

La « solution suisse » serait-elle la suppression des « bouches inutiles » ?

Voici un peu plus de 70 ans, un certain gouvernement totalitaire avait conçu un plan visant à supprimer, au moyen des chambres à gaz et des fours crématoires, les personnes qu'il considérait comme des bouches inutiles

A cet effet, il avait fait établir une liste des malades chroniques, des cas traités en psychiatrie, ainsi que des personnes asociales ou handicapées.

Il avait ensuite chargé une commission de médecins de sélectionner, parmi ces personnes, celles qui vivaient aux frais de l'Etat, qui mangeaient de son pain sans rien produire. Cette commission devait également sélectionner, en vue de les éliminer, les personnes dont la vie devait être considérée comme sans valeur.

Les responsables de cette inqualifiable tuerie ont dû répondre de leurs actes devant le tribunal de Nuremberg à la fin de la 2^e Guerre mondiale.

Aujourd'hui, on se trouve confronté en Suisse à une situation comparable. Les médecins praticiens sont invités, au nom d'un système de contrôle des coûts, à opérer une sélection, et au besoin à prendre les mesures qu'ils jugeront utiles pour se débarrasser des personnes atteintes de maladies graves, lourdes, chroniques, donc coûteuses, ou pour réduire les coûts de leurs traitements, de manière à ce que ceux-ci entrent dans la norme financière imposée par Santéuisse.

C'est là une forme de rationnement qui viole les droits humains.

Indice de sélection pour le rationnement des soins

L'assurance de base est obligatoire. Elle doit couvrir toutes les prestations fournies par les médecins, pour autant que celles-ci soient efficaces, reconnues de qualité, qu'elles répondent au but du traitement et qu'elles soient dans l'intérêt du malade (cf. LAMal, art. 32 et 56).

Ce qui se passe en réalité bien différent. Les assureurs maladie, soutenus par le Tribunal Fédéral, ont décidé qu'un malade ne devait pas générer, pour les prestations dont il a bénéficié, des coûts annuels de traitement dépassant un indice de sélection fixé à 130. C'est-à-dire qui dépasseraient de 30 % la moyenne des coûts dans une discipline médicale donnée.

A cet effet, Santéuisse, organisation professionnelle des assureurs maladie, a établi une statistique de contrôle des prestations des médecins ; or celle-ci tient compte uniquement des coûts provoqués par certaines prestations qu'ils ont sélectionnées sans tenir compte ni de leur qualité, ni de leur efficacité.

Il s'agit d'une statistique reposant sur une base purement financière et qui ne prend en considération ni le but des traitements, ni l'intérêt des malades.

Le médecin est informé de la moyenne des coûts admissible pour ses patients. Si cette moyenne est dépassée, il sera condamné à payer une somme propre à le

ruiner. Certains praticiens ont vu leur carrière et leur famille détruites. Le médecin pourra même être interdit de pratique.

Beaucoup de patients souffrant d'affections chroniques (diabète, ostéoporose, asthme, polyarthrite, maladies cardio-vasculaires, sclérose en plaques, maladies auto-immunes) ou de pathologies lourdes (cancer, etc.) parviennent à cet indice de sélection et le dépassent certainement dès l'apparition d'une maladie concomitante.

Confronté à des patients dont l'indice de sélection dépasse ou va dépasser 130, le médecin est menacé et doit craindre pour sa subsistance. Ainsi sera-t-il invité à pratiquer l'euthanasie passive, à négliger certains traitements, à refuser de prescrire certains nouveaux médicaments, trop chers, à ordonner des soins purement palliatifs et à tirer les malaises en longueur pour ne pas poser de diagnostic, ou simplement à se défaire des patients en cause de la manière qu'il jugera la plus adéquate.

Une étude récente a démontré que 67 % des malades cardiaques âgés n'avaient pas reçu les médicaments adéquats (1).

Le président de la Société suisse d'oncologie médicale (SSOM) s'inquiète du fait que les spécialistes en oncologie n'oseraient pas prescrire certains nouveaux médicaments contre le cancer, de peur que l'indice de sélection soit trop élevé et qu'ils ne deviennent ainsi victimes des mesures de rétorsion de Santésuisse (2).

La presse, inquiète de cette situation, s'est emparée de l'affaire.

- Le but des mesures de contrôle des médecins serait d'empêcher les abus. Or c'est l'inverse qui semblerait se produire. Les médecins seraient tentés de se débarrasser des patients dont l'état exige des traitements estimés trop lourds (3).
- Le médecin dont les prescriptions dépassent la moyenne sera sanctionné. Cette mesure touche les patients âgés et les malades chroniques. Le danger existe donc que le médecin renonce à certaines mesures nécessaires en raison de leur coût (4).

Abus en matière de contrôle des médecins

Le contrôle de l'activité des médecins a été confié à Santésuisse, association faîtière de la branche de l'assurance maladie de base. Mais les assureurs font également l'assurance complémentaire privée qui elle fait de juteux bénéfices.

Les assureurs rivalisent entre eux pour acquérir, selon leur vocabulaire, les « bons risques » et se défaire des « mauvais risques ».

Le contrôle effectué par Santésuisse a uniquement une portée financière. Ce qui réduit l'art médical à une activité purement matérielle, à caractère commercial, et dégrade l'être humain au rang de machine. La valeur du citoyen est estimée en fonction des sommes qu'il coûte et des bénéfices qu'il génère. Or ce n'est pas ce que veut la loi.

Le législateur a prévu un contrôle raisonnable de la médecine, un contrôle qui tient compte de la qualité, de l'efficacité des prestations mais surtout de l'intérêt du malade et du but des traitements.

Or le système de contrôle de Santésuisse, avalisé par le Tribunal fédéral (TF), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ne tient nullement compte de ces paramètres. Le sort et le droit du malade seraient limités par les coûts que son cas engendre. Et l'indice 130 servirait-il à la sélection et au rationnement des soins, institué pour désengorger les assurances sociales, telles l'AVS et l'AI, et réduire leur déficit ?

Où faut-il chercher les motivations du DFI, de l'OFSP et du TFA, qui appuient la méthode de contrôle de Santésuisse, du fait qu'ils savent qu'elle offre matière à critique et du fait qu'elle considère l'activité médicale que sous l'aspect des coûts (5) ?

En effet, elle constituerait un moyen simple et efficace et ses effets pervers ne seraient que positifs pour les finances de l'Etat et appuierait un concept matérialiste de la stratégie sanitaire gouvernementale.

Dr. Henri Siegenthaler

Bibliographie :

- 1) **Hächler** Markus : « Herzpatienten : Versteckte Rationierung im Alter ? » Hôpital universitaire de Berne, service de presse, 27.01.2008
- 2) **Nadig** Jürg : « Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren ? », BMS 2008 ; 89 : 20
- 3) Factures des médecins sous surveillance : la FMH dénonce la traque menée par Santésuisse.
Le Temps, mardi 28.10.08, p. 8
- 4) **Foppa** Daniel : Aerztekontrolle ist teilweise kontraproduktiv ; Tages Anzeiger du 27.10.08
- 5) **Grasso-Ogi** Muriel : Réponse du président de la Confédération, Pascal Couchepin, Département fédéral de l'intérieur, et Office fédéral de la santé publique.