

Avions de chasse et traitements médicaux onéreux: même combat?

Bernard Baertschi^a

a Institut d'éthique biomédicale, Université de Genève

L'arrêt 9C_334/2010 du Tribunal fédéral suisse, appuyant le refus de prise en charge par l'assurance-maladie d'un médicament onéreux pour une maladie orpheline, vient de remettre à l'ordre du jour une question qui s'était déjà posée publiquement le 13 janvier 1999, lorsque la manchette de la *Tribune de Genève* affichait: «Trois cent mille francs pour une vie: trop cher?» L'article annoncé ainsi précisait: «Le cas d'un septuagénaire qui se serait vu refuser un médicament jugé trop onéreux par les autorités sanitaires de Bâle-Ville, a lancé hier une discussion sur le «rationnement thérapeutique» [...]. La polémique a éclaté avec un nouveau médicament hémostatique, le Novo Seven. Fruit de la technologie génétique, il coûte 50 000 francs par jour, et doit être administré sur une période d'au moins six jours.» Prudemment, sans beaucoup s'engager, la FMH avait commenté: «La décision de rationner ou non les soins devrait résulter d'un consensus politique.» Le traitement proposé dont le remboursement vient d'être refusé coûterait, lui, entre 750 000 et 900 000 francs pour dix-huit mois.

Ce genre de décision soulève inévitablement des questions et suscite régulièrement des contestations, voire des polémiques¹. C'est que, dans nos sociétés libérales, et contrairement à ce que pensent certains philosophes optimistes à la suite de John Rawls, il n'y a pas d'accord sur l'équité et les principes de justice, du moins dès qu'on en vient aux détails et aux applications – où, comme le dit le proverbe, le diable se cache justement! Mais c'est aussi que se posent *simultanément* plusieurs questions touchant à la justice distributive. Il y a d'abord celle de l'autorité de distribution et de sa manière de procéder: *qui* doit allouer les ressources médicales et selon quels *critères*? Le Tribunal fédéral, tout comme la FMH en 1999, en appelle à des décisions politiques (7.6); mais comme elles sont absentes, il se rabat sur l'évaluation coût-efficacité, telle qu'elle est généralement pratiquée. Il y a ensuite la question de l'*égalité*: faut-il se borner à viser une égalité de départ et de traitement ou vouloir réaliser une égalité à l'arrivée, ce qui impliquerait que plus une personne est en mauvais état, plus elle a le droit de bénéficier de ressources publiques importantes pour se mettre au niveau des bien mieux lotis qu'elle? Il y a encore la dis-

tinction entre l'*injustice* et l'*infortune*: être atteint d'une maladie orpheline n'est la faute de personne, si ce n'est de la nature, c'est donc une infortune, et le Tribunal fédéral considère qu'il est juste d'allouer moins de ressources au traitement des infortunes qu'à la prévention des injustices («les sources de danger causées par des humains» [7.6.3]).

Par là, le Tribunal fédéral met en rapport la santé et la sécurité; il sort donc du cadre de l'allocation des soins de santé pour passer à celui de l'allocation des ressources, sinon en général, du moins dans deux domaines différents. Ce faisant, le Tribunal fédéral nous rappelle que, en amont de la question de l'allocation entre des patients ou des pathologies (microallocation et mésoallocation), se trouve celle de la macroallocation: combien de ressources est-il juste que nous allouions aux différentes tâches que l'Etat a à remplir? Ces tâches concernent certes la santé et la sécurité, mais aussi l'éducation, les voies de circulation et les services sociaux; les ressources de l'Etat étant limitées (nous ne vivons malheureusement pas dans un pays de cocagne), nous devons nous mettre d'accord sur des critères afin de distribuer avec justice et équité ces ressources entre les différentes tâches de l'Etat, ce qui implique nécessairement des limitations, qu'on devrait appeler «rationnement» si le mot ne faisait pas si peur. C'est que, comme le dit Stéphane Chauvier: «Là où chacun dispose de tout ce qu'il peut désirer, là où rien ne peut jamais manquer à personne, le problème de la justice ne se pose pas, et des règles de partage, *c'est-à-dire de rationnement*, ne sont pas nécessaires.» [1]

Cela éclaire, du moins je l'espère, le titre que j'ai donné à ce petit texte: «Avions de chasse et traitements médicaux onéreux: même combat?» Les débats sur les F/A-18 et leur remplacement ressortissent à la même problématique que celle du remboursement (c'est-à-dire de l'achat par les caisses-maladie) des traitements pour les maladies onéreuses. Quel est le prix de notre sécurité et celui de notre santé? Ou plutôt: quelle est la quantité de ressources que nous voulons consacrer respectivement à notre sécurité et à notre santé? Ce qui sera donné d'un côté ne sera plus disponible de l'autre, d'autant que, par ailleurs, nous ne voulons pas consacrer toutes nos ressources à la production de biens publics, mais voulons en garder une partie substantielle pour nos projets privés (famille, loisirs,...).

Quand le Tribunal fédéral regrette que la politique n'ait pas fixé des critères d'allocation, il pense aux res-

1 Je m'étais exprimé sur la question suscitée par le Novo Seven dans: Le prix de la santé et le coût des soins. Rationnement, santé publique et justice. Médecine et Hygiène. 1999; 2263(juillet):1464-6.

sources médicales. A défaut de tels critères, il se rabat sur l'évaluation coût-efficacité, ai-je relevé. On a alors aisément l'impression qu'à défaut de considérations morales (justice et équité), ce sont les considérations économiques qui priment, deux types de considération souvent présentées comme en tension, voire antagonistes. Toutefois, ce que j'ai dit de la nécessité d'un «rationnement», notion consubstantielle à celle de justice, montre que cette manière de voir les choses n'est pas correcte, du moins dans son principe. Les critères économiques comme l'économicité, loin d'être opposés à la morale, sont sinon des critères proprement moraux, du moins des critères exigés par la morale. C'est à défendre plus précisément ce point de vue que j'aimerais consacrer la fin de mon texte.

Le système d'assurance-maladie que nous connaissons – mais sur ce point, ce n'est pas différent dans les pays qui nous entourent – privilégie la distribution des soins, à l'instar d'ailleurs de tout notre système social, dont la partie visible est l'allocation de biens garantis par les droits sociaux que nous avons tous. Mais tout comme un iceberg, notre système a une partie cachée, ou en tout cas moins visible, particulièrement lorsque l'on est dans le besoin ou malade, celle de la *production* des biens et des soins. En ce qui concerne les soins, on pensera volontiers que ce sont les soignants, les hôpitaux et les entreprises pharmaceutiques qui s'en occupent. Mais ce n'est qu'à moitié vrai: les soins que soignants, hôpitaux et pharma produisent sont en réalité proposés à notre système de santé qui les achète (ou ne les achète pas). Or, cet achat n'est possible que parce que les citoyens le financent à la fois par leurs cotisations et par leurs impôts, notre système étant mixte sur ce plan. Ainsi, en définitive, ce sont les citoyens qui produisent les soins, en ce sens qu'ils les achètent. En outre, cet achat n'est pas libre – il n'y a pas de véritable marché de la santé, et cela pour de bonnes raisons –, puisque cotisations et impôts ne sont pas volontaires. Il doit par conséquent être socialement déterminé, selon des critères ressortissant à la justice et à l'équité, à l'instar de la distribution des soins de santé. Ces critères, ce sont justement une contribution *per capita* (cotisations) et le revenu (impôts), dans une proportion qui continue à faire l'objet de débats politiques et éthiques.

«De chacun selon ses capacités, à chacun selon ses besoins», disait Karl Marx, en parlant de la devise de justice qu'il faudrait inscrire sur les drapeaux de la société sans classe [2]. Les capacités sont le critère de la production des biens, les besoins celui de leur distribution. Les capacités financières d'un Etat moderne sont limitées – bien plus que celles que Marx envisageait pour sa société sans classes –, elles ne permettent donc d'acheter qu'un nombre plus ou moins restreint de biens. On peut certes augmenter ces capacités, mais ce sera alors au détriment de l'achat d'autres biens, dont certains ne sont pas moins souhaitables – est-ce le cas des avions de chasse? Il est par conséquent nécessaire et requis du point de vue de la justice d'adapter équitablement la distribution à la production sous condition de l'égalité des personnes, ce qui est justement la fonction de l'économicité, dont le principe stipule, selon le Tribunal fédéral: «On ne peut couvrir pour les individus assurés que des prestations dans une hauteur qui pourrait également être couverte de manière généralisable pour toutes les autres personnes en situation comparable.» (7.7)

C'est notamment cela que nous rappelle l'arrêt 9C_334/2010 du Tribunal fédéral; on peut en contester le détail, on peut discuter sa décision sur ce cas précis, mais son approche est exactement celle que demande la justice comme vertu morale dans une société libérale et démocratique. Bien sûr, si l'on substituait une exigence d'égalité de niveau de santé (égalité à l'arrivée) à une égalité de traitement, la part des ressources de chacun et de l'Etat consacrée à la santé devrait être bien plus élevée.

Correspondance

Dr Bernard Baertschi
Centre médical universitaire
1, rue Michel-Servet
CH-1211 Genève 4

E-mail: Bernard.Baertschi@unige.ch

Références

1. Chauvier S. Justice internationale et solidarité. Nîmes: Chambon; 1999, p. 36. (italiques de l'auteur de l'article).
2. Marx K. Critique du programme de Gotha; p. 12. Available from: <http://classiques.chez-alice.fr/marx/gotha.pdf> [accessed 7.9.2011].