

place au
dialogue



Que voulez-VOUS?

En ligne de mire: les préférences sociales dans le système de santé

Franz Immer

A qui donner quoi?

«Cela n'a aucun sens d'opérer quelqu'un pour qui la transplantation est sans perspective et qui végétera par la suite.»

Directeur de Swisstransplant, Tages-Anzeiger, 17.10.2016

Salvatore Tricarico

Premier arrivé, premier servi

«Les enfants sont prioritaires sur les personnes plus âgées, qui ont parfois une immunité partielle grâce à des vaccins antérieurs.»

Président de l'Association des médecins de famille et de l'enfance de Suisse orientale, Tagblatt, 09.11.2017

SwissHTA

Je t'accorde cela!

«A la différence des préférences individuelles (...), les préférences sociales portent sur le bien-être, (...) et l'utilité pour la santé d'autrui et non de l'individu interrogé.»

www.swisshta.ch, glossaire, 15.11.2017

Stefan Felder

Diminuer les prestations pour freiner les coûts

«Ce qui est médicalement faisable n'est pas toujours abordable pour la collectivité.»

Economiste de la santé,
www.derbund.ch, 29.01.2017

Simon Hehli

Quand l'honnêteté des politiciens bousille leur carrière

«Les débats sur le rationnement ont fait partie des raisons de la destitution de Veronica Schaller (PS) l'année suivante.»

www.nzz.ch, 10.08.2017



Lucrezia Meier-Schatz
est membre du Conseil
d'administration de la CSS.

Ce que nous voulons

Sommaire

- 4 **Les préférences sociales dans le système de santé**
Ressources rares et souhaits illimités
- 7 **Point de vue**
De la solidarité et de la préférence sociale
- 8 **Contexte**
Juguler les coûts à l'aide de la science
- 10 **On en parle**
«Les préférences sociales sont sujettes aux variations de l'opinion»
- 14 **Pratique**
Comment répartir équitablement?
- 15 **Un autre regard**
L'équité ne peut pas être réglementée
- 16 **Personnel**
«Ces questions me donnent un sentiment d'impuissance»
- 18 **Santé!**
Wanted: politicien désintéressé
- 19 **Science**
Contre l'uniformisation

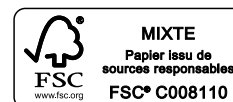
A côté de l'objectif d'atténuer les dépenses et de garantir des soins complets à la population suisse, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) poursuit également un objectif de solidarité: tout le monde a accès à des soins de santé de qualité et les personnes de condition modeste sont soulagées financièrement pour le paiement de leurs primes.

Depuis de nombreuses décennies, la Suisse se plaint de la hausse des coûts dans le domaine de la santé. L'objectif de maîtrise des coûts a aussi été largement manqué avec l'introduction de la LAMal. Toutefois, malgré la croissance des coûts, Monsieur et Madame Tout-le-monde sont d'avis, selon les sondages, que les soins de santé sont de qualité. L'objectif en matière de soins semble donc atteint. Toutefois, avec la hausse des coûts, l'objectif de solidarité est mis sous pression. Les primes de l'assurance de base sont non seulement devenues difficiles à supporter pour les personnes à revenu modeste, mais pèsent aussi de plus en plus sur la classe moyenne.

C'est pourquoi nous devons nous poser cette question cruciale: que voulons-nous? Nous devons savoir ce que la population veut inclure ou non dans les prestations remboursées compte tenu des ressources limitées dans l'assurance de base. Ces «préférences sociales» nous indiquent la direction dans laquelle nous pouvons développer l'assurance de base sociale. Car aujourd'hui, les responsables politiques, les offices fédéraux et les directions cantonales de la santé publique prennent malheureusement trop souvent des décisions qui ne sont pas fondées scientifiquement. Si nous voulons une assurance-maladie obligatoire supportable et pour éviter de compromettre la solidarité, il faut prendre des décisions fondées scientifiquement et économiquement raisonnables. Il faut de nouveaux concepts. C'est pourquoi la CSS Assurance apporte son soutien à l'étude scientifique sur les préférences sociales (SoPHI) et consacre ce numéro à ce thème.

Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Editeur: CSS Assurance, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, rédacteurs en chef: Judith Dissler, Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel Corporate Media, Katharina Rilling (texte) et Peter Kruppa (Art Director) | Crédit photos: Zeljko Gataric Imhoff, mäd, Getty Images/Tomas Rodriguez, iStock/Spiderstock, Grafilu, Getty Images/Regine Mahaux | Lithographie: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



Dans le domaine de la santé, les règles du jeu ne sont pas les mêmes que dans l'économie de libre marché. Elles rentrent dans le cadre législatif et les chercheurs ne s'y sont pas vraiment intéressés jusqu'ici. Ne serait-il pas intéressant de savoir comment la société souhaiterait que l'argent soit utilisé dans l'assurance de base sociale?

Par Harry Telser, Barbara Fischer et Michael Schlander

Ressources rares et souhaits illimités

Nos ressources sont limitées, contrairement à nos besoins et envies. Ce conflit de base est vrai pour pratiquement tous les domaines de la vie. Transformer les ressources limitées en biens et services, puis les répartir entre les besoins illimités des personnes représente un vrai travail herculéen, rarement présenté de manière explicite. Dans la plupart des cas, nous faisons confiance à l'économie de marché en tant qu'élément régulateur. Dans celle-ci, différentes entreprises essaient de proposer, en se faisant mutuellement concurrence à partir des ressources limitées, les produits et services qui satisfont au mieux aux préférences des clients.

Dans le système de marché, le prix joue un rôle essentiel pour ce contrôle décentralisé. Si le prix d'une marchandise A est élevé, cela montre que la demande est importante et l'offre limitée. Pour les prestataires, c'est un signal les incitant à augmenter leur production. Ainsi, les ressources pour fabriquer d'autres marchandises moins demandées sont prélevées et affectées à la production de la marchandise A. En conséquence, les ressources limitées sont utilisées où elles confèrent la plus grande utilité aux gens et satisfont le mieux à leurs préférences.

Ce système fonctionne de manière exceptionnelle dans de nombreux secteurs. D'innombrables entreprises veillent à ce que nous bénéficions par exemple d'une offre alimentaire variée, adaptée à nos préférences, mais abordable. Il en va de même pour d'autres biens et services dans les industries textile et automobile, la coiffure, la télécommunication, etc.

L'économie planifiée du système de santé

Le seul système de marché ne fonctionne toutefois pas partout. Dans le

domaine de la santé, la Suisse poursuit l'objectif politique que toute la population bénéficie d'un accès global aux prestations de santé. Le système de marché est régulé par une assurance-maladie qui est obligatoire pour tous, avec une quote-part relativement modérée. Comme les primes sont réduites pour les personnes qui ne peuvent se les payer, ces dernières peuvent quasiment solliciter des prestations gratuitement. Les coûts qui en résultent sont pris en charge par la collectivité par le biais des primes d'assurance.

Dans ce système, le prix des services ne produit plus son effet signal. Comme les prix ne sont pas payés par ceux qui demandent des prestations, ils ne reflètent plus le niveau de la demande et ne donnent plus d'indications sur la manière optimale d'affecter les ressources limitées. Comme la sollicitation n'a pas de prix, les besoins théoriquement illimités s'expriment pleinement. Même les prestations qui coûtent très cher et améliorent relativement peu la santé sont demandées. Quand les gens sont malades, ils veulent souvent ce qu'il y a de mieux pour les soigner.

Il n'est donc pas étonnant que les dépenses de santé augmentent constamment et qu'environ 12% du PIB soient aujourd'hui affectés au système de santé. Ces ressources ne sont plus disponibles pour une autre affectation, par exemple pour améliorer le système social ou de formation. En conséquence, de nombreux efforts sont fournis pour maîtriser la hausse des coûts par le biais de réglementations étatiques. Dans ce contexte, on hésite de moins en moins à utiliser la manière forte. Ces derniers temps, des voix se sont donc élevées pour revendiquer le rationnement des prestations dans le domaine de la santé, par exemple en fonction de l'âge des patients. A certains endroits, le rationnement est déjà mis en œuvre. Ainsi, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a récemment limité l'accès aux nouveaux médicaments contre l'hépatite C, chers mais extrêmement efficaces, ce qui fait qu'ils n'ont été pris en charge que pour les patients souffrant de lésions hépatiques sévères.

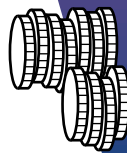
Dans ce genre de régulation du système, les préférences de la population devraient jouer un rôle important. Tandis que l'offre s'oriente automatiquement en →

En bref

- L'objectif du système de santé est de proposer à chacun un accès global aux soins, ce qui mine le système de marché.
- Comme le prix n'entre pas vraiment en ligne de compte pour la sollicitation des prestations, les coûts augmentent chaque année.
- Les préférences sociales permettraient de déterminer ce qui est ou n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire.

Des recettes contre la hausse des coûts de la santé?

Les coûts de la santé en Suisse ne cessent d'augmenter. Ce sont surtout les coûts en hausse de l'assurance de base (AOS) qui grèvent toujours plus le budget des ménages suisses. Si les moyens financiers sont limités, la société doit réfléchir à un moyen de répartir des ressources limitées de manière équitable et sociale. Jusqu'à aujourd'hui, peu d'études scientifiques ont été menées sur le sujet.



Situation actuelle

Nouvelle recette pour réduire les coûts

Catalogue des prestations de l'AOS = coûts de l'AOS
Mettre des limites aux prestations et aux coûts dans l'AOS en se basant sur des études scientifiques



Se débarrasser du superflû; ne pas supprimer les prestations pertinentes

Catalogue des prestations ouvert

Le catalogue des prestations ouvert est l'une des raisons pour lesquelles les coûts augmentent chaque année. Il y a peu d'incitations à moins consommer que nécessaire. En outre, de nouvelles possibilités de traitement se développent sans cesse, sans que les anciennes disparaissent.

Par ailleurs, sur le marché régulé, les prix n'ont pas d'importance, car ils ne sont pas payés par ceux qui demandent les prestations.



EAE

En contrôlant l'efficacité, l'adéquation et l'économicité, les assureurs peuvent avoir une influence sur le catalogue des prestations et la hausse des coûts.

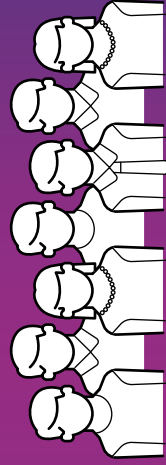


CFPP

Les prestations controversées peuvent être contrôlées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie et exclues de l'AOS.

Préférences sociales

Comment régions-nous le conflit entre des ressources limitées et des besoins illimités de la population? La science met en avant les préférences sociales et définit ainsi de nouveaux objectifs sociétaux.



Prévisions du KOF concernant les dépenses de santé

Assurance-maladie obligatoire (Dépenses de santé en millions CHF)

27 498,8 (total 77 754,3)

28 872,5 (total 80 742,5)

30 257,1 (total 84 029,0)

31 698,2 (total 87 335,3)

33 218,1 (total 90 384,7)

2015

2016

2017

2018

2019

Source: <https://www.kof.ethz.ch/fr/previsions-indicateurs/previsions-sante.html>

→ fonction des préférences des participants au marché sur un marché normal, ce mécanisme doit être garanti par une réglementation adéquate dans le système de santé. Pour cela, il faut que les préférences sociales soient connues. Autrement dit, il faut savoir comment la population souhaite que le système social de l'assurance-maladie soit organisé.

Grandeur inconnue

Aujourd'hui, on ne sait pas comment la population suisse aimerait régler le conflit entre les ressources limitées et les besoins illimités dans le système de santé. Notre société est-elle prête à accepter que des personnes très âgées ou moins malades ne bénéficient plus de certaines prestations de l'assurance-maladie? Ou la population est-elle peut-être même favorable à ce que des ressources supplémentaires soient injectées dans le système de santé parce qu'elle en retire une utilité plus grande par rapport aux autres utilisations?

Les préférences sociales en rapport avec le domaine de la santé ne peuvent pas être observées directement parce que précisément, aucune décision du consommateur n'est prise pour ou contre des prestations de santé à un prix rentable. Des sondages sont donc nécessaires pour mieux connaître la manière dont la population voudrait que le système de santé soit organisé. Les enquêtes sur le système de santé réalisées auprès de la population ne manquent pas. Certaines sont même périodiques. Mais toutes présentent le même problème, à cause duquel elles ne permettent pas de déterminer les préférences sociales: les personnes sondées peuvent exprimer un avis gratuit.

Par avis gratuit, on entend que les personnes sondées peuvent indiquer l'importance d'une prestation ou d'une caractéristique donnée du système de santé sans que cela entraîne des conséquences négatives. Ainsi, il n'est pas étonnant que tout soit important dans les sondages normaux. La population fait par exemple prévaloir le caractère indispensable des préparations originales ou le libre choix du médecin. Dans la réalité, on observe toutefois que les patients sont disposés à accepter des génériques en lieu et place des préparations originales en échange d'une rémunération financière. La majorité des Suisses ont même abandonné volontairement le libre choix du médecin. Ils ont opté pour les modèles de Managed Care de leur assureur-maladie et se sont ainsi engagés à ne consulter que certains médecins déterminés au préalable en cas de maladie (cf. article p. 19).

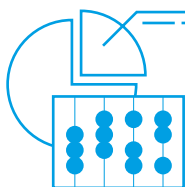
Des expérimentations aux solutions

Pour recenser les préférences sociales effectives, il faut donc placer les personnes interrogées face à des décisions dans le cadre desquelles elles doivent s'acheter des améliorations, sur le plan hypothétique tout au moins. Le sondage pointe ainsi le caractère limité des ressources. Les expériences de marché parfois appelées Discrete Choice Experiments (expériences des choix discrets) dans les ouvrages spécialisés sont particulièrement adaptées. Lors de celles-ci, des produits hypothétiques sont présentés aux personnes sondées, qui se différencient par leurs caractéristiques et entre lesquels elles doivent se décider. Ainsi, on simule une situation de marché courante que les participants connaissent très bien dans d'autres domaines. Ils ne doivent pas donner leur avis sur des caractéristiques spécifiques du système de santé, mais uniquement décider entre différents scénarios. Quand les choix entre des scénarios tout à fait différents sont très nombreux, il est possible d'en inférer les préférences des personnes sondées à partir de méthodes statistiques. On peut déterminer les critères qui ont pesé le plus ou le moins dans les décisions. Le caractère interchangeable de ces critères peut également être mesuré. Cela signifie que l'on calcule combien de personnes sondées seraient disposées à renoncer un peu à un critère pour bénéficier davantage d'un autre critère. Si le prix est un critère, cette interchangeabilité montre la disposition de la population à payer une amélioration de l'autre critère.

Pour déterminer les préférences sociales dans le système de santé, une expérience de marché est adaptée, dans laquelle les personnes sondées doivent choisir entre différents contrats d'assurance. L'assurance de base actuelle peut alors servir de point de départ. Elle est ensuite comparée avec d'autres contrats d'assurance, qui prévoient certaines modifications dans le catalogue des prestations. Il pourrait par exemple y avoir un nouveau médicament hypothétique, qui ne serait pas remboursé par l'assurance de base, mais serait pris en charge dans le contrat d'assurance alternatif. En contrepartie, la prime de caisse-maladie du contrat alternatif serait plus élevée. Comme il s'agit d'une expérience, on peut ajuster les propriétés du médicament hypothétique en fonction des questions précises par rapport auxquelles on souhaiterait déterminer les préférences sociales. Ainsi, le médicament pourrait par exemple n'avoir une utilité que pour les patients d'une certaine tranche d'âge. On aurait ainsi un médicament qui ne serait utile que pour les enfants



Par avis gratuit, on entend
que les personnes sondées
peuvent indiquer **l'importance**
d'une prestation ou
d'une caractéristique donnée
du système de santé
sans que cela entraîne des conséquences
négatives.



Quand les **choix** entre des scénarios tout à fait différents sont nombreux, il est possible d'en **inférer les préférences des personnes sondées à partir de méthodes statistiques.**

La population suisse se plaint des coûts de l'assurance de base obligatoire. Il faut que cela cesse. Pour stopper le problème, réfléchissons à ce que l'assurance de base obligatoire doit prendre en charge. Sur quelle base prendre cette décision?



Michel Rudin, Public Affairs
Manager auprès de la CSS Assurance.
michel.rudin@css.ch

De la solidarité et de la préférence sociale

Le système de santé repose sur le principe de la solidarité. C'est une bonne chose, car il est question de ce qui est essentiel pour l'homme: sa santé. La CSS Assurance a également été fondée sur ce principe il y a plus de 100 ans. Mais quelle est en fait la signification de la solidarité dans le système de santé? Sur ce point précis, les esprits divergent. Tandis que certains partent du principe que le système de santé financé de manière solidaire doit prendre en charge toutes les prestations – il est tout de même question du bien le plus précieux –, d'autres se mobilisent en faveur d'une limitation à ce qui est nécessaire. Au centre de la question, des attentes diamétralement opposées, qui ont conduit au blocage actuel du système de santé. Pour utiliser une autre formulation: tous les acteurs, et bien sûr aussi les politiques, prétendent avoir le monopole de l'interprétation du terme de solidarité et de ses conséquences financières sur le système de santé suisse.

Avec une hausse des coûts annuelle de 4% en moyenne, la contribution de solidarité devient de plus en plus lourde. Les beaux discours et les mesures superficielles ne suffiront pas à juguler la

hausse des coûts. Il faut des interventions plus importantes pour enrayer la croissance des prestations, la qualité insuffisante et le catalogue des prestations illimité. Néanmoins, les questions suivantes se posent: comment et sur quelle base pourrait-on concentrer les efforts pour satisfaire aux attentes des assurés? Et c'est précisément à ce niveau que les préférences sociales constituent une bonne piste. Une étude sur la position de la population suisse par rapport à un système de santé solidaire sera publiée d'ici peu. Elle apportera des réponses solides au sujet de l'équilibre à trouver entre système de santé financé solidairement et libre marché de la santé. La CSS espère que les résultats favoriseront une politique de la santé mieux orientée vers les attentes des assurés et évitant ainsi les blocages des réformes, notamment aussi parce que la qualité et l'adéquation d'un traitement peuvent être mieux définies. La CSS est convaincue que le débat sur l'étendue et la teneur des prestations financées solidairement s'étoffera, ce qui permettra d'établir des limites claires, de surmonter des blocages politiques et de limiter ainsi la croissance des primes.

ou que pour les patients d'un certain âge, ce qui permettrait d'inférer les préférences sociales dans la perspective du rationnement lié à l'âge.

Régulation selon les préférences

Il existe maintenant des techniques éprouvées de mesure des préférences. Il est important de rendre constamment visible le caractère limité des ressources. C'est le seul moyen de montrer comment le système de santé social doit être organisé pour que les préférences de la population soient prises en compte. La connaissance des préférences sociales améliore la cohérence et, au bout du compte, l'acceptation de la réglementation dans le système de santé.

Le Prof. Michael Schlander et le Dr Harry Telser

dirigent ensemble l'étude SoPHI aux côtés d'un comité scientifique directeur international. Elle repose sur les résultats du projet SwissHTA et du projet international URD («Evaluation of Ultra-Rare Disorders») (tous deux placés sous la direction scientifique de Michael Schlander, Centre allemand de recherche sur le cancer, Université de Heidelberg, et Institute for Innovation & Valuation in Health Care de Wiesbaden), ainsi que sur l'expertise et l'expérience économétriques des méthodes DCE («Discrete Choice Experiment») de Polynomics à Olten (Harry Telser, Barbara Fischer).

Malgré l'augmentation constante des dépenses de santé, Monsieur et Madame Tout-le-monde ne veulent pas d'un rationnement des soins en Suisse. Il n'est peut-être pas nécessaire d'en arriver là. Ne serait-il pas plus intéressant de déterminer les prestations dont la prise en charge par l'assurance de base sociale est jugée importante?

Par Prof. Michael Schlander, Barbara Fischer et D^r Harry Telser

Juguler les coûts à l'aide de la science

Des sondages représentatifs montrent qu'une grande majorité des citoyens refuse le rationnement des prestations de santé. Dans le même temps, la volonté d'accepter des impôts élevés ou des cotisations obligatoires (en Suisse, primes élevées dans l'AOS) est manifestement limitée. Il en résulte un conflit d'objectifs, avec d'un côté le montant adéquat des dépenses globales pour le système de santé, et d'autre part la question des limites à fixer à l'intérieur de ce système.

Amélioration de l'efficacité

C'est pourquoi de nombreux conseillers politiques, surtout issus de l'économie de la santé, recommandent de maximiser l'efficacité de l'utilisation des fonds pour le système de santé et à l'intérieur de celui-ci. La revendication selon laquelle il faut éviter un gaspillage des ressources est triviale à première vue, et se résume à un impératif économique et moral évident. Elle devient toutefois précisément

problématique lorsqu'une «allocation» (attribution) optimale dans le sens économique classique débouche certes sur une production maximale de l'utilité individuelle pour la santé (et dans ce sens, qu'il n'y a pas de gaspillage), mais que cette répartition reste sans effet pour la distribution de l'utilité entre différents groupes de personnes. Cela pourrait en effet avoir comme conséquence que certains (groupes de) patients seraient dans une large mesure exclus du résultat, voire dans l'impossibilité totale

d'accéder à des thérapies efficaces parce que leur traitement «produirait» moins de santé supplémentaire.

Des exemples concrets de thérapies parfois très onéreuses dans le cas de maladies rares (p. ex. troubles du métabolisme innés chez des enfants entraînant des handicaps) ou de cancers graves montrent à quel point la problématique est sensible. En Angleterre par exemple, dans le cadre de l'évaluation des procédures médicales, un seuil de 20 000 à 30 000 livres par année de vie gagnée (moyennant un changement de la qualité de vie) est pris comme hypothèse pour la capacité de paiement maximale supposée. En conséquence, de nombreuses thérapies onéreuses pour des maladies rares et de nouveaux médicaments contre le cancer sont évalués négativement.

Alors que voulons-nous?

De nombreuses études internationales nous révèlent toutefois que des normes sociales et des jugements de valeur s'y opposent. Pour beaucoup de gens, il est particulièrement important de venir en aide aux personnes gravement malades, quitte peut-être à renoncer en contrepartie au remboursement des «bagatelles», même si de ce fait, la qualité de vie et la durée de vie ne peuvent pas être améliorées globalement quant à l'effet final. En d'autres termes, on est disposé à accepter globalement une plus petite part de gâteau si ce dernier est partagé de manière plus équitable. Les écarts observés par rapport à la théorie pure s'expliquent entre autres par le fait que quand il est question de vie ou de mort, les gens ne se comportent pas comme de simples opportunistes cherchant à maximiser leur utilité individuelle. Ils affichent plutôt des préférences sociales, et il n'y a aucune raison convaincante d'ignorer ces attentes de la population à l'égard de son système de santé.

L'étude SoPHI réalisée en Suisse

L'intégration systématique et cohérente des préférences sociales dans l'évaluation des mesures médicales pré-

En bref

- La majorité de la population suisse trouve les primes trop élevées, mais refuse un rationnement.
- Certaines personnes sont prêtes à voir leur intérêt individuel régresser au profit de la collectivité (préférences sociales).
- L'étude SoPHI détermine les préférences sociales selon une démarche scientifique.

suppose que ces dernières supportent une vérification empirique et sont idéalement quantifiables. Cet objectif a été pris en compte dans la conception de l'étude «Social Preferences for Health Interventions», en bref l'étude SoPHI. En Suisse, cette étude a été rendue possible grâce au soutien paritaire des assureurs-maladie (curafutura, ASA) et de l'industrie (Galenica, Interpharma), dont les représentants avaient déjà joué un rôle actif prépondérant dans le projet SwissHTA.

Dans l'étude SoPHI, la méthode Discrete Choice Experiment (DCE) est appliquée pour déterminer la disposition sociale à payer des interventions médicales qui se distinguent d'après sept critères essentiels: espérance de vie et qualité de vie sans intervention (donc degré de gravité de la maladie), espérance de vie et qualité de vie après le traitement (la différence entre les deux donne l'efficacité du traitement), nombre de patients nécessitant un traitement (prévalence), âge des patients et coûts supplémentaires lors de l'admission du traitement dans le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Parmi les caractéristiques spécifiques de l'étude SoPHI, les coûts sont représentés en tant que coûts par personne assurée (et pas par patient ou par année de vie gagnée). C'est pourquoi la disposition sociale à payer est mesurée dans celle-ci. Elle évalue d'une part l'utilité individuelle immédiatement centrée sur soi d'une intervention médicale. D'autre part, elle tient compte d'aspects tels que l'aversion au risque et

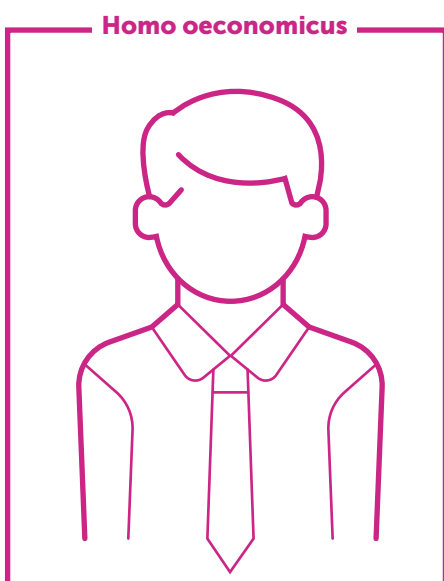
l'altruisme. Ainsi, les préférences sociales des citoyens suisses peuvent au final être recensées. Les données d'un sondage représentatif de 1500 citoyens suisses se trouvent actuellement en phase d'évaluation. Les résultats montreront l'importance relative des attributs évalués. Il apparaît d'ores et déjà que pour la population suisse, d'autres critères sont importants, en plus de la durée de vie et de la qualité de vie gagnées individuellement. Il serait potentiellement important, en termes de politique de la santé, d'intégrer ces préférences sociales aux critères d'évaluation des interventions médicales.

Le Prof. Michael Schlander et le D^r Harry Telser

dirigent ensemble l'étude SoPHI aux côtés d'un comité scientifique directeur international. Elle repose sur les résultats du projet SwissHTA et du projet international URD («Evaluation of Ultra-Rare Disorders») (tous deux placés sous la direction scientifique de Michael Schlander, Centre allemand de recherche sur le cancer, Université de Heidelberg, et Institute for Innovation & Valuation in Health Care de Wiesbaden), ainsi que sur l'expertise et l'expérience économétriques des méthodes DCE («Discrete Choice Experiment») de Polynomics à Olten (Harry Telser, Barbara Fischer).

Digression sur la théorie économique

Dans la théorie économique, on parle de préférences sociales lorsque les acteurs, en plus de leur intérêt personnel matériel, sont également portés sur le bien-être et le succès d'autres acteurs, ce qui influence dans une mesure considérable leur propre comportement.



- Comportement purement motivé par son intérêt personnel matériel
- Aucun sentiment pour autrui



- Motivation des gens à tenir compte dans leurs décisions d'aspects qui vont au-delà de leur intérêt personnel matériel

La détermination des préférences sociales est-elle un moyen fiable pour contribuer à la réduction des dépenses de santé? Christian Affolter, responsable des structures tarifaires à la CSS, et Fridolin Marty, responsable de la politique de la santé chez economiesuisse, ne sont pas d'accord.

Interview: Patrick Rohr

«Les préférences sociales sont sujettes aux variations de l'opinion»

Patrick Rohr: Monsieur Affolter, la CSS soutient le concept des préférences sociales parce que vous estimez que des économies peuvent ainsi être réalisées. Comment?

Christian Affolter: Je ne dis pas que tout s'améliorera grâce à ce modèle. Il nous aidera toutefois à mieux comprendre les assurés. En connaissant les préférences sociales, nous savons ce que les gens sont prêts ou non à dépenser pour la santé à la charge de l'assurance-maladie. Pas pour leur propre santé, mais pour celle des autres. Naturellement, on peut d'ores et déjà s'en faire une idée en lisant les commentaires de la presse people ou en suivant les débats sur les réseaux sociaux. Ce qui manque toutefois, c'est une enquête scientifique sur les préférences sociales.

P.R.: Mais le rôle des politiques n'est-il pas précisément de connaître les préférences sociales de la population?

C.A.: Je prétends qu'ils ne savent pas combien les gens sont prêts à dépenser pour la santé des autres.

P.R.: Qu'en pensez-vous, Monsieur Marty? Les études sur les préférences sociales permettraient-elles vraiment de se rapprocher davantage de la population que ne le font les politiques?

Fridolin Marty: Je ne pense pas qu'il faille attendre beaucoup de ce concept. Peut-être qu'il apportera un peu plus de transparence dans le système. Mais au final, la décision revient aux politiques. Et dans une démocratie directe comme la Suisse précisément, les préférences sociales de la population sont bien connues, puisque que nous n'avons pas seulement



«Nous avons un système de qualité, mais qui est loin d'être le meilleur du monde. Cependant, nous payons plus que qui-conque pour notre santé.»

Christian Affolter



des élections, mais aussi des votations. Je constate avec inquiétude qu'aujourd'hui déjà, nous menons de plus en plus une politique de la démoscopie, et que les politiques s'orientent d'après les sondages au lieu de prendre leurs responsabilités. Rien ne remplacera la responsabilité politique, et sûrement pas un tel concept. *C.A.:* Je ne suis pas d'accord. Il se peut que des bases populistes ou démoscopiques sous-tendent de plus en plus l'action des politiques. Le concept des préférences sociales sert toutefois à définir le contenu des conditions générales fixées sur le plan politique, précisément pour échapper aux débats dogmatiques relevant de la politique des partis. Je vous cite un exemple: quand nous nous demandons ce qui doit être pris en charge par l'assurance-maladie sociale, les règles sont fixées dans la LAMal: un traitement doit être efficace,



adéquat et économique (critères EAE). L'efficacité peut être prouvée clairement. Pour le caractère économique, cela se complique. Mais qui dit qu'un traitement est adéquat?

P.R.: Mon médecin.

C.A.: Tout à fait.

P.R.: Et vous voudriez à l'avenir confier cette évaluation à la population?

C.A.: Non, mais nous aimerions impliquer les gens. Une perspective sociale vient s'ajouter, qui va au-delà de l'individu. Prenons l'exemple du Viagra: ce médicament remplit les critères EAE. Toutefois, nous ne savons pas si la collectivité accepterait son remboursement par l'assurance-maladie obligatoire. Des études sur les préférences sociales permettraient de clarifier de telles questions à l'avenir.

P.R.: Mais n'y a-t-il pas là un danger, Monsieur Marty? N'est-il pas possible qu'une majorité de gens décide soudain d'exclure une minorité des soins médicaux?

F.M.: Dans le fond, je fais confiance à la population. Tout ce que les gens recherchent, c'est l'équité. Prenons la politique de l'asile: tant que les réfugiés qui arrivent en Suisse sont reconnaissants, respectent notre système, apprennent notre langue et veulent travailler, 80 à 90% de la population sont d'avis qu'ils peuvent venir. En revanche, si les réfugiés critiquent notre culture et ne veulent pas travailler, il ne faut pas leur venir en aide. C'est pareil pour la santé et l'assurance-maladie: si l'on sait que quelqu'un n'est pas responsable de sa maladie et fait tout pour être en bonne santé, on peut le soutenir.

— **Christian Affolter**, pharmacien, (à droite) est responsable des structures tarifaires auprès de la CSS depuis 2013. Auparavant, il était responsable de l'unité de direction Politique de la santé auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et chef du département Bases fondamentales chez santésuisse.

— **Fridolin Marty**, économiste, (au centre) est responsable de la politique de la santé auprès de l'organisation faitière des entreprises suisses, economiesuisse. Auparavant, il a occupé diverses fonctions chez santésuisse et faisait partie de la Commission fédérale des médicaments (CFM).

→



→ **P.R.:** Si toutefois il est responsable aux yeux de la population, comme on l'a longtemps affirmé pour les malades du sida, c'est déjà plus compliqué.

F.M.: C'est précisément un problème bien connu. Et heureusement que le sida est maintenant accepté.

P.R.: Il se pourrait toutefois que de nouvelles maladies apparaissent, dont les gens sont comme vous dites «responsables». N'y aurait-il pas alors un risque que l'opinion se dresse contre un groupe?

F.M.: Absolument. Il faut être conscient que les préférences sociales ne sont pas stables et qu'elles peuvent être sujettes aux variations de l'opinion.

C.A.: Et qu'y aurait-il de mal à cela?

F.M.: Je ne dis pas que c'est mal. Je dis simplement que si l'on réalise une telle étude, il faut prendre conscience que ses

«Il ne se passera rien, parce que beaucoup de gens profitent du système, et en politique, chacun sait qu'il peut se brûler les doigts.»

Christian Affolter

résultats sont un instantané, et que les préférences sociales obéissent à des dynamiques. C'est pourquoi les politiques doivent continuer à prendre leurs responsabilités.

C.A.: Naturellement, il serait théoriquement possible que le résultat d'une enquête soit anticonstitutionnel, viole la protection des minorités, etc. Mais de toute façon, on ne peut empêcher ce débat, qui a lieu à la table du bistro pour le moment. Nous voulons que la position de la population appuyée scientifiquement soit connue.

P.R.: Comment se fait l'analyse scientifique?

C.A.: Une série de questions est présentée aux gens. Du genre: faut-il privilégier le traitement des jeunes par rapport à celui des personnes âgées? Ou encore: quand est-il plus utile de prolonger une vie de quelques semaines au prix de plusieurs dizaines voire centaines de milliers de francs? Pour un jeune qui a encore besoin d'un mois pour tout régler et dire adieu à sa famille ou pour une personne de 80 ans qui voudrait vivre la naissance de son petit-enfant?

F.M.: Quelles questions délicates!

P.R.: Oui, mais on aurait enfin des réponses à ces questions, Monsieur Marty! On saurait ce que les gens pensent.

F.M.: Oui, mais cela est inutile sans responsabilité politique. Quand je suis interviewé en tant que citoyen, je n'ai aucune responsabilité à assumer. Je n'ai rien à financer, je ne dois répondre de rien. Cela pose problème selon moi.

P.R.: Mais les politiques ont-ils vraiment pris leurs responsabilités au cours de ces dernières années? Les dépenses de santé augmentent de manière incommensurable.

F.M.: Les coûts ne sont manifestement pas aussi élevés, puisque le peuple a rejeté tous les projets visant à réduire les dépenses. Les gens veulent les prestations et sont prêts à payer en contrepartie. Le problème est lié aux réductions des primes, qui n'ont pas évolué au même rythme que les coûts. C'est pourquoi la charge financière a fortement augmenté pour les personnes plus modestes.

On peut se demander s'il ne serait pas plus utile d'augmenter les réductions des primes, ou au moins de ne pas les réduire.

C.A.: Quel écran de fumée! Nous allons droit dans le mur!

F.M.: Pas du tout.

C.A.: Bien sûr que si, parce que les dépenses augmentent deux à trois fois plus vite que les salaires. A un moment donné, on ne peut plus se le permettre.

F.M.: Le bien-être d'une société ne provient pas uniquement des salaires. Nous avons aussi le revenu du capital.

P.R.: Nous parlons là d'une petite partie de la population, Monsieur Marty. Beaucoup de gens ont du mal à subvenir à leurs dépenses de santé.

F.M.: J'en suis bien conscient: je veux dire que le système peut se le permettre, pas les ménages pris individuellement.

P.R.: Et ceux qui n'en ont pas les moyens ont besoin des réductions des primes, à la charge de la collectivité, ce qui ne fait que décaler le problème.

F.M.: Le problème n'est pas encore grave au point que la collectivité ne puisse plus se le permettre. Faisons un calcul simple: le produit intérieur brut (PIB) se monte à 600 milliards de francs. L'assurance obligatoire des soins (AOS) nous coûte 40 milliards de francs. Le PIB augmente de 2%, soit 12 milliards de francs. Si l'AOS enregistrerait une hausse de 10%, ce qui n'a jamais été le cas, cela ferait 4 milliards. Donc seulement un tiers de la hausse du PIB. Peut-on ou non le financer?

C.A.: Je trouve qu'un tel calcul est plutôt limite!

F.M.: Je ne cherche pas non plus à minimiser l'évolution des coûts. Je veux simplement dire que, quelle qu'en ait été la raison, le peuple n'a jamais accepté une mesure de réduction des coûts.

P.R.: Et pourquoi?

F.M.: Parce que notre société a les moyens de faire face et de conserver son système de santé.

C.A.: Non, le problème est que les gens ne sont pas suffisamment informés: demandez à la table du bistro si nous avons un système de santé de qualité. Tout le monde vous dira: il est de superqualité! Mais c'est faux. Nous avons un système de qualité, mais qui est loin d'être le meilleur du monde. Cependant, nous payons plus que quiconque pour notre santé.

F.M.: D'accord, vous n'avez pas complètement tort. Ce que j'ai dit se rapporte au passé. Je ne dis pas que les choses resteront ainsi éternellement. Tout peut changer, et il se peut que des projets de réduction des coûts obtiennent la majorité. Mais dans ce cas, les politiques interviendront pour rectifier le tir.

C.A.: Je ne le crois pas, justement. Le mécontentement de la population est d'ores et déjà perceptible, surtout au

moment de l'approbation des primes. Le sujet de la qualité est peu à peu mis sur la table lui aussi. Aujourd'hui, l'attente pour que les responsables interviennent est déjà réelle. Toutefois, rien ne se passera, parce que beaucoup de gens profitent du système, et en politique, chacun sait qu'il peut se brûler les doigts. Sur le plan politique, personne n'a intérêt à toucher au domaine de la santé. Nous n'avons pas besoin de nouvelles règles, nous en avons déjà suffisamment. Il faudrait toutefois appliquer celles que nous avons déjà, par exemple les critères EAE. Et les préférences sociales nous fournissent des arguments dans ce sens.

P.R.: Ainsi, les politiques ont tout simplement peur de prendre leurs responsabilités, Monsieur Marty?

F.M.: Les politiques font leur travail. Mais effectivement, quelque chose cloche dans la mise en application des règles, notamment celles de la loi sur l'assurance-maladie. On voit bien les lacunes de la mise en œuvre, mais au lieu de les combler, on crée de nouvelles lois et réglementations. Néanmoins, je fais confiance à notre système politique. Il est efficace et ne chavire pas face aux nouveaux courants.

«Rien ne remplacera la responsabilité politique, et sûrement pas un tel concept.»

Fridolin Marty



Patrick Rohr, journaliste et photographe, dirige sa propre agence de conseil en communication et productions médias. Jusqu'en 2007, il était animateur à la Schweizer Fernsehen («Arena», «Quer»).

Il y a des situations où les prestations médicales sont limitées et où l'accès à la prévention, au diagnostic ou au traitement n'est pas toujours garanti. Comment répartir ces ressources de manière équitable? Une étude de l'EPF Zurich montre ce qu'en pensent profanes et médecins.

Par Pius Krütli

Comment répartir équitablement?

Aujourd'hui, la pénurie concernant les dons d'organes illustre de manière exemplaire la rareté des ressources médicales. Un autre exemple peut être inféré du débat sur les dépenses de santé. Si les moyens sont insuffisants pour satisfaire tous les demandeurs, à qui faudra-t-il attribuer des prestations telles qu'une prothèse articulaire (mesure améliorant la qualité de vie, sans toutefois être vitale)?

Des règles sont nécessaires pour répartir les prestations limitées le plus équitablement possible. Elles devraient correspondre à des normes éthiques, générer une utilité médicale, être réalisables et acceptées par les membres d'une collectivité.

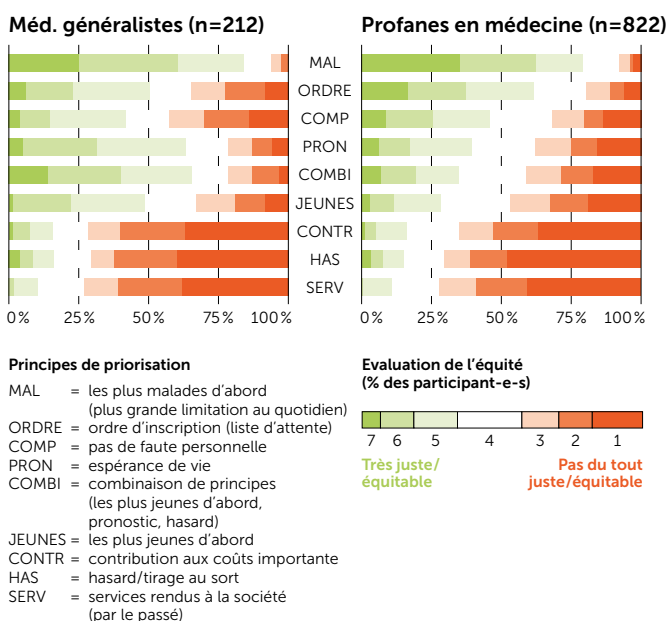
Il existe toute une série de principes de répartition: «hasard», «les plus malades d'abord», «les jeunes avant les aînés», «liste d'attente», «pronostic», etc. Tous ces principes ne sont pas évalués de manière éthique-

ment raisonnable, et selon la situation, ils se prêtent plus ou moins bien à l'affectation équitable des prestations médicales limitées. Ainsi par exemple, certains spécialistes reconnus de l'éthique médicale réfutent des principes comme «les plus malades d'abord» ou «premier arrivé, premier servi» (liste d'attente). Leurs arguments: le pronostic (évolution de la maladie) n'est pas évalué ou les listes d'attente sont sujettes aux abus.

Leur avis contraste avec l'évaluation de tels principes par les profanes en matière de médecine, et parfois aussi les médecins. Dans une étude en ligne récente, des médecins généralistes et des profanes ont évalué l'équité de neuf principes de répartition dans trois situations différentes de rareté médicale. Le schéma à gauche traite des prestations médicales améliorant la qualité de vie. Les deux groupes (médecins et profanes) trouvent très équitable qu'une prestation bénéficie d'abord aux plus malades en cas de rareté. La «liste d'attente» vient en deuxième position chez les profanes, tandis que ce principe est plutôt contesté chez les médecins. Pour les autres principes, le schéma est similaire pour les deux groupes. Le comportement comme critère de répartition des ressources limitées semble contesté dans les deux groupes. Cela vaut aussi pour le principe «les jeunes avant les aînés». Les critères «contribution aux coûts» (donner la préférence à ceux qui paient plus), «service rendu à la société par le passé» et «hasard» se classent mal chez les deux groupes en termes d'équité.

Comment évaluons-nous les critères de répartition de prestations médicales limitées?

Résultats de l'enquête sur les avis de médecins généralistes et de profanes en matière de médecine au sujet de la répartition de prestations qui améliorent la qualité de vie (p. ex. prothèses de la hanche artificielles).



Source: adaptation de Krütli et al. 2016. How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources: Ethical Argumentation under Scrutiny by Health Professionals and Lay People. Plos one 11/7.

Que pouvons-nous apprendre de cela? Premièrement, dans les différentes situations où la rareté médicale peut survenir, il faut instaurer des règles sur la manière dont les prestations devraient être réparties de manière équitable. De nombreux pays se sont dotés de règlements relatifs à la répartition des dons d'organes. Il existe peu d'études et peut-être aussi trop peu de débats sur la manière dont les prestations médicales seront réparties si les moyens se raréfient.

Deuxièmement, il existe de nombreux principes différents sur la manière dont de telles prestations peuvent être réparties équitablement. Comme tous les principes ont leurs avantages et leurs inconvénients, des spécifications sont nécessaires.

Et troisièmement, ce que les spécialistes de l'éthique jugent équitable ne correspond pas forcément à ce qui est jugé équitable dans la réalité. D'où la nécessité d'équilibrer les différentes perspectives.

Le **D^r Pius Krütli** est codirecteur du Transdisciplinarity Lab (TdLab), un groupe du département Sciences des systèmes environnementaux de l'EPF de Zurich, qui s'intéresse à l'interface science/société.

Dans le sport, les règles du jeu sont toujours le reflet de la société. Sandra Zurbuchen (32 ans), arbitre d'unihockey, s'exprime sur les décisions importantes, les zones grises et la crédibilité.

Par Manuela Specker

L'équité n'obéit pas à des règles

Dans la vie de Sandra Zurbuchen, il est souvent question d'équité. Avocate à l'Intendance des impôts du canton de Berne, elle arbitre des matches nationaux et internationaux d'unihockey.

La différence de taille: dans le sport, les décisions se prennent en quelques fractions de seconde. Toutefois, les règles ne sont pas gravées dans le marbre, que ce soit au niveau sportif ou sur les questions fiscales. «Elles se sont développées au fil des ans et sont adaptées en permanence», affirme S. Zurbuchen.

Aussi figés qu'ils puissent paraître, les règlements sont au final le reflet de la société, de ses préférences et de ses représentations de l'équité. Pour l'unihockey, les règles du jeu sont revues tous les quatre ans et validées par l'association internationale qui leur donne un caractère obligatoire. Pendant longtemps, les joueurs pouvaient renvoyer la balle à leur gardien. Aujourd'hui, S. Zurbuchen doit siffler dans un tel cas. «Cette nouvelle règle a rendu le jeu plus rapide et dynamique», affirme-t-elle. Un autre exemple: si deux joueurs sont prêts pour le «check», ils s'engagent dans le face-à-face d'égal à égal, et elle laisse le jeu se dérouler. «Aujourd'hui, les joueurs sont beaucoup plus athlétiques et s'entraînent plus souvent. Le jeu est donc devenu plus physique. Cela doit se refléter dans l'interprétation des règles», affirme S. Zurbuchen.

Cela signifie dans le même temps que les situations de jeu permettent rarement de prendre des décisions sans équivoque. Et le règlement de 109 pages n'y change rien. «Le plus souvent, je me trouve dans la zone grise.» Cela favorise l'équité et évite que l'arbitre se positionne comme quelqu'un d'omniscient.

Quand S. Zurbuchen et son arbitre partenaire ne sont pas sûres du joueur qui a touché la balle en dernier, elles demandent aux joueurs et obtiennent souvent une réponse honnête. Ainsi, le fair-play ne transparaît pas dans les règles, mais dans la manière dont de telles situations sont gérées. Selon S. Zurbuchen, cela requiert impérativement d'avoir un flair pour le jeu. Il y a faute et faute: il se peut qu'un joueur s'engage violemment dans un face-à-face parce qu'il avait lui-même subi des fautes en permanence précédemment. «Même si je garde bien sûr les règles à l'esprit, je me demande toujours aussi pourquoi un joueur a telle ou telle réaction. Selon moi, c'est la base d'un jeu équitable.»



«Même si je garde bien sûr les règles à l'esprit, je me demande toujours aussi pourquoi un joueur a telle ou telle réaction.»

Sandra Zurbuchen

Bien sûr, je dois aussi savoir faire preuve d'autorité au bon moment. «La crédibilité est la clé.» Au début de sa carrière d'arbitre, elle a remarqué que les joueurs testaient ses limites. Cela n'était toutefois pas lié au fait qu'elle arbitrait des matches masculins en tant que femme. «Cela arrive à tous ceux qui commencent leur carrière d'arbitre.» Ainsi, un bon arbitre doit non seulement connaître les règles sur le bout des doigts, mais aussi avoir beaucoup de psychologie. Les décisions qui sont prises sur cette base favorisent la responsabilité individuelle des joueurs. Le fair-play en dépend directement.

Sandra Zurbuchen (32 ans) est avocate à l'Intendance des impôts du canton de Berne et arbitre des matches nationaux et internationaux d'unihockey.

Les dépenses de santé sont-elles trop élevées en Suisse? Comment utiliser de manière ciblée des fonds qui s'amenuisent dans l'assurance de base? Qui doit trouver des solutions? J'essaie de trouver des réponses, mais j'ai du mal!

Par Beat Schürmann

«Ces questions me donnent un sentiment d'impuissance»

La jeune femme au téléphone m'a expliqué à quoi correspond cette contribution. Les dépenses de santé dans l'assurance de base augmentent au moins de 4% par année. Un problème pour de nombreux ménages.

C'est pourquoi les politiques débattent en ce moment des moyens de freiner les coûts. Les idées correspondantes ne manquent pas. On pourrait plafonner la croissance annuelle des dépenses de santé en modifiant certains paramètres du système ou demander à la société de déterminer les prestations à la charge de l'assurance de base sociale. Mais comment mesurer ce dernier élément? Par les préférences sociales, m'a expliqué mon interlocutrice. Les citoyennes et citoyens seront interrogés sur leurs préférences à l'aide d'un catalogue de questions élaboré scientifiquement. Ils devront par exemple dire à qui ou quand rembourser des traitements ou médicaments très chers. Voici un exemple de question: un traitement permet d'allonger la durée de vie de quelques années. Qui devra en bé-

néficier? Les réponses possibles seront: a) les patients les plus jeunes, b) les patients d'âge moyen, c) les patients âgés ou d) même priorité pour tous les patients.

J'aurais tendance à répondre que la priorité doit être donnée aux personnes plus jeunes. Mais est-ce bien juste? Je constate que ces questions me donnent un sentiment d'impuissance.

Le système actuel

J'ai aujourd'hui la possibilité de renoncer volontairement à une partie de ma liberté de choix pour économiser sur les primes. En optant pour un modèle alternatif d'assurance et en jouant sur le montant de ma franchise, je peux me restreindre et bénéficier de primes moins élevées. En acceptant de prendre plus de risques, je peux affecter mon budget autrement. Personnellement, je ne le fais pas à cause de mes antécédents médicaux. J'ai un médecin de famille, que je choisis librement, et la franchise la plus faible. L'approche sociale, la solidarité et la redistribution entre les personnes jeunes et âgées, en bonne santé et malades, est très importante à mes yeux. Selon moi, l'assurance de base sociale est un pilier de la paix sociale en Suisse. Pouvons-nous et devons-nous modifier cette assurance de base sociale par des préférences sociales?

Des dépenses justifiées

Dans le fond, je pense que notre système de santé est très bon et que nous recevons beaucoup en échange de ce que nous payons. Si je fais des comparaisons directes avec la Grande-Bretagne, où j'ai habité et travaillé longtemps, nous ne pouvons pas nous plaindre. En Angleterre, les listes d'attente étaient parfois tellement longues que les patients mouraient avant d'avoir été pris en charge. En Suisse, je n'ai jamais entendu parler de telles situations. Les coûts sont élevés, c'est vrai, mais nous nous portons bien. Je suis volontiers disposé à dépenser beaucoup pour un système de santé efficace. Et selon moi, la redistribution reste importante. La réduction des primes est d'une utilité incontestable à mon avis et doit impérativement profiter aux familles ayant des enfants et aux personnes réduites au minimum vital. Dans le même temps, la hausse des dé-



«Une petite question simple se transforme en boîte de Pandore, que je ne peux ni ne veux ouvrir.»



penses de santé m'affecte aussi, et je me rends compte que la croissance ne peut se poursuivre de la sorte. Mais la balle est dans le camp de nos responsables politiques: en tant que représentants de la société, ils se doivent de trouver des solutions judicieuses. Ni les assureurs-maladie ni les médecins ne peuvent régler le problème de manière définitive pour nous.

La boîte de Pandore

Normalement, je suis quelqu'un qui n'a pas peur de trancher dans le vif et d'aller à l'essentiel. Toutefois, ce

sujet m'a refroidi. Dès que je me mets à réfléchir, les soucis s'enchaînent avec un effet boule de neige. Admettons que certains traitements ne soient pris en charge que pour les personnes plus jeunes... J'ai un certain âge, j'ai toujours pris soin de moi-même et de mon corps. Est-ce juste que je ne puisse pas avoir une prothèse de la hanche, contrairement au jeune homme que le sport à outrance a rendu malade? Cessons-nous de payer en cas de faute de l'assuré, et quand peut-on parler de faute? Le verre de vin quotidien en fait-il déjà partie? Et à partir de combien de cigarettes par jour peut-

on considérer que je nuis à ma santé? Je me rends compte qu'avec ces questions, je remets en question le principe de la solidarité, qui est en fait important pour moi. Car sans solidarité, il n'y a pas d'assurance. Une petite question simple se transforme en boîte de Pandore, que je ne peux ni ne veux ouvrir.

Alors quoi?

Je ne veux pas ouvrir la boîte. Même si j'ai bien conscience que cela ne peut pas continuer ainsi. De la même manière, peu de politiciens ouvrent cette boîte. Après tout, ils ont besoin de voix pour être élus. Voteriez-vous pour quelqu'un qui explique que l'assurance de base sociale doit cesser de rembourser certaines prestations? Non, vous élisez ceux qui affirment que les dépenses de santé doivent arrêter d'augmenter. Toutefois, personne ne connaît la recette. Il est possible de déterminer scientifiquement (par les préférences sociales) ce que l'assurance de base doit prendre en charge. Je ne me permettrais pas d'avoir une position arrêtée sur cette question. Si un jour nous ne pouvons plus supporter les coûts, une telle décision sera inévitable. Nous la prendrons démocratiquement, par le biais de nos préférences individuelles, qui déboucheront sur un vote à la majorité.

Beat Schürmann est directeur de la Société lucernoise des employés de commerce et preneur d'assurance. Il a travaillé dans une entreprise pharmaceutique internationale durant de nombreuses années.

En bref

- Comme les dépenses de santé en Suisse augmentent chaque année, les politiques débattent en ce moment des moyens de les freiner.
- Par le biais des préférences sociales, on pourrait déterminer ce à quoi l'assurance de base sociale devra subvenir à l'avenir.
- La définition de préférences sociales dépasse les politiques et la société suisse.



Wanted: politicien désintéressé



Beda M. Stadler, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de la politique sociale et de la santé.

Le bon sens est souvent plus affûté qu'on ne le pense. Chacun sait comment réaliser des économies dans le domaine de la santé. De nombreux concitoyens n'ont même plus mauvaise conscience quand ils envoient leurs justificatifs de remboursement à la caisse-maladie. Et comme chacun le fait manifestement sans états d'âme, nous procédons de même. Et si la «caisse de santé» paie en plus une partie du programme loisirs ou fitness que l'on a de toute façon réservé, voire le wellness et la médecine alternative, auxquels on a recours pour se consoler, c'est d'autant mieux. Si on ne sollicitait pas ces prestations, on se sentirait un peu comme si on passait à côté d'un billet de 100 francs sur un trottoir sans le ramasser.

Nous, les Suissesses et les Suisses, nous sommes habitués aux prestations généreuses de notre système de santé détraqué. Ceux qui essaient de le changer ne trouveront aucune acceptation de la part de la population. Car qui redonnerait avec plaisir quelque chose qui lui est cher? Nous n'avons pas besoin d'études scientifiques sur cette question, car souvent, l'acceptation ne dépend pas de la science. Le génie génétique, que les scientifiques supportent unanimement comme étant une bonne chose, constitue un exemple éclatant. A l'ère postfactuelle, les avis sont précisément plus importants que les faits.

On ne peut pas non plus demander aux médecins comment réaliser des économies. Ils ne fonctionnent pas de la même manière. Du reste, il ne faut jamais poser la question à quelqu'un qui bénéficie lui-même du système. Ni d'ailleurs aux économistes, qui aiment bien parler du marché dans le contexte de la maladie.

La solution est simple. Nous devrions élire un conseiller fédéral dont le but n'est pas d'être aimé et réélu, mais qui est prêt pour le parler-vrai. Comme Winston Churchill l'avait dit en 1940 pendant la Seconde Guerre mondiale devant la Chambre des communes du Parlement britannique: «Je n'ai rien d'autre à offrir que du sang, de la peine, des larmes et de la sueur.»

Le discours d'investiture du nouveau conseiller fédéral constituerait une déclaration d'intention relative à l'introduction d'une nouvelle caisse-maladie. Ce discours en bref: premièrement, les bobos, le wellness et le vaudou ne seront plus remboursés. Les prestations dans les soins de base seront réduites de manière drastique selon le bon sens. La caisse-maladie ne devra pas reconforter, mais aider à guérir les malades. Deuxièmement, nous laisserons mourir humainement chaque personne et la vie ne sera plus prolongée inutilement. Troisièmement, les primes de caisse-maladie ne seront utilisées pour ses propres besoins qu'en cas d'urgence. Elles seront en effet une contribution solidaire pour nos congénères qui ont instamment besoin de notre aide médicale.

Il se pourrait en outre que ce conseiller fédéral soit anobli pour ses mérites, comme Churchill à l'époque.

«Nous devrions élire un conseiller fédéral dont le but n'est pas d'être aimé, mais qui est prêt pour le parler-vrai.»



twitter.com/CSSPolitik

Il existe de grandes différences culturelles au sein de la population suisse. Pas étonnant donc que les attentes relatives à l'assurance-maladie varient beaucoup selon les régions. La mesure des préférences sociales renseigne sur la manière dont l'assurance de base obligatoire peut être différenciée, de façon à satisfaire le plus grand nombre possible d'habitants.

Par le Prof. Konstantin Beck, docteur en économie

Contre l'uniformisation

L'assurance-maladie suisse obligatoire (AOS) se distingue de nombreux systèmes de sécurité sociale étrangers par le fait qu'elle accorde une plus grande importance aux préférences et souhaits individuels des assurés. Cela tient d'une part à la structure fédéraliste. Ainsi, l'assurance-maladie est souvent une assurance cantonale, où les Appenzellois financent un mélange de prestations nettement différent des Genevois, par exemple. De plus, la loi autorise explicitement d'autres différenciations telles que le libre choix de participations aux coûts plus élevées ou de soins médicaux restreints.

La mesure de préférences sociales permet maintenant de distinguer si une nouveauté dans l'assurance-maladie doit être introduite pour tout le monde de la même manière ou en fonction des préférences. En mai 2009, les électeurs ont pu se prononcer dans les urnes au sujet de la prise en compte des médecines complémentaires dans l'AOS. Les options étaient: «Autorisation pour tous» ou «Pas d'autorisation». A l'époque déjà, trois faits étaient connus: les femmes sont une fois et demie plus souvent disposées à prendre en charge la médecine alternative que les hommes. Les seniors (+62) ne s'intéressent pas vraiment à la médecine alternative. Le besoin de médecine alternative est plus marqué en Suisse alémanique.¹ Si l'on avait autorisé la médecine alternative en tant qu'option avec supplément dans l'assurance de base, on trouverait essentiellement des femmes suisses allemandes assez jeunes dans cette variante de couverture. Dans le même temps, le senior romand n'a pas à cofinancer une forme de médecine pour laquelle il n'a aucun intérêt.

Comme on est malheureusement passé à côté de cette différenciation des produits pour la médecine alternative, elle entre en ligne de compte autrement au niveau de la demande de couverture d'assurance

avec limitation du choix du médecin. Les assureurs étaient toujours surpris par le fait que les modèles avec choix limité du médecin (modèle du médecin de famille ou HMO) étaient en plein boom en Suisse alémanique alors qu'ils piétinaient en Suisse romande. Il a fallu fermer systématiquement ces offres, au Tessin par exemple, pour cause de demande insuffisante.

Ici encore, une analyse des préférences sociales a contribué à clarifier la question. Ces modèles ont certes été approuvés aux quatre coins du pays, mais en Suisse romande, les attentes relatives aux rabais de primes sont beaucoup plus grandes que ce qui est autorisé par le législateur et justifié par le marché.² Les différences dans l'offre de cabinets HMO reflètent donc exactement celles au niveau des préférences de la population.

Prof. Konstantin Beck, docteur en économie, directeur de l'Institut CSS de recherche empirique en économie de la santé et professeur titulaire de l'Université de Lucerne. konstantin.beck@css-institut.ch

Part d'assurés dans des modèles alternatifs d'assurance

Suisse romande + Tessin (220 602)

Dans le modèle alternatif d'assurance (assurance Cabinets de santé)

Autres assurés



Suisse alémanique (440 441)

Dans le modèle alternatif d'assurance (assurance Cabinets de santé)

Autres assurés



Source: chiffres de la CSS Assurance 2016, état des données novembre 2017

¹ Becker, Karolin, 2005, Flexibilisierungsmöglichkeiten in der Krankenversicherung, Hamburg 2005, pp. 249, 253 et 258

² Zweifel, Peter, Telsler, Harry und Vaterlaus, Stephan, 2006, Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care, in: Journal of Regulatory Economics, 29(3):319–332

Pas DAR¹?

Hier j'ai dit à ma daronne²:
«Je veux juste aller au ciné, mais tu me donnes plus de lovés³! C'est quoi ce délire⁴?» Elle m'a répondu: «C'est de la faute de la caisse-maladie, elle avale tout le bif⁵.»

Kikoo⁵!

Hey miss⁶, j'ai trop le seum⁷!
T'as entendu, les opérations de chirurgie esthétique seront plus remboursées, mais ils vont payer le home aux yeuves⁸.
Vraiment? Il nous restera plus rien: WTF⁹!

Expressions du langage des jeunes et des ados:

- ¹ C'est pas cool, cela ne m'arrange pas!
- ² Mère
- ³ Argent
- ⁴ Expression pour marquer son mécontentement
- ⁵ Déformation de «coucou»
- ⁶ Désigne une amie
- ⁷ Je suis très énervée
- ⁸ Vieux
- ⁹ Abréviation de «what the fuck», pour exprimer l'indignation
- ¹⁰ Préfixe pour exprimer un superlatif (grave sympa = très sympathique)
- ¹¹ Suicide après une tentative de selfie
- ¹² Ce terme exprime la pitié quand on a de la sympathie ou le mépris dans le cas contraire.
- ¹³ Verlan de «lourd», pour désigner quelque chose qui déplaît
- ¹⁴ De l'anglais «chill»: prendre du bon temps, glander

Grave sympa¹⁰

Euh mais, t'as entendu, Susi a fait un selficide¹¹! Ah ouais? Miskine¹². Même si elle postait toujours des messages vocaux relous¹³, je la trouvais grave cool et avec elle, on a bien chillé¹⁴.