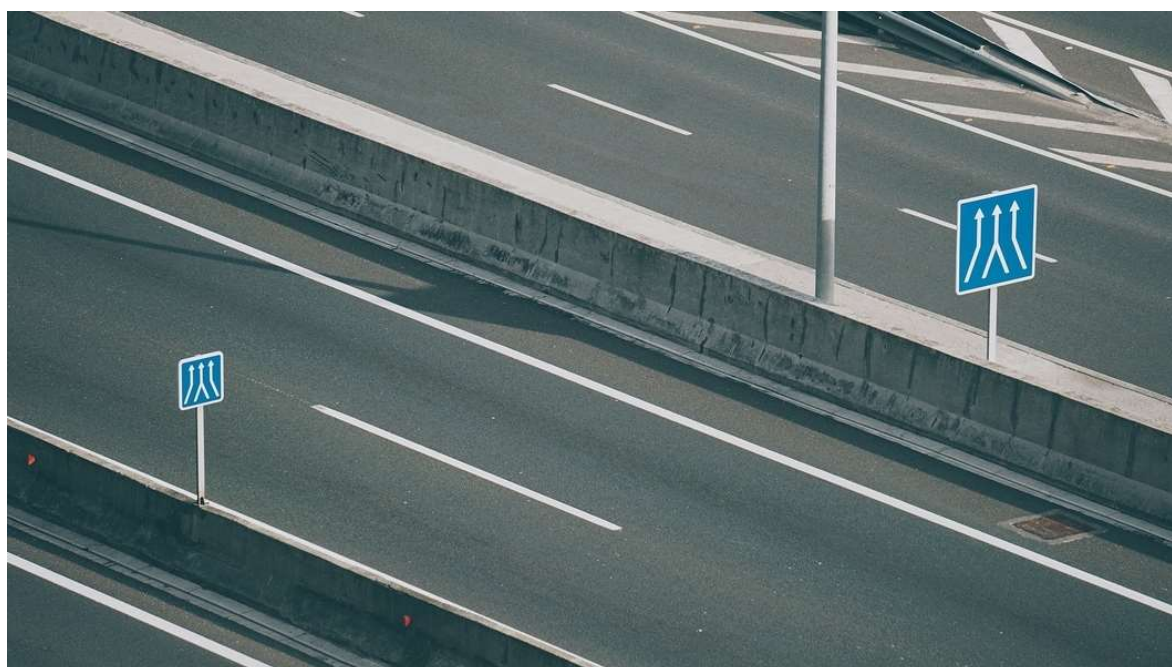


Rendre l'éthique et le droit responsables.

Rapport annuel 2023



Mentions légales

Rédaction : Flavian Kurth
Auteurs : Dr. méd. Edward A. Schober, PhD, Dr. méd. Michel Romanens, Flavian Kurth

Images : photocase.de, utilisateurs : ismael juan salcedo, Sviatlana, Piotr Adamowicz, MarcOliver

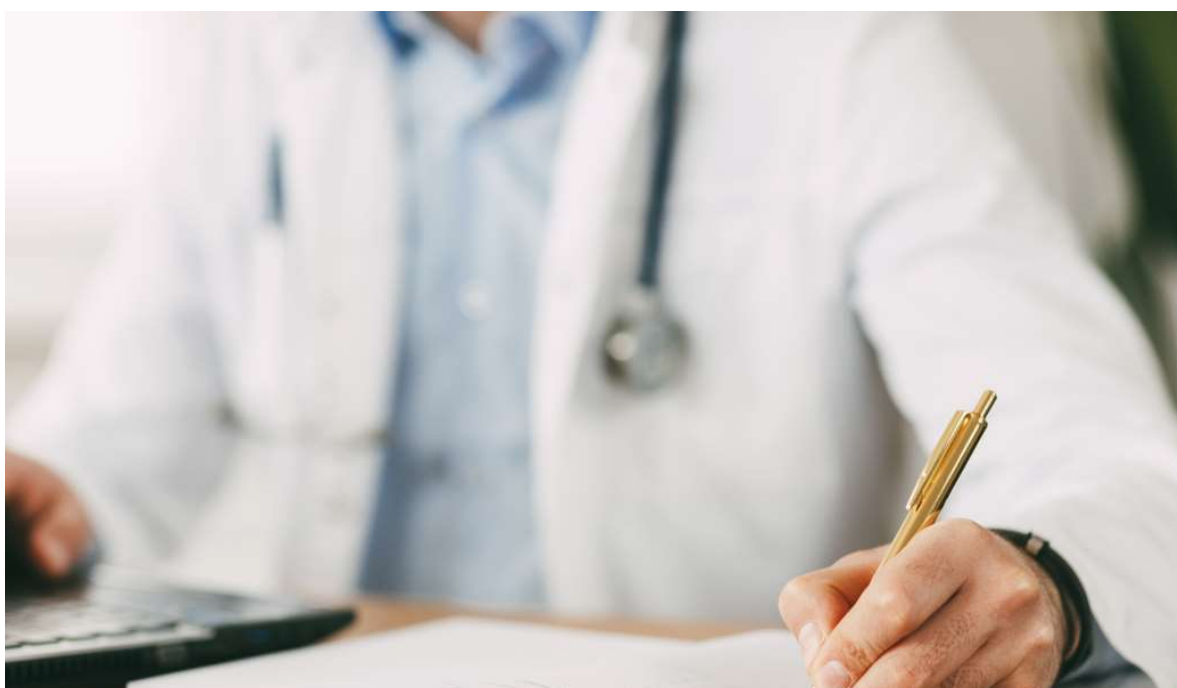
Reproduction, même partielle, uniquement avec l'autorisation écrite de Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen, Spitalstrasse 9, 4600 Olten, www.fairfond.ch

Contenu.

Avant-propos du conseil de fondation	page 3
Préface du président	page 5
Rapport d'activité du secrétaire	page 7

Impressions de la vie quotidienne dans un cabinet médical

Préface du conseil de fondation, *Dr. méd. Edward A. Schober, PhD*



La politique, les assurances sociales et les assurances maladie peuvent-elles rendre malade ? De mon point de vue, je dois malheureusement répondre de plus en plus par l'affirmative à cette question. Ma femme et moi exerçons la médecine

de famille dans l'Emmental depuis 2007, une région où l'on ne va pas chez le médecin uniquement pour un problème. Et même s'il y a plusieurs problèmes, il faut que le souci de santé soit important pour que l'on consulte.

Lorsque ces personnes patientes se confient à vous, il faut du temps, et le temps est de plus en

plus rare : Dans les environs, des cabinets ferment sans solution de succession, ce qui signifie que de moins en moins de médecins prennent en charge de plus en plus de patients. Dans le même temps, les politiques et les caisses d'assurance maladie parlent de médecins qui génèrent des coûts. Et ce, bien que nous nous efforcions de prévenir les maladies ou du moins de les détecter à temps afin de réduire au maximum les atteintes à la santé. Lorsqu'un traitement est nécessaire, nous nous efforcions de le réaliser le plus complètement possible en ambulatoire afin de maintenir les coûts à un faible niveau.

Mais cela devient plus difficile lorsque l'on ordonne un gel des admissions, car cela aggrave inutilement la pénurie de médecins. Berne le fait néanmoins, bien qu'il ne soit apparemment déjà

pas facile de trouver un médecin de famille dans la Berne fédérale.

La charge administrative excessive, mise en place et développée avec une énergie considérable par le pouvoir législatif au niveau national et cantonal, pousse la prochaine génération de médecins, à l'origine très motivés et très doués, à tourner le dos à leur vocation dès leur formation postgraduée. Et ce, notamment pour éviter qu'ils ne tombent eux-mêmes malades et ne soient incapables de travailler. Une situation alarmante.

Après l'obtention du titre de spécialiste, diverses demandes des caisses-maladie, auxquelles il pourrait en fait être répondu automatiquement par le biais des factures des professionnels de la santé, continuent d'empêcher les médecins de traiter réellement les patients. Mais c'est la possibilité d'utiliser notre savoir et notre humanité qui nous récompense réellement pour notre travail avec les patients. Au vu du salaire lui-même, il convient toutefois de noter que les tarifs ambulatoires sont basés sur les coûts de 1996, sans adaptation pour le renchérissement. Il convient également de noter que santésuisse a permis au Conseil fédéral d'empêcher pendant des années l'adoption et la mise en œuvre du TARDOC - pour tout à coup présenter le TARMED comme obsolète. C'est l'opportunisme des assureurs, et il se fait au détriment des assurés et des professionnels de la santé.

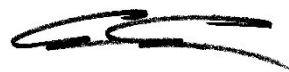
Le manque de personnel semble également se répandre dans les services de médecins-conseils des caisses-maladie, où les patients attendent désormais parfois des mois avant d'obtenir une garantie de prise en charge pour un médicament dont ils ont clairement besoin et qui est clairement indiqué. Peut-être certaines caisses maladie sont-elles aussi victimes du succès de leurs primes, qui attirent plus de patients qu'elles ne peuvent en soigner. Mais il s'agit là d'une spéculation.

En ce qui concerne ma question du début, je voudrais décrire l'un des cas les plus graves qui me préoccupe beaucoup. Il s'agit de l'histoire d'un père de famille atteint de sclérose en plaques et d'autres maladies. Il a reçu une rente AI pendant plus de 10 ans (après de longues années d'enquête, il est vrai). Suite à une information anonyme, il a été suivi et filmé par un détective privé mandaté par l'AI. En conséquence, après un an sans aucune prestation financière de l'AI, la rente AI a été entièrement suspendue sur la base d'une expertise, ce que ni la neurologue qui le suit ni moi-même n'approuvons.

Non seulement sa santé psychique a gravement souffert pendant cette période, mais aussi celle de son épouse et de ses trois enfants, dont deux sont encore mineurs. De plus, aucune mesure d'intégration ne lui a été accessible. Au lieu de cela, on lui a facturé un remboursement de plusieurs dizaines de milliers de francs. Comment une personne malade et limitée peut-elle s'en remettre, alors que cela devrait déjà être difficile pour une personne en bonne santé ?

Mais il y a aussi d'autres possibilités : les caisses-maladie permettent également l'*utilisation off label* de médicaments pour les patients atteints de maladies graves et dans le cadre de soins palliatifs (après un effort approprié de la part des demandeurs), et l'AI soutient également des reconversions professionnelles afin de garantir une activité de promotion de la santé et de garantie de revenu pour les assurés.

Il est malheureusement parfois nécessaire de vivre des situations difficiles sur le plan de la santé pour apprécier à sa juste valeur ce que nous avons dans notre santé. Pourquoi ce bien extrêmement précieux ne devrait-il pas avoir un coût ? Et pourquoi dépenser de l'argent si ce n'est en premier lieu pour la santé - la nôtre, celle de notre entourage, celle de chacun d'entre nous et de notre société ?



Dr. méd. Edward A. Schober, PhD

Avoir raison et obtenir gain de cause.

Préface du président, *Dr. méd. Michel Romanens*



L'année dernière, nous avons davantage concentré notre attention sur une meilleure exploitation des possibilités juridiques. Certains cabinets sont presque impuissants face aux assureurs, qui sont parvenus à établir une situation

dans les procédures d'économie qui n'existe dans aucun autre domaine juridique : D'une part, contrairement à «in dubio pro reo », c'est la présomption de culpabilité et non d'innocence qui s'applique ici. D'autre part, les assureurs, en tant que partie plaignante, établissent les moyens de preuve et les tribunaux les reprennent à l'identique - sans établir ou faire établir leurs propres moyens de preuve, voire sans même en vérifier la

validité. A l'exception de quelques cas où les assureurs ont dû abandonner des procédures injustes, les cabinets ne peuvent pas faire grand-chose dans ce domaine et doivent se contenter d'accords. Jusqu'à présent.

En 2023, nous avons pu faire bouger les choses grâce à notre engagement dans le groupe d'intérêt Profiling igprof. Le regroupement de cabinets injustement poursuivis en justice apporte tout d'abord ceci : il donne du courage. En effet, ce sont souvent les cabinets eux-mêmes qui incitent leurs cabinets à œuvrer en faveur d'un accord, bien qu'ils n'aient conscience d'aucune faute et n'aient rien fait de répréhensible. Lors de briefings en ligne entre le cabinet, le praticien et les représentants d'igprof, nous avons pu accroître nos connaissances et développer des réflexions stratégiques qui promettent plus de succès. A la fin de l'année, nous avons rassemblé ces connaissances dans un compendium qui sera désormais à

la disposition des membres d'igprof et de leurs cabinets et qui sera actualisé en permanence.

Mais d'un autre côté, il est clair que cet engagement ne devrait pas être nécessaire, car ce serait le rôle de la FMH de protéger ses membres de cette injustice flagrante, tolérée depuis des années. Nous considérons que l'orientation actuelle du comité central de la FMH, qui consiste à s'aplatir devant les assureurs, est contre-productive, pour ne pas dire potentiellement ruineuse pour la profession de médecin. Il n'est pas étonnant qu'environ un tiers d'entre eux quittent la profession après leur formation, une situation qui devrait non seulement donner à réfléchir, mais aussi inciter à changer de mentalité. Nous avons exprimé et présenté notre point de vue à plusieurs reprises. Nous espérons maintenant que le comité central se souviendra de l'éthique professionnelle des médecins. Ceci en particulier dans le contexte de deux jugements récents du Tribunal fédéral, dans lesquels les moyens de preuve des assureurs ont été rejetés par le Tribunal fédéral et les cabinets mis en cause ont été déchargés. Le Tribunal fédéral est donc manifestement plus du côté des médecins que de leur association.

L'engagement de la FMH nous fait également défaut dans un autre dossier : les analyses coût-efficacité, ou ACE. A première vue, ce dossier semble lui aussi tout à fait raisonnable : nous calculons quels traitements sont plus rentables et nous les préférons à une variante plus coûteuse. Mais dans la pratique, cet Acta est lui aussi accaparé par les assureurs. En conséquence, la question de savoir ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas devient une question économique, parfois même politique, et trop rarement une question de preuves cliniques et médicales. Nous nous sommes penchés sur cette question dans notre série de rapports, également en anglais, car nous abordons ici un sujet qui fait l'objet de discussions passionnées au niveau international.

Enfin, il s'agit ici aussi d'une question juridique, en rapport avec des aspects tels que le mandat de soins de la médecine, mais aussi la falsification de documents : s'il est prouvé que les CEA font de faux calculs avec préméditation pour rationner les traitements, nous sommes peut-être en présence d'un comportement justiciable. Nous avons demandé à un expert de se pencher sur ces questions à la fin de l'année.

Dans l'ensemble, nous constatons un certain aveuglement de l'éthique médicale pour les questions de justice, car un rationnement ainsi pratiqué touche les plus faibles : les patients âgés, polymédiqués et handicapés. Nous informons en permanence les instituts d'éthique de Suisse de nos activités et entamons un dialogue avec eux lorsque cela nous semble pertinent. Mais si ce correctif ne joue plus correctement son rôle, comme il semble le faire, alors le droit est sans doute le correctif le plus efficace.

Nous y travaillerons en 2024. Nous vous remercions de votre attention et de votre engagement apprécié !



Dr. méd. Michel Romanens,
Président du conseil de fondation

Des instruments qui sont pratiques - et dangereux

Rapport d'activité, *Flavian Kurth*



Cette année, nous avons notamment rédigé un rapport sur les analyses coût-efficacité (ACE). Celles-ci jouent un rôle de plus en plus décisif en médecine - et une fois de plus, l'éthique regarde ailleurs. Selon la devise : les économistes sauront déjà ce qu'ils font. Dans notre rapport, nous montrons à quel point il est facile, dans de tels calculs, de "calculer" les rapports coût-efficacité de manière à ce qu'ils correspondent à un certain agenda, le cas échéant en allant complètement à l'encontre des preuves cliniques et médicales. Un instrument aussi susceptible d'être manipulé devrait être soumis à une surveillance éthique et juridique stricte de la part de nos autorités, institutions et instituts. On

pourrait le penser. Mais l'inaction prévaut largement dans ce domaine. Les faux chiffres sont diffusés dans les médias grand public, où ils sont instrumentalisés pour étayer des récits erronés. La pression publique qui en résulte conduit à exiger un traitement restrictif avec des médicaments qui seraient rentables, mais qui ont été présentés comme inefficaces par le biais de ces ACE qui forment l'opinion.

Cela peut même conduire, comme cela s'est produit avec les statines dans la prévention cardiovasculaire primaire, à ce que les sociétés spécialisées adaptent leurs recommandations en conséquence, c'est-à-dire à ce que la fausse réalité construite économiquement prenne le pas sur la réalité clinique et médicale effective. Avec pour conséquence des maladies non traitées à des stades précoces, qui s'aggravent ainsi et doivent être traitées beaucoup plus tard, à des coûts beaucoup plus élevés. Ou même plus du tout, lorsque les patients

décèdent d'un infarctus du myocarde ou d'une attaque cérébrale. Non, ce n'est pas une médecine efficace - ni même acceptable d'une manière ou d'une autre.

Alors que nous avons pris l'habitude de faire preuve d'un sain scepticisme à l'égard des algorithmes qui orientent et manipulent notre comportement dans les médias sociaux, nous continuons apparemment à faire aveuglément confiance aux algorithmes utiles de la machinerie mathématique et statistique de l'économie de la santé. Et ici comme ailleurs, il est indéniable que les assistants sont tout simplement trop pratiques pour que nous les remettions en question. C'est fatal, car il s'agit littéralement d'une question de vie ou de mort. Mais la narration à laquelle servent les calculs utiles est tout simplement trop confortable pour que nous soyons amenés à poser des questions gênantes : Selon la narration, les médecins traitent un peu trop plutôt que pas assez, et l'industrie pharmaceutique ne s'efforce pas non plus de prescrire des médicaments de manière raisonnable et mesurée.

Même si tout cela était vrai de manière aussi simpliste : Nous nous trouvons ici sur une voie dangereuse. On en oublierait presque que les analyses coût-efficacité sont un instrument important et juste. Pour aider la médecine à utiliser ses forces de manière ciblée. Pour aider l'industrie pharmaceutique à fixer des prix corrects et à définir des priorités de recherche. Et pour nous aider, en tant que société, à allouer et à utiliser au mieux les ressources de notre système de santé. Mais les CEA ne peuvent accomplir tout cela que s'ils sont réalisés correctement, c'est-à-dire comme le prescrit par exemple le document de base des Académies suisses des sciences "Méthodes de détermination de l'utilité ou de la valeur des prestations médicales" de l'année 2012. Seulement voilà : personne ne s'y tient, on calcule comme on peut.

Comme la majorité des calculs du CEA sont directement ou indirectement pris en charge par les assureurs, les rapports coûts/bénéfices sont en fait toujours déformés vers le bas, et rarement vers le haut. Il en résulte que nous minimisons systématiquement le rapport coût-efficacité de bons médicaments présents sur le marché depuis des années et que ceux-ci ne sont par conséquent plus prescrits. D'un autre côté, les économistes de la recherche pharmaceutique présentent les nouveaux médicaments comme plus rentables qu'ils ne le sont parfois, même lorsque les médicaments

éprouvés sont peut-être plus efficaces que les nouveaux. Tout le monde s'accorde à dire qu'il ne s'agit pas là d'un moyen efficace de maîtriser les coûts de la santé. Tout le monde doit respecter les règles, tout le monde doit calculer correctement, afin que nous disposions de bases de décision correctes et que nous puissions prendre les bonnes décisions. Pour cela, il faut en premier lieu établir que ce n'est pas le cas actuellement et que personne ou presque ne fait rien pour lutter contre les faux calculs.

Nous avons élaboré notre rapport CEA en allemand et en anglais, car nous nous trouvons ici dans un discours qui, contrairement à celui de la Suisse, est houleux et controversé au niveau international. En 2024, nous élaborerons d'une part d'autres rapports de ce type, car nous constatons que ce format est très lu. D'autre part, nous allons mener une enquête structurée auprès de nos instituts d'éthique afin de savoir quel est leur niveau de connaissance respectif, comment est évaluée l'importance des ACE et si les problèmes éthiques sont reconnus, comme par exemple le problème de la discrimination inhérente des patients âgés, polymorbides et handicapés dans les ACE qui travaillent avec le concept des années de vie ajustées à la qualité QALY. Troisièmement, enfin, nous allons clarifier la situation juridique, pour laquelle nous avons commandé une expertise juridique approfondie. La question qui se pose est de savoir si et dans quelle mesure les auteurs qui présentent de manière erronée les rapports coûts-efficacité et qui, de ce fait, induisent en erreur les décisions de traitement médical, se mettent en difficulté par rapport au droit en vigueur. Le dossier des ACE continuera donc d'être passionnant.

Une autre aide prétendument pratique que nous avons installée de manière quasi permanente comme application dans notre système de santé est la procédure d'économicité. Depuis bientôt trente ans déjà, cet algorithme dysfonctionnel est opérationnel et, comparable à un logiciel diesel mal calibré, il identifie à tort un tiers de tous les cabinets ambulatoires indépendants comme étant des surmédicaux, alors que ceux-ci ne le sont généralement pas, qu'ils font simplement leur travail, c'est-à-dire qu'ils traitent des patients, même très malades et donc très chers.

Concentrons-nous ici aussi sur les médicaments prescrits. Il a été vendu comme amélioration que les cabinets remarquables (coûts moyens supérieurs de 30% ou plus) seraient désormais affinés par un ajustement au moyen de groupes de coûts

pharmaceutiques (GCP). Cela semble tout d'abord raisonnable, car les médicaments prescrits permettent de déterminer la morbidité des patients. Mais sur la base de quelle liste ? Sans doute parce qu'aucune autre liste n'était disponible et qu'il n'était pas question d'établir une liste représentative, on a eu recours à la liste PCG de l'OFSP, une liste qui a été développée pour la compensation des risques entre les assureurs, donc dans un tout autre but. Résultat : elle explique les coûts d'un cabinet dans une fourchette de cinq à dix pour cent. Mais les tribunaux considèrent la liste comme si elle le faisait de manière substantielle, et taxent donc à tort de surmédicalisation les cabinets dont les coûts sont encore trop élevés après ajustement avec cette liste inadaptée, et ce avec une prétendue preuve : cette même liste. On n'a donc pas créé le droit, mais légitimé l'injustice, et le fait que le groupe de travail EAE de la FMH ait été à la tête de ce projet équivaut à une trahison de sa propre profession.

En formulant les choses de manière un peu cynique, on pourrait argumenter que c'est précisément parce que les procédures EAE identifient de manière aussi arbitraire les prétendues surmédicalisations qu'elles contribuent à freiner les coûts de la santé. En effet, là où personne ne peut être sûr d'être le prochain à être cloué au pilori, tout le monde prescrit de manière restrictive et anxieuse. Mais l'explosion des coûts dans les services ambulatoires des hôpitaux - qui sont exemptés des procédures d'économicité - montre que les procédures n'ont globalement pas un tel effet. Les patients apprennent rapidement qu'ils y sont traités et s'y font donc soigner. On peut économiser sur les coûts, mais on ne peut pas économiser sur les maladies. Mais se séparer de ce prétendu instrument pratique de réduction des coûts signifierait aussi dire adieu au récit confortable des médecins comme boucs émissaires. Et aussi d'une source de revenus lucrative pour les assureurs.

Le groupe d'intérêt Profiling igprof, notre nouvel engagement dans le domaine des procédures en matière d'économicité, a enregistré des progrès réjouissants au cours de l'année écoulée. L'échange d'expériences entre les cabinets injustement poursuivis apporte une accumulation de

connaissances, la mise en commun des compétences et des ressources un contre-pouvoir substantiel. Nous pensons qu'à l'avenir, sur cette base, les assureurs pourront être contraints de renoncer dans un plus grand nombre de procédures ou, si ce n'est pas le cas, à verser des sommes transactionnelles drastiquement plus faibles. Et ce, notamment en pensant aux deux arrêts du Tribunal fédéral dont notre président fait état dans son article.

Il sera alors plus facile de motiver les journalistes à publier davantage de reportages qui ne mettent pas l'accent sur des destins individuels, mais qui thématisent les défauts systématiques de la procédure et la jurisprudence scandaleuse. Enfin, cela pourrait créer la base nécessaire au lancement d'une initiative populaire qui se fait attendre : L'État doit retirer les procédures d'économicité des mains des assureurs du secteur privé et en assumer lui-même la responsabilité. Le dossier des procédures d'économicité restera donc lui aussi passionnant.

Enfin, un mot sur nos propres instruments, VEMSInsights, VEMS-Medizin-Narrative et VEMS-Rapports. Nous espérons qu'ils sont eux aussi incendiaires et ce, dans le meilleur sens du terme. Avec ces formats, nous voulons stimuler la réflexion et lancer des débats. Les réactions que nous recevons à chaque fois nous encouragent et montrent que nous y parvenons manifestement. L'année prochaine, nous élaborerons à nouveau une prise de position plus importante, dans laquelle nous considérerons notre système de santé comme un sous-système selon la théorie des systèmes de Niklas Luhmann. Sur cette base, il est facile de montrer quels sont les instruments utiles qui aident réellement la médecine et quels sont ceux qui perturbent et détruisent le système médical. Revenons à l'analogie de l'image : les allumettes peuvent être d'une grande utilité, mais entre les mains d'un pyromane, ce sont des instruments de destruction.