Journal of Health Economics*, 20(5), 751-762. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01039-0>
- 39) Solignac, M. (2009). Évaluer le prix de la vie. *Regards croisés sur l'économie*, n° 5(1), 50-53.
- 40) Thaler, R., & Rosen, S. (1976). The Value of Saving a Life : Evidence from the Labor Market. In *Household Production and Consumption: Vol. National Bureau of Economic Research* (p. 265-302). Nestor E. Terleckyj. <http://www.nber.org/chapters/c3964>
- 41) Treich, N. (2014). Le Concept de Valeur de la Vie en Economie. *Futuribles*, 404, 8.
- 42) Tubeuf, S. (2021). *WFSP 2103 Economie de la santé* [Diapositives]. WFSP 2103 Economie de la santé, Université Catholique de Louvain.
- 43) Viscusi, W. K., & Aldy, J. E. (2002). *The Value of a Statistical Life : A Critical Review of Market Estimates Throughout the World* (SSRN Scholarly Paper ID 362840). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.362840>

8. Abréviations

- **ACH** : Approche du Capital Humain
- **DAE** : Disposition à échanger
- **DAP** : Disposition à payer
- **HCA** : Human Capital Approach
- **NHS**: National Health Service
- **NICE**: National Institute for Health and Care Excellence
- **QALYs**: Quality adjusted life years
- **VSL**: Value of Statistical human Life
- **VSV** : Valeur Statistique d'une Vie humaine
- **VVS** : Valeur de la Vie Statistique
- **WTP** : Willingness-To-Pay
- **WTS** : Willingness-To-Swap

9. Annexes

9.1. Mots-clés et critères d'inclusion utilisés pour la recherche bibliographique

- Mots-clés :

- *Valeur de la vie (humaine) / value of life or human life value*
- *Prix de la vie*
- *Coût de la vie (humaine) / cost of human life or human cost of life*
- *How much is a human life worth 2021 covid*
- *Economie de la santé / economics and health*
- *Valeur d'une vie statistique / value of statistical life*
- *Value of a statistical life with covid pandemic*
- *Value of a statistical life ethics economics*
- *Value of statistical life by country / UK / Belgium*

- Critères d'inclusion des articles

- Articles traitant de la valeur de la vie humaine dans la santé, la sécurité routière, l'armée et/ou les assurances
- Aucune restriction de date de publication pour le cadre conceptuel sauf pour les parties traitant de la crise de la Covid-19 (dernier trimestre 2019 au premier trimestre 2022)
- Pas de restriction géographique

9.2. Questionnaire

Mémoire sur la Valeur de la vie (QualtricsXM)

Introduction

Bonjour, Je m'appelle Florence Vandeur, je suis infirmière aux soins intensifs et étudiante en deuxième année du master en Santé Publique à l'UCLouvain. Dans le cadre de mon mémoire portant sur la valeur de la vie et sur les arbitrages en santé, je souhaiterais obtenir votre opinion en tant qu'experts en santé, en économie ou professionnels travaillant sur des thématiques où cette valeur peut être importante. Pour les questions qui vont suivre, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Toutes les données collectées dans ce questionnaire sont anonymes et seront utilisées dans le cadre de ce travail de recherche. Ce questionnaire devrait prendre autour de 10-15 minutes pour être rempli, vous pourrez revenir en arrière si vous le souhaitez. Vous pouvez aussi quitter le questionnaire à tout moment si vous le souhaitez. Je vous remercie par avance pour le temps que vous prenez à participer à cette étude. Si vous avez des questions concernant cette enquête, merci de contacter florence.vandeur@student.uclouvain.be

Votre participation est volontaire et vous pouvez à tout moment quitter le questionnaire. En sélectionnant, "j'accepte de participer", vous donnez votre accord pour la collectes de vos réponses.

J'accepte de participer - Je ne participe pas

Passer à : Fin de l'enquête Si Q2 = Je ne participe pas

Je vais tout d'abord vous poser quelques questions socio-démographiques qui m'aideront à analyser les réponses récoltées.

Q4 Vous êtes ? *Un homme - Une femme - Autre (préciser)*

Q5 Quel âge avez-vous ?

Q6 Avez-vous des enfants ? *Oui - Non*

Q7 Vous habitez ? *à Bruxelles - en Flandre - en Wallonie - Hors de Belgique (préciser le pays)*

Q8 Quel est votre niveau d'études le plus élevé ? *Aucune étude - Enseignement primaire (école primaire) - Premier cycle de l'enseignement secondaire (collège) - Deuxième cycle de l'enseignement secondaire (collège) - Troisième cycle de l'enseignement secondaire (lycée) - Enseignement supérieur non universitaire (Haute Ecole) - Formation universitaire ou postuniversitaire (Bac ou Master académique) - Doctorat - Autre (préciser).*

Q9 Dans quelle situation vous trouvez-vous vis-à-vis du travail ? *J'exerce actuellement un travail rémunéré, ou je travaille sans être rémunéré(e) dans l'entreprise ou la firme d'un membre de ma famille - Je n'ai pas actuellement de travail rémunéré mais j'en ai eu un dans le passé - Je n'ai jamais eu de travail rémunéré*

Passer à : Q18 Si Q9 = Je n'ai jamais eu de travail rémunéré

Q10 Si vous exercez (ou avez exercé) un travail rémunéré, quelle est (ou était) votre situation dans votre dernier emploi ? *Travailleur salarié - Indépendant sans employé - Indépendant avec employé(s) - Aidant, travaillant pour mon entreprise familiale (pas de contrat de travail)*

Q11 Dans quel secteur d'activité travaillez-vous ? *Santé - Education - Economie - Sécurité - Culture - Autre (préciser)*

Q12 Quelle est votre fonction ? *Paramédical (infirmier(ère), kinésithérapeute, psychologue, aide-soignant(e), etc.) - Médecin - Professeur - Chercheur - Autre (préciser)*

Q13 Dans votre travail actuel exercez-vous un poste à responsabilité ou un poste que vous qualifieriez de décision ? *Oui - Non*

Q14 Avez-vous exercé un poste à responsabilité en lien avec la Covid-19 au cours des deux dernières années ? *Oui - Non*

Q15 Avez-vous été sollicité(e) pour votre expertise professionnelle durant la crise de la Covid-19 (en Santé Publique, en Economie, en Epidémiologie, en Virologie, ...) au cours des deux dernières années ? *Oui - Non*

Afficher cette question : If Q11 = Santé

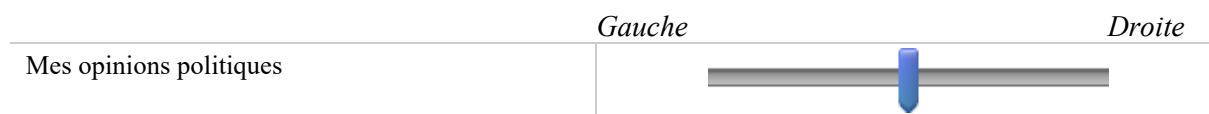
Q16 Avez-vous travaillé en lien avec la prise en charge des patients malades de la Covid-19 ? *Oui - Non*

Q17 Considérez-vous que vos revenus sont plutôt: *Plus élevés que la moyenne de la population - Equivalents à la moyenne de la population - Plus faibles que la moyenne de la population*

Q18 En général, diriez-vous que votre santé est : *Très bonne - Bonne - Moyenne - Mauvaise - Très mauvaise*

Q19 Si vous tombiez gravement malade (ou si vous l'êtes déjà) il est fort probable que vous receviez (recevez) [plusieurs réponses possibles]: *Le meilleur traitement disponible - Le traitement du médecin de votre choix - Aucune idée*

Q20 À propos de politique, les gens parlent de gauche et de droite. Vous-même, où vous situez-vous sur une échelle comme ci-dessous?



Q21 Je souhaiterais obtenir votre opinion sur les déclarations suivantes en lien avec la santé.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Ni d'accord / Ni pas d'accord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
On ne doit pas parler d'argent lorsque l'on s'intéresse à la santé (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'Etat devrait rembourser tous les médicaments peu importe leur coût (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'Etat devrait financer tous les soins dont les gens peuvent ou ont l'impression d'avoir besoin (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'Etat devrait financer uniquement les soins de base (santé mère – enfants) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'Etat devrait financer les programmes d'éducation (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'Etat dépense trop pour la santé (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis prêt(e) à payer plus de taxes pour améliorer le niveau des soins couverts pour l'ensemble de la population (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q22 Pour répondre aux affirmations ci-dessus, avez-vous considéré que le budget de la santé est un budget fermé et limité (environ 10% du produit intérieur brut)? *Oui - Non*

Q23 Mon mémoire porte sur la valeur (statistique) de la vie : Connaissez-vous cette terminologie? *Oui - Non*

Q24 On utilise fréquemment le concept de *valeur de la vie* dans la décision politique pour élaborer un budget. Par exemple, la valeur de la vie est utilisée pour évaluer les investissements dans la construction d'infrastructures et aménagements routiers par rapport aux risques d'accidents et de décès. De même, les assurances s'intéressent à la valeur de la vie d'un individu en cas d'accident du travail/d'avion ou de catastrophes pour évaluer une compensation financière. L'armée utilise aussi ce concept pour allouer des rançons ou des dédommagements lors de la perte d'un(e) homme/femme au combat.

Afficher cette question : If Q9 = J'exerce actuellement un travail rémunéré, ou je travaille sans être rémunéré(e) dans l'entreprise ou la firme d'un membre de ma famille

Q25 Pensez-vous que dans votre travail au quotidien, le concept de la valeur de la vie est important ou utilisé? Oui - Non

Q26 Je souhaiterais obtenir votre opinion sur les déclarations suivantes en lien avec la valeur de la vie.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Ni d'accord / Ni pas d'accord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
Donner une valeur à la vie pour prendre des décisions en santé est nécessaire (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déterminer une valeur de la vie pour déterminer le budget de la santé est nécessaire (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut soigner les gens «quoiqu'il en coûte» (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut protéger la vie «quoiqu'il en coûte» (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q27 Pensez-vous que la vie : *A un prix - N'a pas de prix*

Q28 Il y a-t-il des contextes particuliers où il vous semblerait important d'utiliser le concept de valeur de la vie ?

Q29 Je souhaiterais obtenir votre opinion sur les déclarations suivantes en lien avec des décisions de santé.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Ni d'accord / Ni pas d'accord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
Tout le monde devrait recevoir les mêmes soins/ chances de traitement (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La couleur politique des Ministres de la Santé les pousse à émettre des choix différents (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout le monde devrait accéder aux soins indépendamment de leurs revenus (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout le monde devrait bénéficier de soins de même qualité indépendamment de leurs revenus (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout le monde devrait accéder aux soins indépendamment de l'endroit où ils vivent (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout le monde devrait bénéficier de soins de même qualité indépendamment de l'endroit où ils vivent (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens devraient avoir accès aux soins financés par l'Etat même s'ils adoptent des comportements à risque (tabac, alcool, drogues, malbouffe, ...) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les politiques doivent recourir à différents critères pour allouer les budgets de santé (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Définir des critères pour attribuer les remboursements et l'accès à certains soins est discriminatoire (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q30 Pensez-vous que

L'on doive fournir des soins à tout individu indépendamment de qui il est, (c'est-à-dire sans prendre en compte les caractéristique individuelle (âge, sexe, revenu, etc.))

L'on doive fournir des soins en recourant à des critères d'allocation selon des caractéristiques individuelles (âge, sexe, revenu, etc.)

Q31 Lors des décisions que vous prenez dans votre travail, avez-vous recours à des critères d'allocation de ressources telles que le temps, le budget, les services, etc.?

Oui → De quels critères particuliers s'agit-il ? Sont-ils différents de ceux recommandés par les autorités ?

Non

Q32 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. L'un ne fume pas, l'autre est un gros fumeur. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ? (Aucune réponse n'est meilleure qu'une autre, choisissez selon votre opinion). *Le non-fumeur - Le gros fumeur - Le fait de fumer ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir*

Q33 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. L'un est sans-domicile-fixe, l'autre un cadre. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?

Le SDF - Le cadre - Le statut social ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir (4)

Q34 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. L'un est âgé de 30 ans, l'autre de 70 ans. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?

La personne âgée de 30 ans - La personne âgée de 70 ans - Leur âge ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir

Q35 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. L'un a de jeunes enfants, l'autre non. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?

Celui qui a des jeunes enfants - Celui qui n'a pas de jeunes enfants - Avoir de jeunes enfants ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir

Q36 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. L'un est le Roi ou un chef d'Etat, l'autre votre grand-père. A votre avis qui devrait être opéré en premier ?

Le Roi ou le chef d'Etat - Votre grand-père - Le statut social ou familial ne devraient pas faire de différence - Ne peut choisir

Q37 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. L'un est un homme, l'autre une femme. A votre avis qui devrait être opéré(e) en premier ?

La femme - L'homme - Le genre ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir

Q38 Selon vous, est-ce que toutes les vies ont la même valeur ? *Oui - Non*

Q39 Certains Etats attribuent une valeur à la vie pour guider leurs décisions : en France une vie est évaluée à 3 millions d'euros. Pensez-vous que cette valeur proposée est acceptable ? *Oui - Non*

Q40 Selon-vous à combien devrait être évaluée la valeur d'une vie ?

La vie n'a pas de prix - 1000 € - < 1 million € - 1 - 3 millions € - 5 millions € - > 10 millions € - Autre (préciser)

Je vais maintenant vous poser des questions en lien avec les décisions politiques prises pendant la crise de la Covid-19.

Q42 Je souhaiterais obtenir votre opinion sur les déclarations suivantes en lien avec des décisions de santé durant la crise de la Covid-19.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Ni d'accord / Ni pas d'accord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
L'Etat devait mettre l'économie à l'arrêt pour sauver des vies (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les décisions (confinement, 'bulles sociales', etc.) étaient nécessaires (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les décisions (confinement, 'bulles sociales', etc.) étaient importantes (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vie a été mise sur un piédestal à grands frais (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q43 Selon vous pour faire face à la crise de la Covid-19, il fallait

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt pas d'accord (2)	Ni d'accord / Ni pas d'accord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
Organiser des quotas de lits aux soins intensifs pour des patients atteints de la Covid-19 (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reporter des opérations (pour des pathologies cardiaques, des cancers, ...) au profit des hospitalisation de patients atteints de la Covid-19 (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiser des quotas de lits pour les traitements de cancers aux soins intensifs. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comme précédemment, je vais vous présenter plusieurs situations et j'aimerais connaître votre opinion. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Q45 Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même transplantation cardiaque. L'un est vacciné contre la Covid-19 (2 doses + booster), l'autre ne l'est pas. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?

Celui qui est vacciné contre la Covid-19 - Celui qui n'est pas vacciné - Leur statut de vaccination ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir

Q46 Supposons que deux patients sont dans un état de santé grave de détresse respiratoire et doivent être hospitalisés aux soins intensifs mais il n'y a qu'un lit disponible. Un patient est Covid19 (-), l'autre patient est Covid19 (+). A qui attribueriez-vous le lit ?

Au patient Covid-19 (-) - Au patient Covid-19 - Le statut Covid-19 ne devrait pas faire de différence - Ne peut choisir sans autres informations

Q47 Reprenons la dernière situation et ajoutons l'âge des patients. Le patient Covid (-) a 76 ans et le patient Covid-19(+) a 37 ans. A qui attribueriez-vous l'unique lit des soins intensifs ?

Au patient Covid-19 (-) - Au patient Covid-19 (+) - Ni le statut Covid-19 ni l'âge ne devraient faire de différence - Ne peut choisir

Q48 Selon vous durant la pandémie, la vie d'un patient Covid-19 (+) valait-elle plus que celle d'un autre patient ? *Oui – Non*

Q49 Est-il acceptable qu'en temps de crise les critères d'accès aux soins changent ?

Oui → Quels critères ? Non

Q50 Pensez-vous que la vie : *A un prix - N'a pas de prix*

Afficher cette question : If Q50 = A un prix

Q51 Selon vous, est-ce que toutes les vies ont la même valeur ? *Oui - Non*

Afficher cette question : If Q50 = A un prix

Q52 Comment la valeur de la vie a-t-elle évolué avec cette crise sanitaire selon vous ?

Elle a augmenté - Elle est restée identique - Elle a diminué

Q53 Vous êtes arrivé à la fin du questionnaire, avez-vous des commentaires ?

9.3. Tableaux et figures des résultats

9.3.1. Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Caractéristiques	n total= 111 n (%)	Moyenne (écart-type)	Médiane (min, max)
Sexe			
<i>Homme</i>	50 (45)		
<i>Femme</i>	59 (53,2)		
<i>Absence de donnée</i>	2 (1,8)		
Age (variable NON NORMALE)			
<i>Valide</i>	110 (99,1)	46,55 (+/- 14,863)	47 (23, 83)
<i>Absence de donnée</i>	1 (0,9)		
Age en décennies			
<i>20aine</i>	14 (12,6)		
<i>30aine</i>	29 (26,1)		
<i>40aine</i>	16 (14,4)		
<i>50aine</i>	21 (18,9)		
<i>60aine</i>	24 (21,6)		
<i>70aine</i>	5 (4,5)		
<i>80aine</i>	1 (0,9)		
Localisation			
<i>Bruxelles</i>	45 (40,5)		
<i>Flandre</i>	12 (10,8)		
<i>Wallonie</i>	53 (47,7)		
<i>France</i>	1 (0,9)		
Enfants			
<i>Oui</i>	81 (73,0)		
<i>Non</i>	29 (26,1)		
<i>Absence de donnée</i>	1 (0,9)		
Niveau d'étude			
<i>Premier cycle de l'enseignement secondaire</i>	1 (0,9)		
<i>Deuxième cycle de l'enseignement secondaire</i>	2 (1,8)		
<i>Troisième cycle de l'enseignement secondaire</i>	6 (5,4)		
<i>Enseignement supérieur non universitaire (Haute Ecole)</i>	39 (35,1)		
<i>Formation universitaire ou postuniversitaire (Bac ou Master académique)</i>	45 (40,5)		
<i>Doctorat</i>	18 (16,2)		
Etat de santé			
<i>Très bonne</i>	26 (23,4)		
<i>Bonne</i>	73 (65,8)		
<i>Moyenne</i>	11 (9,9)		
<i>Mauvaise</i>	1 (0,9)		

9.3.2. Caractéristiques socio-économiques et responsabilités

Tableau 7 : Caractéristiques socio-économiques et responsabilités

Caractéristiques	n total= 111 n (%)
Secteur d'activité	
<i>Inapplicable</i>	1 (0,9)
<i>Santé</i>	80 (72,1)
<i>Education</i>	16 (14,4)
<i>Economie</i>	2 (1,8)
<i>Sécurité/ Défense</i>	5 (4,5)
<i>Culture</i>	2 (1,8)
<i>Administration publique/ fédérale</i>	4 (3,6)
<i>Horeca</i>	1 (0,9)
Fonction	
<i>Inapplicable</i>	1 (0,9)
<i>Paramédical</i>	38 (34,2)
<i>Médecin</i>	25 (22,5)
<i>Professeur</i>	12 (10,8)
<i>Cadre/ Chargé de projets</i>	12 (10,8)
<i>Economiste</i>	1 (0,9)
<i>Administratif</i>	7 (6,3)
<i>Employé</i>	5 (4,5)
<i>Directeur médical / Chef de cellule/ Inspecteur Hygiène</i>	4 (3,6)
<i>Officier/ Pompier/ Policier</i>	4 (3,6)
<i>Personnel RH</i>	2 (1,8)
Caractéristiques	n (%)
Revenus (p/r à la population générale)	
<i>Inapplicable</i>	1 (0,9)
<i>Plus faible que la moyenne</i>	10 (9,0)
<i>Équivalents à la moyenne</i>	59 (53,2)
<i>Supérieurs à la moyenne</i>	41 (36,9)
Poste à responsabilité/ de décision	
<i>Oui</i>	63 (56,8)
<i>Non</i>	48 (43,2)
Poste à responsabilité Covid19	
<i>Oui</i>	39 (35,1)
<i>Non</i>	72 (64,9)
Expertise professionnelle Covid19	
<i>Oui</i>	36 (32,4)
<i>Non</i>	75 (67,6)
Prise en charge patients Covid19+	
<i>Oui</i>	57 (51,4)
<i>Non</i>	22 (19,8)
<i>Inapplicable</i>	32 (28,8)

Rem. : paramédical= infirmier(ière), kinésithérapeute, logopède, ergothérapeute, psychologue, aide-soignant(e), biomédical.

9.3.3. Opinions des répondants sur les soins de santé

#	Questions (Total n =111 et n des responsables/experts=68)	Pas du tout d'accord n (%)		Plutôt pas d'accord n (%)		Ni d'accord / Ni pas d'accord n (%)		Plutôt d'accord n (%)		Tout à fait d'accord n (%)	
1	On ne doit pas parler d'argent lorsque l'on s'intéresse à la santé	21	18,9	31	27,9	14	12,6	32	28,8	13	11,7
		12	17,6	24	35,3	10	14,7	18	26,5	4	5,9
2	L'Etat devrait rembourser tous les médicaments peu importe leur coût	12	10,8	37	33,3	12	10,8	30	27,0	18	16,2
		9	13,2	25	36,8	8	11,8	17	25,0	8	11,8
3	L'Etat devrait financer tous les soins dont les gens peuvent ou ont l'impression d'avoir besoin	11	9,9	43	38,7	15	13,5	32	28,8	10	9,0
		7	10,3	27	39,7	11	16,2	19	27,9	4	5,9
4	L'Etat devrait financer uniquement les soins de base (santé mère-enfants)	59	53,2	35	31,5	7	6,3	7	6,3	3	2,7
		32	47,1	26	38,2	4	5,9	4	5,9	2	2,9
6	L'Etat dépense trop pour la santé	44	39,6	39	35,1	22	19,8	5	4,5	1	0,9
		25	36,8	23	33,8	15	22,1	4	5,9	1	1,5
7	Je suis prêt(e) à payer plus de taxes pour améliorer le niveau des soins couverts pour l'ensemble de la population	16	14,4	30	27,0	30	27,0	24	21,6	11	9,9
		11	16,2	18	26,5	18	26,5	11	16,2	10	14,7

9.3.4. Opinions des répondants sur des déclarations en lien avec la valeur de la vie

#	Questions (total n=111 et n des responsables/experts = 68)	Pas du tout d'accord n (%)		Plutôt pas d'accord n (%)		Ni d'accord / Ni pas d'accord n (%)		Plutôt d'accord n (%)		Tout à fait d'accord n (%)	
1	Donner une valeur à la vie pour prendre des décisions en santé est nécessaire	6	5,4	16	14,4	17	15,3	57	51,4	15	13,5
		2	2,9	9	13,2	11	16,2	36	52,9	10	14,7
2	Déterminer une valeur de la vie pour déterminer le budget de la santé est nécessaire	10	9,0	23	20,7	19	17,1	49	44,1	10	9,0
		7	10,3	14	20,6	11	16,2	30	44,1	6	8,8
3	Il faut soigner les gens «quoiqu'il en coûte»	8	7,3	29	26,4	22	20,0	36	32,7	15	13,6
		5	7,4	22	32,4	13	19,1	18	26,5	9	13,2
4	Il faut protéger la vie «quoiqu'il en coûte»	2	1,8	18	16,2	20	18,0	45	40,5	26	23,4
		0	0	14	20,6	14	20,6	24	35,3	16	23,5

9.3.5. Opinions des répondants sur des décisions en santé

#	Questions (total n=111 et n des responsables/experts=68)	Pas du tout d'accord n (%)		Plutôt pas d'accord n (%)		Ni d'accord / Ni pas d'accord n (%)		Plutôt d'accord n (%)		Tout à fait d'accord n (%)	
1	Tout le monde devrait recevoir les mêmes soins/ chances de traitement	3	2,7	1	0,9	1	0,9	48	43,2	58	52,3
		2	2,9	1	1,5	0	0	31	45,6	34	50
2	La couleur politique des Ministres de la Santé les pousse à émettre des choix différents	2	1,8	6	5,4	13	11,7	51	45,9	39	35,1
		1	1,5	4	5,9	12	17,6	28	41,2	23	33,8
3	Tout le monde devrait accéder aux soins indépendamment de leurs revenus	0	0	0	0	2	1,8	45	40,5	64	57,7
		0	0	0	0	2	2,9	31	45,6	35	51,5
4	Tout le monde devrait bénéficier de soins de même qualité indépendamment de leurs revenus	0	0	1	0,9	3	2,7	38	34,2	69	62,2
		0	0	1	1,5	3	4,4	26	38,2	38	55,9
5	Tout le monde devrait accéder aux soins indépendamment de l'endroit où ils vivent	2	1,8	1	0,9	6	5,4	34	30,6	68	61,3
		1	1,5	1	1,5	5	7,4	23	33,8	38	55,9
6	Tout le monde devrait bénéficier de soins de même qualité indépendamment de l'endroit où ils vivent	2	1,8	2	1,8	3	2,7	33	29,7	71	64,0
		1	1,5	2	2,9	2	2,9	25	36,8	38	55,9
7	Les gens devraient avoir accès aux soins financés par l'Etat même s'ils adoptent des comportements à risque (tabac, alcool, drogues, malbouffe, ...)	6	5,4	23	20,7	26	23,4	40	36,0	16	14,4
		5	7,4	17	25,0	15	22,1	24	35,3	7	10,3
8	Les politiques doivent recourir à différents critères pour allouer les budgets de santé	3	2,7	8	7,2	25	22,5	51	45,9	24	21,6
		1	1,5	4	5,9	14	20,6	33	48,5	16	23,5
9	Définir des critères pour attribuer les remboursements et l'accès à certains soins est discriminatoire	10	9,0	20	18,0	30	27,0	34	30,6	17	15,3
		7	10,3	13	19,1	18	26,5	19	27,9	11	16,2

9.3.6. Opinions des répondants sur les décisions en santé en temps de pandémie

#	Questions (n total = 111 et n des responsables/experts en temps de Covid-19 = 45)	Pas du tout d'accord n (%)		Plutôt pas d'accord n (%)		Ni d'accord / Ni pas d'accord n (%)		Plutôt d'accord n (%)		Tout à fait d'accord n (%)	
1	L'Etat devait mettre l'économie à l'arrêt pour sauver des vies	2	10,8	30	27,0	26	23,4	32	28,8	11	9,9
		3	6,7	16	35,6	10	22,2	12	26,7	4	8,9
2	Les décisions (confinement, 'bulles sociales', etc.) étaient nécessaires	4	3,6	6	5,4	11	9,9	46	41,4	44	39,6
		1	2,2	1	2,2	2	4,4	19	42,2	22	48,9
3	Les décisions (confinement, 'bulles sociales', etc.) étaient importantes	2	1,8	8	7,2	7	6,3	54	48,6	40	36,0
		1	2,2	1	2,2	1	2,2	22	48,9	20	44,4
4	La vie a été mise sur un piédestal à grands frais	6	5,4	24	21,6	29	26,1	33	29,7	19	17,1
		2	4,4	13	28,9	8	17,8	13	28,9	9	20,0

9.3.7. Opinions sur la gestion pendant la crise de la Covid-19

#	Questions (n total = 111 et n responsables/experts en temps de Covid-19 = 45)	Pas du tout d'accord n (%)		Plutôt pas d'accord n (%)		Ni d'accord / Ni pas d'accord n (%)		Plutôt d'accord n (%)		Tout à fait d'accord n (%)	
1	Organiser des quotas de lits aux soins intensifs pour des patients atteints de la Covid-19	1	9,9	26	23,4	29	26,1	33	29,7	12	10,9
		2	4,4	8	17,8	12	26,7	15	33,3	8	17,8
2	Reporter des opérations (pour des pathologies cardiaques, des cancers, ...) au profit des hospitalisation de patients atteints de la Covid-19	30	27,0	47	42,3	18	16,2	12	10,8	4	3,6
		9	20,0	19	42,2	6	13,3	9	20,0	2	4,4
3	Organiser des quotas de lits pour les traitements de cancers aux soins intensifs	18	16,2	29	26,1	24	21,6	30	27,0	10	9,0
		2	4,4	8	17,8	12	26,7	15	33,3	8	17,8

9.3.8. Dilemmes en temps normal

Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même opération du cœur. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?		
L'un ne fume pas, l'autre est un gros fumeur.		
Réponses	Tous les répondants (n=111) : n (%)	Si poste à responsabilité ou expert (n=68) : n (%)
<i>Le non-fumeur</i>	51 (45,9)	34 (50)
<i>Le gros fumeur</i>	0 (0)	0 (0)
<i>Le fait de fumer ne devrait pas faire de différence</i>	44 (39,6)	24 (35,3)
<i>Ne peut choisir</i>	16 (14,4)	10 (14,7)
L'un est sans-domicile-fixe, l'autre un cadre		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>Le SDF</i>	1 (0,9)	1 (1,5)
<i>Le cadre</i>	2 (1,8)	2 (2,9)
<i>Le statut social ne devrait pas faire de différence</i>	103 (92,8)	62 (91,2)
<i>Ne peut choisir</i>	5 (4,5)	3 (4,4)
L'un est âgé de 30 ans, l'autre de 70 ans		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>La personne âgée de 30 ans</i>	57 (51,4)	36 (52,9)
<i>La personne âgée de 70 ans</i>	0 (0)	0 (0)
<i>Leur âge ne devrait pas faire de différence</i>	47 (42,3)	29 (42,6)
<i>Ne peut choisir</i>	(6,3)	3 (4,4)
L'un a de jeunes enfants, l'autre non.		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>Celui qui a des jeunes enfants</i>	16 (14,4)	10 (14,7)
<i>Celui qui n'a pas de jeunes enfants</i>	0 (0)	0 (0)
<i>Avoir de jeunes enfants ne devrait pas faire de différence</i>	84 (75,7)	51 (75,0)
<i>Ne peut choisir</i>	11 (9,9)	7 (10,3)
L'un est le Roi ou un chef d'Etat, l'autre votre grand-père		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>Le Roi ou le chef d'Etat</i>	2 (1,8)	1 (1,5)
<i>Votre grand-père</i>	6 (5,4)	5 (7,4)
<i>Le statut social ou familial ne devraient pas faire de différence</i>	101 (91)	61 (89,7)
<i>Ne peut choisir</i>	2 (1,8)	1 (1,5)
L'un est un homme, l'autre une femme		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>La femme</i>	0 (0)	0 (0)
<i>L'homme</i>	0 (0)	0 (0)
<i>Le genre ne devrait pas faire de différence</i>	108 (97,3)	66 (97,1)
<i>Ne peut choisir</i>	3 (2,7)	2 (2,9)

9.3.9. Dilemmes en temps de crise de la Covid-19

Supposons que deux individus, aussi malade l'un que l'autre, aient besoin de la même transplantation cardiaque. L'un est vacciné contre la Covid-19 (2 doses + booster), l'autre ne l'est pas. A votre avis, qui devrait être opéré en premier ?		
Réponses	Tous les répondants (n =111) : n (%)	Si poste à responsabilité ou expert (n=45) : n (%)
<i>Celui qui est vacciné contre la Covid-19</i>	38 (34,2)	18 (40)
<i>Celui qui n'est pas vacciné</i>	1 (0,9)	0 (0)
<i>Leur statut de vaccination ne devrait pas faire de différence</i>	64 (57,7)	24 (53,3)
<i>Ne peut choisir</i>	8 (7,2)	3 (6,7)
Supposons que deux patients sont dans un état de santé grave de détresse respiratoire et doivent être hospitalisés aux soins intensifs mais il n'y a qu'un lit disponible. Un patient est Covid19 (-), l'autre patient est Covid19 (+). A qui attribueriez-vous le lit ?		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>Au patient Covid-19 (-)</i>	4 (3,6)	1 (2,2)
<i>Au patient Covid-19 (+)</i>	4 (3,6)	1 (2,2)
<i>Le statut Covid-19 ne devrait pas faire de différence</i>	72 (64,9)	33 (73,3)
<i>Ne peut choisir</i>	31 (27,9)	10 (22,2)
Si maintenant le patient Covid (-) a 76 ans et le patient Covid-19(+) a 37 ans. A qui attribueriez-vous l'unique lit des soins intensifs ?		
Réponses	n (%)	Si poste à responsabilité ou expert : n (%)
<i>Au patient Covid-19 (-)</i>	0 (0)	0 (0)
<i>Au patient Covid-19 (+)</i>	35 (31,5)	13 (28,9)
<i>Ni le statut Covid-19 ni l'âge ne devraient faire de différence</i>	51 (45,9)	24 (53,3)
<i>Ne peut choisir</i>	25 (22,5)	8 (17,8)

9.3.10. Commentaires des répondants

Vous êtes arrivé à la fin du questionnaire, avez-vous des commentaires ?
1. Nous ne sommes pas égaux devant le Covid 19. Il ne devrait pas y avoir de différences d'accès aux soins CV + ou CV-. Par contre les patients vaccinés devraient être prioritaires en cas de choix vitaux car ils ont fait le choix de se protéger et protéger les autres .
2. Je pense que le problème est que la santé est passé d'un "bien" à une "valeur" durant la crise covid-19. La santé étant un bien, elle a un prix. De facto, la vie (en bonne santé) aussi. Le travestissement de la santé en valeur a pour conséquence de déplacer le débat clinique et éthique (le meilleur pour tous) sur le plan morale (le bien et le mal). Ainsi, les personnes désirant servir le bien absolu, le feront à tout prix... Mais avec quelles ressources ?
3. Certains items sont à double interprétation ; par exemple, dans une opération "cardiaque", l'âge importe peu et la tabac aussi si la personne est un alcoolodépendant mais cela influencera les décisions. Donc, peut-être un peu plus de précisions sur certains items ...

4. Quand il s'agit de la valeur d'une vie ou de l'évaluation de la crise sanitaire, il est difficile de répondre de façon juste si on n'a le choix qu'entre "oui et non". Il y a toujours des nuances pour chaque situation.
5. Non
6. C'est un questionnaire qui amène à se poser beaucoup de questions. J'aurais voulu pouvoir nuancer certaines réponses. Je n'ai pas compris la question sur la couleur politique des ministres. Bonne chance dans l'analyse et pour la suite :-)
7. Pas de prix mais un coût la société peut fixer des limites mais pas les soignants
8. J'aurais aimé la possibilité de réponse plus nuancées.
9. Enquête très intéressante dont je souhaiterais avoir le résultat final si c'est possible.
10. Commentaire très intéressant qui remet en cause les priorités de la vie et son coût. Bonne réflexion, merci de m'avoir permis de m'interroger sur cette question qui me concerne en premier lieu, au vue de mon âge (70 ans!)
11. Merci de cet autre regard sur ce que nous avons vécu.
12. La dénomination des patients covid + et covid - peut faire douter sur leur identité.
13. Mes réponses concernant le COVID sont actuelles (fin mars 2022), car nous ne sommes plus en crise COVID. Mes réponses auraient été différentes il y a 1 an.
14. Néant
15. Certaines questions relèvent d'un choix éthique et donc nécessitent plus d'informations et sont plus nuancées qu'un simple oui ou non. Il me semble qu'en de nombreuses circonstances, sauver une personne jeune avec la vie devant elle est préférable : une personne âgée a déjà un bon bout de vie derrière elle. Même s'il lui reste des jolis projets et mille choses à vivre. Entre mon petit fils et moi, le choix serait vite fait: c'est lui qui a de l'avenir!
16. Personnellement je crois que la crise a mis en évidence la faiblesse de notre système de santé face à une crise de grande envergure tant au niveau de la politique, infrastructures que la considération du personnel soignant. Les mesures décidées l'ont été avec les moyens disponibles. Espérons qu'à l'avenir notre système de santé évolue vers une situation où nous n'avons plus à faire des choix.
17. Merci
18. Certaines questions sont peu nuancées...ce qui n'est pas le cas dans la réalité
19. J'aurais aimé pouvoir nuancer certaines de mes réponses car je trouvais les choix proposés quelque peu réducteur ou manquant de précision.
20. Un peu long mais TB questions ! A refaire : peut-être ne pas mettre dans le même écran la valeur admise en France et nos impressions. De même, éviter de faire apparaître ensemble les 2-3 situations covid positif et Covid négatif ? Bon travail d'analyse à présent !
21. Questionnaire compliqué à remplir pour moi: difficultés à distinguer valeur "financière" de la vie et valeur "éthique"
22. Votre étude est intéressante. Je trouve néanmoins que pour évaluer si un patient ou un autre doit être prioritaire, il faut prendre tous les critères dont nous disposons en considération et pas un seul à la fois. J'ai répondu sur base de mon expérience et avis personnel, mais ma remarque doit remettre de la nuance dans vos conclusions (et mes réponses). Bon travail et belle réussite pour la suite

23. NON
24. Nihil
25. La vie n'a pas de prix et tout le monde a le droit à la vie. Des enfants meurent et des personnes plus âgées vivent plus longtemps, ce n'est pas de notre volonté et on ne peut pas s'octroyer cette volonté! De donner la vie ou la mort!
26. La question concernant la vie vs l'économie est à mon sens centrale et difficile. L'économie est vitale pour certaines personnes. Par exemple, en fermant le secteur culturel pour réduire la contamination, on a supprimé les revenus de milliers de personnes qui n'ont plus eu les moyens de se faire soigner correctement.
27. Les choix ont d'abord été des choix de Santé publique, le politique a rapidement pris la main sur la gestion de la crise. Un système de soins de santé sans économie n'est pas viable. Le drame de la crise Covid19 est d'avoir été incapable de choisir une ligne claire et de l'assumer en faisant croire que la qualité de soins restait la même ce qui est faux et de ne pas assumer la dégradation de notre système de soins en post-crise et refuser d' assumer la responsabilité et de ne pas réinvestir.
28. Non
29. En ce qui concerne le covid, je pense que les quotas étaient nécessaires pour répartir les efforts dans les différents hôpitaux. Pour le reste, je trouve les questions sur les patients covid+/- en insuffisance respiratoire sont trop vagues
30. La vie n'a pas de prix mais, malheureusement, l'accès aux soins de santé n'est pas équitable dans notre pays... je ne peux que le déplorer et constater qu'il est urgent de revoir notre système de santé (pour rappel, censé être basé sur le principe de solidarité!) en profondeur, notamment cette lasagne institutionnelle qui déforce l'efficacité et l'efficacité des soins de santé.
31. C'est une question terrible difficile à traiter! Bravo quoiqu'il en soit au personnel soignant dans les décisions prises pendant la crise.
32. La vie n'a pas de prix mais si le patient n'a lui-même pas conscience de cela en ayant des comportements destructeurs de sa santé...
33. Non
34. Non :)
35. Pas vraiment , questionnaire intéressant mais trop long .
36. Certaines questions ne sont pas assez précises ou certaines options de réponses sont trop restrictive il faudrait pouvoir nuancer certaines réponses.
37. Intéressant comme questionnement
38. Non

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp