

ASPECT ASSURANTIELS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES À HAUT RISQUE DE CANCER

D'une manière générale de nombreux articles et enquêtes signalent l'impact possible de tests génétiques sur l'assurabilité des personnes [1-5]. Ces risques sont décrits comme pouvant être un obstacle à la réalisation de ces tests par les patients [6]. Aux cotés de ces « freins d'amont » (frein à la connaissance du réel niveau de risque d'être atteint d'une maladie), il est également utile de s'intéresser à la prise en charge financière des actes médicaux liés aux résultats de ces tests (que l'on pourrait qualifier de freins d'aval ou de frein à la réalisation effective d'une prise en charge efficace). La réalisation d'une chirurgie prophylactique illustre ces deux types de freins.

1. FREINS D'AMONT : RISQUE CONCERNANT D'ÉVENTUELLES SURPRIMES D'ASSURANCES

Assurance maladie

Par construction, dans la plupart des pays, les primes liées à l'Assurance maladie sont basées sur les revenus et non sur les risques. Néanmoins, il existe en France deux systèmes d'Assurance maladie : un régime principal obligatoire basé sur les revenus et donc structurellement protégé d'un risque de discrimination (l'affilié ne peut pas choisir et ne peut donc pas être choisi) et un autre régime dit « complémentaire » facultatif et concurrentiel. Pour ce type d'assurance, l'existence d'un sur-risque de maladie (induit par un facteur de risque tel que le tabac, une mutation ou par un marqueur de risque telle qu'une pathologie préexistante) peut en théorie entraîner de la part de l'assureur la demande d'une surprime. Néanmoins, le plus souvent les éléments qui déterminent le niveau de cotisation sont essentiellement l'âge du patient au moment de l'adhésion et le niveau de couverture choisi. Il n'est cependant pas certain que cette ligne de conduite, globalisante, persiste, comme en témoigne la tentative avortée de certaines compagnies d'assurances de segmenter les adhérents en remboursant une partie de la prime aux assurés ayant peu consommé de soins au cours d'une année.

Les complémentaires mutualistes (les plus répandues), dont le fonctionnement est régi par le code de la mutualité, se distinguent des compagnies d'assurances dont le fonctionnement est régi par le code des assurances. Pour les premières, le Code de la Mutualité interdit clairement la pratique de surprimes. Pour les secondes, cette pratique existe en théorie mais est socialement condamnée. En outre, depuis janvier 2006, la loi a mis en place un nouveau type de contrat de protection complémentaire dit « contrat responsable ». Ces contrats sont exonérés de la taxe de 7 % sur les produits d'assurance en échange d'un certain nombre

d'obligations dont l'interdiction de toute discrimination à l'entrée. Tout individu peut donc avoir accès à une protection sociale complémentaire sans majoration liée à son état de santé actuel ou futur.

Assurance Décès-Invalidité-Perte de revenus (Institut de prévoyance)

Si la nature de l'événement est inchangée (maladie), la nature des prestations change par rapport à l'Assurance maladie. En effet, il ne s'agit pas de prendre en charge les dépenses occasionnées par les soins (qui sont déterminés par les bonnes pratiques médicales) mais de verser une compensation financière choisie contractuellement par l'assuré lui-même (capital décès ou remboursement d'emprunts).

Bien qu'il soit structurellement possible, le risque de surprime (voire de refus d'assurance) dans ce cas est limité voire inexistant en raison d'un interdit légal. En effet, la loi 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé l'exprime de manière non ambiguë dans son article 4 (Journal Officiel du 5 Mars 2002) : « Nul ne peut faire l'objet de discriminations en raison de ses caractéristiques génétiques. »

Ainsi, la demande d'une surprime en raison d'anomalies génétiques est condamnable (au sens juridique du terme) et il est très peu probable que des assureurs prennent le risque d'explicitement un refus d'assurance ou la demande d'une surprime en raison d'anomalie génétique. Néanmoins, cette discrimination peut être réalisée dans les faits par des assureurs en utilisant des arguments différents. Par exemple, une personne ayant eu un cancer du sein à 30 ans ou un cancer de l'ovaire à 40 ans peut se voir opposer un sur-risque en raison de sa maladie (et non d'une participation causale génétique).

2. FREIN D'AVAL : PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES ACTES MÉDICAUX LIÉS A UNE MUTATION CONSTITUTIONNELLE AUGMENTANT LE RISQUE DE CANCER

Il apparaît que les personnes ayant des mutations ont toujours à leur charge une part non négligeable des frais financiers induits par la prise en charge médicale des risques liés à leur sur-risque génétique.

Outre les dépassements d'honoraires, il s'agit des postes de dépenses suivants :

- Le forfait de 18 euros par acte qui restent à la charge des personnes lors de la réalisation d'actes coûteux (Acte supérieur à 91 Euros). Si cette somme peut être considérée comme peu importante pour des actes qui seraient réalisés une fois (annexectomie, colectomie ou thyroïdectomie prophylactique), elles peuvent en revanche aboutir à des sommes non négligeables pour la réalisation d'examen de surveillance itératifs tels que les IRM mammaires (1 fois par an pendant 40 ans environ) ou pour les chromoendoscopies (1 fois tous les 2 ans pendant 50 ans environ)
- Les consultations telles que les consultations de suivi (interprétation des résultats des examens de dépistage, etc.), les consultations d'anesthésie pré-coloscopie, etc.
- Les frais de transport occasionnés par ces consultations ou les examens.

Pour une période de 40 ans, les sommes ainsi cumulées pourraient représenter de l'ordre de 1 000 à 2 000 euros soit 25 à 50 euros/an.

3. ILLUSTRATION DANS LE CAS DE LA CHIRURGIE PROPHYLACTIQUE

La connaissance de la réalisation d'une chirurgie prophylactique peut être à l'origine d'une discrimination, dans la mesure où elle est révélatrice du statut génétique d'une personne. La situation est alors paradoxale puisque la chirurgie révèle un risque de cancer à l'assureur alors qu'elle a justement pour objectif de prévenir ce risque.

D'un point de vue de la rationalité économique basée sur des risques médicaux réels, le risque de surprime pourrait varier selon la nature des gènes mutés. On peut craindre néanmoins que la méconnaissance à la fois des risques induits et de l'efficacité des prises en charge peut, chez certains assureurs, laisser fonctionner une équation simple, mais fautive, qui corrèlerait systématiquement le risque génétique à une maladie inéluctable.

Une femme ayant une mutation BRCA et ayant subi une chirurgie prophylactique mammaire et une annexectomie peut être considérée comme une femme ayant un profil de risque peu modifié par rapport à la population générale. Ainsi, l'application d'une surprime liée au risque cancer du sein serait irrationnelle d'un point de vue économique. Non seulement une discrimination serait un délit mais aussi une erreur économique liée à une méconnaissance de la réalité des risques et de leur gestion.

Concernant les frais induits par la prise en charge médicale, les dépassements d'honoraires peuvent être importants, notamment en cas de chirurgie reconstructrice postchirurgie prophylactique. Il apparaît donc souhaitable d'accompagner les personnes ayant une mutation et d'éviter qu'un frein financier puisse limiter les interventions visant à réduire les risques induits par les mutations constitutionnelles.

CONCLUSION

La situation actuelle ne peut être considérée comme entièrement satisfaisante. En effet, il existe des cas où les assureurs/institutions de prévoyance ont exprimé le refus de prendre en charge ces personnes. Il peut parfois s'agir de méconnaissance de la loi (et donc d'une transgression légalement condamnable), mais force est de constater que les arguments de contournement existent (histoire familiale, intervention pouvant avoir un impact ou cancer préexistant). Ces dernières situations si elles sont « moralement condamnables » ne le sont pas d'un point de vue juridique. Une réflexion à plus long terme sur ce sujet est sans doute souhaitable avec tous les partenaires impliqués (Assurance maladie, assurances privées concurrentielles, Agence de biomédecine, Institut National du Cancer, Haute autorité de santé...).

Auteur : F. Eisinger, Institut Paoli-Calmettes - INSERM UMR 912

Remerciements au Dr Gabriel Kulling (Echelon Régional du Service Médical- Assurance maladie) pour ses conseils et ses remarques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blumenthal D, Zeckhauser R. Genetic diagnosis. Implications for medical practice. *Int J Technol Assess Health Care* 1989;5(4):579-600.
2. Dewar MA, Moseley R, Ostrer H, Crandall L, Nye D, Allen B. Genetic screening by insurance carriers. *Journal of the American Medical Association* 1992;267(9):1207-8.
3. Williams-Jones B, Burgess MM. Social contract theory and just decision making: lessons from genetic testing for the BRCA mutations. *Kennedy Inst Ethics J* 2004;14(2):115-42.
4. Kass NE, Medley AM, Natowicz MR, et al. Access to health insurance: experiences and attitudes of those with genetic versus non-genetic medical conditions. *Am J Med Genet A* 2007;143(7):707-17.
5. Otlowski M, Barlow-Stewart K, Taylor S, Stranger M, Treloar S. Investigating genetic discrimination in the Australian life insurance sector: the use of genetic test results in underwriting, 1999-2003. *J Law Med* 2007;14(3):367-96.
6. Peterson EA, Milliron KJ, Lewis KE, Goold SD, Merajver SD. Health insurance and discrimination concerns and BRCA1/2 testing in a clinic population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11(1):79-87.