

Serons-nous tous euthanasiés ?

AVERTISSEMENT

L'évolution clinique au sein d'une même
maladie présentant des similitudes, toute ressemblance
avec une personne existante
ou ayant existé ne peut être que fortuite.

Henri Siegenthaler

Serons-nous
tous euthanasiés?
La santé n'est pas un marché



ÉDITIONS
CABÉDITA
2015

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à
MM. Jacques et Olivier Donzel pour leurs conseils
à propos de l'élaboration et de la structure de cet ouvrage,
à M^{me} Agnès Aufranc pour avoir traduit mon écriture de
médecin en caractères d'imprimerie, à M^{me} Véronique
Desarzens pour ses compétences linguistiques.

Couverture: Photo Eric Caboussat

© 2015. Editions Cabédita, route des Montagnes 13 – CH-1145 Bière
BP 9, F-01220 Divonne-les-Bains
Internet: www.cabedita.ch

ISBN 978-2-88295-731-3

Préface

Ce livre est le constat d'un médecin qui considère que le patient est avant tout une personne. La médecine moderne triomphe à travers ses progrès en résolvant des problèmes anciens, mais elle en crée de nouveaux dans sa dimension sociale qui révèle un glissement vers une industrialisation dirigée par les appétits financiers et le rendement. Certaines pilules que l'on nous prescrit dorées ont un goût amer.

Quelquefois, un homme de l'art, un rebelle, se lève, agit et ose donner son appréciation sur notre système de santé. A partir de cas vécus, il dénonce, mais aussi il propose. Disposant d'une polycompétence qui définit le médecin généraliste diagnostiqueur, il ajoute une compétence singulière des particularités individuelles, psychiques, somatiques et culturelles de son patient.

Face aux exigences financières pures et dures des assureurs, on pourrait dire, comme le soulignait la revue *The Lancet*, que « les patients ne sont pas des clones et les médecins ne sont pas des automates ».

Les propositions portent ici sur une réforme de la relation entre le médecin et le patient, relation basée sur une confiance non plus aveugle, comme au temps des « magiciens » à blouse blanche, mais sur une confiance éclairée par un dialogue dans lequel le malade comprend et peut ainsi coopérer.

Un contrôle de qualité des pratiques thérapeutiques devrait être instauré au plus vite dans l'intérêt des patients, à l'instar de ce qui existe dans d'autres services publics.

Le oui à la médecine de base du 18 mai 2014 montre que 88 % des Suisses soutiennent l'inscription dans la Constitution d'un article devant valoriser le rôle des médecins généralistes. Pour servir une cause d'intérêt général, il ne suffit pas d'y être

contraint par la logique du temps ou par des objectifs chiffrés.
Ce doit être le besoin d'un idéal professionnel.

L'auteur nous convoque en urgence à un exercice de haute
vigilance face à une société qui sombre dans des travers condui-
sant à l'inhumanité.

Jacques Donzel

Introduction

Je désirerais encore vivre, avec ma famille, en restant actif, et si possible sans handicap ni douleurs.

C'est à peu près ce que disent les patients qui consultent parce qu'ils ont remarqué que, depuis quelque temps, différents troubles se sont installés. Tout à coup ou insidieusement. Ils se rendent compte que quelque chose a changé dans leur organisme, soit d'une manière claire, soit d'une manière floue. Un malaise, des symptômes qui dépassent leurs connaissances et pour lesquels ils ont besoin d'un médecin.

Les sciences, la médecine, la pharmacie ont fait des progrès énormes depuis le dernier demi-siècle passé. Les maladies infectieuses mortelles (tuberculose, poliomyélite, tétanos...) ont été vaincues. Les tumeurs malignes sont en train de l'être. On trouve des palliatifs extrêmement efficaces pour traiter les maladies cardiovasculaires. Il y a encore bien d'autres maladies, et il y en aura d'autres, éternellement. Et chacune sera maîtrisée grâce aux connaissances, à la recherche des diagnostics et à l'application de remèdes par des médecins qui ne conçoivent pas leur métier sans une grosse dose d'idéalisme, d'utopie parfois, de renoncement et d'abnégation.

La médecine a changé. Ce qui était long et difficile est devenu accessible. Les praticiens universalistes, confrontés actuellement à une médecine devenue routinière, se heurtent aussi aux dysfonctionnements inhérents à notre mode de vie. Les mauvais fonctionnements dus à l'âge sont, eux, corrigés par différentes interventions d'implantation de prothèses.

Il reste à s'occuper du diagnostic et du traitement de toutes ces maladies que l'on appelle rares, orphelines, congénitales, celles qui sont d'emblée graves et coûteuses et qui touchent un

bon cinquième de la population (16)*. Les mesures courantes de prophylaxie et d'hygiène n'ont pas beaucoup d'effets sur leur origine. Elles sont dues au fait que nous sommes des êtres humains, dépendants de la nature, dans une certaine mesure soumis au destin, au hasard. Et ces maladies peuvent affecter aveuglément et indifféremment chacun d'entre nous.

Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie en 1996, un grand malaise s'est installé dans la dotation du secteur de la santé. Des médecins ont été contraints de fermer leur cabinet. On manque toujours plus de praticiens pour s'occuper de la prise en charge des patients de manière globale, ou de diagnostiqueurs et coordinateurs. Où sont donc ces praticiens, issus du même moule culturel que leurs patients, susceptibles de les comprendre et de les guider à travers une kyrielle de spécialistes? Il y a toujours davantage de cabinets abandonnés, cabinets pourtant tellement nécessaires, mais qui restent vides.

Beaucoup de médecins ne supportent plus la pression à laquelle ils sont soumis avec l'obligation de devoir respecter un indice de coûts maximum par patient. Considéré comme une espèce d'indice de sélection, il opère une véritable discrimination entre les patients que l'on appelle dans les médias des « bons » ou des « mauvais » risques.

Ces docteurs sont terrorisés par le fait de devoir appliquer des normes de coûts plutôt que des normes de qualité et d'efficacité. Les traitements nouveaux, efficaces, adéquats sont mis à l'encan, car ils sont chers.

Les praticiens se retrouvent en face d'une cohorte de malades gravement atteints, donc plus coûteux (9, 16), parfois affectés de plusieurs maladies et qui, bénéficiant d'une médecine moderne, verraient leur vie se prolonger en temps, en qualité. Ce sont ces personnes qui souffrent de manière permanente avec courage qui déséquilibrent la statistique, tout en terrorisant les médecins. Cette statistique financière, unilatérale, en opposition à la multiplicité des services rendus, conduit à la ruine professionnelle,

* Les chiffres en italique entre parenthèses renvoient à la bibliographie en fin d'ouvrage.

familiale, ainsi qu'à la perte de l'honorabilité du médecin qui ne respecte pas la règle.

On peut fuir une profession soumise à des lois intolérantes comme on peut fuir un pays intolérant! Et vice versa...

Par conséquent, dans notre pays, toujours plus de médecins de cultures différentes proposent leurs services. Ils proviennent de régions hors frontières, qui ont connu des systèmes dictatoriaux et qui s'y soumettent plus facilement. Ainsi, 29,4 % des médecins actifs sont porteurs d'un diplôme étranger (13). Presque 20 % des diplômés en médecine en Suisse renoncent à une formation postgrade en hôpitaux et n'exerceront donc jamais (1). Un gâchis insupportable!

Et que dire des assistants qui, après un diplôme, suivent une formation longue et difficile, acceptent d'apprendre le métier, dans des conditions de travail que jamais les technocrates ou les chefs d'assurance-maladie n'accepteraient.

Anxieux, ces assistants se demandent s'ils exerceront la médecine universitaire, humanitaire ou s'ils seront forcés à faire une médecine industrielle, liée aux lois du marché. Alors se reposera pour eux la question de se mettre à disposition des patients sous la terreur des contrôleurs des coûts plutôt que de la qualité, et de réorienter éventuellement leur carrière vers une activité plus clémente. En d'autres termes, ils choisiront peut-être de sortir définitivement du service de santé, après avoir coûté beaucoup à la société et surtout emmagasiné des connaissances énormes... en pure perte!

Il y a un malaise profond dans notre système sanitaire. On assiste à une aggravation de l'offre médicale, surtout en ce qui concerne la prise en charge universaliste et primordiale. Pour la majorité de la population affectée de maladies devenues courantes, grâce à la recherche et à la connaissance médicale, cette prise en charge est pourtant absolument nécessaire.

Il reste aussi cette partie de la population très mal lotie par la nature. Ces personnes sont affectées de maladies graves, complexes, chroniques et surtout coûteuses. Auront-elles encore

accès à la médecine? Auront-elles la possibilité de consulter des diagnostiqueurs chevronnés? Trouveront-elles une porte ouverte chez des médecins diagnostiqueurs et thérapeutes expérimentés qui seront à leur écoute? Y aura-t-il encore des médecins qui pourront concentrer leurs capacités intellectuelles et professionnelles à la prise en charge de ces personnes désespérées pour les traiter, en restant indépendants et libres de soucis matériels?

L'objet de cet ouvrage est aussi de proposer de nouvelles idées. Les autres partenaires de la santé se sont exprimés à maintes reprises et à satiété sur les dysfonctionnements du système sanitaire de notre pays.

La politique se base sur des faits. Je m'en réfère à mon expérience pendant quarante-huit ans, en contact direct avec des patients. Il s'agissait précisément de cette cohorte de patients désespérés à cause de leur maladie chronique, pénible et désespérante aussi pour le médecin. La politique sanitaire est l'apanage du gouvernement fédéral. Les déviances auxquelles on assiste à l'heure actuelle font qu'elle a été transmise au peuple pour prendre des décisions prospectives.

Le but de cet ouvrage est l'information la plus objective possible. Chaque décision qui a été prise pendant tout ce temps d'activité a été une décision réelle qui touchait une existence, une personne, en respectant ses droits. Et cela en subissant les différentes pressions exercées. Il s'agit maintenant de savoir si le changement s'impose.

Votre capital vie

De quoi demain sera-t-il fait ? C'est une grande inconnue. En même temps qu'un véritable sujet d'inquiétude... La recherche du savoir l'emporte. Aujourd'hui, on peut espérer atteindre environ 85 ans (12). Au moment de la retraite, à 65 ans, nous disposerions donc encore de vingt années de vie devant nous. Un peu plus en étant prudent et attentif à sa santé, un peu moins si l'on se montre plus négligent. Et cette espérance de vie ne cesse d'augmenter. Le seul « capital vie » ne suffit pas : il doit aussi être de qualité.

Comment imaginer une vie agréable si l'on ne peut profiter pleinement de ses fonctions vitales pour exister, agir, penser, se déplacer ! Le défi est donc de pouvoir vivre vieux, en restant actif et sans souffrir, bref, de vieillir en bonne santé.

Beaucoup d'éléments ont contribué à élever cette espérance de vie : un travail moins lourd, l'utilisation de la machine, une alimentation plus équilibrée, des mesures de prévention efficaces, ainsi qu'une meilleure hygiène de vie. Par ailleurs, grâce aux médecins et à la science, de nombreuses maladies courantes, autrefois mortelles, ont été éradiquées ou peuvent actuellement être traitées avec succès si le diagnostic est posé suffisamment tôt.

Aujourd'hui, les plus grands risques de décès proviennent de l'ensemble des maladies cardiovasculaires et de tumeurs cancéreuses. Ces deux grands groupes de maladies sont la cible favorite de la recherche et de la science. Un cœur artificiel existe. Les traitements des tumeurs se multiplient et deviennent de plus en plus efficaces.

La médecine, l'Université, la pharmacologie et diverses techniques ont conjugué leurs efforts pour comprendre la fonction du corps humain, appréhender les complexes mécanismes des maladies et pallier les dysfonctionnements possibles.

Pas question évidemment de limiter ces nombreuses prestations: il s'agit au contraire de les utiliser à bon escient, chaque fois que le besoin s'en fait sentir.

DES BESOINS DE PLUS EN PLUS EXIGEANTS

Chacun veut profiter de son « capital vie », et c'est normal, mais avec des poumons qui fonctionnent bien, des genoux et des hanches qui ne font pas souffrir...

Vivre plus âgé implique aussi de pouvoir rester plus longtemps chez soi, dans son appartement ou sa maison, si possible sans douleur, sans handicap, afin de profiter de ce don de la nature qu'est la vie. Grâce à diverses interventions, dont les implantations de prothèses, le rêve est déjà partiellement devenu accessible.

Avec l'augmentation de l'âge de la population, les besoins deviennent cependant toujours plus exigeants: aide médicale, médicaments, prothèses, cœur artificiel, transplantations...; les demandes ne cessent d'augmenter. Il est possible d'y répondre, grâce à l'utilisation des fonds réservés à la santé: c'est pour maintenir ce « capital vie » que l'on cotise, mais aussi que l'on économise. Pour pouvoir continuer à le faire, il faudrait supprimer ou diminuer ces dépenses qui sont étrangères ou du moins pas directement liées à la santé et qui grèvent les cotisations.

On estime que 10 à 20 % de la population vit avec des maladies graves, rares, multiples ou chroniques, qui occasionnent entre 70 et 80 % de l'ensemble des coûts de la santé (9, 16).

LES « MAUVAIS RISQUES »

Actuellement, le médecin doit travailler au chronomètre. Cela préterite surtout les cas difficiles, rares, polymorbides, les personnes âgées et les cas chroniques. Ces patients n'ont pas le temps de s'exprimer, ou alors ne peuvent pas le faire, précisément à cause de leur maladie. La mesure du temps est ici énorme.

En vivant plus longtemps, les aînés coûtent à l'assurance-vieillesse et au 2^e pilier, mais ne rapportent plus. Pourquoi faudrait-il investir pour des retraités qui ne produisent plus, mais consomment en revanche effrontément ?

La réponse est pourtant simple : ils ont travaillé, ils ont participé activement à la vie économique pendant de longues années, et de surcroît dans des conditions souvent plus difficiles que celles qui existent à l'heure actuelle.

DE LA VOCATION À LA RÉALITÉ

Autrefois, l'assurance-maladie mutuelle, sociale, voyait avec plaisir chaque opération réussie, chaque vie sauvée grâce à la recherche et à la médecine, soutenues par l'aide de la communauté.

Ce qui prévaut à l'heure actuelle est, hélas, tout à fait différent : le but d'une assurance-maladie de conception libérale liée aux lois du marché se traduit en termes de rentabilité, de rendement, de plus-value, de risques, d'évaluation des « bons » et des « mauvais » risques.

La forme actuelle de l'assurance sociale et son but en tant qu'entreprise privée semblent concerner bien davantage le nombre de places de travail qu'ils permettent de maintenir plutôt que de poursuivre sa vocation initiale : le traitement et si possible la guérison, pour tous, de la maladie. On a fait de la santé un marché. L'offre médicale fait peur aux assureurs. Le bénéfice que l'on pourrait en retirer, lui, en revanche, n'est pas pris en considération.

Le marché veut de la stabilité, de la croissance jugulée. La médecine, la santé sont des secteurs dans lesquels le besoin du patient devrait être prioritaire.

Le législateur, lui, exprime pourtant bien son attente : l'assurance-maladie est censée pratiquer le principe de mutualité et garantir l'égalité des traitements. Dès lors, pourquoi devoir changer année après année de compagnie d'assurance, sous prétexte que celle-ci serait légèrement meilleur marché que celle-là,

ce que l'on nous serine d'ailleurs à grands coups de publicité, de statistiques, bref, de frais administratifs qui s'élèvent à des milliards de francs par année ?

Le système d'assurance actuel prélève pour son administration une commission de presque 6 % des primes (7, 12). Personne ne contrôle si ce système d'assurance a réellement besoin de ce montant excessif pour ne faire finalement qu'une redistribution de fonds et une péréquation. Ne serait-il pas plus sage de consacrer tout cet argent au maintien du « capital vie » de chacun ?

Sylvia

Sylvia est une personne active, bien qu'elle n'aurait plus besoin de l'être. Elle est expérimentée, ne s'écoute pas beaucoup ; elle est plutôt extravertie, croque la vie à belles dents.

Elle se retrouve soudain angoissée par des symptômes des voies respiratoires, qui lui étaient inconnus jusque-là. Son généraliste lui propose quelques conseils et quelques médicaments pour calmer sa toux et ses symptômes respiratoires.

Très rapidement elle se rend compte que ce n'est pas suffisant, qu'elle est prise d'un manque d'air malgré sa respiration rapide, et l'angoisse générée par cette situation l'empêche de dormir. Son généraliste n'étant plus atteignable, elle se rend au service d'urgence de l'hôpital le plus proche. On la rassure quant à son angoisse, lui montre comment retenir sa respiration par des méthodes simples et lui propose un calmant. Ces mesures ne parviennent pas à enrayer les symptômes qui ne font que s'accroître, ce qui l'angoisse de plus en plus. Elle a peur de se coucher. Elle consulte à nouveau un deuxième centre d'urgence dans un autre hôpital.

Là, elle reçoit confirmation de ce qui a été prescrit précédemment. On la calme, on la rassure et la renvoie chez elle. De plus en plus inquiète, elle se consulte en urgence. Elle expose tous ses symptômes, on fait un examen de la personne, un examen technique et un autre encore en laboratoire, indispensable dans pareille situation.

Sans attendre les résultats, j'instaure un traitement pour limiter la dangerosité de l'affection soupçonnée, qui peut être mortelle ou invalidante. Les examens confirment le diagnostic, le traitement et le plan de traitement prévu.

À PROPOS DE L'ACCÈS AUX SOINS

En ce qui concerne l'accès aux soins, il est important que le médecin puisse consacrer le temps nécessaire pour écouter, examiner, réfléchir et poser le diagnostic. Une prise en charge rapide et globale, précise et sérieuse avec possibilité de diagnostic et de traitement causal s'avère toujours souhaitable.

La lutte contre les angoisses, le manque d'air, la toux, ainsi que toutes les autres plaintes font partie de la prise en charge. Le problème principal reste de poser un diagnostic : il est bien sûr nécessaire de traiter les symptômes désagréables, mais en toute connaissance du diagnostic et en traitant surtout la cause de la maladie.

QUAND LES COÛTS PRIMENT SUR LA QUALITÉ

On entend régulièrement dire que notre système est bon, qu'il serait même le meilleur. D'après quelles statistiques ou quel sondage, sur quel contrôle de diagnostic ou de qualité ? Les grandes découvertes se font à l'étranger. Nos médecins sont soumis au contrôle pointilleux des coûts annuels par patient, ce qui réduit à néant le principe d'égalité de traitement pour tous.

Et dans ce contexte, qu'advient-il alors de ces quelque 10 à 20 % de la population défavorisés par la nature (9, 16) ? Ce sont des cas lourds, polymorbides, graves, rares, chers. Que vaut leur capital vie ? S'ils dépassent la moyenne annuelle admise des coûts, la liberté thérapeutique est limitée. Il n'y a donc pas d'égalité de traitement pour eux. Ils sont souvent considérés comme les « mauvais risques ». Que faut-il en faire ?

Table des matières

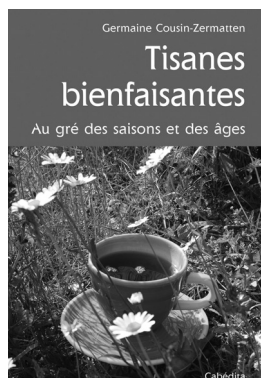
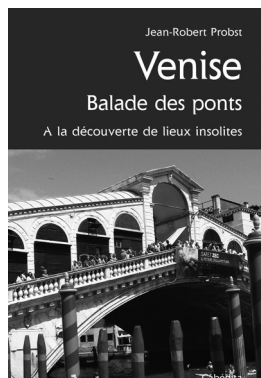
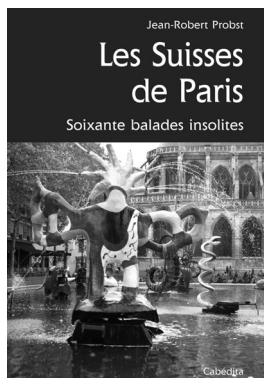
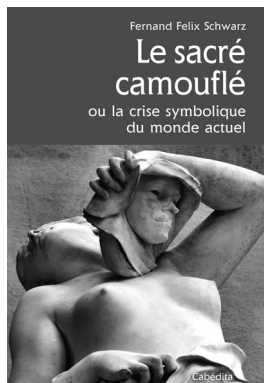
PRÉFACE	5
INTRODUCTION	7
VOTRE CAPITAL VIE	11
Des besoins de plus en plus exigeants	12
Les « mauvais risques »	12
De la vocation à la réalité	13
<i>Sylvia</i>	14
A propos de l'accès aux soins	15
Quand les coûts priment sur la qualité	15
Le parcours du combattant	17
LE MÉDECIN, LA MÉDECINE ET SON APPLICATION	18
Evolution-révolution	20
<i>Maria</i>	20
Pressions sur les moyens de laboratoire	22
Formation et offre médicale	22
Le diagnostic	23
Le frein et les embûches	25
Sous la pression psychologique des assureurs	25
L'ASSURANCE-MALADIE SOCIALE OBLIGATOIRE VUE PAR LE MÉDECIN	28
La concurrence	29
L'assurance-maladie obligatoire : une charge féodale ?	30
Le malade : matière première de l'industrie de l'assurance-maladie obligatoire privée	31

Prophylaxie et prévention ? Oui, mais... ..	33
Tracasseries des caisses maladie	33
<i>Myriam</i>	33
Examens de laboratoire	36
Le savoir : non rétribué	36
Inégalité de traitement	37
Observer les prix, pas la qualité	38
Se défaire d'un médecin	39
« <i>Vous en savez trop</i> »	39
Haro sur les détails de bureaucratie	41
LES BESOINS DU PATIENT	42
L'accès aux soins : le « fouillis » des spécialistes	43
<i>Joséphine</i>	44
Cent six titres différents !	44
La prise en charge générale	45
Droits de l'assuré	46
Le respect de la personne	47
Les besoins effectifs du patient	48
Une prestation « hors temps »	49
Sens des responsabilités et prophylaxie	50
Droit de savoir	50
CONTRÔLE DES MÉDECINS ET SA DÉVIATION	52
<i>Isabella</i>	52
Objet du contrôle	54
Le rôle des assureurs	55
Droit et loi	56
Prestations efficaces, adéquates, économiques	57
Le détournement du contrôle : l'indice de sélection	58
Soyez bon marché !	59
Le sous-diagnostic	60
L'INDICE DE SÉLECTION	62
Dépersonnalisation et uniformisation	63
<i>Mariavera</i>	65

Assurer le capital vie	67
L'intérêt du patient	69
Le diagnostic détermine le but du traitement	70
Un seul diplôme pour des formations différentes	71
LA TERREUR	72
Discrimination	72
Les menaces et leur exécution	73
<i>Stephan</i>	74
<i>Attendre et améliorer mon indice de sélection, ou bien agir et sauver une vie ?</i>	77
<i>Le médecin n'a pas le droit de donner un médicament qui tue !</i>	80
La mise à l'épreuve	84
Agir vite, sans perdre de temps	85
Les procès kafkaïens	85
Procès à répétition: la méthode statistique des assureurs	88
Infailibilité de l'assurance-maladie	89
Vers l'euthanasie passive	90
RÉACTIONS DE DÉFENSE DES MÉDECINS	93
<i>Pietro</i>	93
Economie mal placée	94
La médecine compartimentée	95
La fuite devant la nouveauté	96
Restreindre le service	96
Les systèmes alternatifs	97
Renoncer au diagnostic	97
Comment paraître meilleur marché	98
EFFETS DE L'INDICE DE SÉLECTION SUR LE PATIENT	100
<i>François</i>	102
Rater un diagnostic	103
Tergiversation	103
Perte de confiance, automédication	104
Le rationnement	105

Le dispatching du patient	106
Décapitation de la recherche et de la nouveauté	107
La discrimination	108
Incitation à changer d'assurance	108
VIOLATION DES DROITS HUMAINS	110
<i>Adélaïde</i>	111
Le contrôle des droits humains	113
Le refus des tribunaux	116
D'abord ne pas nuire	117
Solution finale	118
La fin de l'obligation de contracter	119
Le coup de barre en arrière	120
Euthanasie passive	121
Fin de la relation privilégiée patient/médecin	121
Le droit à la vie : mise en question	122
Des juges qui dépeuplent ?	123
Statistique sur l'espérance de vie	123
<i>Tableau 1 : Espérance de vie moyenne</i> <i>des hommes à la naissance</i>	124
<i>Tableau 2 : Espérance de vie moyenne</i> <i>des hommes à partir de 65 ans</i>	125
Effets financiers	127
L'AVENIR	128
Patient : choisir son médecin	129
Les trois échelons de la médecine évolutive	130
La prophylaxie	131
Contrôle	133
L'assurance-maladie et son avenir	134
Le rôle de l'Etat	135
BIBLIOGRAPHIE	137
TABLE DES MATIÈRES	139

Même éditeur



*Achévé d'imprimer
le quinze avril deux mille quinze
pour le compte des Editions Cabédita à Bière.*

Mise en pages: Graphictouch, Pierre Maleszewski

Correctrices: Valérie Caboussat, Eliane Duriaux

Si ce livre vous a plu, si cette collection vous intéresse, demandez notre catalogue à votre libraire ou les autres titres édités par nos soins. A défaut, adressez-vous directement à :

SUISSE
Editions Cabédita
Route des Montagnes 13
CH-1145 Bière

INTERNET
www.cabedita.ch
Téléphone
0041(0)21 809 91 00

FRANCE
Editions Cabédita
BP 9
F-01220 Divonne-les-Bains

Imprimé en Suisse