

Chapitre 1

Introduction

A. Les caractéristiques de l'exercice médical, reflets de la société

L'art médical a évolué au fil des siècles, modelé par les innovations techniques, les découvertes fondamentales, mais aussi l'état d'esprit des contemporains des soignants. Depuis la protohistoire, de nombreuses civilisations à travers le monde se sont succédées. Elles sont nées à l'aube d'une opportunité économique, écologique ou guerrière puis se sont éteintes progressivement, engourdies par un sommeil fatal ou au contraire, se sont effondrées dans un fracas assourdissant.

Certaines se sont développées à la vitesse des étoiles filantes telle la société de la fin du Moyen Âge à la Renaissance entraînant dans son sillage un boom économique et un renouveau artistique, mais aussi une curiosité médicale et scientifique sans pareil à cette époque.

Au contraire l'Empire byzantin, héritier de la civilisation romaine, a vécu en grande partie durant le Moyen Âge (période de stagnation relative), sur les acquis de l'Antiquité laissant peu de place en matière médicale à l'innovation et aux découvertes déterminantes. Il est évident que l'évolution des connaissances médicales est directement proportionnelle au dynamisme de la société qui lui sert de terreau.

L'état d'esprit des contemporains d'une société est déterminant vis-à-vis des rapports médecins-malades. Pour un résultat identique le médecin pourra être adulé ou sanctionné. L'état d'esprit de sujets appartenant à des sociétés séparées par de nombreux siècles est parfois très comparable. En effet les médecins mésopotamiens (Croissant fertile) exerçaient dans un contexte comparable aux soignants de ce début du XXI^e siècle. Ces derniers peuvent parfois être mis en défaut, bien qu'ayant mis en œuvre les obligations de moyens requis. En effet, par exemple, une intervention chirurgicale la plus banale, n'est jamais exempte de risque, ni de survenue d'effets indésirables. Malgré l'absence d'erreur commise, même si un acte chirurgical a été mené dans le respect des connaissances et des moyens techniques validés, l'issue de l'intervention peut être défavorable. Les patients et leur famille revendiquent, aujourd'hui de plus en plus fréquemment, une indemnisation sans tenir compte des aléas thérapeutiques inhérents à tout acte chirurgical voire médical.

Au contraire, il y a une cinquantaine d'années (au milieu du XX^e siècle) des effets indésirables conséquences d'actes médico-chirurgicaux pouvaient parfois conduire

au décès. Mais ils étaient souvent considérés comme un aboutissement acceptable. Ils débouchaient plus rarement sur des récriminations, des demandes d'indemnisation, voire des démarches judiciaires à l'encontre des soignants en dépit de la mise en œuvre de moyens techniques plus limités qu'aujourd'hui.

CAS CLINIQUE N° 1

Rappel

La CDAPH (Commission Départementale de l'Autonomie et de la Prévention du Handicap) est une structure qui attribue officiellement diverses reconnaissances et prestations en liaison avec le handicap du demandeur. La MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) après avoir mis en œuvre une consultation médicale formule une proposition à la destination de la CDAPH, prenant en considération ou au contraire rejetant une sollicitation exprimée par une personne se considérant handicapée.

L'histoire

Une aide de cuisine âgée d'une quarantaine d'années, évoquant une lombalgie, se présente à la consultation. En raison de ses rachialgies (douleurs du dos), elle ne travaille plus de puis plusieurs années, bénéficiant de l'attribution de diverses aides sociales. Elle se déplace à l'aide d'une canne anglaise.

Elle sollicite une carte d'invalidité lui permettant d'emprunter les transports en commun avec une réduction de tarif substantielle. La carte d'invalidité est donnée à tout demandeur dont les capacités globales sont réduites de 80 % et plus. Ces handicaps supérieurs à 80 % correspondent par exemple, selon un barème déterminé, à l'obligation de se déplacer en chaise roulante ou à la perte de la vue, entre autres...

Un banal mal de dos chronique même s'il nécessite de se déplacer avec une béquille, ne permet pas à l'intéressée d'obtenir la carte convoitée (le taux d'invalidité est très inférieur à 80 %).

Le médecin l'examine consciencieusement et adresse confidentiellement (sans donner ses conclusions à la patiente) son avis médical défavorable, à la CDAPH qui dispose du pouvoir d'attribution de la carte d'invalidité.

La CDAPH confirme le rejet de la demande de la patiente lombalgique.

Cette dernière mécontente de cette décision qu'elle attribue par simplification au médecin, dépose une plainte à l'encontre de ce dernier au conseil de l'Ordre. Elle évoque « une écoute du médecin au cours de la consultation non éthique?! » et demande pour cette raison que ce dernier soit puni (blâmé par ses pairs).

Commentaire

Certains patients considèrent disposer de droits, oubliant leurs devoirs de respect et de considération du médecin qui les prend en charge. Le refus d'une prestation indue leur devient insupportable, sollicitant par ricochet la condamnation du praticien.

B. Le médecin, un citoyen différent

La culture médicale est vaste. Elle embrasse la physiologie humaine, les concepts psychosociaux, des principes éthiques, philosophiques mais aussi légaux. Bien sûr, le médecin de ce début du III^e millénaire est un technicien rodé à l'utilisation d'appareils dotés des innovations les plus récentes. Mais, il ne peut ignorer les principes et croyances (religieuses...) qui l'aideront à mieux comprendre son patient. Le médecin contemporain est un être doué d'une vision syncrétique intégrant l'ensemble des composants de son environnement. Cette formation lui confère une propension à disposer d'une relative indépendance d'esprit.

Jadis « faire sa médecine » pouvait être considéré comme « entrer en religion ». Il semblerait que les motifs conduisant à la carrière médicale sont aujourd'hui sensiblement différents. Il est nécessaire de relever un premier paradoxe qui est souvent à l'origine de la vocation médicale. Celle-ci est fréquemment suscitée par le médecin traitant généraliste ou dit « médecin de famille ». Étonnamment, à l'issue de leurs études un trop grand nombre d'étudiants répugne à exercer la spécialité de médecin généraliste, ou pire, doit s'y résoudre par obligation, compte tenu du nombre limité de places dévolues à chacune des autres disciplines médicales.

Les motivations des jeunes apprentis médecins sont très variées. Leur dessein princeps est surtout de soigner, plus aléatoirement de prévenir. Mais l'évolution de notre société et ses incertitudes conduisent certains à envisager une carrière médicale considérant qu'elle les protégera des affres du chômage et leur assurera un revenu décent, voire, ambition très discutable, les enrichira.

C. Défis médicaux actuels: prédiction et prévention

La découverte du fonctionnement du génome humain a fait naître l'espoir de guérir des maladies incurables dans les prochaines années. Mais dès maintenant, les capacités prédictives de cette nouvelle science, permettent d'approcher avec précision le risque d'apparition d'un certain nombre de pathologies comme la chorée de Huntington ou la maladie d'Alzheimer, pour lesquelles aucun traitement efficace n'est encore disponible. La difficulté pour le médecin est d'informer le patient en évitant de lui donner un diagnostic qui le condamnera à terme.

Cette situation peut être comparée au diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire au début du XX^e siècle, alors qu'aucun traitement antibiotique curatif de cette maladie n'était disponible.

Un grand nombre de maladies ne peut être soigné efficacement. La prévention médicale est encore à ce jour la seule technique permettant de faire évoluer favorablement son capital santé. Par exemple, pour la première fois depuis des décennies, l'espérance de vie aux États-Unis est en voie de régression en raison de la prévalence (fréquence) de l'obésité qui concerne les 2/3 de la population de ce pays. L'obésité est un des facteurs déclencheurs de maladies cardiovasculaires, rhumatologiques mais aussi cancéreuses... (liste non exhaustive). La prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale de l'obésité est indissociable des effets indésirables de ce traitement (qui

se révèle fréquemment) d'une efficacité incomparablement moindre que de maigrir ou d'éviter de grossir en pratiquant une activité physique régulière, et en bénéficiant d'une alimentation équilibrée.

Dans le même registre, pour accroître son espérance de vie d'une décennie, il est souhaitable de pratiquer une activité physique régulière, de consommer journellement au moins cinq fruits et légumes pourvoyeurs de vitamines C aux propriétés anti-oxydantes (anti-agression cellulaire...), de consommer moins de 3 verres d'alcool par jour pour les hommes (2 verres pour les femmes) et bien sûr, de ne pas fumer.

Cette prévention est efficace, dépourvue d'effets indésirables, mais elle demande au médecin du temps (explications), des convictions et surtout au malade « une compliance » (bon suivi du traitement prescrit) exacerbée.

CAS CLINIQUE N° 2

Rappel

L'hygiène alimentaire est un facteur prédictif de bonne santé.

Histoire

Un patient se présente à une consultation en raison de nombreuses plaintes fonctionnelles (polyalgies : douleurs intéressant plusieurs parties du corps).

Il est âgé de 35 ans, pèse 185 kg et mesure 1,65 m. En raison de son obésité morbide, il est confronté à de grandes difficultés pour se déplacer. Le médecin insiste pour qu'il débute une prise en charge nutritionnelle dans les meilleurs délais. Le praticien invoque les effets indésirables et graves risquant d'impacter son état de santé. Le médecin sait que son espérance de vie est très hypothéquée mais il n'aborde pas cet aspect pour ménager son patient.

Ce dernier décède 2 ans plus tard sans avoir perdu un seul kilo, en l'absence de volonté de se conformer à la prescription médicale.

Commentaire

Le médecin aurait peut-être dû informer son patient qu'en l'absence de réduction significative de son poids, il pouvait décéder dans un délai très court. Mais il n'est pas sûr que cette information eut pu modifier le comportement et le désir de prise en charge adopté par ce patient.

Le deuxième aspect concerne l'obésité morbide qui doit être considérée comme une maladie grave mais curable. Elle ne doit être négligée ni par le patient, ni par le médecin.

D. Éthique et financement de la santé

Figure emblématique de la France des Trente Glorieuses, le général de Gaulle précisait dans un contexte plus prodigue qu'aujourd'hui que « si la santé n'avait pas de prix, elle avait un coût ». Cette formule à l'emporte-pièce est d'une actualité brûlante. En effet, les nouveaux traitements et les innovations techniques sont de plus en plus coûteux. Ils permettent de réduire la morbidité et la mortalité à des niveaux

variables. En raison de l'importance des dépenses de santé, il est devenu nécessaire de faire des choix qui peuvent être, *a priori*, éthiquement discutés.

Par exemple, si l'on considère que la survie médiane d'un patient atteint d'un cancer bronchique est de 10,1 mois, les traitements les plus innovants accroissent l'espérance de vie de ces patients à 11,3 mois, c'est-à-dire correspond à 1,2 mois supplémentaire. Mais le coût du traitement pour 18 semaines est de 80 000 dollars.

Le financement de ce traitement pour le demi-million de Nord-Américains victimes chaque année d'un cancer bronchique serait de 440 milliards de dollars, soit 100 fois le budget de l'Institut national du cancer des États-Unis ou encore l'équivalent du budget de la Sécurité sociale française.

En d'autres termes, la prise en charge financière de ce seul cancer devient intolérable pour une société civile évoluée. En effet, les dépenses engagées pour la prise en charge de ce cancer le seraient au détriment d'autres maladies.

Est-il éthiquement responsable d'écourter sciemment l'existence d'un patient? Les Nord-Américains répondent à cette question par un pragmatisme très anglo-saxon de la façon suivante: si compte tenu des paramètres disponibles la survie escomptée ne dépasse pas 2 mois, les dépenses médicales ne devraient pas excéder 20 000 dollars (US). La relation entre éthique et argent se présente sous un jour différent dans les pays en voie de développement.

Dans certains pays d'Afrique, le choix entre la vie et la mort est souvent subordonné aux coûts financiers supportés par les familles. Deux exemples mettent en exergue ce dilemme. Des parents consultent pour leur enfant dans un hôpital rural subventionné par une association caritative. Les moyens de cette dernière sont, par définition, comptés et donc limités. Le diagnostic de cardiopathie grave est validé. Une intervention chirurgicale très technique doit être envisagée au profit de l'enfant. L'hôpital rural appartient à un réseau connecté à de grands centres de chirurgie cardiaque. La « chaîne de l'espoir » est activée. Un service de chirurgie cardiaque européen accepte d'assurer gratuitement l'intervention chirurgicale.

Néanmoins, après réflexion, l'offre de soin est déclinée par l'association caritative. L'enfant va mourir. Quelles sont les raisons de ce refus? Le coût de la prise en charge thérapeutique au retour de l'intervention chirurgicale effectuée en Europe est estimé à plusieurs milliers d'euros, coût insupportable par la famille de l'enfant. Mais cette somme dont dispose l'hôpital rural grâce aux dons de l'association caritative ne pourra pas être investie dans l'achat d'anti-paludéens qui permettraient de sauver plusieurs dizaines d'enfants. Le choix est cornélien. Il faut donc laisser repartir le jeune enfant cardiopathe sans lui proposer d'intervention salvatrice.

Le deuxième exemple (vécu) provient de la même région africaine. Les patients doivent parfois parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pendant de nombreux jours pour atteindre un premier dispensaire. Ce dernier est souvent tenu, pour sa survie, de faire participer financièrement le patient. Néanmoins les honoraires sont modestes. Mais ils peuvent représenter pour une famille relativement démunie, en sus du temps engagé pour se rendre sur les lieux de soins, un coût important. Un enfant est alité en raison d'une forte fièvre. Le diagnostic de paludisme est probable. Les parents se rendent avec l'enfant au dispensaire. Quatre jours sont nécessaires (2 jours pour l'aller et 2 jours pour le retour) pour le voyage.

Le coût du traitement représente un mois de revenus. Ils ne disposent pas de la somme. En conséquence, ils vendent une partie du mil destiné aux prochaines

semailles. L'enfant guérit. Quelques mois plus tard, faute de traitement préventif, l'enfant est de nouveau infecté. Il est victime d'une seconde crise de paludisme. Les parents ne se rendent pas au dispensaire, ils laissent mourir leur enfant. Pour quelles raisons ?

Plusieurs justifications apparaissent concomitamment. Le coût d'un nouveau traitement les obligerait à se séparer du solde du mil nécessaire pour ensemercer en vue d'obtenir la prochaine récolte. Sans aucun moyen de subsistance, la vie des autres enfants serait hypothéquée avec des risques de famine et de décès. Une deuxième raison apparaît plus anodine mais aurait les mêmes conséquences. Le déplacement de quatre jours pour se rendre au dispensaire les empêcherait (s'ils possédaient encore des semences) de les planter au moment propice, divisant par 2 la quantité de grains récoltés et donc engendrant un risque de disette.

Ces histoires d'humanité en péril ont des arrière-goûts moyenâgeux, mais elles sont véridiques et se sont déroulées en ce début de XXI^e siècle. Elles semblent inimaginables pour des occidentaux habitués à d'autres références. Il est nécessaire à la lueur de ces tragédies d'un quotidien ordinaire, de reconsidérer les liens existants entre argent, éthique, santé et société.

E. Profil émergent de la Médecine de Demain

Comme de nombreux métiers, la pratique de la médecine va bénéficier (subir ?) des changements fondamentaux.

Le premier aspect concerne l'informatisation du diagnostic et de la prescription par algorithme. Des capteurs permettront d'obtenir les principaux paramètres (biologiques, iconographique...) d'un patient. Ces données conduiront à faciliter l'identification de la maladie et proposer des traitements les plus adaptés, fournis par la machine numérique. Le deuxième aspect est corrélé au précédent. Actuellement, environ 5 % de la population utilise des sites médicaux pour tenter d'obtenir des informations sur l'éventuelle maladie dont ils sont atteints. Sans consulter le corps médical, ils se procurent les traitements médicamenteux par le même moyen (internet). Cette population très restreinte est néanmoins focalisée sur une tranche d'âge déterminée (les 15-25ans), c'est-à-dire la « génération montante ».

Le troisième aspect concerne un mode d'exercice isolé, voué à la déchéance. La majorité des praticiens exercera dans des cabinets ou des maisons médicales, ou ils seront regroupés avec d'autres praticiens et de nombreux professionnels paramédicaux (psychologue, nutritionniste, orthophoniste...).

La quatrième évolution concernera la thérapie génique, actuellement encore balbutiante. De nos jours cette thérapie consiste à utiliser des virus vecteurs d'un gène destinés à remplacer une structure codante défailante. Certaines de ces thérapies peuvent activer involontairement des oncogènes. Mais l'amélioration de la technique permettra de développer ces traitements et d'améliorer leur efficacité.

Le cinquième aspect s'attaquera au paradigme de la prévention qui est focalisée aujourd'hui sur le patient. Il est connu que l'apparition d'un nombre conséquent

de maladies est liée à une exposition environnementale des parents, des grands-parents, arrière-grands-parents...

De ce fait, la prévention du futur aura pour dessein de préserver par des pratiques individuelles le capital santé des futures générations en ligne directe.

Par exemple, il est connu que si le père a fumé à l'adolescence avant l'âge de 15 ans, le risque de survenue d'un asthme chez son enfant est multiplié par trois même s'il s'est arrêté de fumer 5 ans avant sa naissance...

Bêtisier

QUESTION

Une stratégie de prévention reposant sur le comportement des patients semble permettre d'accroître l'espérance de vie d'environ 10 ans. Quels sont les 4 facteurs impliqués dans cette démarche préventive ?

Réponse attendue

- Activité physique régulière.
- Consommer journalièrement 5 fruits et légumes.
- Consommer moins de 3 verres d'alcool par jour pour les hommes.
- (2 verres pour les femmes).
- Ne pas fumer.

Réponses étudiants

Étudiant n° 1

- Je
- Ne
- Sais
- Pas !

Étudiant n° 2

Il faut une information claire et précise des risques encourus par le comportement du patient pour le patient (hum, bizarre cette question...) on peut dire que ça commence bien, j'aurais dû bosser plus parce que là c'est le trou de mémoire...

Étudiant n° 3

- La consommation d'alcool inférieure à 2 verres par jour.
- La pratique régulière d'activité physique.
- La consommation de 5 fruits et légumes par jour.
- Le non-tabagisme...

PS: je suis mal barrée 1 facteur sur 4 où je peux dire OK!!!

Étudiant n° 4

- Alimentation
- Activité
- 5 fruits et légumes par jour
- Abstinence sexuelle couplée à la prière