

Les frais de traitement en matière d'assurance: entre solidarité et économicité

Vincent Brulhart,

Professeur aux Universités de Lausanne et de Genève,
Chief Non-Life Officer, Generali (Suisse) Holding SA.

I. Introduction

A. La pensée économique à l'origine du concept d'économicité

L'économicité est un concept issu des sciences économiques. Il tire sa justification de la rareté des ressources, une situation qui prévaut également dans le domaine des assurances. Toutes les décisions prises en application des modèles de mutualisation comprennent un volet économique (gestion rationnelle des ressources) et un volet solidaire, même si ces deux aspects peuvent s'exprimer de diverses manières selon le domaine d'assurance envisagé (assurance sociale ou assurance privée). En matière de frais de traitement, l'économicité veille à un rapport coût-bénéfice raisonnable. Cela est de nature à limiter les prestations dans certains cas. Reste alors à fixer les critères de choix déterminants; si ces derniers se mesurent à l'aune des principes économiques, il

s'impose d'attribuer aussi une valeur économique à la santé ou, plus largement, à la vie humaine. A cet égard, l'assurance a pu contribuer à transformer la nature même de l'Existence dans nos sociétés contemporaines. Jadis « Bien Sacré », elle revêt désormais, certes au travers d'une évolution progressive, les caractéristiques propres à d'autres « *economic assets* ».

B. Economicité et Assurance

1. Généralités

a. L'assurance est un phénomène économique...

L'assurance est en effet en première ligne une construction qui tend à compenser les conséquences *financières* d'événements dommageables. Pour ce faire, elle rassemble, au sein d'une mutualité, les contributions des membres d'une communauté de risques, laquelle est composée d'individus qui entendent se protéger ensemble contre les incidences économiques découlant de la survenance de faits aléatoires. Lorsque l'assureur gère cette institution pour l'ensemble des communautaires, la mutualité prend une *forme indirecte*: les personnes qui forment le groupe ne se

connaissent pas, et n'entretiennent de liens qu'avec leur assureur. On lui oppose traditionnellement la *mutualisation directe*, dans laquelle les individus s'engagent directement les uns à l'égard des autres, dans une optique d'entraide qui peut être induite par un souci de solidarité ; cette forme est aujourd'hui devenue rare. Le développement de l'assurance a entraîné dans son sillage la généralisation de la mutualisation indirecte. Les communautaires confient désormais à l'assureur la gestion de leurs intérêts qui assume dès lors un rôle fiduciaire ; il s'engage à administrer les ressources de la façon la plus rationnelle possible. Autrement dit, on attend de lui, à raison même du mandat qui lui est donné, une gestion économique. Il doit satisfaire par conséquent aux critères de l'économicité.

b. ... qui repose également sur des valeurs de solidarité

Pour autant, l'économicité doit être considérée différemment selon le contexte envisagé. L'échelle des valeurs qui prévaut aux matières d'assurance varie sur un axe qui oppose aux extrêmes la *solidarité totale* d'une part et une *absolue rigueur économique* d'autre part.

La décision de tout cas d'espèce comprendra le plus souvent une composante solidaire et une composante économique ; le poids de l'une et de l'autre peut dépendre de la forme d'assurance retenue. La solidarité est susceptible de davantage de considération en matière d'assurances sociales, tandis que l'aspect économique pourra exercer plus d'influence dans les assurances privées. La pondération est dépendante au fond de ce que les membres de la communauté de risques attendent de la forme de mutualisation retenue, que leur volonté s'exprime au travers de choix institutionnels (politique en matière d'assurances sociales) ou encore par la souscription d'un contrat auprès d'un assureur privé. Quoi qu'il en soit, l'assurance impose toujours, c'est sa nature, une gestion rationnelle ; d'une part, elle vise à compenser les conséquences économiques des événements dont on redoute la survenance et ce, quand bien même la prestation serait fournie en nature ; d'autre part, mesuré à l'aune des besoins totaux, il y a pénurie de ressources puisque les exigences ne peuvent jamais être toutes satisfaites. Cette réflexion s'impose également pour les assurances sociales. C'est d'ailleurs

là que la question est discutée avec le plus de verve. On le comprend : les décisions en cette matière portent parfois sur des enjeux financiers considérables, alors même que les ressources sont limitées ; de surcroît, elles entraînent parfois des choix éthiques, en particulier lorsque les conditions de vie de l'assuré sont en jeu, quand ce n'est pas son existence même. L'économicité est alors susceptible de se heurter à l'objectif de solidarité.

2. En matière d'assurance maladie sociale

La discussion a pris un tour particulier dans le domaine de l'assurance-maladie sociale où s'est posée la question des limites de la consommation des services de soins. D'un point de vue strictement économique, à mesure que le bénéficiaire ne paye pas en fonction du coût, il y a tendance à consommer jusqu'à saturation ; cela peut conduire à un gaspillage. D'un autre côté, mesurée à l'aune d'une consommation maximale, toute réduction des prestations équivaut à une forme de rationnement. En réalité, plutôt que de rationner, il s'agit d'éviter la dilapidation de ressources, par conséquent d'en assurer une répar-

ation efficace. A cet égard, la LAMal a introduit trois critères d'évaluation : l'efficacité, l'appropriété et l'économicité. Le dernier aspect, l'économicité, est analysé en dernier lieu, soit après l'examen qui porte sur l'efficacité et l'adéquation.

L'efficacité permet de déterminer si une certaine prestation conduit en général à l'effet attendu, une démonstration qui doit être rapportée à l'aide de méthodes scientifiques (« evidence based medicine »). Puis se pose, rapportée à un cas d'espèce, la question de savoir si la prestation est *appropriée*, à savoir si les effets positifs espérés sont supérieurs aux effets secondaires négatifs attendus. Enfin, doit être examinée la condition de *l'économicité*, soit celle du rapport entre le coût et les effets.

Le point de savoir si les investissements se trouvent dans une relation raisonnable avec le résultat permettra sans doute de choisir la méthode de soins la plus économique ; on vise dans ce contexte avant tout à fixer des critères permettant la comparaison entre différentes interventions, pour choisir celle qui présente le rapport le plus avantageux. Mais la discussion se complexifie

singulièrement lorsque se pose la question de savoir s'il existe une limite ultime au-delà de laquelle aucune intervention ne se justifie plus économiquement. Ce qui revient en bout de course à se demander quel coût est acceptable au regard de la valeur de la vie humaine. L'économie de la santé a développé des facteurs censés exprimer en termes économiques l'impact d'un traitement sur la durée ou la qualité de vie (« Quality Adjusted Life Years, QALY »), ce qui rendrait possible l'évaluation économique de l'Existence, et par le fait même une comparaison coût-bénéfice dans ce contexte.

Le Tribunal fédéral a rendu en 2010 un arrêt en matière d'assurance-maladie qui fixe un certain nombre de principes (ATF 136 V 395, dit « Myozyme »). Considérant l'exigence de l'économicité, il rappelle tout d'abord qu'il y a lieu de choisir l'intervention la plus avantageuse lorsque plusieurs variantes entrent en jeu. Cela ne signifie cependant pas encore, poursuit le Tribunal fédéral, que lorsqu'une seule méthode de soins est envisageable, celle-ci soit à considérer d'emblée comme remplissant les exigences de l'économicité. En

application des principes généraux de l'activité administrative, une prestation doit être refusée en présence d'une notable disproportion entre les coûts et le résultat. Or, on ne saurait apprécier la question de l'effet thérapeutique et celle de l'économicité de façon complètement distincte. Partant, on ne saurait considérer, si le résultat envisagé est susceptible de se produire, que les frais y afférents doivent être pris en charge sans autre forme d'examen. Le Tribunal fédéral préconise plutôt une appréciation graduelle du bénéfice thérapeutique, lequel doit être mis en relation avec les coûts; plus le bénéfice est important, plus les coûts se justifient. Doit être écartée par conséquent toute attitude tendant à ignorer la question des coûts au motif qu'elle serait éthiquement inacceptable lorsqu'il est question de la santé humaine. Ce sont bien plutôt les conséquences de la généralisation du procédé qui permettront de juger de la question; dans la mesure en effet où prévaut le principe de l'égalité de traitement, il faut se demander si la collectivité serait économiquement en mesure de supporter les charges totales si l'intervention devait être étendue à toutes les personnes susceptibles d'être tou-

chées par le même mal. Dans le cas particulier, le Tribunal fédéral conclut à une disproportion importante entre les coûts et le résultat, notamment au motif que la généralisation du traitement entraînerait une charge financière insupportable pour la collectivité.

3. En matière d'assurance privée

Les aspects économiques sont naturellement plus marqués dans ce domaine. Cela tient tout d'abord au caractère normalement facultatif de ce type d'assurance. Il appartient dans ce cas de figure au souscripteur de procéder à une évaluation entre le coût de la garantie et le bénéfice attendu. L'assurance privée entre en considération dans les situations où le risque est économiquement insupportable pour l'individu, ce qui dépend pour l'essentiel de l'appréciation de deux critères : l'ampleur du possible dommage, qui doit être telle que la situation patrimoniale de l'assuré serait mise en péril en cas de réalisation du risque assuré ; de plus, la probabilité de survenance doit être suffisamment élevée pour justifier l'acquisition d'une garantie. Autrement dit, l'assurance résulte d'une appréciation portant sur la gestion de l'aléa. Le critère déterminant est à

cet égard prioritairement de nature économique. Aussi l'économicité est-elle une composante naturelle de l'assurance privée.

II. La vie humaine a-t-elle un prix ?

A. Quelques conceptions philosophiques

« Il faut se donner la peine de toucher du doigt, essayer de saisir cette surprenante finesse : la valeur de la vie ne saurait être évaluée (...). De la part d'un philosophe, voir dans la valeur de la vie un problème, voilà qui parle contre lui, voilà qui met en doute sa sagesse ou atteste de sa non-sagesse ». Si **Nietzsche** répugne à toute forme de jugement sur la vie, il est d'autres penseurs pour approcher la question de façon plus nuancée. Parmi les grands auteurs, on peut faire état de **Kant** ou **Schopenhauer** qui ont développé une conception fondée tantôt sur une approche à caractère objectif, tantôt sur un point de vue plutôt subjectif. **KANT** distingue une valeur relative et une valeur intrinsèque ; il oppose ce qui a un prix à ce qui a une dignité. La vie humaine revêt une dignité propre à tout être moral, et ne saurait de ce point de vue faire l'objet d'une évaluation. Pour autant,

Kant distingue entre différentes sortes de valeurs de la vie, et admet que les jugements qui s’y rapportent peuvent avoir une portée différente selon la valeur considérée (valeur relative, absolue, valeur d’utilité, etc.). **Schopenhauer** refuse quant à lui toute connaissance objective de la valeur de la vie, pour fonder son raisonnement sur le « vouloir vivre », une force spontanée qui habite chaque individu, mais dont l’intensité peut évoluer jusqu’à s’étioiler ou disparaître, notamment dans les situations de grandes souffrances ; le « vouloir vivre » est ainsi indépendant de la connaissance de la vie et de sa valeur.

Sans doute la question a-t-elle été longtemps imprégnée de conceptions morales, elles-mêmes influencées dans les dernières décennies par certains événements historiques. Comme le souligne **M. Gaille**, la politique du gouvernement nazi qui défendait, avant et pendant la Seconde Guerre mondiale, l’idée selon laquelle certaines vies ne valaient pas la peine d’être vécues, a engendré un rejet durable de toute réflexion portant sur la valeur de l’Existence. La situation a pu évoluer en même temps qu’émergeait la possibilité donnée aux individus

de déterminer leur choix de vie et de les mettre en œuvre librement. Enfin, le développement spectaculaire des techniques médicales dès le milieu du siècle dernier, notamment en ce qu’elles permettent de prolonger l’existence humaine – parfois au prix de lourds handicaps ou de graves dépendances –, a rappelé l’importance de la question en lui conférant une actualité nouvelle. C’est ainsi qu’est apparue la « valeur statistique de la vie », dont une particularité réside dans le fait qu’elle contribue, en plus du rôle qu’elle joue en matière actuarielle, à l’évaluation de la pertinence de traitements médicaux. Parmi les méthodes permettant une évaluation figure celle des points QALY, auxquels le Tribunal fédéral se réfère dans le jugement précité.

B. La méthode QALY

En matière de santé, il existe depuis les années 1970 environ un référentiel connu sous l’appellation QALY (*quality adjusted life year*) qui vise à évaluer la valeur d’une année de vie supplémentaire en bonne santé.

QALY utilise le critère d’une année d’espérance de vie en bonne santé, laquelle est supposée revêtir une valeur supé-

rieure à une année d'espérance de vie en mauvaise santé. Quant à la valeur de la vie en mauvaise santé, elle est à son tour dépendante de l'état de santé en cause ; plus il est mauvais, plus faible est sa valeur ; si la mort correspond à une valeur zéro, il est théoriquement possible de la considérer comme supérieure à une période de vie en (très) mauvaise santé. Les mesures de soins doivent alors conduire à une amélioration soit de la durée de la vie (augmentation du nombre d'années d'espérance de vie), soit de sa qualité pendant une période déterminée. Les deux facteurs sont susceptibles de se combiner, dans le sens où une année supplémentaire d'espérance de vie revêt une valeur différente selon l'état de santé (pondération de la durée et de la qualité) ; le résultat se mesure en points QALY. La justification d'un investissement sous l'angle du rapport coût-bénéfice dépend par conséquent du nombre de QALY obtenus pour un coût donné. Le système repose sur l'hypothèse selon laquelle les individus préféreraient une vie plus courte en bonne santé, au détriment d'une existence plus longue, mais en situation d'inconfort sévère ou de maladie. C'est bien cette conception qui donne aux QALY leur justification morale

en créant un lien avec les préférences individuelles supposées.

Le référentiel QALY a fait l'objet de nombreuses critiques, de nature *scientifique* et *éthique* notamment.

Sur le plan scientifique, on a pu rappeler tout d'abord que les données sont le plus souvent inexistantes lorsqu'il s'agit de discuter de la justification d'un nouveau traitement. On a fait valoir également de nombreuses objections statistiques (qualité, nombre et fiabilité des données). Par ailleurs, les aspects purement budgétaires ne sont pas pris en considération : il est ainsi possible qu'un traitement coûteux soit économiquement admissible parce que ne touchant qu'une très faible partie de la population, alors qu'une méthode de soins en soi avantageuse entraînerait des dépenses considérables à mesure qu'elle serait susceptible d'être appliquées à un très grand nombre d'individus. Sur un plan *éthique*, on reproche au système notamment le fait qu'il discrimine d'emblée les patients les plus mal lotis au départ ; ceux dont l'état laisse envisager une amélioration rapide et significative seront favorisés par la méthode. La même réflexion critique porte sur la dis-

crimination des personnes âgées ou atteintes de maladie rares. En même temps, elle ne permet pas de distinguer les groupes de population (la valeur de dix ans d'espérance de vie est-elle la même pour un enfant ou un adulte dans la force de l'âge?). Enfin, le paramètre de la survie est, de l'avis de certains, insuffisamment pris en compte (pour ceux-là, d'une façon toute générale, on ne saurait préférer la mort à la vie, quelle que soit au reste sa qualité).

Avec **V. Junod** et **J.-B. Wasserfallen**, on ne peut que constater que ces discussions montrent au fond que le seuil au-delà duquel un traitement se justifie d'un point de vue économique reste arbitraire, « en ce sens qu'il est le résultat d'un choix politique, social et / ou éthique, et non pas d'un calcul mathématique ». D'aucuns préféreraient que la discussion soit concentrée sur la nécessité d'augmenter les budgets médicaux, en sacrifiant au besoin d'autres dépenses étatiques.

QALY est utilisé aussi bien sur un plan collectif que sur un plan individuel. Conçu au départ pour soutenir les décisions en matière de politique de santé collective, le système sert également de

référence pour statuer sur des cas particuliers. L'arrêt du Myozyme en est une démonstration. Il n'est pas douteux que QALY offre en pareille hypothèse des éléments de réponse, même s'ils restent très imparfaits. Cependant, à vues humaines, on sera toujours confronté, également lorsqu'il s'agit de prendre une décision sur un plan individuel, au problème de la limitation des ressources. La controverse se présente aussi pour le médecin, lequel peut se trouver face à une alternative susceptible d'opposer d'une part son rôle dans la défense des intérêts d'un patient déterminé et, d'autre part, sa responsabilité collective face au système de santé.

Quoiqu'il en soit, la question fondamentale est toujours de savoir quels intérêts peuvent et / ou doivent être sacrifiés pour garantir ceux que l'on veut protéger. Autrement dit, la discussion se présente en termes de solidarité, singulièrement sous l'angle de ses limites.

III. Perspectives

La question qui nous occupe doit être abordée différemment selon qu'on l'aborde dans une perspective de politique de santé publique ou au chevet d'un particulier. L'allocation de res-

sources sur un plan global ne met pas en cause directement le destin d'une personne spécialement identifiée; le recours à des critères économiques ne pose là guère de problèmes; ils sont d'ailleurs indispensables à toute réflexion de nature budgétaire. Le poids accordé à l'un ou l'autre des postes de dépenses exprimera la valeur attribuée à certains idéaux de société.

Il en va différemment dans le domaine des décisions individuelles. C'est d'ailleurs toute la difficulté du médecin confronté, souvent, à un dilemme qui oppose l'éthique collective et l'éthique au « lit du malade », comme l'écrit **Suzanne Rameix**. Dans ce dernier cas, les décisions empruntent le plus souvent un chemin fait de *pragmatisme*. On saurait y voir un constat d'échec. Le pragmatisme est en effet une véritable philosophie qui, au-delà de principes *a priori*, prend en compte la réalité du monde et son pluralisme dans la gestion des intérêts. Le vrai est l'utile, et tout ce qui est utile est vrai. Cette façon de voir récuse l'idée d'une vérité pure et absolue. Au fond, il s'agit moins d'une doctrine que d'une méthode permettant de traiter les problèmes métaphysiques.

Pour l'exprimer à la manière du philosophe **Georges Cantector**, le pragmatisme est « une protestation de la vie, de la pensée en action et en progrès contre la pensée faite et figée en formules ». Les questions sont réglées à partir du point de vue de l'homme, et non d'un Absolu.

Autrement dit, il faut distinguer les décisions de politique sociale et les décisions individuelles. C'est en quelque sorte opposer idéalisme et réalisme. Les idéaux trouveront sans doute plus de place dans le domaine de la politique générale, à mesure que le destin des individus sera considéré d'une façon abstraite (idéalisée); on tend vers une sorte de commun bien pris d'une forme de moyenne des intérêts individuels. Il en va différemment lorsque les décisions touchent directement le sort de personnes déterminées; les conséquences sont tangibles et rappellent, brutalement à l'occasion, que les idéaux sont des conceptions abstraites, reposant sur des principes qui relèguent les intérêts particuliers à l'arrière-plan. Il est vrai que si chaque situation est examinée pour elle-même, selon ses propres critères, il n'est plus guère de principes

possibles, et la prévisibilité en souffre. Le tout repose donc sur un équilibre délicat, et les appréciations individuelles ne sauraient le mettre en danger: en d'autres termes, elles doivent être guidées par les fondements généraux, en traduire normalement la réalisation dans les faits, sans négliger pour autant de porter un regard attentif aux écarts trop considérables pour être jugés à l'aune des seules règles communes. Cela requiert la prise en compte de valeurs diverses, qui peuvent ressortir aussi bien à l'économicité qu'à la morale. Quant à l'ordre juridique, il pourra contribuer à encadrer la discussion, en particulier au travers du principe de l'égalité de traitement.

L'introduction envisagée d'une Centre national pour la qualité dans l'assurance obligatoire des soins s'inscrit dans cette logique. Cette institution poursuivrait un double objectif: d'une part fournir des prestations visant à garantir la qualité et l'appropriété des prestations et, d'autre part, procéder à l'évaluation de nouvelles technologies médicales, élaborer des rapports portant sur les conditions d'efficacité, d'appropriété et d'économicité de nouvelles approches

thérapeutiques par la mise en place d'une plateforme nationale dite « Health Technology Assessment (HTA) », s'inspirant à cet égard de ce qui existe déjà dans ce domaine auprès de certains Etats voisins. Une procédure de consultation est actuellement en cours sur ce point.

Post-scriptum

Ce texte constitue la version remaniée d'une conférence présentée le 23 juin 2014 aux Journées LAA 2014 de l'Association Suisse d'Assurances. Je remercie Monsieur Julien JACCARD (MLaw), assistant diplômé à la Faculté de droit de Lausanne, pour son soutien dans l'élaboration de ce texte.

La riche bibliographie peut être obtenue auprès de l'auteur. En outre, un essai plus important sur le sujet peut être consulté dans le HAVE de décembre 2014; on y trouvera à la fois l'ensemble de la bibliographie ainsi que toutes les notes de bas de page.