

Notre système de santé : quelques faits et observations



« Nos dirigeants devraient refuser que le système de soins s'inscrive dans la logique du marché, et s'inquiéter du chaos, toujours dû au marché, dans lequel s'enfonce notre système de santé tout entier. »

Jerome P. Kassirer,

New England Journal of Medicine, vol. 333, no 1, p. 50. 1995.

L'OMS a considéré la santé comme un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité, définition si large et utopique qu'elle tue nos assurances-santé et est inapplicable dans la plus grande partie du monde. Puis l'OMS, soumise à la Chine et à Bill Gates, changea la définition du terme pandémie et dès janvier 2020, pour l'OMS, la santé c'est d'avoir des

tests douteux de laboratoire bien normaux. Le biopouvoir des adeptes du Nouveau Monde socialo-progressif a installé la santé comme le bien suprême, évidemment, mais il définit aussi les voies d'accès, les priorités et même, en France, qui dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) doivent être effacées avec du Rivotril. Les peuples raisonnables, eux, considèrent la santé comme un équilibre dynamique (homéostasie) et la maladie comme la perte de cet équilibre. Cette perte d'équilibre est due soit à un excès tel le sucre, l'alcool, le tabac, le stress mal géré, etc., soit à un défaut tel un trouble génétique, soit à un manque tel une avitaminose, le manque d'exercice physique, etc., soit à un des nombreux agents pathogènes, etc., etc.

Que de nos jours une personne âgée fragile puisse vivre avec plusieurs maladies est un brillant exploit de la médecine, mais cet exploit n'est bénéfique que si les années supplémentaires de vie ont une bonne qualité et si le dynamisme de l'économie d'un pays souverain puisse le permettre à ses citoyens-contribuables.

En moyenne, 40 % des décès des gens sont attribués à leurs comportements, 30 % à leurs gènes, 15 % aux déterminants sociaux en particulier un faible niveau de formation et la pauvreté et 5 % aux expositions environnementales nocives. Les 10 % restant seraient la conséquence de soins de santé inappropriés et d'effets secondaire des examens paracliniques, des traitements, des soins et des médicaments. Des événements iatrogènes majeurs surviennent chez 29 % à 38 % des personnes âgées hospitalisées, soit trois à cinq fois plus que le risquent des adultes de moins de 65 ans. Ces évènements incluent les complications liées aux procédures diagnostiques ou thérapeutiques, les réactions allergiques, les saignements causés par une anticoagulation, etc. Environ les deux tiers de tous les décès seraient liés à des maladies associées à une mauvaise alimentation et à de mauvaises habitudes.

La médiocrité en médecine est responsable de mauvais

diagnostics, de traitements et d'investigations paracliniques inappropriés, d'effets secondaires et d'interaction de médicaments, de polypharmacie, d'incidents critiques et d'infections hospitalières. La médiocrité serait devenue, aux États-Unis, la troisième cause de mortalité juste après les maladies cardiovasculaires et les cancers. De plus, la plupart des experts estiment que les soins de santé ne contribuent que pour 20 % à la bonne santé des gens. La meilleure prévention reste nous, nos comportements, un grand respect du milieu ambiant et de la nature et nos choix.

Question mesures préventives, ne croyons pas n'importe quelle mesure propagée par les fabricants du chaos que sont nos médias de masse, la publicité, des élus à qui il manque une ou plusieurs qualités (des convictions, le courage et la vérité), le biopouvoir et son scientifiquement correct ou encore le politiquement correct. Le cadre pour individualiser toute mesure préventive, que ce soit colonoscopie, antibiotique, mesure de la pression oculaire, masque, confinement, couvre-feu, etc, consiste en :

- Estimer l'espérance de vie du patient ou de la personne
- Déterminer le temps nécessaire à l'intervention préventive pour être bénéfique
- Déterminer les avantages, les inconvénients et les effets secondaire du dépistage/de la mesure préventive
- Faire une revue des avantages et des inconvénients dans le contexte des valeurs et des préférences du patient/de la personne.

L'un des défis du ciblage approprié de toute mesure préventive, par exemple le port du masque chez les personnes âgées ou une protection en plexiglas, est que fort peu d'études sur les interventions préventives ont recruté des personnes âgées de plus de 75 ans. Toutefois tous les médecins spécialistes FMH en anesthésiologie savent qu'un masque chirurgical fait baisser la saturation artérielle en oxygène des patients âgés et/ou à risque conscients en salle

d'opération et qu'il faut leur donner, avec un masque ad hoc, de l'air enrichi en oxygène à respirer. Autrement dit, face aux mesures covid-19 « *Il faut toujours se poser la question : pourquoi est-ce que je reçois cette information précise, de cette façon précise, à ce moment précis ? Au final, ce sont toujours des questions de pouvoir.* » avait dit fort justement le banquier suisse et patron de presse Konrad Hummler.

La majorité des maladies dont nous souffrons sont associées aux facteurs de risque suivants : malbouffe et aliments toxiques, pollution atmosphérique, polluants chimiques, manque d'hygiène, sédentarité et manque d'exercice, le stress mal géré et une résilience trop faible. L'étude des processus, des conditions, des mesures et des comportements favorisant la santé ou la détruisant n'est-elle pas insuffisamment enseignée aux médecins, aux soignants et aux écoliers ? La qualité des mesures et des soins qui peut être mesurée en tant que structure, processus ou résultat est-elle suffisamment contrôlée ? Si le peuple souverain se donne de bonnes lois, une bonne formation et une densité de population pas trop élevée, ces facteurs sont moins délétères et moins présents. En particulier parce qu'une bonne et longue éducation exerce un impact sur la santé via de meilleures habitudes de santé, une meilleure capacité à gérer le stress et une gestion plus efficace des maladies chroniques. En plus, par le passé, la correction de facteurs socio-économiques a eu souvent un impact préventif et thérapeutique plus important que les traitements médicaux.

Pour le système de santé des USA par exemple, chaque année, les examens paracliniques et les procédures médicales inutiles coûtent environ 200 milliards de dollars et les soins médicaux trop agressifs sont responsables d'environ 30 000 décès. Les erreurs médicales seraient la troisième cause de décès aux États-Unis. Les hôpitaux, les EMS ou Ehpad et les services d'urgence tant préhospitaliers que hospitaliers sont des environnements dangereux, tout particulièrement pour les

personnes âgées qui sont fragiles et/ou vulnérables sur le plan cognitif et immunologique, d'où des infections, de la confusion mentale, du délire, des chutes et des fractures, ce qui augmente les besoins en soins et les coûts. On a bien démontré que les facteurs associés à l'état pro-inflammatoire du vieillissement, ledit *inflamaging* entraînent une diminution des réserves physiologiques et de la capacité à maintenir l'homéostasie, déclenchant une défaillance des organes nécessitant des soins qui peuvent finalement même être de niveau soins intensifs.

Des traitements excessifs ou inutiles et des examens paracliniques trop nombreux ou inutiles augmentent les coûts des soins de santé. Alors que la population continue de vieillir, que les hypocondriaques augmentent, que le nombre des psychologues, des psychiatres et des assistants sociaux explose alors que les postes de travail dans l'industrie productrice diminuent, les coûts des soins de santé risquent fort d'atteindre des niveaux insoutenables pour une société.

Le grand nombre de médecins spécialistes et le manque de médecins généralistes et de gériatres, combinés à un accès aux médecins devenu limité le jour même et après les heures de bureau, font bien trop souvent que le service d'urgences hospitalier est devenu la seule option pour les personnes, surtout les âgées, lorsqu'elles ont un besoin de santé ou pour les patients que les médecins de premiers recours et autres refusent de recevoir.

On estime que 30 à 50 % des visites urgentes aux cabinets des médecins n'ont pas de réels besoins médicaux urgents et que 30 à 40 % de toutes les visites aux services d'urgence hospitaliers ne sont pas de vraies urgences, ce qui signifie que le patient pourrait, très souvent et sans risque, retarder la consultation d'un médecin. De plus, 17 à 25 % des transports en ambulances sont inutiles, non nécessaires ou inappropriés alors que les soins d'urgence hospitaliers et en ambulances sont beaucoup plus chers que les prises en charge

aux cabinets de médecins libres-praticiens.

Lorsque des personnes fragiles prennent de nombreux médicaments, cela peut les rendre fort malades, leur faire perdre l'appétit et les faire souffrir de malnutrition. Soixante pour cent des personnes âgées qui se présentent aux services hospitaliers d'urgence présenteraient un risque de malnutrition ou seraient déjà sous-alimentées. La malnutrition chez les personnes âgées entraîne une fragilité, des chutes, des fractures, un déclin physique et cognitif, des hospitalisations et des décès ; une perte de poids chez les personnes âgées est toujours un facteur de risque associé à un risque de mortalité augmentée.

Un autre aspect crucial des soins, mais négligé, est l'identification et le traitement des douleurs. Les personnes atteintes de démence ne sont pas en mesure de communiquer qu'elles souffrent et combien. Les patients agités reçoivent souvent des sédatifs pour réduire leur agitation. Néanmoins, il est important de réaliser que l'agitation n'est pas synonyme de déficit en sédatifs. L'agitation peut être due à plusieurs causes, y compris le développement ou l'aggravation de défaillances d'organes, le délire, le sevrage de l'alcool ou de drogues. La douleur est peut-être la raison la plus courante d'agitation pendant une grave maladie ; évaluer et traiter la douleur peut être suffisant pour calmer le patient. C'est pourquoi les directives actuelles de bonne pratique clinique recommandent de traiter la douleur avant d'administrer des sédatifs. La prise en charge pharmacologique agressive de la douleur, y compris l'utilisation d'opioïdes, est adéquate aussi chez les personnes âgées, mais oblige à une surveillance attentive, à posséder de bonnes connaissances en pharmacologie et à porter attention aux comorbidités sous-jacentes. Contrairement à ce que croient des médecins et des infirmières/ers, la véritable dépendance psychique est fort rare chez les patients qui prennent des analgésiques opioïdes pour des raisons médicales. Cela ne signifie pas que les

opioïdes peuvent être utilisés sans discernement et connaissances de pharmacologie, mais seulement que la peur de la dépendance et des effets secondaires ne justifie pas l'incapacité à traiter la douleur chez les patients, en particulier ceux qui approchent de la fin de leur vie. Lors de « pandémie » et/ou de catastrophe, comme dans les banques d'investissements, *« la peur et la cupidité ne sont jamais de bons conseillers. »*

Plus une personne prend de médicaments, plus le risque de réactions indésirables et d'interactions entre les médicaments (prescrits par un médecin ou acquis sans ordonnance) est élevé. Les révisions périodiques des médicaments que prend chaque patient révèlent des problèmes de médication chez 63 % des patients examinés. Les personnes âgées sont plus à risque de réactions aux médicaments; 10 à 30 pour cent des admissions à l'hôpital des personnes âgées sont attribuables à des effets indésirables des médicaments. Ce nombre s'élèverait même à 33 pour cent pour les personnes de plus de 75 ans. Certaines classes de médicaments, comme les psychotropes et les opioïdes peuvent entraîner des délires et des changements mentaux chez les personnes âgées, l'insuline entraîne des hypoglycémies surtout chez les personnes âgées, les anticoagulants entraînent des saignements. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes, les médicaments cardiovasculaires, les antibiotiques, même le paracétamol sont tous dangereux et problématiques lorsque ces médicaments sont utilisés de manière incorrecte. Les associations de plusieurs médicaments posent beaucoup de problèmes ; par exemple un traitement avec plusieurs médicaments ayant un effet anticholinergique (en particulier les antihistaminiques, les antiparkinsoniens, les myorelaxants, les antidépresseurs, les antimuscariniques, les antispasmodiques) illustre l'importance de considérer la charge cumulative de l'utilisation de différents médicaments ayant des effets similaires, cela si possible avant que le patient fasse, dans ce cas précis, un délire.

Les chutes sont une des causes principales de blessures, de fractures et de décès chez les personnes âgées.

Soixante-dix pour cent des Américains ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas les soins palliatifs et la plupart des professionnels de la santé et des élus pensent que les soins palliatifs et les soins de fin de vie sont la même chose. L'objectif des soins palliatifs est d'améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille. Ils visent à soulager les patients des symptômes, de la douleur et du stress d'une grave maladie. Les soins palliatifs conviennent à tout type de diagnostic, à tout stade d'une maladie grave et peuvent être associés à un traitement curatif. Une prise en charge appropriée des symptômes sont des éléments clés des soins aux personnes âgées gravement malades.

En cas de désastres et de catastrophes naturelles, les nourrissons, les petits enfants et les personnes âgées courent un risque accru et ont des besoins uniques. Cependant, les personnes âgées ne sont souvent pas reconnues comme un groupe vulnérable lors de la planification et lors des interventions en cas de catastrophe. Les catastrophes récentes démontrent la vulnérabilité des personnes âgées. Lors du tsunami de 2004 dans l'océan Indien, il y a eu plus de décès chez les personnes de plus de 60 ans que dans tout autre groupe d'âge. Près de la moitié des personnes décédées dans l'ouragan Katrina avaient 75 ans. Covid-19 est devenue rapidement mortelle, surtout pour les personnes âgées fragiles souffrant de comorbidités. Même les pannes de courant peuvent être un grave problème pour les personnes âgées qui ont besoin d'oxygène, d'un nébuliseur, d'un fauteuil roulant motorisé, d'un ascenseur ou d'un concentrateur d'oxygène.

Environ 90 pour cent des personnes âgées souhaitent rester à la maison tout au long de leur maladie. La disparité entre le nombre de personnes qui préfèrent mourir à la maison (80 % des gens) et le nombre de personnes qui meurent à la maison (20 %) est d'un grand intérêt pour les prestataires adeptes de soins

centrés sur la personne. Si 80 % des personnes préfèrent mourir à la maison, alors que si peu le font, c'est parce qu'il n'y a pas un système en place suffisamment bon pour satisfaire le désir de vieillir et de mourir en paix et sans trop souffrir, chez soi. Les hospitalisations qui se terminent par la mort du patient sont souvent chaotiques pour les patients et les membres de leur famille. L'unité de soins intensifs, froide, austère et technologique, est l'endroit le moins souhaitable pour mourir ; ce qui devrait être évité autant que possible. De plus ces hospitalisations coûtent 2,7 fois plus que les hospitalisations dont les patients sortent vivants de l'hôpital. Tout au long du processus de fin de vie, de nombreuses personnes reçoivent un traitement excessif, des médicaments inappropriés, des soins et des examens paracliniques inutiles et même nocifs. Ce qui fait que mourir en milieu hospitalier coûte beaucoup plus cher ; les personnes décédées à l'hôpital encourent des frais sept fois supérieurs à ceux qui décèdent à domicile.

Le respect des préférences de fin de vie du patient est important d'un point de vue humain et a donc également un impact financier. L'idée est de mourir jeune et en bonne santé... le plus tard possible. Après tout, notre objectif ultime n'est pas une belle mort chaotique à l'hôpital, mais une bonne vie jusqu'au bout, d'où l'intérêt croissant porté à Exit. « *Meurt à temps* » conseillait Friedrich Nietzsche (1844-1900).

L'une des qualités les plus importantes d'un bon médecin clinicien est sa capacité d'être à l'écoute de son patient et de se concentrer sur les points critiques de l'anamnèse de ce patient. Le bon médecin traite la maladie, le vrai grand médecin traite la personne atteinte de cette maladie. Pour le mauvais médecin il ne s'agit pas de sauver le malade, il faut sauver l'idéologie et un horaire de travail de petit fonctionnaire.

Une panthère grise

Sage de son expérience

Dominique Schwander

retraité