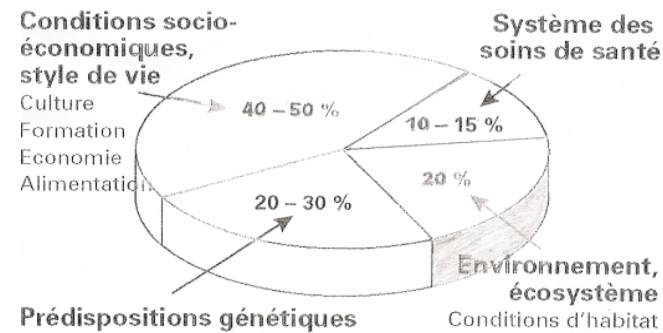


LA SANTE N'EST PAS UNE MARCHANDISE !

Facteurs influençant la santé humaine :



Le système de santé du point de
vue de la médecine hippocratique

PRÉFACE

SANTE est le terme central utilisé par les 61 assureurs actuels et leurs défenseurs : « Alliance Santé », « santésuisse », « Forum santé pour tous ».* Le secteur « santé » est un des facteurs majeurs de la croissance en Suisse. C'est devenu possible grâce à la transformation du système de santé en un marché de la santé et en un marché des assureurs.

Voici quelques réflexions d'un médecin.

Vocabulaire 1 : Marché de la santé, économie de la santé, marché de l'assurance-maladie, client, consommateur, sélection, chasse aux bons risques, les mauvais risques, compétition, concurrence, marché de 66 milliards de francs pour générer de la plus-value, modèle d'affaire des assureurs-maladie : gagner de l'argent, marketing, lobbying, etc.**; le malade est plus profitable que la personne en bonne santé ; marché de la santé égal le plus grand facteur de la croissance économique du pays***.

Vocabulaire 2 : santé, la santé est un bien particulier, être humain, prévention, protection et promotion de la santé, transparence, démocratie, médecine, personnes souffrantes, but fondamental : soutenir des êtres humains en cas de maladie, protection des données****.

Les politiciens utilisent deux vocabulaires différents. Santé – un bien particulier ou une affaire du marché ? Autrement formulé : **la santé de l'être humain, est-elle une marchandise ou non ?**

Si oui, le marché est la bonne réponse et les mots du vocabulaire 1 sont adéquats.

Si non, ce vocabulaire 1 ne répond pas au besoin existentiel qu'est la santé pour la vie de tout un chacun, le marché restant réservé aux tâches secondaires.

*Annexe 10

**Annexe 11

***Annexe 12 (Marchandise santé)

INTRODUCTION

La santé n'est pas une marchandise ; et pourtant, le marché de la santé grandit.

Le système des 61 assureurs-maladie s'appelle « santésuisse » : **la santé est passée des humains vers les assureurs**, leur leitmotiv est le marché : le marché des assureurs, le marché de la santé.

Le premier rôle d'un système de santé digne de ce nom est le respect de l'être humain et de sa santé comme part inaliénable de l'existence humaine.

La force du système de santé de base repose sur la participation des premiers concernés en parole, droits et responsabilités par rapport à leur santé.

TABLE DES MATIERES	
I BIOLOGIE	5
Composantes de la santé	6
Hold-up sur la santé	7
Non-respect de la biologie	8
Imposer	9
II CONRAT SOCIAL	10
Obligation de s'assurer I	11
Féodal ou républicain	12
Faillite du système	13
Réussite du marché	14
Meilleur système de ?	15
300'000 primes à choix	16
Sélection I	17
Sélection II	18
Culture	19
Couchepin et les pilleurs	21
Economistes contre économistes	22
Santé vs. Liberté du marché	25
Cynisme du marché	27
Rationnement	28
Client (e)-consommateur (trice)	29
Obligation de s'assurer II	30
Conclusion	31
III HIPPOCRATE	32
Serment de Genève I	33
La biologie et son pouvoir	34
Maladies non transmissibles	36
Hygiène de vie selon Federer	37
Liberté individuelle vs. du marché	38
Médecine libérale menacée	39
Médecine-marché	40
Qualité	41
Pharma et crise scientifique	42
Ethique ou Serment de Genève II	43
Environnement et santé : égaux	44
IV CONCLUSIONS	45
V ANNEXES	46

BASES

I La biologie*

II Le contrat social**

III La médecine hippocratique***

*La biologie est milliardaire ; nos connaissances y relatives sont de plus en plus jeunes, la reconnaissance de la biologie par notre culture et notre politique est à ses débuts. Le défi : passer de la connaissance à sa re-connaissance. Page 5.

** plurimillénaire. C'est la reconnaissance de l'être humain en tant que tel, sans sélection, sans condition. Page 10.

***vieille de 2400 ans dont l'éthique est largement connue et actualisée dans le Serment de Genève. Page 33 et annexe 4.

I. BIOLOGIE

La science nous apprend l'âge de l'univers et de notre système solaire : elle attribue à notre planète environ 5 milliards d'années* et à la vie plus de 3,8 milliards d'années. Suivirent les évolutions complexes conduisant à notre **ENVIRONNEMENT** actuel.

Les atomes composant notre corps datent de milliards d'années tout comme notre ADN**, nos ancêtres – des bactéries jusqu'aux mammifères – connurent les évolutions complexes qui ont conduit à notre intérieur moléculaire, cellulaire, organique, fonctionnel, à notre corps et sa **SANTÉ**.

Environnement et santé : même évolution, même durée, mêmes lois.

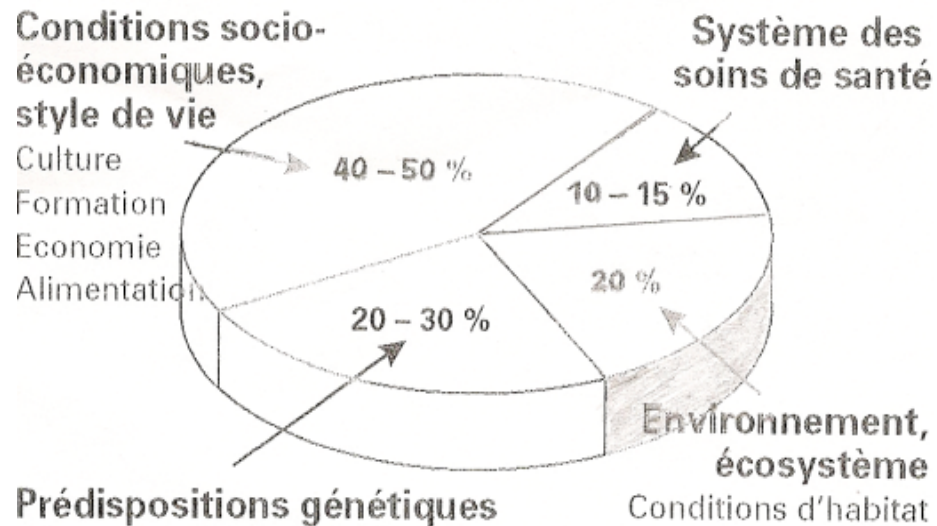
Dr Roland NIEDERMANN
Médecine interne générale
Genève
Mars 2014
Modifié janvier 2016

*Cf. annexe 14 (sciences)

**Acide-DesoxyriboNucléique = molécule support de l'information génétique héréditaire.

COMPOSANTES DE LA SANTÉ

Facteurs influençant la santé humaine :*



Il n'y a probablement rien de plus collectif au monde que la santé humaine : ses atomes sont vieux comme la planète, son code ADN est vieux comme la vie dont l'évolution a formé ses gènes, ses organelles, ses cellules, ses organes et ses fonctions.

Et les paroles qui expriment au médecin la souffrance font partie des langues maternelles ayant passé comme une chaîne interminable d'une génération à l'autre depuis la nuit des temps jusqu'aux cultures actuelles, summum du collectif.

Et les conditions socio-économiques, d'habitat, de culture, aujourd'hui largement prépondérantes par rapport à l'environnement naturel, sont, elles aussi, œuvres collectives.

*Annexe 15

HOLD-UP SUR LA SANTÉ*

La santé et l'humain sont un, inséparable, inaliénable, base de tout.

Intervient la rupture radicale de cette unité suivant la politique dominante : les assureurs se déclarent eux-mêmes « santésuisse », les hôpitaux devinrent « lieu de santé », les cabinets de groupe « centre de santé » ou « maison de santé » : La santé devint terme et étiquette du marketing, au service des affaires, de l'argent.

On a beau appeler des affaires et de l'argent « santé », cela ne modifie en rien l'essence même de la santé, son histoire, son entité biologique, sa complexité, son être appartenant à un autre ordre.

*Hold-up, c'est le terme utilisé par les journaux romands au moment où l'affaire des presque deux milliards de francs de primes trop payées est devenue publique. Les autres mots étaient : vol, escroquerie, spoliation.

Il semble que le hold-up du terme « santé » par le monde de l'assurance n'ait provoqué ni protestations ni irritations, et ceci ni parmi les patient(e)s et leurs organisations, ni parmi les médecins et autres scientifiques et leurs associations.

NON-RESPECT DE LA LOGIQUE BIOLOGIQUE

Les facteurs influençant la santé sont nombreux. Les soins en sont le plus petit.

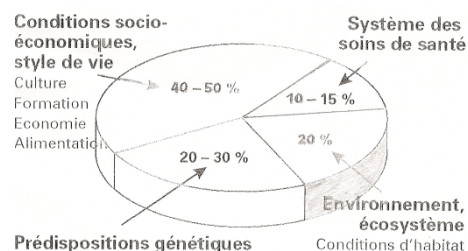
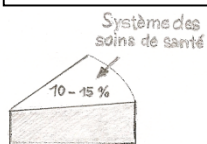
Contrairement aux connaissances sur les facteurs de santé, le système de **santé** actuel attribue en moyenne 98 % des dépenses aux **soins**, le plus petit des facteurs avec ses 10 - 15 % selon le graphique.

Or, les soins c'est avant tout de la réparation.

Par conséquent, le nom de la principale organisation faîtière des assurances maladie devrait être « RéparateurSuisse ».

Son concurrent, né en 2013, l'annonce tout cru : « Curafutura » : l'avenir est dans les soins, **la réparation**. Mais la réparation, les soins, ne sont pas la santé. La santé existe avant un quelconque déficit nécessitant soins, réparation.

Réparation : Une petite tranche de l'ensemble des facteurs influençant la santé



En Suisse, il existe un seul assureur qui respecte la biologie et qui est conforme à la déontologie de la FMH : « La SUVA est plus qu'une assurance, elle regroupe **la prévention, les soins et la réadaptation** »*.

*La Caisse nationale d'assurance CNA fut fondée en 1918 et est soumise à la même Constitution fédérale et un cadre juridique comparable à celui des assureurs-maladie ; elle est gérée par les **partenaires sociaux**. La composition équilibrée de son conseil d'administration.... permet des solutions consensuelles et pragmatiques... » Cf. Annexe 9.

IMPOSER

« Nous sommes... capables de nous imposer dans le domaine de la santé », déclarent les assureurs de « santésuisse »*.

La santé des êtres humains fait partie du 'domaine de la santé'. Parmi le million de réactions biochimiques qui se déroulent par seconde dans le corps, il y a par exemple le transfert de l'énergie dans les organelles, appelées mitochondries et situées dans les 100 milliards de cellules du corps humain. Celui-ci utilise chez un coureur en action à chaque seconde 2'250'000'000'000'000 molécules d'oxygène par millilitre de mitochondries. La base de ce processus se trouve à l'intérieur de chaque cellule dans les gènes composés de 6,4 milliards de lettres, des groupes atomiques qui, imprimés, donneraient une rangée de livres longue d'environ 100 mètres**.

Face à la complexité de la santé humaine, qu'est-ce que les assureurs sont capables d'imposer ? Eu égard à la réalité primaire de la biologie, la déclaration des assureurs et tolérée, voire soutenue, par les politiciens « Nous sommes capables... de nous imposer dans le domaine de la santé » est grotesque, absurde.

Et pourtant, forts des plus de 25 milliards de francs de primes payées obligatoirement par les assuré (e) s par an, ils comptent parmi les groupes qui influencent le plus le gouvernement, le parlement et les médias.

* « SantéSuisse : Sur nous – principes directeurs », www.santesuisse.ch

**Annexe 14

II. CONTRAT SOCIAL

« Quel être, pourvu d'une seule voix, a d'abord quatre jambes, puis deux jambes, et trois jambes ensuite ? »

*«... Œdipe trouva la solution : il s'agissait de **l'être humain**. De fait, lorsqu'il est enfant, il a quatre jambes, car il se déplace à quatre pattes ; adulte il marche sur deux jambes ; quand il est vieux, il a trois jambes, lorsqu'il s'appuie sur son bâton. »*

L'origine de la mythologie grecque se perd dans la nuit des temps. L'énigme du sphinx cité est peut-être la première formulation du contrat social de la culture occidentale : considérer **l'être humain** en tant que tel sans sélection ni attribut quelconque.

OBLIGATION DE S'ASSURER I

Un processus démocratique conduisit le peuple suisse à introduire **l'obligation de s'assurer** contre la maladie*. Un grand pas en avant favorable à la majorité de la population, indispensable pour les défavorisés (e) s. Cette décision s'inscrit dans le contrat social.

Sa base est la reconnaissance de la condition biologique de l'être humain décrit dans l'énigme du sphinx. Cette assurance sociale obligatoire repose sur la **solidarité de la communauté des assurés renouant avec un mythe suisse** : « **Un pour tous - tous pour un** ».

Il en résulte de **l'argent public** : 25 milliards de francs de primes augmenté d'environ 10 à 15 milliards versés par les cantons et la Confédération.

Mots et valeurs : communauté, démocratie, être humain, solidarité.

*votation LAMal (Loi sur l'Assurance-Maladie) : 1996

Précision 1) Il s'agit de la solidarité des bien-portants avec les malades, les bien-portants reconnaissent qu'à n'importe quel moment ils peuvent **tomber malades** et avoir besoin de la solidarité des autres. Précision 2) Il s'agit d'une solidarité **face à la souffrance**, le but commun étant le meilleur état de santé possible. Le marché de la santé actuel par contre considère le malade comme **un client lucratif**, cf. pages 24 et 43, ce qui signifie un **changement de paradigme**. Cf. aussi déontologie de la FMH, annexe 6, respectivement « marchandise santé », annexe 12.

FÉODAL OU RÉPUBLICAIN

L'obligation de s'assurer fut le premier pas, le pas le plus important du point de vue social.

Presque 20 ans d'expériences avec cette obligation ont montré sa lacune principale : Les assuré(e)s payent plus de 25 milliards de francs et les assureurs en disposent sans transparence ni contrôle suffisants, ni codécision des payeurs ; par contre il y a eu des hold-up comme celui des primes trop payées, le refus de se faire contrôler*, la non-prévention, des scandales**.

En actes et en paroles, le régime actuel est **paternaliste**, voire **féodal**.

Ecoutez le Président de « Curafutura » : il dessine un triangle équilatéral et note à côté de chacun des angles le nom d'un des **acteurs** : « Etat » - « prestataires de soins » - « assureurs-maladie ».

Et les assuré(e)s ? Celles et ceux qui payent, celles et ceux qui sont les premiers concernés en cas de maladie ? Ils n'ont pas droit au statut d'acteur dans le triangle du Président des quelque trois millions d'assuré(e)s de Curafutura***, des autres assureurs et du monde politique : pour eux, ils/elles sont « **matière anonyme** » à gérer.

Autre conception : l'assurance de base marie l'obligation de payer des primes avec le droit de décision. Son caractère serait **républicain : public, démocratique**. Les premiers concernés ne seraient pas les assujettis à payer des primes, mais ils/elles seraient également appelé(e)s à participer activement en parole, en droit et en responsabilité à l'assurance de leur santé.

*Depuis des années les instances responsables des contrôles exigent le cadre légal pour remplir leur tâche ; fin 2013, le Conseil national, sous la pression des assureurs, a refusé la Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) ; cf.12.027 Bulletin officiel – Conseil national – 05.12.13, surtout l'intervention du Conseiller fédéral Alain Berset, page 2

**cf. annexe 13

***Le Temps du 03.05.2013

FAILLITE DU SYSTÈME...

Les promesses faites il y a 15 ans : stabiliser les coûts de la santé grâce au **marché des assureurs**.

« Entre 1996 et 2011, les coûts de santé ont augmenté de plus de 72 %. Dans le même temps, la prime mensuelle moyenne de l'assurance de base a augmenté beaucoup plus fortement, de **116 %**, c'est-à-dire qu'elle a plus que doublé »* [...] « En 2010 les primes ont augmenté d'environ 10 % alors que les coûts médicaux n'ont augmenté que de 1,7 %. En 2011 d'environ 6,5 % pour une progression des coûts de moins de 3 %. » **

Voilà **la faillite** du programme et de la promesse du système actuel et des assureurs : 116 % d'augmentation des primes en 15 ans !

Pire : Les primes ont augmenté plus vite que les coûts de santé, 34 % plus vite.

Bien pire et échec complet : En même temps les maladies métaboliques, les addictions, les maladies en rapport avec la pollution et le stress au travail augmentèrent, jamais elles étaient aussi nombreuses que maintenant***. **C'est la faillite du système devenu marché de la santé et des assureurs !**

* « Santé publique en Suisse 2014 », Interpharma, 2014, Bâle ; www.interpharma.ch

** « Managed Care – nicht Business Care », article de Pierre-Yves Maillard, NZZ 23.04.2012. A noter qu'il ajoute : « cette divergence devrait intéresser les partis, les politiciens et les médias, ce qui n'est pas le cas ».

***Ces affections ne sont pas liées au vieillissement de la population, mais elles contribuent à l'augmentation des coûts de la santé. Cette augmentation est donc plus complexe que le vieillissement de la population que le monde politique met en avant.

...MAIS RÉUSSITE DU MARCHÉ

S'agit-il d'une faillite ou plutôt d'une réussite ? Une réussite du marché ?

Les deux camps du marché de la santé sont, d'une part, les assuré(e)s, les malades, la médecine hippocratique et, d'autre part, les bénéficiaires de ce marché dont les assureurs.

Jamais le marché de la santé et des assureurs n'était autant en forme : il est devenu le premier facteur de la croissance économique du pays.

Nous nous trouvons dans **une nouvelle ère** : La santé publique d'autrefois, tout comme la médecine, avait pour but de combattre les maladies, de réduire le nombre de malades, de favoriser la santé, de limiter l'assurance sociale.

L'économie du marché de la santé actuelle, au contraire, se porte de mieux en mieux moyennant la progression des maladies et des malades, une aubaine aussi pour les assurances : plus florissant est le marché de la santé, plus large est le champ de leurs offres et le choix pour leurs client(e)s**. Le nouveau paradigme en matière de santé est bien en place.

* « Marchandise santé - la fin de la médecine classique » (« Ware Gesundheit – Das Ende der klassischen Medizin »), Paul U. Unschuld, Verlag C.H.Beck, 2011, page 126, cf. annexe 12.
Voici deux autres citations : « Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, le malade vaut autant, peut-être davantage que le bien-portant pour l'économie publique. » Idem page 91, « La santé en tant que moteur de la croissance économique », page 92.
« La santé, ça rapporte... » OTX World no 56, septembre 2013, page 35. Remarque RN : les primes de l'assurance sociale, payées par beaucoup de ménages avec difficultés, « ça rapporte » !
**cf. page 16 « 300'000 ».

MEILLEUR SYSTÈME DE ?

Constat I : 98 % des moyens pour réparer, 2 % pour protéger la santé : système de réparation.

Constat II : Les primes doublent en 15 ans.

Le discours officiel le dit et le répète : le système de santé suisse est cher, mais « un des meilleurs du monde » !*

Il pose le problème suivant : Il y a 50 ans, le diabète de la personne âgée existait, il frappait principalement dès 60 ans, ce n'était pas une épidémie.

Actuellement, le nombre des diabétiques explose : de plus en plus d'adolescent(e)s** sont traité(e)s pour le diabète de l'âge, vous lisez bien : des adolescent(e)s ont le diabète de l'âge ! Un journal de la finance le remarque, il parle d'**épidémie** et invite les investisseurs à ne pas manquer l'occasion de s'enrichir grâce à cette épidémie***.

Epidémie du diabète, d'obésité, des addictions, de stress**** et burn-out, des maladies dues à la pollution et à la sédentarité, etc. **Les maladies non transmissibles** augmentent dans l'un des meilleurs systèmes « de santé » du monde. De combien faudrait-il les augmenter pour le rendre encore meilleur ?

Constat III : Le marché de la santé et ses bénéficiaires vont bien. Pour eux, le système actuel est le meilleur !*****

*Cf. les différents communiqués de presse de « santésuisse » (www.santesuisse.ch).

**Au cours des 20 dernières années, l'incidence du diabète de l'âge a été multipliée par 10 chez les moins de 19 ans ; à 90 %, cette forme de diabète est liée au surpoids. Annexe 16.

*** « Une épidémie prometteuse à l'investissement » (« Volkskrankheit als Investment ») NZZ du 10. 01.2013.

« Le diabète nourrit de doux rêves d'investisseurs » (« Süsse Investorenträume dank Diabetes ») NZZ du 20.01.2014, page 23, qui dit : « **L'épidémie... ouvre un champ lucratif** » ; cf. annexe 3.

****plus 30 % en dix ans selon le SECO en 2013

*****Et quid des victimes de l'épidémie des maladies non transmissibles qui touchent toutes les classes d'âge, donc non liées à l'évolution de la démographie ? Cf. annexes 2 et 3.

300 000 PRIMES A CHOIX...

Croissance du montant des primes, croissance des malades, croissance du marché de la santé. Autre croissance mise en avant par les assureurs et leurs partisans et centre de leur marketing : le nombre des primes offertes par les assurances-maladie.

Depuis 1996 les assureurs se sont pliés en quatre pour augmenter l'offre. Un des piliers de leur système est le libre choix des primes pour le client-consommateur, leur nombre a augmenté environ 10 à 20 fois pour atteindre plus de 300'000 primes différentes : le summum de leur liberté.

Cette offre impressionnante se dégonfle comme un ballon de foire face à la réalité sociale : de plus en plus de ménages peinent à pouvoir payer les primes de plus en plus chères ; et les primes subventionnées par la main publique atteignent actuellement 40 % : La douceur du marketing face à la dureté de la réalité sociale. A quoi bon alors cette foire ? N'est-ce pas de la poudre aux yeux et mépris des personnes et familles en difficulté, mépris de la main publique ?

Quant aux nombre des assureurs, il faut savoir que la moitié d'eux (31) appartiennent à six groupes, fonctionnant comme des holdings, incontrôlables par les autorités* et encore moins par les assuré (e) s.

*cf. les propos tenus par le Conseiller fédéral Alain Berset même source page 12.

Le gouvernement contrôle les primes et, selon le bulletin du Conseil national cité, dix employés s'y appliquent. S'ils disposent de trois mois entre la soumission des 300'000 primes et leur publication vers la fin septembre, cela correspond à **56 secondes** pour contrôler une prime, éventuellement un peu plus en cas de primes groupées ; mais qui a contrôlé ce regroupement ? Les primes « certifiées » par « Berne »....

SÉLECTION I

«... dans l'assurance de base où le remboursement des prestations est défini dans un catalogue, la concurrence se réduit aujourd'hui à **la chasse aux bons risques** » dit la présidente de la Commission de santé du Conseil des Etats**.

Comme tout marché, celui des assureurs vit de la sélection. Tant qu'il y aura 60 assurances, il y aura sélection du risque en faveur du bien portant et en défaveur des malades chroniques et âgés. Seul le mutualisme d'une structure publique l'abolira.

La sélection est le moteur économique de la chasse aux bons risques. **Les assuré (e) s financent leur sélection**, payent un appareil dont la tâche consiste à attirer des hommes jeunes et à « exclure » les « vieux ». Les assuré (e) s payent non seulement des organisations comme Comparis***, mais encore les démarcheurs téléphonistes qui, surtout en automne, violent leur sphère privée et dont la première question est : « Avez-vous plus de 61 ans ? Une maladie chronique ? »

Idem argument 5 : « Sélection des risques, tracasseries et tromperies » de l'initiative des médecins romands « Pour la transparence de l'assurance-maladie »****.

Pour en savoir plus : « Oeffentliche Krankenkasse – Warum nicht ? » de Anna Sax. Cahiers d'études de la Société suisse pour la politique de la santé, 2013, pages 23-28.

*Constitution fédérale, art. 8.1

**Le Temps, 12.10.2012, il s'agit de la Conseillère aux Etats Mme Christine Egerszegi.

*** « Les comparateurs, vraiment objectifs ? » L'Hebdo du 01.11.2012 : « Les sites privés privilégient les caisses avec lesquelles elles ont passé un contrat et participent ainsi à la sélection des bons risques. » et «... les classements des comparateurs privés sont tronqués », « Les comparateurs privés roulent pour les caisses, et non pour les assurés ».

****Cf. annexe 8.

« JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclination sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient ; »*

SÉLECTION II

Les assureurs pratiquent la sélection et leur deuxième organisation faîtière « Curafutura » est présidée par un médecin. La déontologie des médecins se prononce contre la sélection**. Les assureurs réussissent à faire présider et administrer leur sélection par des médecins***.

Les assuré (e) s payent, soumis (es) à la politique des assureurs dont ils/elles sont exclu (e) s : a) la chasse aux bons risques et l'exclusion****, une chasse à eux-mêmes ; b) la violation de leur sphère privée ; c) la rupture de la solidarité par la sélection ; d) l'entorse à l'éthique médicale.

Ce système est indigne d'un pays civilisé, indigne d'un domaine qui concerne le plus profond des êtres humains : leur vie, leur souffrance, leur mort. Il est barbare de vouloir transformer la **réalité existentielle des humains** en foire, shopping et marketing.

*Serment de Genève. Cf. annexe 4.

**Article 4 de la déontologie de la FMH, cf. annexe 6.

***Le médecin et professeur Felix Gutzwiller est conseiller administratif de l'assurance-maladie Sanitas, cf. Bulletin officiel du débat parlementaire cité dans la Préface. Le Professeur et Docteur en médecine Thomas Zeltner président de la Caisse maladie KPT/CPT

****Les neurosciences affirment : l'acceptation sociale stimule le système de récompense du cerveau qui à son tour libère l'ocytocine, la dopamine et les opioïdes qui contribuent à soulager la douleur, à augmenter la joie de vivre et la motivation ; l'exclusion par contre active la matrice de la douleur du cerveau. Les malades, les personnes âgées, de par leur souffrance à l'écart de la vie ordinaire, reçoivent des messages d'exclusion de la part du marché des assureurs, ajoutant du mal à leur mal, le tout cogéré par des médecins ! cf. annexe 17.

CULTURE

Le hold-up du terme « santé » fut suivi par le hold-up des primes : la chronique qui commença autour de 2004 concerne les environ deux milliards de francs que les assureurs-maladie ont encaissés de trop dans plusieurs cantons, surtout en Suisse romande.

Les assureurs déclarent : « Nous défendons la cause des assurés » et : « Nous entretenons une culture constructive en matière de règlement des différents »*. La comparaison des paroles et des actes donne le constat suivant à propos de

leur culture :

- **de la main invisible** : personne ne connaît le chiffre exact, on parle de 1,7 milliard de francs, mais aucune instance, ni le gouvernement, ni le parlement, ni les médias, n'a entrepris les recherches nécessaires pour faire connaître le montant exact : la main invisible du marché** des assureurs auquel se soumettent les autorités politiques et les média.

- **du déni** : pendant des années, les responsables des assurances et du politique ont nié les faits.

- **du subsidiaire** : l'Office fédéral de la santé publique et le Conseiller fédéral interpellés à de multiples reprises répétaient ce que les assureurs disaient, ils n'ont pas rempli leur mission publique de contrôle. Ainsi ils ont joué le rôle que le marché leur assigne : un rôle « subsidiaire »***.

- **des promesses** et des manœuvres obscures : les faits étaient connus depuis longtemps, après plus de 10 ans les lésé(e)s ont obtenu le remboursement partiel en versant eux-mêmes un tiers du montant qu'ils

* « santésuisse » Nos principes : www.santesuisse.ch.

**Smith A. The Wealth of Nations : Project Gutenberg. 1776. www.gutenberg.org/etext/3300, cité dans « A propos de la caisse unique... » S.A. Hurst, A. Mauron. Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 630-1.

*** « santésuisse », Alliance santé, Economiesuisse sont claires ; priorité au marché, le rôle de l'Etat est « subsidiaire ». Ce qui ne veut rien dire d'autre que : la démocratie est « subsidiaire » au marché si l'on admet que la Suisse, y inclus son Etat, est une démocratie.

reçoivent. Le politique, le gouvernement et le parlement n'ont pas trouvé de meilleure solution parce que les assureurs-maladies ont œuvré dans tous les sens pour retarder et réduire le remboursement des primes payées en trop. Culture du lobbying*.

- **de l'art de la communication** : Les assureurs ne se sont ni excusés ni n'ont reconnu les faits.

L'histoire de ce hold-up et de son traitement met en lumière le principe de la soumission du public, de la société civile, y compris les médias, et du politique au marché des assureurs et à leur lobby et elle illustre qu'ils disent presque vrai : « **Nous sommes capables... de nous imposer...** ».

PS : Lors des débats au parlement sur le remboursement d'une partie des primes payées en trop, Mme Humbel, grande « experte » en la matière, a lancé cette phrase qui mérite d'être méditée : « La décision est fondamentalement fautive, mais politiquement nécessaire ».

*Cf. l'initiative « Transparence » et l'émission « Temps présent », TSR, Annexes 8i et 13.

COUCHEPIN ET LES PILLEURS

Avant la votation sur l'initiative de la caisse unique en 2007, le Ministre de la santé le conseiller fédéral Pascal Couchepin a tenu une conférence de presse durant laquelle il avertissait le peuple que s'il acceptait cette initiative, les assureurs feraient tout pour piller les réserves, « il n'en restera... rien »*.

Il considéra donc 1) les assureurs capables de piller les réserves appartenant aux assurés (e) s (argent public) ; 2) les autorités publiques incapables de contrôler les pilleurs et de les en empêcher. **L'argent public, social, utilisé comme un self-service gratuit** autorisé par le gouvernement.

En s'appropriant cette menace des assureurs, le Conseiller fédéral Couchepin illustra le principe « subsidiaire » : la démocratie, qui trouve son expression dans l'Etat démocratique, est soumise à des organisations privées.

* « Avant de transférer leurs actifs à la nouvelle caisse, les assureurs joueraient avec leurs réserves pour baisser leurs primes, afin d'acquérir des clients pour de futures assurances complémentaires. Il ne restera donc rien... » Parole du conseiller fédéral Pascal Couchepin lors de sa conférence de presse. Le Temps 23.12.2006.

En allemand (NZZ 23-24.12.2006) : « Während dieser Übergangszeit würden die Kassen wahrscheinlich ihre Reserven und Rückstellungen plündern, um mit tiefen Prämien Kunden für die verbleibenden Zusatzversicherungen zu gewinnen. »

ÉCONOMISTES CONTRE ÉCONOMISTES

Les économistes de l'OCDE et d'autres économistes critiquent depuis des années la Suisse de ne consacrer que 2 % des dépenses de santé à la prévention des maladies. Or la prévention baisserait leurs coûts (le médecin ajoute : et diminuerait la souffrance des êtres humains).**

Ces coûts-ci, annuels, sont connus. Voici quelques exemples : Pollution atmosphérique : 5,1 milliards de francs ; bruit : plus de 400 millions de francs*** ; sédentarité : 6 milliards, dont 1,7 milliard à la charge du système de santé ; stress à la place de travail : 4,2 milliards avec une augmentation de 30 % ces derniers dix ans**** ; obésité : 5,7 milliards ; le burn-out 10 milliards ; l'épidémie du diabète ; une partie des addictions ; etc.

L'addition de ces chiffres à la charge du système de santé permet d'estimer des coûts entre 10 et 20 milliards de francs par an. La prise en compte d'un impact modeste de la prévention de 10 % multipliée par 10 (correspondant aux 10 ans de transition estimés par les économistes cités) donne un montant d'environ 10 à 20 milliards de francs. Ce sont les coûts à payer par les assuré(e)s parce que les responsables politiques, économiques et des assurances refusent de suivre les conseils des économistes de l'OCDE quant à la protection de la santé. Ce calcul n'inclut pas la souffrance physique et morale des personnes lésées ce qui multiplierait le montant par 2.

*Art. 19 (sur 107 donc au début) de la Loi sur l'Assurance Maladie LAMal portant le titre « Promotion de la prévention des maladies ». En réalité, la prévention n'intéresse pas les assureurs comme l'explique l'économiste Anna Sax dans son étude (cf. référence page 17)

**OCDE (2011), Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2006 et 2011, Editions OCDE, réalisés conjointement par l'OCDE et l'OMS. – Idem : « La prévention ne devrait pas être un tabou » Theodor Abelin, ancien directeur de l'Institut de la Médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, Tages Anzeiger 20.02.2013 Cf. aussi annexe 15.

*** « Le bruit, une bombe à retardement à 19 milliards » Le Temps 12.12.2013, cf. annexe 18.

S'opposer à l'OMS et aux économistes de l'OCDE coûte plus de 10 milliards. Face à ce montant colossal, parler de prix trop élevé (il faut savoir que les opposants à l'instauration d'une caisse publique ont articulé en 2013 le chiffre de deux milliards sur 10 ans en se basant sur une étude qu'ils ont commandée eux-mêmes*) pour finir avec ce « gaspillage » de l'argent public et de la santé humaine est **cynique**, un autre élément de la culture du système actuel.

Le défi éthique et économique du système de la répartition 98 : 2 % est le suivant : le politique, les assureurs actuels et leurs partisans prennent la responsabilité de

- 1) laisser se produire des coûts de santé évitables
- 2) laisser se produire de la souffrance chez les victimes de leur politique
- 3) violer la loi et l'esprit de la LAMal (article 19 : prévention)
- 4) violer un des droits les plus fondamentaux de tout être humain**.

Le premier critère pour juger la valeur d'un système de santé est sa volonté et sa capacité de protéger la santé et de prévenir les maladies. Le **système de santé actuel ne remplit pas ce critère primaire**.

La doctrine de la Public Health venant des Etats-Unis, qui restent le **modèle des partis politiques dominants et des assureurs*****, le formule ainsi : « La santé... n'est pas un but politique qui se situe au-dessus des intérêts commerciaux de l'économie du marché »****. Pour ajouter : « Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, le malade est autant précieux, peut-être encore plus précieux, à l'économie générale que la personne en bonne santé*****.

*Le Temps 29.08.2013

**Principes de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (RS 0.810.1) OMS « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

***Leurs mots-valeurs : MC : Managed Care/ Case Manager/ DRG : Diagnostic related group/ corporate governance/ gatekeeper/ etc.

****page 58 du livre cité à la page 14 ;*****page 91 du livre cité à la page 14, cf. annexe 12

Si le malade est (peut-être) plus précieux à l'économie que la personne saine, l'économie et le marché de la santé ont un intérêt à un nombre croissant de cette valeur précieuse, donc de malades. La protection de la santé des gens nuit à l'économie. **La prévention nuit au marché.** Cette nouvelle donnée économique dirige probablement les forces politiques dominantes et l'économie à refuser systématiquement toute mesure de prévention des maladies non transmissibles*. Le changement de paradigme est appliqué.

*« En Suisse comme ailleurs, pas facile de « contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux ou à propos de milieux et conditions de vie malsains et de nutrition inadéquate » (Charte d'Ottawa) » dans : « La santé publique, ça marche ! » de Jean Martin, BMS 2013 ; 94 : 5, 198.

« On a progressé dans la fabrication industrielle de malades », dans : « Devenons-nous les disciples de notre confrère Knock ? » de Jean Martin, BMS 2005 ; 86 : 14, 814.

« Les enfants... devraient avoir un droit
à vivre leurs jeunes années en santé »*

SANTÉ VS LIBERTÉ DU MARCHÉ

Enfants : comment « un des meilleurs systèmes de santé du monde » protège-t-il leur santé ?

L'Office fédéral de l'environnement fait la comptabilité annuelle de la pollution de l'air : 39'000 bronchites chez des enfants sont dues à la pollution. Adultes : 3'000 à 4'000 morts prématurés, 1,7 million de journées de travail perdues, coût de santé : 5,1 milliards de francs**.

La violation du droit fondamental de vivre leurs jeunes années en santé aussi des enfants habitant le long des axes à grand trafic devrait avoir des conséquences juridiques et les responsables devraient être punis. Mais ils continuent à siéger dans les étages de direction des organisations économiques, politiques et des assureurs.

Durant les 18 ans passés sous leur régime, les assureurs ont investi des millions dans la chasse aux bons risques, dans le démarchage téléphonique, dans Comparis et dans la publicité. Combien de millions ont-ils investis dans la protection de la santé des enfants ?

L'argent public des primes pour le marché des assureurs et leur lobbying, mais pas pour protéger la santé des enfants. Et les responsables osent se nommer « santé » : Alliance Santé, « santésuisse ».

Le directeur de « Promotion santé suisse » pose la question pertinente : **« Quelle est l'importance que la société accorde à la protection des enfants face à la liberté du marché ? »*****

*Lino Künzli, épidémiologue, NZZ du 18.10.2013

** „Noch leiden viele an Luftverschmutzung“ NZZ 09.07.2013

***« Wie ist der Schutz der Kinder gegenüber der Freiheit des Marktes zu gewichten ? » Thomas Mattig, Direktor Gesundheitsförderung Schweiz NZZ 10.04.2012. - Dans le contexte de cette brochure se pose la question : Quelle est l'importance que **les assureurs-maladie** accordent à la protection des enfants face à la liberté du marché ?

Le diabète des jeunes : « L'effort doit être porté contre l'environnement obésogénique de nos sociétés grandement favorisé par le cynisme de l'industrie agro-alimentaire qui n'hésite pas à fidéliser les enfants à leurs produits toxiques par des jouets et autres promotions publicitaires. »*

« Nous savons maintenant que la pollution de l'air extérieur n'est pas seulement un risque majeur pour la santé en général, mais aussi l'une des premières causes environnementales de décès par cancer. »**

«... il est nécessaire de montrer que les maladies respiratoires sont très dépendantes de **l'hygiène de vie de la population**.... »***.

La science nous apprend : les humains, moyennant la pollution, produisent du cancer. La seule réponse adéquate, et par conséquent efficace et économique, est l'engagement contre la production de cancer. En se référant aux exigences du système de santé : efficacité, adéquation, économicité, le gouvernement, les politiciens et les assureurs devraient intervenir dans ce sens ; mais non.

La réponse « d'un des meilleurs systèmes de santé du monde » est :

- 1) Renforcer la responsabilité individuelle ;
- 2) Améliorer les soins : Managed Care, etc. ;
- 3) Affirmer que « l'état de santé de la population suisse dépend à 60 % de facteurs **externes** à la politique de la santé,... » (Santé 2020) : la production de cancer se situe à l'extérieur de la politique de santé, celle-ci n'a pas à s'y mêler.

Les trois réponses sont, du point de vue éthique, médical, économique, inadéquates.

La politique actuelle dans le domaine de la santé est **anachronique**.

*Prévention du diabète de type 2 : scalpel ? Antoine de Torrenté, Forum Med Suisse 2013 ; cf. page 15 « Meilleur système de ? ». Cf. aussi annexe 19.

** « Notre air est cancérigène ;... » Jean-Yves Nau, Rev Méd Suisse 2013 ; 9 : 2070-1. L'auteur y cite le Dr Kurt Straif, chef de la section des monographies du Centre international de recherche sur le cancer CIRC.

*** « Feuille de route de la pneumologie » L.P. Nicod, R.Rochat Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 2267-8. *Remarque personnelle*. Calcul : les assureurs actuels existent depuis 18 ans, multipliés par 3000 à 4000 morts prématurés égalent 54'000 à 72'000 êtres humains, ce qui correspond presque au nombre d'habitants du canton de Schaffhouse sacrifiés dans un des meilleurs systèmes de santé.

CYNISME DU MARCHÉ

Constat : en 18 ans environ 90 milliards de francs à la charge de la santé dus à la pollution atmosphérique, environ 700'000 bronchites des enfants, entre 54'000 et 72'000 adultes morts prématurément : coûts, maladies, destruction progressive, mort.

La réponse des responsables du système de santé : « renforcer la responsabilité individuelle ». Le Conseil fédéral le répète six fois dans son plan « Santé 2020 ». Il n'énumère aucune autre responsabilité.

Alors, enfants et morts, s'il vous plaît, un peu plus de responsabilité individuelle pour améliorer votre santé et pour décharger financièrement le système des soins ! Voilà le cynisme dominant : Aucune autre responsabilité est admise, mentionnée, exigée dans le discours officiel*.

Sans prise en considération des différents facteurs influençant la santé humaine et des responsabilités qui en découlent dans tous les marchés des industries concernées y inclus celui de la publicité et des médias, le système de santé suisse appelant uniquement à la responsabilité individuelle reste cynique**.

Le comble du cynisme est atteint lorsque les responsables directes ou indirectes de ces pollutions appellent à « plus de responsabilité individuelle » dans des conditions que l'individu concerné n'a pas choisies et ne peut changer comme la pollution de l'air.

* « Le défi politique est de définir la **responsabilité sociale** plutôt que de reporter sur l'individu la gestion du problème » Addiction Suisse. BMS 2014 ; 95 : 4, page 135.

C'est valable pour toutes les maladies non transmissibles : une publicité orchestrée permanente payée par des dizaines de milliards de francs vise le cerveau dans le but d'influencer les neurones des êtres humains en faveur d'un comportement d'acheter et de consommer tel produit et/ou tel service. Par ex. « Red-Bull » investit jusqu'à un tiers de son chiffre d'affaire¹ dans la publicité pour influencer le style de vie, donc le comportement, autrefois appelé l'hygiène de vie. **La publicité vise le cerveau, donc le comportement des êtres ciblés. Cf. Annexe 19. Combien de milliards sont investis pour promouvoir un comportement nuisible à la santé et quelle est leur relation avec les quelques millions destinés à la prévention : cent fois ou mille fois plus ?

¹Chiffre d'affaire 4,2 milliards d'euros dans « Un gladiateur des temps modernes » (« Ein Gladiator der Neuzeit ») NZZ du 16.10.2012.

RATIONNEMENT

Le rationnement existe : Il se fait par la capacité de se payer la charge individuelle. De tous les pays développés, la Suisse applique la charge individuelle aux dépenses de la santé la plus élevée : plus que 50 %.

« 15 % des Genevois renoncent aux soins médicaux pour des raisons financières » ; « dans les ménages gagnant moins de 3000 francs par mois, cette proportion atteint même 34 % »**.

Cette réalité est négligeable en cas de grippe, mais nullement en ce qui concerne les **maladies non transmissibles**. Celles-ci frappent beaucoup plus les couches sociales « faibles »***. Ses personnes sont doublement défavorisées : elles sont davantage malades et ont une vie plus courte que les mieux lotis ; de plus, la charge financière individuelle élevée du système les touche avant toutes les autres, leur rendant l'accès aux soins plus difficile. Par conséquent, pour des raisons financières, leurs maladies sont moins vite et moins bien soignées, ce qui représente un rationnement social existant, concernant probablement des centaines de milliers de personnes en Suisse****.

Economiquement parlant, ce rationnement représente **une dette que la génération actuelle lègue à la suivante** : aucune de ces maladies non transmissibles ne guérira spontanément, elles se développent silencieusement en détruisant progressivement des cellules, organes et fonctions pour finir en infarctus, en démence, en chaise roulante et en EMS. L'économie à court terme produit des coûts importants à long terme : endettement dans un des meilleurs systèmes de santé du monde.

*Constitution fédérale, Préambule

**Tribune de Genève du 31.01.2012, traitant l'étude de : Wolff H, Gaspoz JM, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Med Wkly 2011 ; 141 : w13165

***15 % à Genève.

****Selon le rapport de Caritas de 2012, il y a environ un million de pauvres en Suisse, donc à risque d'être victimes du rationnement économique. Cf. aussi annexe 22.

CLIENT (E) – CONSOMMATEUR (TRICE)

La Constitution fédérale parle de l'être humain et veut protéger les faibles, le système social parle de malades, les organisations de santé de patients.

Le marché de la santé et des assureurs, « Alliance santé », « santésuisse » et leurs bénéficiaires utilisent d'autres mots : client(e), consommateur (trice), fournisseurs, prestataire de soins.

Une partie du marché de la santé fonctionne de la manière suivante : Des cabinets de médecins et des cabinets de groupe (en Suisse centrale trois quarts) sont achetés par des investisseurs dont des assureurs et dernièrement par Migros. Les investisseurs imposent **une médecine profitable** régie par des contrats secrets*.

En payant leur prime comme une carte d'entrée au marché de la santé, les assuré(e)s atteignent selon la philosophie du marché de la santé le statut de client(e)s et de consommateur(trice)s. La personne concernée n'est plus un(e) malade, mais un(e) consommateur(trice)**. Le/la malade « profitable » pourrait à son tour profiter dans ces cabinets ce qui génère du profit pour l'assureur ou l'investisseur : la boucle est bouclée, le marché de la santé marche.

Sa condition préalable : des malades se considérant comme des clients, des consommateurs, et les médecins et autres travailleurs des fournisseurs de prestations employés par des contrats privés gérés par des assureurs ou d'autres investisseurs.

Ce commerce à son tour repose sur l'argent public restant sans contrôle public, intarissable, car qui oserait limiter « la santé » ?

* « Contrats léonins : les médecins tirent la sonnette d'alarme » (« Knebelverträge : Ärzte schlagen Alarm » Neue Luzerner Zeitung 29.08.2013). Il s'agit de contrats entre des investisseurs et des médecins contraignant les derniers à maximiser les bénéfices en faveur des investisseurs.

** «... nous disposons d'un excellent système de santé avec de nombreuses offres. Et de plus en plus de **consommateurs** compétents... », dans « Senso », le magazine du Groupe Helsana, no.3, septembre 2013, page 3. – « Des universités recommandent aux étudiants de parler de clients et non de patients... », cf. annexe 12.

OBLIGATION DE S'ASSURER II

Seul le contrat social rend possible l'obligation de s'assurer contre la maladie. La communauté se déclare solidaire des êtres humains faibles, souffrants ; ses membres payent des primes en faveur de leur santé ; il s'agit d'argent public.

Tout autres sont les fondements du marché : échange de marchandises, vendeurs, clients, consommateurs, bénéficiaires ; le moins possible de règles démocratiques dites étatiques. **Le marché est l'opposé du contrat social.**

Cette opposition est manifeste dans le système de santé : se solidariser avec un être humain souffrant est biologiquement et socialement vital pour la communauté. Mais personne ne peut être solidaire d'une marchandise ; et personne ne peut être solidaire d'un « client », d'un « consommateur », d'un « investisseur » d'une maladie lucrative, même pas d'un diagnostic des DRG du nouveau marché hospitalier*.

Arrivera le moment de décision en connaissance de cause :

Au premier étage du système de santé logent la démocratie et la solidarité dans le but d'aider les malades moyennant l'argent public.

Au deuxième étage s'étend de plus en plus un marché de la santé qui utilise cet argent public comme un self-service** à exploiter ; qui parle de client lucratif et qui investit dans les maladies lucratives et profitables et qui a un intérêt à un nombre croissant de malades et de maladies.

*Diagnostic related group DRG, marché hospitalier ; le dernier maillon du marché de la santé.

**Roland Eberle, conseiller aux Etats UDC, évoque un gâteau à partager, cf. Bulletin officiel cité dans la Préface.

CONCLUSION

L'Organisation Mondiale de la Santé postule un droit fondamental de l'être humain : « le meilleur niveau de santé atteignable »*. **Le garant de tout droit fondamental ne peut être que la communauté. Aucun marché, par principe, ne peut garantir un droit fondamental.**

Le marché de la santé et ses acteurs privés nomment les assurés (e) s et consommateurs (trices). Comparé au contrat social, leur contrat est limité. Par conséquent, l'assuré (e) en question acquiert des prestations limitées et la protection de la santé n'y figure pas et ne peut y figurer.

De cette manière, les assureurs en se référant à la **santé**, se sont exclus eux-mêmes du **système de santé de base** au cas où il existe une volonté démocratique de promotion et de protection de la santé. Or cette volonté est explicitement formulée dans la LAMal**, dans le programme du Conseil fédéral « Santé 2020 », dans les exigences des organisations de patients***, dans la déontologie des médecins de la FMH.

Seul un système à caractère public, y compris une caisse publique pour la partie obligatoire de l'assurance-maladie, et porté par la communauté est capable de respecter l'être humain, de protéger sa santé et donc de garantir le droit humain formulé par l'OMS.

*OMS, cf. page 23.

**Art. 19 de la LAMal, cf. page 22.

***« La promotion de la santé publique largement acceptée » BMS 2013 ; 94 : 23.

III. HIPPOCRATE

*« Toutes les parties du corps qui remplissent une fonction sont saines, bien développées et vieillissent plus lentement si elles sont sollicitées avec mesure et exercées à des travaux dont on a l'habitude. Mais si elles ne sont pas utilisées et sont indolentes, elles tendent à devenir malades, se développent mal et vieillissent prématurément. »**
Hippocrate

*Tiré du livre « Prévention cardio-vasculaire à l'usage du praticien » (page 35) de Cédric Vuille, François Mach. Editions Médecine & Hygiène 2009.

« Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure. »*

SERMENT DE GENÈVE I

En 1948, le Serment d'Hippocrate fut actualisé à Genève** et nommé Serment de Genève.

A Genève, lors des assemblées générales de l'Association des médecins de Genève AMG, ce Serment est lu à haute voix et les nouveaux membres l'approuvent en levant la main, condition pour devenir membre de l'AMG. Ses mots-valeurs : humanité, santé, être humain, médecin, secret médical, interdiction de la sélection.

Les mots-valeurs des politiciens dominants et de leurs assureurs sont un autre monde : client(e)s, consommateur(trice)s, fournisseurs, sélection, concurrence. Ce monde affirme : c'est « la fin de la médecine classique », la fin de la médecine d'Hippocrate***.

Est-ce que les médecins genevois cultivent le passé, s'accrochent-ils à leur médecine classique sans comprendre qu'elle est remplacée par la médecine-marché****? Lever la main pour un serment à la place de se soumettre à la main invisible du marché de la santé ?*****.

Les partisans du marché de la santé et des assurances doivent admettre le constat suivant : le Serment d'Hippocrate est vieux de 2400 ans et malgré son âge il a survécu non seulement au pouvoir de la Polis grecque, à l'Empire romain, à l'Eglise du Moyen Âge, au féodalisme, au nationalisme, aux 500 ans du colonialisme et aux « mille ans » du régime nazi et il n'y a aucune raison qu'il ne survivra pas au système du marché.
Parce que sa base est la biologie milliardaire, dominante.

*Art. 2 de la Déontologie de la FMH, cf. aussi annexe 6.

** cf. annexe 4.

*** « Marchandise santé, la fin de la médecine classique », cf. annexe 12.

****«... la médecine-marché fait face à un avenir radieux. Mais l'autre médecine - qui peut dire si elle survivra ? », dans : « Le futur trop peu incertain de la médecine » Bertrand Kiefer, Rev Med Suisse, 2013 ; 9 : 1704.

***** cf. page 19

«... protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

LA BIOLOGIE ET SON POUVOIR

Hippocrate est connu du Serment qu'on lui attribue. Cet héritage éthique vit dans le Serment de Genève et la déontologie des médecins suisses et leur organisation FMH.

Son autre contribution essentielle à la médecine, l'origine même de La Médecine, est la reconnaissance de la **biologie**, l'étude de ses lois et l'application des connaissances en faveur du bien-être des humains en général (Hygie) et des traitements des maladies (Panacée).

A son époque, le pouvoir politique et spirituel se trouvait dans les palais et les temples. Les paroles et sacres s'adressaient aux Dieux dans les lieux d'où l'on attendait le bien et craignait le mal. Hippocrate, cherchant à comprendre, **se pencha vers le malade** allongé sur sa clinae, d'où le nom clinique.

La même attitude se trouve chez Galien, à notre connaissance et tradition le deuxième grand médecin de l'antiquité. Galien tenta de comprendre en faisant un pas de plus, la dissection des animaux. Plus d'un millénaire plus tard, des médecins et des artistes renouèrent avec cette approche et brisèrent le tabou ancestral en étudiant, d'abord en cachette et ensuite en amphithéâtre, **l'anatomie** humaine.

Plus tard, au lieu de suivre les explications astrologiques ou ethniques (les Juifs « responsables » de la peste et d'autres épidémies), les médecins trouvèrent à travers **le microscope** les agents biologiques des infections. Et ainsi de suite jusqu'aux connaissances récentes de la génétique et de l'épigénétique, de la médecine moléculaire, des neurosciences et de l'épidémiologie des maladies non transmissibles MNTs.

La référence de la médecine hippocratique est la biologie et son pouvoir*.

Par principe, cette orientation dérange la quête du pouvoir de ceux qui essaient de se soumettre la médecine. L'affirmation de « santésuisse » n'en est que confirmation actuelle : « Nous sommes... capables de nous imposer dans le domaine de la santé ». Les assurés, patients et médecins se rappellent d'une de ses tentatives d'imposer son pouvoir avec l'article constitutionnel « Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie », refusé massivement lors de la votation de juin 2008**.

*« Que la médecine existe aussi à la manière d'un pouvoir séparé s'avère tout aussi essentiel au jeu démocratique....les médecins refusent de sacrifier le juste à l'utile... », dans : « Migration et prévention : éviter les gros maux », Bertrand Kiefer, Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 744. – Cf. annexe 5A

**« Non au diktat des Caisses (maladies) » entre autres : Bulletin des Médecins Suisses 2008 ; 89 : 12-13

«... protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner.... »

MALADIES NON TRANSMISSIBLES*

La principale confrontation entre la biologie, domaine de la médecine hippocratique, et le pouvoir de l'économie, du politique et des assureurs concerne aujourd'hui les **maladies non transmissibles**, représentant plus de deux tiers des maladies, malades et coûts des pays développés.

Ces maladies sont devenues la première cause de mortalité. Elles sont **pure production humaine**.

L'OMS déclare : « Les efforts pour prévenir les maladies non-transmissibles se heurtent aux intérêts d'agents économiques puissants » ; « il s'agit d'une opposition formidable, **parce que peu de gouvernements font prévaloir la santé sur les intérêts économiques** » rappelant qu'aucun pays n'avait réussi à inverser l'épidémie d'obésité en raison de l'absence de volonté politique de s'attaquer aux dits intérêts. « Ces industries par contre attaquent devant les tribunaux des mesures introduites par les gouvernements pour protéger la santé de leurs citoyens et font tout pour édulcorer voire éliminer les mesures de régulation ; la formulation des **politiques de santé publique** doit être protégée de l'interférence des intérêts privés ou commerciaux ».

Produire, favoriser ou tolérer les maladies non transmissibles viole le droit fondamental « à la meilleure santé possible de l'être humain »*. Dans les 20 ans de prédominance des assureurs-maladie en Suisse, leur stratégie de « plus de marché », de « plus de concurrence » tend à soumettre le secteur de la santé à la domination du marché et de ses lois régissant les « agents économiques puissants » et leurs politiciens, une stratégie contraire aux revendications de la science médicale, d'une partie des médecins et de l'OMS.

*Annexes 1 et 2, dont le texte de l'OMS qui a son siège à **Genève**.

« Les maladies non transmissibles comme le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires chroniques représentent 77 % de toutes les maladies des 53 pays de la région OMS de l'Europe et provoquent 86 % de tous les décès ». « Assurer des systèmes de santé sans crise et payables à long terme dépend de la réduction de **l'épidémie globale des maladies non transmissibles** » Martin McKee de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, BMS 2013 ; 94 : 46, page 1760.

«...protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

« L'exercice physique régulier, c'est la santé »*

HYGIÈNE DE VIE SELON FEDERER

Une particularité de la vie est l'adaptation. La médecine utilise le terme plasticité : les cellules, les organes, les fonctions, le corps ont la capacité de s'adapter vers le plus et vers le moins selon leur sollicitation. Cette plasticité est avant tout limitée par le programme génétique du vieillissement et de la mort et par des maladies et des accidents.

La carrière du tennisman Federer nous parle : la plasticité de son corps entier conditionne sa performance devenue réalité par son entraînement régulier et adapté.

En terme hippocratique : **son hygiène de vie**. Il a bâti sa longue carrière principalement grâce à ses efforts. La base des réussites en biologie, donc aussi en matière de santé, ne provient ni de la consommation ni des marchés, mais de la sollicitation, **du style de vie de la société et des individus** (cf. les paroles d'Hippocrate citées au début de ce chapitre)**.

Par conséquent, un système de **santé** qui dépense 98 % pour les soins et 2 % pour la protection de la santé, actuellement surtout face aux maladies non transmissibles, dont plus de la moitié est évitable selon l'OMS et l'OFSP, ne correspond ni à la biologie, ni à la médecine hippocratique, ni aux intérêts économiques des assuré(e)s.

*Fondation suisse de cardiologie, brochure « Un cœur en bonne santé », page 9

**Tout un chacun lui est semblable, si l'on comprend le principe sollicitation de façon large : il inclut tout effort : douche, brossage des dents, jardinage, promenade, aller au travail à pied ou en vélo, danses et autres rencontres physiques et sociales, etc.

«...protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

« Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique.... »*

LIBERTÉ INDIVIDUELLE VS. DU MARCHÉ

Les Suissesses et les Suisses aiment la liberté et s'identifient avec elle.

Or toute maladie réduit l'autonomie de la personne souffrante, donc sa liberté. La répartition 98 : 2 % du système accorde très peu de valeur à cette liberté. Le journal « La Liberté » titre son article consacré au débat parlementaire récent sur l'alcool : « Le National préfère la santé des distillateurs à celle des jeunes »**. Il rejoint l'analyse faite par l'OMS.

Les plus grands ennemis de la liberté dans le domaine de la santé de la population, sont aujourd'hui « les grandes industries du tabac, de l'industrie agroalimentaire, de l'industrie des boissons gazeuses sucrées, de l'industrie des boissons alcoolisées qui toutes cherchent à se prémunir contre les tentatives de régulation par des techniques éprouvées » (OMS)***.

La question pertinente de la page 25 : « Quelle est l'importance que la société accorde à la protection des enfants face à la liberté du marché ? » est à généraliser : **Quelle est l'importance que la société accorde à la protection de la population face à la liberté du marché des grandes industries citées ?**

*Constitution fédérale, Art. 10, al.2

**« La Liberté » du 19.09.2013 ; aussi NZZ du 20.09.2013 : « Nationalrat gegen Markteingriffe ».

***Annexe 2. - Commentaire : Le secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-Moon a déclaré : « Il sera bientôt trop tard. Nos modes de consommation sont incompatibles avec la santé de la planète » Tribune de Genève 05.04.2013. Selon l'OMS ils sont également, au moins dans une large mesure, incompatibles avec la santé des humains. Cf. Jumeaux II, page 44

«...protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

« Ils (les médecins) doivent lutter contre la dérive commerciale de la médecine » *

MÉDECINE LIBÉRALE MENACÉE**

Les caractéristiques de la médecine libérale sont **l'éthique, sa déontologie et des règles** internes à la médecine et/ou définies par la communauté. Ses autres piliers sont le secret médical, base de la confiance dans la relation entre le médecin et son patient, et l'approche axée sur la personne.

Radicalement différents sont les principes du marché qui n'admet pas ces contraintes, par exemple le secret médical. Ainsi les politiciens dominants et les assureurs ont réussi à l'abolir dans la LAMal sous le Conseiller fédéral Burkhalter en décembre 2011***. Ils ont introduit des contrats secrets avec des médecins dans le ManagedCare, contrats qui touchent directement les patients mais que ceux-ci ne connaissent pas, et dans des établissements privés de plus en plus nombreux, les patients ignorent les investisseurs, les contrats, les bénéfices, et les assureurs et leurs partisans n'ont jamais abandonné leur but, la liberté de contracter, qui est la liberté de l'assureur, pas celle du patient****.

Les malades doivent poser la question aux prestataires de soins : *votre acte sert-il ma santé ou la santé de votre entreprise ou investisseur ?* Le soupçon minera le capital le plus important de La médecine : la confiance, base élémentaire de la relation médecin-malade.

La politique du marché de la santé menace le fondement de la médecine occidentale.

* « De la responsabilité civique des médecins formateurs d'enseigner une médecine efficiente » J.-P. Guyot, Ph. Pasche. Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1755-56. L'auteur affirme : « enseigner une médecine lucrative est une dérive ».

** « Professions libérales en Suisse » Rapport du Conseil fédéral établi en réponse au postulat Cina du 19 décembre 2003 no 03.3663 (surtout pages 17 et 25).

***« Cette loi signe la fin pure et simple du secret médical » Bertrand Kiefer, Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 144. Les révélations d'Edward Snowden lui ont donné définitivement raison.

**** « Vers une mise sous tutelle privée du système de santé ? » P.-A. Schneider président de l'AMG. Le Temps du 02.04.2008.

«... protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »
« Le malade HIV, si le système est bien organisé et si la couverture de l'assurance est élevée, est un client incroyablement lucratif. »*

MÉDECINE-MARCHÉ

Le « malade lucratif » n'existe ni dans la biologie, ni dans le contrat social ni dans l'éthique hippocratique, il est **pure invention du marché**. Au médecin marchand et, en général, au marché de la santé, tout malade pose alors la question : suis-je lucratif ? et si je ne le suis pas, comment allez-vous me soigner ?

La médecine-marché est axée sur le profit, la fratrie des médecins est remplacée par la concurrence, la publicité vantera « les meilleurs médecins ».**

Dans la médecine-marché, le médecin et les assureurs ont peu d'intérêts à la prévention, leur but se réduit à la meilleure gestion des soins lucratifs. Les assurés et les malades par contre ont un intérêt élémentaire à la prévention, mais ils sont exclus des décisions. Mettre fin à leur exclusion est urgente (Cf. page 12, féodal ou républicain).

Le but de la médecine hippocratique, du contrat social est l'autonomie. Celui du marché est la dépendance : lier, fidéliser le client.

*page 68 du livre cité à la page 14.

** « On voit des centres formateurs s'inscrire sur des plateformes de communication internationale promouvant *les meilleurs médecins*,....Mais *les meilleurs médecins* sur la base de quoi ? Rien d'autre qu'une autopromotion mais, et surtout, de très gros frais d'inscription à une société de marketing qui n'a pour seul but que celui de se remplir les poches ! »
«... les médecins doivent résister aux pressions des administrateurs de leur institution... »
J.-P. Guyot, Ph. Pasche, Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1755-56.

«...protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

QUALITÉ

La qualité en matière de santé ne peut que concerner **tous les facteurs** influençant la santé selon le graphique de la page biologie (page 5). La déontologie de la FMH énumère les différents domaines (cf. en haut de la page 29, Serment de Genève). Il est impossible de sélectionner uniquement les soins pour améliorer la qualité.

Les assureurs et une partie des médecins visent cette sélection pour mieux se positionner face aux concurrents. Le marché de la santé et des assureurs véhicule la « qualité » des soins, mais ne s'occupe pas de qualité de la santé de la population, notamment de la réponse à donner aux principaux fauteurs des épidémies des maladies non transmissibles.

Dans ce contexte il faut mentionner le Managed Care occupant la discussion politique de la santé depuis plus de 10 ans. Au lieu de développer le **Managed Prevention** surtout contre l'épidémie des maladies non transmissibles, dont plus de la moitié serait évitable, donc à éviter, les politiciens, les assureurs et des médecins s'occupent du marché des soins de ces maladies devenant de plus en plus lucratives. La déontologie de la FMH et le Serment d'Hippocrate sont clairs : d'abord la prévention et la promotion, ensuite les soins, le care, la réparation ; impératif de qualité*.

*Epidémie : Aux Etats-Unis, un tiers de la population est obèse et, selon les médecins américains, l'obésité est une maladie. Une conséquence du changement de paradigme (cf. page 11) est la prise en charge des épidémies des maladies non transmissibles : à la place de mesures sociétales, la médecine-marché soigne les épidémies par un traitement individuel, plus lucratif que la prévention. C'est cynique et, à long terme, voué à l'échec, car ni adéquat, ni efficace, ni économique. Cf. annexe 13 : le modèle des assureurs et de leurs partisans : les USA

«...protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

PHARMA ET CRISE SCIENTIFIQUE

La recherche médicale, elle aussi, est tombée en crise. Durant les dernières décennies, l'industrie pharmaceutique et les biotechnologies étaient censées apporter le progrès en médecine, ce qui est vrai jusqu'à un certain point. En s'appuyant sur de multiples études d'envergure, les spécialistes les plus éminents de la médecine nord-américaine et européenne ont élaboré des lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement.

Cette dernière décennie révèle un système **de sélection** des études, jusqu'à 50 % sont gardés secrètes, car défavorables au lancement des nouveautés sur le marché, le tout toléré ou porté par des médecins et des autorités politiques.*

« Au cours de ces dernières années, des doutes supplémentaires se sont encore accumulés : la majorité des recommandations d'auteurs....sont bel et bien intéressées. Des intérêts financiers tangibles sont bien trop souvent en jeu : il en va de marchés potentiels pour des produits diagnostiques et thérapeutiques ».**

Le marché moyennant la concurrence entre les pharma est co-responsable de la crise des sciences médicales. Il a influencé la sélection des études et ainsi il fait vaciller un pilier de la médecine actuelle, car personne n'est en mesure d'évaluer l'importance de la fraude.*

Les revendications des médecins sont : publier toutes les études, surveillance par des instances publiques, transparence des liens. Dans ce domaine aussi : après les fraudes des études au service du marché pharmaceutique, **appel au public**.

* - « Le grand bazar des études cliniques ». Bertrand Kiefer. Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 392

- « Trouble dans la recherche clinique » Bertrand Kiefer. Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 2312

- « Verschweigen, fälschen und erfinden, bis die Daten stimmen » F. Witte, BMS 2013 ; 94 : 41

**Les nouvelles guidelines : mindlines ! de Stefan Neuner-Jehle. PrimaryCare 2014 ; 14 : n°1,

Annexe 20.

«...protéger la vie de l'être humain, promouvoir et maintenir sa santé, soigner... »

« Aujourd'hui, nous soignons des budgets et non des malades »*

ÉTHIQUE OU SERMENT DE GENÈVE II

Les médecins ne devraient pas oublier le passé récent. 1948, c'est l'année de la Déclaration universelle des Droits humains ; 1948, c'est aussi l'année de la Déclaration de Genève (Serment de Genève) adoptée par l'Association médicale mondiale. Les deux déclarations sont intimement liées, elles étaient, entre autres, une réponse aux découvertes des horreurs et crimes de la Deuxième Guerre Mondiale, la grande catastrophe du 20^e siècle. Il est alors indispensable de reconnaître le rôle important des médecins dans les régimes incriminés. La médecine allemande était l'une des meilleures du monde, son crime ne résidait pas dans ses capacités diagnostiques et thérapeutiques, mais dans l'éthique.

Aujourd'hui, le système de santé soulève des questions : Quelle est l'éthique des fournisseurs et prestataires, si l'on ne parle plus des médecins et de leur éthique d'Hippocrate ? Quelle est l'éthique du marché de la santé ? Quelle est l'éthique du marché tout court ?

L'éthique du marché des assureurs est connue : sélection ; hold-up ; 98 : 2 % ; culture (page 19). L'exemple le plus récent est l'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses qui dès lors sont devenus « marché hospitalier »**. Les médecins disent : « Nous soignons des êtres humains et pas des diagnostics ». Le système de santé suisse par contre paie maintenant le traitement de diagnostics, mais pas d'êtres humains. Qui prend alors en charge l'écart manifeste entre les deux ?

*T.F. Lüscher « Heute behandeln wir Budgets und nicht Patienten », dans „ Indignez vous ! Plädoyer gegen die Anpassung «. Cardiovasc Med 2011 ; 14 (12) : 335-8.

**Cf. Étude du Crédit Suisse consacrée au marché hospitalier devenu lucratif depuis l'introduction des DRG.

ENVIRONNEMENT ET SANTÉ : ÉGAUX

Environnement : cadre, condition, source, joie de vivre y inclus de l'espèce humaine, dominant, ami plus qu'ennemi, sujet.

Santé : n'est-elle pas du même ordre ? Cadre, condition, source, joie de vivre, dominante, amie plus qu'ennemie, sujet ?

L'environnement n'est pas une marchandise (le soleil vaut combien ? il appartient à qui ? et l'air que nous respirons 16 fois par minute ?).

Dans le domaine de la santé, il en résulte les mêmes approches et revendications : **respect, protection et promotion** avant tout. Tâche de la communauté des humains.

Depuis Hiroshima l'humanité connaît son pouvoir sur l'environnement, et l'impact des activités humaines sur l'environnement est globalement débattu.

Quant à la santé, les maladies non transmissibles représentent aujourd'hui le défi majeur, elles aussi sont le résultat du pouvoir humain accru. Les constats et les revendications de l'OMS et d'une partie des médecins sont connus*. La santé de la population, sa protection doit être privilégiée par rapport à la liberté du marché. La réponse de la politique, de l'économie, des assurances et d'une partie des médecins est le contraire.

Un système de **santé digne de ce nom** se mesure à ce défi : est-il, comme les assureurs actuels, du côté des plus grands producteurs des épidémies ou du côté de leurs victimes ? La tâche est d'apprendre à considérer la santé au même titre que l'environnement. Ce ne sont pas des marchandises.

*- « Profits and pandemics : prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries » The Lancet, Early Online Publication. 12 February 2013. Annexe 1.

- « Maladies chroniques : **le politique** doit s'engager ! » I. Hagon-Traub, P. Schaller, J. Philippe, J. Ruiz. Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1179-80.

IV CONCLUSIONS

A argent public, gestion publique, transparente.

Le marché des assureurs est incompatible avec la transparence indispensable à toute assurance sociale.

Reconnaître le droit humain à « la meilleure santé possible ».

Seule la communauté peut garantir ce droit fondamental, le marché, y inclus celui de la santé, ne le peut pas.

La prévention avant les soins, la promotion de la santé avant la réparation.

L'épidémie des maladies non transmissibles nécessite une réponse de santé publique, un système de santé réduit aux soins est insuffisant.

La liberté de l'être humain moyennant sa meilleure santé possible prévaut sur la liberté du marché.

Refus catégorique de la visée politique selon laquelle la maladie est plus profitable à l'économie que la personne en santé.

Reconnaître la médecine hippocratique comme rempart contre la médecine-marché et ses dérives.

Seule une Caisse publique abolira les principes marchands de la sélection des assuré(e)s et des malades, car :

La force du système de santé de base repose sur la participation des premiers concernés en parole, droits et responsabilités par rapport à leur santé.

ANNEXES

La structure des annexes est la suivante : maladies actuelles ; médecine hippocratique ; initiatives pour répondre aux défis actuels de la santé ; adversaires ; divers

1 : Lancet : „Profits and pandemics : prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries »

Prof Rob Moodie MBBS a, David Stuckler PhD b, Carlos Monteiro PhD c, Nick Sheron d, Bruce Neal PhD e, Thaksaphon Thamarangsi PhD f, Paul Lincoln BSc g, Sally Casswell PhD h, on behalf of The Lancet NCD Action Group

Summary

The 2011 UN high-level meeting on non-communicable diseases (NCDs) called for multisectoral action including with the private sector and industry. However, through the sale and promotion of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink (unhealthy commodities), **transnational corporations are major drivers of global epidemics of NCDs**. What role then should these industries have in NCD prevention and control ? We emphasize the rise in sales of these unhealthy commodities in low-income and middle-income countries, and consider the common strategies that the transnational corporations use to undermine NCD prevention and control. We assess the effectiveness of self-regulation, public-private partnerships, and public regulation models of interaction with these industries and conclude that unhealthy commodity industries should have no role in the formation of national or international NCD policy. Despite the common reliance on industry self-regulation and public-private partnerships, there is no evidence of their effectiveness or safety. **Public regulation and market intervention are the only evidence-based mechanism to prevent harm caused by the unhealthy commodity industries.** » The Lancet, Early Online Publication. 12 February 2013.

2 : OMS : 2a) Communiqué de l'OMS 10.06.2013:



Alors que les maladies non-transmissibles sont devenues la première cause de mortalité - devant les maladies infectieuses -, les efforts de promotion pour une bonne santé font face à des obstacles de taille, de la part notamment des grandes industries.

" Alors que l'amélioration des conditions de vie conduisait à l'éradication des maladies, c'est aujourd'hui le progrès socio-économique qui favorise l'augmentation des maladies non-transmissibles ", a déclaré lundi le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Margaret Chan, en ouverture de la 8ième Conférence internationale pour la promotion de la santé qui se tient à Helsinki, en Finlande.

" Faire en sorte que les gens adoptent des modes de vie sains revient à affronter de réelles forces d'opposition ", a-t-elle poursuivi, alors que la croissance économique, la modernisation et l'urbanisation sont propices au développement de modes de vie déséquilibrés.

" Les efforts pour prévenir les maladies non-transmissibles se heurtent aux intérêts d'agents économiques puissants ", a asséné Mme Chan, qui a indiqué qu'il s'agissait là, selon elle, d'un des **plus grands défis dans le domaine de la promotion de la santé**.

" Il ne s'agit plus de la seule industrie du tabac, mais de l'industrie agroalimentaire, de l'industrie des boissons gazeuses sucrées, de l'industrie des boissons alcoolisées, qui, toutes, cherchent à se prémunir contre les tentatives de régulation par des techniques éprouvées ", a affirmé le Directeur général.

Parmi ces techniques, Mme Chan a cité le recours à des lobbies, la formulation de promesse d'auto-régulation, les poursuites en justice et le financement d'études afin " de discréditer les éléments de preuve et de semer la confusion dans les esprits ".

Elle a également mentionné les dons faits à des causes permettant de soigner la respectabilité de ces industries auprès du grand public et des responsables politiques ou bien encore les tentatives visant à assimiler les actions des Gouvernements en matière de santé à des immixtions dans la vie privée.

" Il s'agit d'une opposition formidable, parce que **peu de gouvernements font prévaloir la santé sur les intérêts économiques** ", a-t-elle poursuivi, rappelant qu'aucun pays n'avait réussi à inverser l'épidémie d'obésité, en raison de l'absence de volonté politique de s'attaquer auxdits intérêts.

Mme Chan a ensuite pointé deux tendances préoccupantes, la première, " dangereuse " selon elle, étant l'attaque devant les tribunaux des mesures introduites par les Gouvernements pour protéger la santé de leurs citoyens.

La seconde tendance recouvre les efforts des industries afin d'influencer les politiques de santé publique ayant une incidence sur leurs produits. " Lorsque les industries ont leur mot à dire lors de la prise de décision, soyez assurés que les mesures de régulation les plus efficaces seront édulcorées, voire même éliminées ", a lancé le Directeur général aux participants, en parlant d'une tendance " avérée et dangereuse ".

"La formulation des politiques de santé publique doit être protégée de l'interférence des intérêts privés ou commerciaux ", a conclu Mme Chan.

2b) Charte d'Ottawa

« La Charte d'Ottawa, adoptée sous les auspices de l'OMS, document pionnier en 1986, soulignait l'importance de l'action collective : « **La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs** en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé » « La santé publique, ça marche ! » de Jean Martin, BMS 2013 ; 94 : 5 page 198.

2c) Principes de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (RS 0.810.1) OMS : « **La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain**, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Commentaire RN : *Ni le plan « Santé 2020 » du Conseil fédéral ni le marché des assureurs ne remplissent les recommandations de l'OMS et les revendications d'une partie des organisations des patients et des médecins ; ni l'un ni l'autre ne reconnaît ce droit humain ; et leur politique de santé n'intègre pas les « 60 % de facteurs « externes »...comme la sécurité sociale, la situation professionnelle... l'environnement,...les transports... et le logement » (Santé2020 page 7).*

3 : Bulletin des médecins suisses :

« Les maladies non transmissibles comme le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires chroniques représentent 77 % de toutes les maladies des 53 pays de la région OMS de l'Europe et provoquent 86 % de tous les décès ». « Assurer des systèmes de santé sans crise et payables à long terme dépend de la réduction de **l'épidémie globale des maladies non transmissibles** » Martin McKee de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, BMS 2013 ; 94 : 46, page 1760.

Commentaire RN : « Epidémie » est le diagnostic, « Care » est la thérapie (ManagedCare ; Curafutura. « Les experts internationaux ne sont pas les seuls à voir les nombreux avantages et atouts de **notre système de soins** » (Santé 2020, page 4)). Mais il faut comprendre que Jamais les soins ne peuvent être une réponse **efficace, adéquate, économique** à une épidémie : le système des assureurs actuels ne remplit pas les exigences élémentaires, les fameux EAE (ou WZW), fixées dans la LAMal. Mais cela correspond entièrement au Leitmotif du marché de la santé exprimé dans la « Thèse : Du point de vue de l'économie dans son ensemble, **faire de l'argent avec la maladie rapporte plus de profit que de protéger la santé** » (cf. annexe 11 à la page 126).

4 : SERMENT DE GENEVE

« AU MOMENT D'ÊTRE ADMIS COMME MEMBRE DE LA PROFESSION MEDICALE :

- JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;
- JE TEMOIGNERAI à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;
- J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité ;
- JE CONSIDERERAI la santé de mon patient comme mon premier souci ;
- JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient ;
- JE MAINTIENDRAI, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;
- MES COLLEGUES seront mes sœurs et mes frères
- JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclination sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient ;
- JE GARDERAI le respect absolu de la vie humaine ;

- JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiles, même sous la menace ;
- JE FAIS CES PROMESSES solennellement, librement et sur l'honneur. »

5 : SERMENT D'HIPPOCRATE

5A : « Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par **Hygie et Panacée**, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai selon mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants :... »

5B : « Le fameux serment qui est attribué à Hippocrate invoque « Apollon médecin », Asclépios, et les deux filles de celui-ci, Hygie et Panacée. Mais ces divinités ne sont pas appelées à intervenir : elles garantissent la sainteté des actions du médecin. Le patronage demandé ne concerne que la manière dont **le médecin exercera son propre pouvoir**, sans appeler à l'aide les divinités elles-mêmes. Dans les grands textes de la collection hippocratique, la santé, la maladie, la guérison sont l'effet de causes naturelles. Celles-ci, au prix d'une expérience patiente, sont accessibles au raisonnement. Il n'y a d'action médicale possible que sur le plan où s'exercent les forces de la nature. **C'est une toute nouvelle conception de la guérison...** » Jean Starobinski

*« L'espoir de la guérison, entre foi et savoir » article (page 25) dans : « La médecine ancienne, du corps aux étoiles ». Fondation Martin Bodmer, Cologny et Presses universitaires de France, Paris, 2010.

6 : DEONTOLOGIE de la FMH : Federatio medicorum helveticorum

Art. 2

Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure.

Art. 4

Tout traitement médical est entrepris dans **le respect de la dignité humaine**, en tenant compte de la personnalité du patient, de sa volonté et de ses droits.

Dans l'exercice de sa profession, **le médecin n'exploite pas** un éventuel état de dépendance du patient, il lui est tout particulièrement interdit d'abuser de son autorité sur lui, tant sur le plan émotionnel ou sexuel que **matériel**. Le médecin traite tous ses patients avec la même diligence, en dehors de toute considération de personne. La position sociale du patient, ses convictions religieuses ou politiques, son appartenance ethnique et **sa situation économique ne jouent aucun rôle pour le médecin**.

Commentaire RN : Cette déclaration se situe à l'opposé du marché de la santé avec sa sélection, ses clients et consommateurs, ses « malades lucratifs » ou « rentables », ses contrats secrets pour maximiser les profits, etc. : **deux mondes-deux paradigmes**. Les assuré(e)s et patient(e)s doivent avoir le droit démocratique de choisir entre l'éthique hippocratique et celle du marché sur laquelle s'appuie la politique dominante. Seule une caisse publique, démocratique, le rend possible. Et aucune **négociation tarifaire** ne peut se dérouler en dehors de l'une ou de l'autre éthique.

7 : Texte initiative : POUR UNE CAISSE PUBLIQUE D'ASSURANCE-MALADIE :

Article 117, al. 3 et 4 (nouveaux)

3 L'assurance-maladie sociale est mise en œuvre par une institution nationale unique de droit public.

Les organes de l'institution sont composés notamment de représentants de la Confédération, des Cantons, des assurés et des fournisseurs de prestation.

4 L'institution nationale crée des agences cantonales ou intercantionales. Elles sont chargées notamment de la fixation des primes, de leur encaissement et du paiement des prestations. Les primes sont fixées par canton et calculées sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale.

Les dispositions transitoires

Art. 197, ch. 8 (*nouveau*)

8. *Dispositions transitoires ad art. 117, al. 3 et 4 (Caisse-maladie nationale de droit public)*

1 Dès l'adoption de l'art. 117, al. 3 et 4, par le peuple et les cantons, l'Assemblée fédérale édicte les bases légales nécessaires au transfert des réserves, des provisions et de la fortune de l'assurance-maladie sociale à l'institution visée à l'art. 117, al. 3 et 4.

2 Si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la législation correspondante dans les trois ans suivant l'acceptation de l'art. 117, al. 3 et 4, les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale.

8. Initiative **TRANSPARENCE** :

« Pour la transparence de l'assurance-maladie (Halte à la confusion entre assurance de base et assurance complémentaire) » des médecins genevois cf. « Planète Santé » no spécial consacré à cette initiative octobre 2010. L'initiative n'a pas abouti ; les 60'000 signatures ont été adressées au Conseil fédéral sous forme de pétition. **L'argumentaire** de l'initiative a encore gagné en actualité, le voici :

a. Deux assurances aux vocations différentes

L'assurance-maladie obligatoire (LAMal) est une assurance **sociale** qui doit respecter la **solidarité** et est financée principalement par un prélèvement **obligatoire** sous forme de primes par tête, assimilable à un impôt. Elle comprend un catalogue de prestations identique pour tous.

L'assurance complémentaire (LCA) est, quant à elle, facultative et permet à l'assureur de réaliser des bénéfices. Elle l'autorise également à refuser un assuré ou exclure du contrat certaines prestations en fonction de son état de santé.

Les assureurs-maladie ont **actuellement le droit de pratiquer conjointement** ces deux activités.

b. Transparence économique et surveillance insuffisantes

L'assurance de base doit être gérée de manière entièrement **transparente** et ne peut être liée à une autre activité économique. Cette transparence est indispensable afin de s'assurer d'une gestion saine et économique de l'argent des primes. Pourtant, la **surveillance** de ces primes telle qu'elle est exercée par l'OFSP est insatisfaisante et **inefficace dans le système actuel**. Cet office n'affecte que 15 fonctionnaires au contrôle des 81 assureurs-maladie qui encaissent les 20 milliards de francs de primes de l'assurance obligatoire (*chiffres OFSP 2009*).

En dépit des critiques émises depuis plusieurs années, **les primes ne sont pas fixées de manière transparente et ne correspondent pas aux coûts réels**. L'affaire des réserves excessives dans certains cantons et leur transfert vers d'autres à des fins de stratégie commerciale démontre que la gestion des assureurs-maladie n'est pas équitable.

c. Fausses synergies et vraie opacité

Si l'assurance-maladie obligatoire peut être efficacement gérée par des organismes privés comme les caisses actuelles, celles-ci doivent satisfaire à une **transparence complète de leur gestion**. Or

les bilans consolidés publiés par les assureurs-maladie ne permettent pas d'attester de la conformité de leurs pratiques comptables selon la LAMal, leurs fiduciaires n'étant en effet pas tenues de la vérifier. L'amalgame que les assureurs-maladie réalisent en exploitant avec le même personnel et dans la même infrastructure (bâtiments, moyens informatiques) des assurances complémentaires ne permet en aucun cas une véritable transparence. **L'opacité générée par la cohabitation de deux régimes d'assurance aux vocations opposées se retrouve au cœur d'un système devenu dysfonctionnel**. Conjuguées à une surveillance défaillante, ces « synergies » poussent non seulement les assureurs-maladie à **sélectionner les risques**, mais incitent fortement au **transfert de charges, de prestations et de fonds vers l'assurance de base**, contribuant à renchérir artificiellement les primes. **L'opacité des flux financiers** au sein des grandes caisses maladies est telle qu'elle échappe désormais à tout contrôle politique. Ce manque de transparence se répercute jusque dans la **structure juridique** adoptée par certains grands groupes d'assurance dans le but à peine dissimulé de mieux **se soustraire à la surveillance de l'OFSP**. En dépit de leurs protestations de bonne foi, les assureurs opposent un refus net à toute tentative d'y voir clair au prétexte d'un « **secret des affaires** » qu'ils entendent appliquer à la gestion d'un prélèvement social obligatoire. 2

d. La conclusion d'une assurance complémentaire ne doit pas être liée à l'assurance de base

Le catalogue des soins remboursés par l'assurance de base est le même pour tous. L'assureur exerçant la complémentaire dispose par conséquent de tous les éléments nécessaires pour distinguer la part des coûts lui incombant de celle relevant de l'assurance obligatoire. Maintenir les deux contrats auprès du même assureur est donc inutile. Pour l'assuré, une assurance complémentaire de qualité sera celle qui s'occupe de cette ventilation.

L'assuré doit être libre de s'assurer auprès du meilleur assureur de base, sans se sentir lié par l'assurance complémentaire. Il n'est pas acceptable qu'il soit dissuadé de changer d'assurance de base pour bénéficier de primes meilleur marché, comme la loi le lui permet, parce que son assureur complémentaire le menace d'une augmentation de prime ou d'une suppression de rabais. Ce lien obligé induit donc une distorsion importante de la concurrence aux dépens des assurés.

e. Sélection des risques, tracasseries et tromperies

Contrairement à l'assurance de base où l'assureur a l'obligation d'accepter tous les assurés sans condition préalable, **l'assurance complémentaire peut pratiquer la sélection des risques au moyen d'un questionnaire ou un examen de santé**. De multiples témoignages indiquent pourtant que les patients coûteux, pour des raisons indépendantes de leur volonté, ne reçoivent **pas de réponses** à leurs demandes d'affiliation pour l'assurance de base ou constatent que les **lignes téléphoniques de l'assureur ne répondent plus** dès lors qu'ils ont été identifiés comme « mauvais risques ». Dans le but de trier les « bons risques » certains assureurs profitent d'un changement de caisse pour **soutirer aux assurés des informations relatives à leur état de santé de façon illégale** ou au moyen d'une petite complémentaire-alibi. D'après la plupart des experts, il est fort improbable que la nouvelle compensation des risques prévue pour 2012 mette un terme à ces dérives.

On voit donc que **les « synergies » avancées par les assureurs-maladie** comme principal motif en faveur du statu quo **ne profitent en réalité qu'à eux-mêmes et s'exercent au détriment des assurés**. Elles réduisent l'assurance de base au rang de produit d'appel pour l'assurance complémentaire. Un coût annuel de près de 100 millions de francs pour les seuls frais de publicité

et d'acquisition de nouveaux assurés serait ainsi généré pour la vente d'un produit pourtant identique chez tous les assureurs.

f. La protection des données n'est pas respectée

Les informations auxquelles l'assureur a accès dans le domaine des complémentaires ne devraient pas permettre une mise à l'écart de la personne qui désire changer d'assurance de base. Pourtant, de nombreux témoignages notamment rapportés dans les médias démontrent que **ces données, strictement protégées en théorie, sont largement disponibles au sein d'une même assurance** puisque le même personnel est souvent chargé de traiter les deux régimes d'assurance. La réforme de la tarification hospitalière (DRG) qui entrera en vigueur en 2012 va accroître l'accès des assureurs aux données sensibles relatives à la santé des assurés et augmentera considérablement le risque de voir celles-ci utilisées à leur détriment. On voit donc que **cette double activité** constitue en vérité une **épée de Damoclès pouvant priver l'assuré d'un accès à une couverture complémentaire ou le confronter à un refus de remboursement de prestations.**

3

g. Les assurés ignorent les différences entre les deux branches d'assurance

L'assurance-maladie obligatoire relève de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), tandis que les assurances complémentaires dépendent de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Lorsqu'un même contrat prévoit une couverture combinée, il est fort difficile pour le novice de savoir quelles règles s'appliquent à quoi. Là également, **l'impossibilité de proposer des contrats mixtes contribuera à la transparence** et empêchera que cette confusion soit mise à profit pour récolter des données personnelles de façon plus ou moins licite.

h. L'avenir de l'assurance-maladie est en jeu

Le mode de financement actuel de l'assurance-maladie obligatoire se traduit par des primes qui deviennent difficilement supportables pour un nombre croissant de personnes, notamment les familles, et tous les scénarios rendent vraisemblable une poursuite de l'augmentation des coûts de la santé. Afin de les contenir, des réformes dans l'offre des soins sont en cours qui devront pouvoir s'appuyer sur un système de financement sain si elles entendent pouvoir s'appliquer avec efficacité. **La transparence de l'assurance-maladie est par conséquent la condition indispensable à la restauration d'un lien de confiance et d'une crédibilité, sans lesquels il sera impossible de faire progresser durablement les réformes dont notre système de santé a besoin afin de parvenir à une modération des primes.**

Les débats politiques ont démontré qu'un véritable réseau de clientélisme politique a été mis en place à Berne par les assureurs afin d'accroître leur mainmise sur le système de santé et bloquer toute réforme allant dans le sens d'une plus grande transparence. Financé par les primes, ce puissant lobby s'est rendu responsable de nombreux blocages qui perpétuent des situations devenues intolérables pour les assurés.

i. L'intérêt des assurés avant tout

En séparant l'assurance complémentaire de l'assurance de base, il sera mis fin aux distorsions qui résultent de cette cohabitation et l'assurance de base sera rétablie dans sa véritable vocation mutualiste et sociale. Le débat politique retrouvera ainsi la sérénité indispensable à la poursuite des réformes. Mais, avant tout, **cette séparation s'inscrit dans l'intérêt des assurés en instaurant les règles claires que les attermolements et demi-mesures politiques ont été incapables**

d'imposer. Elle mettra ainsi un terme aux incitations néfastes qui opposent fondamentalement les intérêts des assureurs-maladie à ceux de leurs assurés.

Le Parlement a déjà examiné trois propositions en faveur d'une meilleure transparence. Elles ont successivement été **retirées ou rejetées** sans que les mesures prises ne permettent d'assurer la transparence de fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire. **Il importe maintenant que le peuple fasse entendre sa voix**, les lobbies parlementaires ayant fait échouer chacun de ces projets.

<http://www.initiative-transparence.ch> Berne, le 8 octobre 2010

9 : SUVA.

La SUVA est gérée par les partenaires sociaux. La composition équilibrée de son conseil d'administration, constitué de représentants des employeurs, des travailleurs et de la Confédération, permet des solutions consensuelles et pragmatiques... » Le modèle SUVA sur son site internet.

Commentaire RN : *On peut prétendre que les deux secteurs, accident – maladie sont incomparables ; on doit cependant reconnaître quelques faits : Cette assurance existe depuis 96 ans, elle respecte le principe de la concurrence, elle ne traîne pas les scandales et autres méfaits propres aux assureurs-maladies, elle est estimée dans la population et la société et elle a su garder la confiance des principaux acteurs, ce qui n'est plus le cas des assureurs-maladie. De plus, depuis 7 ans consécutifs, la SUVA réduit ses primes, pourtant dans le même contexte médical et sociétal. Mais elle fait de la prévention, inintéressant pour le marché de la santé.*

10 : Les organisations opposées à l'instauration d'une Caisse publique sont :

A) ALLIANCE SANTE : Elle réunit les personnes publiques importantes des partis politiques dominants, de l'économie, des parlementaires et des assureurs-maladie dont beaucoup reçoivent de l'argent des primes des assurés sans que ces contribuables aient le moindre regard ou la moindre influence sur ces flux.

B) « santesuisse » organisation faïtière des assureurs maladie « unique » jusqu'en 2013 dont il vaut la peine de lire son programme, par ex. « Nous sommes capables de nous imposer dans le domaine de la santé » www.santesuisse.ch. Dès sa scission en 2013,

C) « Curafutura », une nouvelle organisation faïtière des assureurs maladie regroupant env. 40 % des assuré (e) s, présidée par un médecin. Conflit entre les deux faïtières : la sélection plus agressive de « santesuisse » par rapport à celle de Curafutura.

D) Forum santé pour tous : fondé en 2011 et réunissant les assureurs maladie, l'industrie pharmaceutique et les hôpitaux privés pour combattre la Caisse publique ; les deux premières organisations qui, autrefois, s'opposaient quant aux prix des médicaments, se sont rapprochées pour promouvoir davantage le principe du marché de la santé et pour disposer de davantage d'argent pour leurs campagnes sans devoir répondre de sa provenance. * NZZ 04.06.2011.

11 : Débat du Conseil des Etats consacré à l'initiative « Pour une Caisse publique » : les termes du vocabulaire 1 ont été utilisés par les Conseillers aux Etats : Urs Schwaller, PDC ; Felix Gutzwiller, PRD ; Karin Keller-Sutter, PRD ; Alex Kuprecht, UDC ; Roland Eberle, UDC ; financièrement liés au marché de l'assurance maladie ou au marché de la santé ; 13.079 Bulletin officiel, séance du Conseil des Etats, 09.12.13

Lors de la même séance du Conseil des Etats, les termes du vocabulaire 2 ont été utilisés par : Paul Rechsteiner, PSS ; Christine Egerszegi, PRL ; Liliane Maury Pasquier, PSS ; Verena Diener Lenz, PVL ; Anita Fetz, PSS.

12 : « MARCHANDISE SANTE – LA FIN DE LA MEDECINE CLASSIQUE »

« **Ware Gesundheit : Das Ende der klassischen Medizin** ». Paul U. Unschuld, professeur au Dept. of Behavioral Sciences, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, USA (université de renommée internationale en matière de santé publique). Le professeur et Conseiller aux Etats et une des locomotives PLR contre la Caisse publique a fait un doctorat en Public Health à cette université. Est-ce qu'il partage le changement de paradigme exprimé dans ce texte que la santé de la population n'est plus le but de la politique de santé, car subsidiaire à l'économie ? « Der HIV-Patient ist natürlich, wenn es gut organisiert wird, und es gibt einen hohen Deckungsgrad, ein unglaublich lukrativer Kunde. Das muss man sich mal überlegen, d.h., dieses Umdenken, das wird eine Zeit lang brauchen », Seite 68 - « Ich behaupte sogar, dass Medizin im Wesentlichen ein Konsumgut ist... », S 92 – „Universitäten fordern ihre Studenten auf, statt von Patienten von Kunden zu sprechen «, S 93 – „Gesundheitswirtschaft statt Staatsmedizin « – „Wachstumsmotor Gesundheit «, S 92.

13 : Scandales au détriment des assuré (e) s et des malades

Hold-up d'environ deux milliards de primes payées en trop, dont 800 millions sont remboursés après env. 10 ans de conflit qui a miné profondément la confiance. Les médecins l'expriment ainsi : «... c'est bien les assureurs qui ont volé le peuple genevois de plus de 300 millions de francs de primes payées à tort et en trop ! » et :

« Au total, les médecins ne peuvent accepter l'hypocrisie et le mépris que Santésuisse affiche pour eux et leur travail, ainsi qu'envers les patients qui en bénéficient... Ces attaques sont considérées comme une déclaration ouverte de guerre » BMS 2013 ; 94 : 21, page 780.

« On appelle celui qui vole un voleur, et celui qui l'aide un receleur. Dans l'affaire des réserves des assurances maladie, les choses sont claires : les Genevois ont payé nettement plus que leurs coûts de santé. Or, cet argent a disparu. Celui qui l'a subtilisé est donc un voleur.

Il faut introduire ici une nuance de taille : le voleur a commis son méfait de manière légale, la LAMal lui en donnant le droit ! Normalement, s'apercevant que la loi est incorrecte, le Législatif aurait dû immédiatement corriger cette loi. Loin s'en faut : **le Parlement persiste et signe, refuse de donner à la Confédération les moyens de contrôle**, refuse le remboursement des sommes payées à tort et se met ainsi en position de receleur. [...] Maintenant que nous avons un ministre de la Santé qui est avocat, peut-être pourrait-il déposer une plainte pour vol et recel ? Car il paraît impossible que ce vol des réserves ait été dans la volonté de la loi. A moins que... [...] Il faudra bien un jour stopper cette machine infernale, puisqu'en 2014 encore, les primes des Genevois ont nettement augmenté et certainement plus que les coûts réels. » Dr Jean-Pierre Grillet dans : Tribune de Genève du 16.12.2013.

Manipulations : « De façon régulière les montants des primes furent établis prioritairement selon des considérations politiques » a déclaré la Conseillère nationale Ruth Humbel (PDC et membre du groupe de réflexion du Groupe Mutuel) selon le protocole des débats du Conseil national – session d'hiver 2013 – 04.12.2013. La NZZ arrive à la même conclusion : « Des raisons **politiques** à la base des variations de la croissance des primes – le **marché de la santé** montre une **croissance linéaire** » (« Politische Gründe für Schwankungen beim Prämienwachstum - Der **Gesundheitsmarkt** zeigt ein lineares Wachstum zwischen 4 und 4,5 Prozent ») NZZ 17.8.12, les

variations ne sont que des manœuvres politiques pour manipuler l'opinion publique : avant les votations. Par exemple avant la votation sur l'initiative « Pour une Caisse unique » en 2008, l'augmentation des primes était presque nulle pour exploser à plus de 8 % après la votation ; les mêmes manipulations sont pratiquées en commun accord entre le Conseil fédéral et les assureurs avant les élections nationales, comme un jeu avec les primes payées douloureusement par les ménages. Idem après la votation sur la « Caisse publique ».

EGK : 70'000 assuré (e) s quittent cet assureur après avoir été attiré (e) s par des primes alléchantes, trop basses, ce qui a dû être corrigé par une augmentation massive quelques mois plus tard.

« **Supra** mise en faillite par l'autorité de surveillance » Le Temps du 15.11.2012.

« **Caisses-maladie** : les frais administratifs ont augmenté de 30 % en dix ans » Le Matin Dimanche du 11.11.2012.

Intras exige subitement le paiement cash des médicaments en pharmacie. Cela dépasse les capacités budgétaires de nombreux malades chroniques (diabétiques ayant besoin de plusieurs médicaments par ex) qui doivent se tourner vers une assurance appliquant le système traditionnel. Ainsi Intras s'est débarrassé des malades chroniques lourds tout en gardant les réserves que ceux-ci lui avaient versées.

« **La gouvernance** des caisses-maladie laisse à désirer : faillites, insolvabilité, rémunérations princières des dirigeants, hausse des primes sans rapport avec l'évolution des coûts... » Jean-Daniel Delley, professeur retraité de la Faculté de droit de l'Université de Genève dans « La lutte contre la caisse unique » Le Temps du 17.12.2013.

Le modèle des assureurs et de leurs partisans : les USA : le plus grand marché de la santé du monde. La même terminologie. Les dépenses de santé de loin les plus élevées du monde mais santé et espérance de vie moins bonnes. (U.S. Health in International Perspective : Shorter Lives Poorer Health. The National academies press 2013).

Sélection par la rentabilité, est-ce social ? : Utiliser la terminologie « Soins lucratifs/rentables » c'est favoriser les « chanceux », ceux qui ont une maladie « lucrative » ; mais quel sort les assureurs réservent-ils aux autres n'ayant pas de maladie « lucrative » dans l'assurance de base ? C'est ouvrir la porte à la ségrégation rappelant celle qui distinguait les « nützliche Esser » et les « unnütze Esser ».

14 : Sciences

« L'incandescent » Michel Serres, Editions Le Pommier, 2003: « Un million de réactions biochimiques par seconde ».

« Symmorphosis », E.R. Weibel, Verlag..., 1990 : « 2'250'000'000'000'000 molécules O₂/ml de mitochondries ».

« Die tragische Substanz » (La substance tragique), Gottfried Schatz, NZZ 7.11.12 : « Rangée de livres de 100 m ». Cf. aussi du même auteur : « Schöpfer Zufall » (Le hasard comme créateur), NZZ 17.02.2011, p. 57, et

„Jenseits der Gene. Essays über unser Wesen, unsere Welt und unsere Träume «, Gottfried Schatz. Verlag NZZ Zurich, 3e ed, 2011, chapitre „Fremde in mir « (Des étrangers en moi), page 30.

15 : « Facteurs d'influence sur la santé »

Selon le Prof. François van der Linde. Spectra 58, 2006. Dans sa « Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral, Santé2020 », le Conseil fédéral le dit ainsi : «... l'état de santé de la population suisse dépend à 60 % de facteurs externes à la

politique de la santé, comme l'éducation, la sécurité sociale, la situation professionnelle et le revenu, l'environnement ou encore la situation en matière de transports et de logement... » (p. 7).

16 : Alimentation

New York veut taxer les mauvaises graisses et le sucre, ce qui est combattu au nom de la „liberté du consommateur « par Coca-Cola et d'autres leaders du marché alimentaire.

www.medscape.fr/diabete/articles/1284149

René Longet dans « Alimentation : les bons choix » Editions Jouvences, 2013. page 23.

« Le savoir scientifique qui vient d'être exposé ne sert à rien : le sort de nos enfants nous importe moins que la bonne marche du capitalisme. Les industriels alimentaires ont réussi à nous faire croire que le parti de la liberté se trouve dans l'absence de réaction à leur marketing. Que les enfants sont gros parce qu'ils le veulent (ou que leurs parents en sont coupables)... Notre époque orgueilleuse de ses prouesses... semble impuissante lorsqu'il s'agit de sauver ses enfants de l'obésité. » Bertrand Kiefer « Epidémie d'obésité : savoir et ne rien faire » Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1992.

« Une réduction du sel de 15 % pourrait après 10 ans [...] diminuer les décès de 8,5 millions dans les 23 pays qui sont responsables de 80 % de la charge globale des maladies non transmissibles. Il ne s'agit pas d'appels à un comportement responsable de l'individu. **La responsabilité principale incombe à l'industrie alimentaire**, car la majeure partie de la charge en sel provient des aliments industriellement transformés » Prof. McKee dans « Gesundheitssysteme im Stresstest », BMS 2013 ; 94 : 46, page 1761.

17 : Cerveau

Joachim Bauer : « Die zweifache Schmerzgrenze des menschlichen Gehirns : Ein Neuer Zugang zum Verständnis von Aggression und Depression » Conférence du 31.1.14, Congrès Quadrimed, Montana. Idem dans son livre : „Prinzip Menschlichkeit – Warum wir von Natur aus kooperieren « Wilhelm Heyne Verlag München, 2008.

18 : Bruit

« La somme a priori délirante de 19 milliards : c'est ce que pourraient coûter les demandes d'indemnisation de particuliers en raison de nuisances sonores dues aux transports. Le chiffre émane d'un rapport de l'Office fédéral de l'environnement OFEV... 19 milliards de francs, dont une grande majorité, 14,5 milliards, porterait sur les nuisances des routes. » La solution : verser une « compensation du bruit, un paiement périodique pour compenser les effets négatifs du bruit sur les valeurs immobilières. » Le Temps 12.12.2013.

Commentaire RN : La science nous apprend que le bruit nuit à la santé (il est utilisé comme un moyen de torture). Par conséquent il faudrait protéger la santé des êtres humains contre le bruit. La réponse des responsables fédéraux : indemniser les propriétaires des immeubles « lésés ». Et quid de ceux qui y vivent, exposés à cette forme de pollution humaine ?

19 : Publicité

« Le métier de TF1,..., c'est d'aider Coca-Cola, par exemple, à vendre son produit. Or pour qu'un message publicitaire soit perçu, il faut que le cerveau du téléspectateur soit disponible. Nos émissions ont pour vocation de le rendre disponible ; c'est-à-dire de le divertir, de le détendre

pour le préparer entre deux messages. Ce que nous vendons à Coca-Cola, c'est du temps de cerveau humain disponible ». Albert Jacquard continue ainsi : « Dans l'esprit de ce patron de télé, son métier consiste à décerveler les téléspectateurs afin de **vendre**, à des entreprises avides de chiffres d'affaires, cette marchandise qu'est **la disponibilité des esprits**. » « Mon utopie » Albert Jacquard. Edition Stock 2006, page 102

Etude OFSP : Publicité adressée aux enfants à la télévision : « En regardant en moyenne une heure de TV par jour, l'enfant suisse consomme par année 2100 spots de publicité en faveur de denrées alimentaires. 78 % des aliments promus par cette publicité ne respectent pas les recommandations alimentaires. Selon l'étude, il existe une relation directe entre la consommation de la publicité à la télévision et le comportement alimentaire » dans « Coloré, amusant, malsain » (Bunt, lustig, ungesund ») NZZ 17.05.2013.

« Ainsi le fait que **la liberté** de chacun de se déterminer sans influence extérieure inadéquate, de faire des choix vraiment libres, **est plus menacée par le marketing d'acteurs économiques** que par les médecins et autres professionnels œuvrant à une meilleure santé de la population ». Jean Martin dans : « Où sont les pressions indues sur **la liberté** des gens ? », BMS 2008 ; 89 : 38 page 1648.

Commentaire RN : quelle est la relation des moyens investis par la publicité omniprésente en faveur d'un style de vie malsain et ceux en faveur de la prévention : 1000 : 1 ou 10'000 : 1 ?

Les médias sont financés de plus en plus par la publicité, dont aussi celle qui favorise grandement l'épidémie des maladies non transmissibles, **ils participent à la production de ces maladies**. Mais ils sont aussi financés par les primes maladies (environ 77 millions par an, en 18 ans environ un milliard de francs). Leur « santé » relativement fragile dépendra par conséquent des primes maladies et ne leur permettra pas d'y renoncer ; ils vont couvrir le sujet de la Caisse publique sous cette considération.

20 : Sciences médicales

«... La culture du secret régnant dans la recherche scientifique et pratiquée durant ces dernières décennies par la pharma est probablement responsable de dizaines de milliers de morts » dans : « La culture du secret dans la médecine. Publier rarement les résultats négatifs ». NZZ 19.5.2010.

« Le chercheur essaie toujours de présenter les résultats sous une lumière un peu meilleure, car en fait il veut publier », dans : « Tamiflu : Efficacité peu claire », NZZ du 23.12.2009.

« Bestechungsvorwürfe gegen Novartis in China » NZZ 16.08.2013.

« Les entreprises pharmaceutiques... ont le devoir de **publier** les indemnisations convenues », dans : « Nouvelles règles de comportement pour les entreprises pharmaceutiques – et leurs répercussions pour le corps médical » BMS 2014 ; 95 : 7 : 239-40.

21 : « L'air pollué – un risque pour la santé » (« Dreckige Luft als Gesundheitsrisiko ») NZZ du 04.09.2013m page 54.

« Moins de polluants atmosphériques, coûts plus élevés » NZZ 18.10.2013 : Dans le seul canton de Zurich, 660 millions de francs de **coûts de santé** en 2010 dus à la pollution atmosphérique.

22. « Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel (s) rôle (s) pour le médecin de premier recours » P. Bodenmann et al., Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 845-50.

- « Le médecin face aux inégalités sociales de santé : quel pouvoir d'action ? » S. Chatelard et al., Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1061-6.

- « L'égalité c'est la santé » Richard Wilkinson, Editions Demopolis, 2010.