

Ma vérité sur le traitement du cancer, une médecine totalitaire

Mis à jour le 17/05/2013

Thème : [Santé, Société, Législation](#)

Publiée le 04/04/2013 | 2943 | 3

Révisée par [DELEPINE Andree](#) | 8



Vers le totalitarisme en médecine illustré par l'organisation des soins en cancérologie (1)

Jusqu'à une période récente, le traitement des patients reposait sur une double autorisation légale :

1. « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé », principe fondamental de la législation sanitaire, article L1111-1 (2), bafoué et inapplicable en vertu du décret de 2007.

2. « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » Article R 4127-5 du code de la santé publique.

L'organisation des soins et l'encadrement des pratiques ont été drastiquement modifiés en profondeur par la législation depuis le début du XXème siècle et bloquent les cancérologues dans leur liberté de choix des traitements pour leurs patients selon les données acquises de la science. Ils doivent se soumettre aux diktats des agences auxquelles l'Etat a délégué ses pouvoirs pour exercer. Faute de quoi ils ne peuvent trouver d'établissement pour appliquer leurs prescriptions et n'ont d'autres choix que la soumission ou l'exil. Les patients le savent-ils ?

C'est pour tenter une prise de conscience sur cette révolution silencieuse et dramatique que nous avons écrit plusieurs ouvrages, des tribunes en ligne, sur mon site et divers médias et ici-même. Nous espérons que l'union de tous, médecins, soignants, patients, associations et médias permettra de renverser la situation et de faire passer le relais à nos élus pour modifier les lois et circulaires scélérates qui nous étouffent.

État actuel de l'organisation des soins en cancérologie

En 2009, les soins relatifs au cancer représentent 11 Milliards d'euros dont deux tiers en établissements de santé, le tiers restant en soins de ville, plus les dépenses incombant aux patients ou à leurs proches (3). Comment sont utilisées ces masses d'argent ? Combien passent en crédits de fonctionnement, en agences, en contrôles, en subventions inutiles ?

Le plan cancer et l'acculturation

Le système de référence basé sur la relation médecin-patient avec dialogue singulier disparaît au bénéfice d'une médecine collective effectuée par un groupe pour un ensemble de patients. Révolution consciente souhaitée par les fondateurs du plan, effective dans les textes et en voie d'application dans les faits.

Le but officiel avancé en 2003 par le Président Jacques Chirac était d'améliorer le taux de guérison du cancer. Pourtant le taux de mortalité avait diminué de 13% depuis 1968 et stagne depuis la réforme. La réalité est plus basique. Nous passons d'un système libéral de médecine hippocratique dont les frais sont couverts par la solidarité nationale au collectivisme au service du capitalisme financier : le modèle chinois.

La réforme de la prise en charge des patients atteints de cancer (4)

Tout est régi par décret ou par circulaire depuis 2005, sans délibération au parlement sur une réforme aux conséquences majeures. Le décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 (5) entraîne une modification profonde de la pratique de la cancérologie en France qui passe inaperçue.

Le décret précise le dispositif des autorisations et les « conditions transversales de qualité » quel que soit le type de prise en charge et de thérapeutique (annonce, pluridisciplinarité, application de référentiels...). « Qualité », traduisez : coercition, injonction, perte du libre choix du patient et du médecin, bureaucratie, totalitarisme (mou ?).

L'autorisation de soins du cancer (6) sur les critères donnés par l'INCa (Institut National du Cancer créée en 2005), validés pour chaque établissement par l'agence régionale de santé (ARS), ne peut être accordée que si le demandeur :

1. Est membre d'une « coordination des soins en cancérologie », réseau régional reconnu par l'Institut national du cancer, soit, à défaut, « un réseau territorial dont la convention constitutive a été approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARS) »

2. « Dispose d'une organisation, mise en place le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer, qui assure à chaque patient :

- L'annonce du diagnostic et **d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut (7)**

- La mise en œuvre de **traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique définis par l'Institut national du cancer en application du 2 de l'article L. 1415-2** ou à défaut, conformes à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes ».

Elle est encadrée, bureaucratisée, le médecin passant d'acteur à robot

Le cancérologue travaille dans un établissement agréé qui appartient à un réseau reconnu par l'INCa et sera accepté dans le réseau s'il applique sans trop broncher le fonctionnement (réunions multi disciplinaires, consultation d'annonce selon le schéma décliné par l'Institut).

Le plus grave : le traitement est choisi selon les recommandations de la HAS-INCa (il faut deux agences au moins, les doublons sont identifiables tout au long du parcours). Impossible d'y échapper de façon régulière sous peine d'exclusion du groupe tant psychologique que pratique. L'exclusion signifie l'arrêt de la pratique

L'agenda de ma Vérité

Le Vérateur n'a pas complété cette zone d'information.

Les dernières réactions

constance.press | j'estime que son coeur de mère a pris la bonne solution v... | Il y a 1 mois

Philippe | Docteur DELEPINE, Je souhaite apporter un complément imp... | Il y a 1 mois

Doctorix | Le premier scandale est l'absence de choix. Il y a pourta... | Il y a 2 mois

[Voir toutes les réactions](#)

de la cancérologie.

Les réseaux sont validés au regard de critères de qualité dits référentiels

Néanmoins les réseaux se sont constitués sans cahier des charges entre 2002 et 2006 ; « malgré cette lacune, l'assurance-maladie leur a affecté 29,6 M€ entre 2002 et 2006 ». Les résultats de l'organisation en réseaux restent à prouver pour les malades atteints de cancer même selon l'IGAS qui en 2006 concluait « Sauf exception, l'impact des réseaux financés sur la santé des patients ne peut être considéré que comme potentiel : ces conclusions et les écarts de taux précités appellent une évaluation et des suites » (8). Dans le même rapport, la mission de l'IGAS se demandait en ce qui concerne les soins palliatifs cancer si « **le réseau est le bon outil pour répondre à l'objectif d'améliorer l'accompagnement à domicile des patients en fin de vie devant la grande confusion qui règne sur les moyens à mettre en place ?** » (9). En cumulé pour tous types de réseaux à l'échéance 2006, plus de 650 Millions d'euros ont été alloués, fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux et plus de 500 Millions d'euros versés aux projets financés.

Une nouvelle fois, l'IGAS souligne que « la gestion des fonds génère au total **un foisonnement de procédures largement bureaucratiques (souligné par l'IGAS) au détriment d'un suivi efficace** ».

Ce rapport sur l'institution des réseaux tout secteur insiste sur **le coût et l'inefficacité**. Mais on continue, plus que jamais, aveuglément mais avec beaucoup d'argent. Qui peut croire en France qu'on manque de finances pour la santé ? Il s'agit d'organiser un vaste marché pour les assureurs privés comme en optique. **Le système des réseaux en cancérologie inspire l'organisation des réseaux de santé en France : tout aussi inefficace et onéreuse : 167 Millions d'euros.**

« Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIQCS (167M€ en 2011), désormais intégré dans le FIR. Alors que **les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination, leur bilan est contrasté et il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement**. Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc.) permettent de penser qu'à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes » (10).

On reconnaît le système imposé en cancérologie et qui va être de plus en plus appliqué dans les autres disciplines. Votre réseau de diabétiques vous enverra chez les médecins affiliés au réseau de votre assureur complémentaire et vous devrez vous soumettre aux prescriptions acceptées dans ce circuit. La différence est qu'actuellement il existe des complémentaires et des assureurs privés différents. **En cancérologie, avec les réseaux de l'INCa, le régime de la concurrence est bafoué. Est –ce légal et compatible avec la législation européenne ?**

Il est clair que ces réseaux vont rapidement être récupérés par les assurances complémentaires qui guettent le marché de la santé. Si la sécurité sociale est en déficit congénital, les assureurs privés vont bien. Un exemple : le 17 août 2012, Swiss Life présente un bénéfice d'exploitation de 528 Millions de francs suisses en hausse de 17% (volume de primes de 9,8 Milliards de francs suisses au premier semestre 2012).

Le marché de la complémentaire santé se porte bien malgré la crise et la constitution des réseaux marchands tant réduits par les jeunes médecins est le fond inavoué de la guerre actuelle entre Ministère de la santé et médecins. Le problème des suppléments d'honoraires n'est qu'un rideau de fumée de plus. Et de quoi parle le projet du ministère de la santé présenté en février 2013 ? De réseaux, de parcours de soins, toutes recettes usées si toutefois le but est le soin des patients ; pas de surprise, ce plan « original » est concocté par ceux qui ont mis au point les réformes aux effets désastreux depuis 20 ans. On prend les mêmes et on recommence...

881 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers (juin 2010).

284 n'ont pas reçu l'autorisation soit un quart des établissements qui pratiquaient une ou plusieurs activités de cancérologie (chirurgie, chimiothérapie ou /et radiothérapie). « Le plan cancer 2009-2013 prévoit (action 19.3) d'accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer ». En 2011, les établissements autorisés à traiter les malades atteints de cancer doivent démontrer leur conformité avec l'ensemble des obligations prévues dans les décrets de mars 2007 et des critères d'agrément adoptés par l'INCa, et, maintenir celle-ci.

A cet effet, une enveloppe de 10 M€ est inscrite au nom des mesures nouvelles. Une nouvelle fois de l'argent pour de la bureaucratie.

23 réseaux ont fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa à la fin 2011 selon la procédure publiée (11). Le réseau ne suffisait pas à bloquer tous les praticiens. Il a été rajouté la notion de **seuils appliqués au nombre de malades reçus par un établissement, au nombre de chimiothérapies réalisées par jour** par structure en hospitalisation complète et de jour, au nombre de malades subissant tel type d'intervention, par exemple une ablation de prostate.

Ainsi, les usines à chimiothérapie dans lesquels les malades défilent et où les infirmières sont obligées d'accélérer le passage des poches de chimiothérapie si elles veulent réussir à passer tous les patients dans la journée, n'ont aucun souci à se faire. **Usine = accréditation**. Par contre les petits centres à visage humain fermeront si les chiffres montrés à l'ARS sont en dessous des seuils.

Médecine de troupeaux, élevage en batterie des cancéreux étalés les uns à côté des autres sur des fauteuils déshumanisés et propices au passage des infections nosocomiales. Pas grave, le but est de faire disparaître les petites structures humaines et de faire du chiffre et surtout de tout contrôler.

Seuils d'activité

« Art. R. 6123-89. – L'autorisation ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur respecte les **seuils d'activité minimale annuelle arrêtés par le ministre chargé de la santé** » suite à de nouveaux rapports (discussion à l'Assemblée ? Jamais.)

« Pour la chirurgie des cancers : l'activité minimale annuelle de l'établissement est fixée à **30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, digestifs, urologiques et thoraciques et à 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques, ORL et maxillo-faciaux**. Il n'y a pas de seuil minimal pour la chirurgie des autres types de cancer ».

Pour la **radiothérapie externe** : le seuil d'activité minimal est d'au moins 600 patients traités chaque année. Pour la **chimiothérapie** : le seuil d'activité minimale est fixé à au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en ambulatoire (hospitalisation de jour).

Les seuils sont par établissement et non par chirurgien ou radiothérapeute, donc ne garantissent en rien une activité minimale d'un opérateur.

Le scandale des palmarès basé sur la « production » de l'établissement. L'objectif n'est pas que le chirurgien soit expérimenté s'il doit vous opérer mais bien de drainer tous les patients vers les gros centres pour être sûr de bien verrouiller le système.

Rabattage, disent les chasseurs ? De plus, ces chiffres d'activité seront donnés aux médias pour leurs palmarès annuels de performance ! Plus vous opérez, plus votre gestionnaire sera content et le ministère vous classera comme haute qualité sur les hebdomadaires complices ou trompés ! À vous de choisir !

Une illustration de l'utilisation des seuils en radiothérapie : les manifestations se sont succédées à Argenteuil pour tenter de contraindre les autorités à ne pas fermer le seul service de radiothérapie public du département : démonstrations publiques contre la décision du tribunal administratif de Cergy d'ordonner la fermeture du service de radiothérapie de l'hôpital d'Argenteuil – le seul public dans le Val d'Oise – sous prétexte que les consultations sur trois ans n'auraient pas atteint le seuil critique de 600 pour pouvoir se maintenir, mais seulement 575 ! Le tribunal a statué après un recours déposé par la société privée Thérap'X Paris Nord, qui exploite le centre de radiothérapie de Sarcelles et le centre de médecine nucléaire de l'hôpital d'Eaubonne.

Ce service dont les qualités sont unanimement reconnues par les patients et l'investissement de 4,5 M€ dans un matériel de pointe depuis 2010, gâché scandaleux de fonds publics, montre comment est gérée la santé en France. Comble de ridicule, les 600 actes sont actuellement dépassés en novembre 2012. Finalement on apprend en mars 2013 que le service a retrouvé son accréditation et donc son droit de soigner des malades. Peut-on travailler dans cette instabilité permanente ?

Effets pervers des seuils en chirurgie : le temps de la biopsie trop souvent sauté faute d'accréditation de l'établissement pour le cancer

Chaque invention perfide a ses effets pervers. Un chirurgien qui recevait une tumeur susceptible d'être un cancer avait pris la bonne habitude de faire une biopsie avant d'enlever la « boule ». On avait mis une quarantaine d'années à ancrer cette nécessité dans la tête des chirurgiens !

Mais si la masse se révèle être un cancer et que l'établissement dans lequel le chirurgien opère n'a pas reçu l'accréditation des grands chefs de l'ARS et de l'INCa, il n'aura pas le droit de faire l'intervention définitive (12) même s'il en pratique depuis 20 ans.

Que croyez-vous qu'il arriva ? Les chirurgiens rodés enlèvent directement la tumeur, en tous cas ils sont tentés, plutôt que d'envoyer le malade au petit jeune du centre accrédité voisin. C'est ainsi que sous prétexte d'accréditation supposée contrôler la qualité on a vu en quelques mois une régression technique majeure et dommageable pour les patients !

Quant aux quotas des prostatectomies radicales pour cancer de la prostate ou supposé telles, ils ont donné lieu à des modifications d'indications. Les oncologues discutaient autrefois des avantages respectifs de la prostatectomie chirurgicale ou de la radiothérapie avec le patient.

A l'approche de la date limite de l'accréditation des établissements, on a vu augmenter « radicalement » les indications chirurgicales poussées par les directeurs d'établissement. **Il est remarquable que les actes chirurgicaux pour cancer aient augmenté de 4,8% entre 2005 et 2010 (13). Curieusement la spécialité urologique a traité le plus grand nombre de patients. Hasard ou nécessité ?** Nécessité pour qui ? Pas pour le malade à l'évidence !

Le Haut Conseil dans son rapport thématique de juin 2008 avait anticipé la possibilité d'effets néfastes et conseillé : « les effets de la mise en place du dispositif d'autorisation doivent être suivis avec beaucoup d'attention car il va avoir des conséquences très importantes sur l'organisation des soins et un risque existe d'un glissement vers une concentration de l'offre sans forcément d'augmentation de la qualité des soins ». C'est évidemment ce qu'il s'est passé.

Le haut conseil avait bien vu dès le premier plan cancer que la machine bureaucratique était orientée sur les moyens de tout contrôler, les indicateurs étaient créés dans ce sens et les résultats sur l'efficacité, l'amélioration des patients et leur taux de survie les grands oubliés (14). Le plan suivant reproduit les mêmes travers, les aggrave, la centralisation étant de plus en plus poussée.

Le rapport des comptes de 2012 regrette que « le réexamen, qui devrait être à la hausse, des seuils d'agrément de soins en oncologie ne soit pas prévu avant fin 2012. » (15). Répétons-le : s'il existe des réseaux multiples dans d'autres disciplines, **seule la cancérologie dispose à l'heure actuelle d'un réseau unique et obligatoire. Ceci nous paraît poser un problème constitutionnel qu'il faudra bien affronter un jour.**

La RCP, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, pierre fonctionnelle de l'édifice « réseau »

La circulaire de 2005 précisait qu'une RCP est composée au minimum d'un oncologue, un chirurgien et un radiologue. L'INCa « estime qu'en 2006 les 1 286 structures RCP ont examiné plus de 310 000 dossiers, hors l'Ile de France qui restait en cours d'organisation. Leur coût est mal identifié (les dépenses d'assurance maladie en matière de pluridisciplinarité et de coordination atteignaient 36,5 M€ en 2006) » (16). En pratique et selon les réseaux, les chirurgiens de différentes spécialités, oncologues, radiologues, anatomopathologistes, psychologues, nutritionnistes, se réunissent, présentent rapidement et schématiquement les dossiers des patients (en leur absence et celle de leurs médecins traitants). La RCP peut se faire sous forme de visioconférence. Sa périodicité est variable d'une semaine à un mois avec **retard aux décisions : pourtant le cancer ne prend ni vacances, ni ponts, ni week-ends.**

L'important est de remplir les fiches, informatisées si possible, **la trace de l'acte étant devenue plus importante que l'acte lui-même.** Ces échanges sur un dossier médical avait lieu à chaque fois que nécessaire « dans le monde d'avant » sans qu'aucun d'entre nous n'ait l'idée de demander de l'argent à la sécurité sociale ! La création de postes multiples et variés de coordination, secrétariat, technicien de recherche ou autres a donné lieu à des dépenses somptuaires et à une **déferlante bureaucratique.** Ces nouveaux soldats de la science sont investis de nouveaux pouvoirs qui leur permettent de harceler chirurgiens et oncologues plus préoccupés de soigner leurs patients que de remplir des papiers. **Ils coûtent chers à la société, cochent des cases, persécutent les vrais soignants et écœurent les vrais médecins de leur vocation. Qu'a gagné le malade ?**

Perte totale de la liberté de prescription pour le patient dont la légalité pourrait être questionnée. La prescription est encadrée par les injonctions de la HAS dont **le but, avoué et écrit, est d'intégrer un maximum de patients dans les essais thérapeutiques et/ou de leur prescrire les molécules dites innovantes ...**

Changer les mentalités. Assimiler une culture différente ! Rien que cela. Finie notre médecine selon le serment d'Hippocrate, finie la réflexion du médecin après un interrogatoire rigoureux et un examen clinique précis suivi d'exams complémentaires choisis et triés et d'un long échange avec le patient. Fini le choix du meilleur traitement possible selon les connaissances actuelles de la science avec propositions thérapeutiques diverses en fonction de ce malade précis qui est en face de moi, un visage, des émotions, des antécédents familiaux et personnels, des états d'âme d'hier et d'aujourd'hui...

Fin ! il vous reste un ordinateur, des informations quantifiées et chiffrées sur le patient, sa tumeur, son étendue, ses métastases. Hop un clic et on vous impose un « protocole de traitement » correspondant le plus souvent à un essai thérapeutique à faire accepter à « votre » patient. **Toutes ces grilles réduisent la parole du patient et celle du clinicien à un pur échange d'informations techniques** que l'expert aura à codifier pour poser le diagnostic et évaluer l'effet des traitements. Le consentement « social » du patient et de son entourage sera en prime, ambigu. « L'ambivalence de la réalité psychique, les équivoques du discours, les angoisses et les désirs, ce sera pour une autre époque ... »

Avant de démarrer un traitement il faudra faire valider votre clic par la RCP dans laquelle vous présenterez le dossier en ordre de marche **sans le patient, sans son autorisation le plus souvent, sans son médecin traitant pour l'intégrer dans la base données et montrer que vous êtes un bon soldat que vous**

respectez les règles etc. Ces réunions obligatoires marquées du sceau de la bureaucratie sont devenues **des grand-messes à visée d'enregistrement sous peine de perte d'accréditation.** La seule note humaine qui subsiste est le pot offert pendant ou après la réunion par un des laboratoires très heureux de l'évolution qui consiste à inclure le patient dans les protocoles de traitement aux drogues hors de prix.

La RCP elle-même sera surveillée par le centre 3C (Comité de Coordination de Cancérologie), « cellule qualité chargée de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un établissement ou d'un territoire de santé ». Structure de contrôle de plus où l'on flique untel qui sera lui-même fliqué etc. Bref, la machine impossible à gérer, le millefeuille administratif dont la France est spécialiste. Le comité 3C sera lui-même inspecté par le centre régional qui dépend du pôle régional celui-ci dépendant du niveau national des ARS (17) qui vérifieront que la HAS (18) a bien édictée les bonnes recommandations concoctées par des experts liés à l'industrie. La HAS devra voir si l'agence du médicament nouveau modèle a donné les autorisations avant de statuer sur le niveau de remboursement. Et la sécurité sociale paiera !

Le système est une usine à gaz, à scandales, à procès, à échecs et à démoralisation généralisée au profit du marché des médicaments. Voilà le système que nous dénonçons et combattons, organisation autocrate inspirée des plus mauvais films sur le monde d'au-delà du rideau de fer. Les plus jeunes ont-ils déjà oublié ou jamais su ? On n'enseigne plus l'histoire et pourtant combien de fois avons-nous entendu dans notre jeunesse « plus jamais cela ! » ?

N'oublions jamais que la bête immonde rode toujours et que laisser la population s'habituer à ces pratiques totalitaires creuse le lit de la récurrence du cancer mais aussi du fascisme.

- (1) Des extraits du texte ont été publiés dans « Le cancer un fléau qui rapporte », Nicole Delépine, Editions Michalon.
- (2) Transféré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9 JORF 5, mars 2002.
- (3) Rapport de J.J. Denis, 2009.
- (4) Circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, décrets n° 2007-388 et n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- (5) Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins du traitement du cancer, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- (6) Art. R. 6123-88.
- (7) « Journal officiel de la République Française » Texte 35 sur 145, 22 mars 2007.
- (8) Rapport du Haut Conseil Public Thématique, page 98.
- (9) Rapport IGAS 2006 022 contrôle et évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux.
- (10) Instruction N° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».
- (11) Rapport étape 2011
- (12) Art. R. 6123-91. — « Lorsqu'une intervention chirurgicale réalisée en urgence dans un établissement qui n'est pas titulaire de l'autorisation de traitement du cancer a permis de découvrir une tumeur maligne, l'établissement donne au patient tous les soins exigés en urgence par l'état du patient ou par les suites de l'intervention, avant d'assurer son orientation vers un établissement titulaire de cette autorisation ».
- (13) « La situation du cancer en France en 2011 » document de l'INCA sur le site e-cancer.fr
- (14) « Axe 5 : Organisation des soins : Plutôt que d'aborder les solutions sous l'angle de l'organisation, il est préconisé de définir au niveau national des objectifs à atteindre, chaque région pouvant adopter l'organisation qui lui paraît la plus pertinente, sous l'autorité des ARS) en développant des indicateurs de résultats plutôt que de moyens ».
- (15) 2012 Cour des Comptes Rapport Public annuel 2012 – février 2012 page 30-31
- (16) Rapport public thématique
- (17) Agence Régionale de Santé
- (18) Haute Autorité de Santé

Lettre ouverte du Dr Nicole Delépine à Mme la Ministre de la Santé contre l'asphyxie accélérée de l'hôpital. Son objet est un plaidoyer et des propositions pour éviter la destruction programmée de l'hôpital poussant insidieusement au désespoir des patients, soignants et médecins.

Le 1er mai 2013

Madame la Ministre,

Médecin pédiatre depuis plus de 40 ans à l'hôpital public, j'ai fait la nuit dernière ce rêve étrange et pénétrant d'un hôpital qui soigne, accueille, aime, cajole, reconforte, améliore, soulage, répare le patient, du petit au plus âgé, du moins atteint au plus handicapé, du plus faible au plus armé pour la vie, du plus riche au plus pauvre, du plus fou au plus normal, de l'illettré au savant, du bien tonique au mourant.

Cet hôpital avait pour mission de soigner, guérir si on le pouvait et non pas de tuer. On n'avait pas encore imaginé la trauaille de l'année 2013, formations multiples aux LATA, je vous le donne en mille : « *limitations et arrêt de thérapeutiques actives* ». Et les hérétiques qui n'accepteront pas ces nouvelles formes de « soins » seront jetés au feu comme tous les dissidents. Ils le sont déjà. Mais ce cri d'alarme contre l'euthanasie sera l'objet d'un autre plaidoyer qu'on ne peut limiter à quelques lignes. Quand j'arrivai pour la première fois dans une grande salle commune de l'hôpital saint Antoine à Paris en 1965 en tant que stagiaire, je fus frappée par une grande chaleur humaine qui régnait malgré la promiscuité. La propreté aussi sautait aux yeux, le sol brillait ! Cela sentait bon l'eau de javel qui ne coûtait pas cher et surtout l'amour diffusé partout. Chacun à son niveau se savait utile et ne mettait pas son ego à toutes les sauces. La femme de ménage qu'on n'appelait pas encore technicienne de surface comprenait instinctivement l'importance de son office tant pour le confort que pour le bien des patients et leur guérison. On ne parlait pas de sécurité, mais elle existait et chacun en était garant. Le malade qui appelait trouvait un relais auprès du voisin pour interpeller l'aide-soignante qui ne se disait pas « *attendez, je suis en pause* » et ne se trouvait pas en salle de repos pour parler du dernier feuilleton télé avec les collègues. Pendant les heures de travail, on travaillait, c'est très bête évidemment et cette remarque me vaudra les gémonies de beaucoup, mais d'autres, à commencer par les patients seront d'accord avec moi pour dire que les infirmières dans le bocal (les locaux sont transparents quand des affiches multiples et variées n'ont pas cachées ce qu'on ne saurait voir...) cela suffit.

Sous prétexte de transmission, de tâches administratives, de préparations etc., le malade doit toujours attendre et attendre. Certes le nom de « *patient* » ne date pas d'aujourd'hui mais quand on dépense 13 % du PIB pour la santé on pourrait espérer ne pas redescendre au Moyen âge. La multiplication des cases à cocher sur le papier puis sur l'écran, des formulaires à remplir a désinvesti les soignants, médecins inclus, pour lesquels le respect des règles qui seront contrôlées par les multiples audits a remplacé l'obsession du patient par celle de la « *réglementation* ».

Que s'est-il passé ? comment en est-on arrivé là ? Dans mon rêve, une grande salle commune, d'innombrables lits serrés les uns contre les autres, des mamans serrant dans leurs bras un enfant hospitalisé et des soignants à l'écoute, des patients accueillis même s'il fallait mettre un lit supplémentaire. Bêtement à l'époque, les soigner paraissait plus important que les accueillir en client comme au *Hilton* et les laisser dehors si l'hôtel était plein. Personne n'eut imaginé refuser les malades graves sous prétexte de normes de qualité, de sécurité, de responsabilité etc. Personne n'eut imaginé que quelques décennies plus tard ce serait le directeur d'hôpital qui aurait l'autorité pour « admettre » les patients et menacerait les docteurs de sanction s'ils voulaient accepter un malade en plus du quota prévu. Et quels moyens pour échapper à ce diktat puisque tout un réseau « sanitaire » a été mis en place pour empêcher les docteurs de soigner ! Les empêcheurs de soigner en rond, flattés de leur pouvoir sur les médecins qui les dominaient depuis des lustres (avant la tragique loi de 1991), ont été créés à tour de bras : surveillantes dénommées cadre de soin, de pôle, directeur de soins de l'hôpital et du groupe, directeur du site et du groupe, chef de pôle, président de la commission d'établissement etc. L'APHP a de plus le privilège d'avoir un « siège » fort qui double encore ces mêmes fonctions. L'autoritarisme règne en maître avec des incohérences permanentes au sein des établissements. Comment expliquer les si nombreux brancards dans les couloirs des services d'urgence de l'APHP et le refus dans cette même institution d'un lit supplémentaire en oncologie pédiatrique un vendredi soir même si une chambre est libre ? L'autocratie aveugle, subjective et partisane règne partout sans respect de l'intérêt des malades, les grands oubliés des bureaucrates gestionnaires.

Comment résister à cette soviétisation destructrice de l'hôpital ? Le malade vient consulter un médecin, mais entre eux deux qui devraient pouvoir bénéficier d'un « colloque singulier », les interférences sont légion, érigeant un mur de Berlin, entraînant le désespoir voire le renoncement de trop d'entre nous (rappelons que les suicides de médecins et soignants sont beaucoup plus fréquents que dans la population générale et qu'à *France Télécom*). Les inquisiteurs nommés des *Agences régionales de santé* (ARS) font régner l'ordre, leur ordre ; et leurs capos, les directeurs d'hôpitaux et leurs subordonnés jouissent de leurs petites prérogatives. Comment résister, protéger les patients ? Impossible d'où cette lettre ouverte, seule issue visible pour un simple médecin des hôpitaux en dehors de l'abandon, de la fuite, ou du suicide. Un seul exemple : j'ai reçu la semaine dernière par mail un ukase de la cadre de pôle exigeant que les médecins de l'unité annulent à 13 heures les malades prévus dans l'après midi (certains venaient de province). Ces patients devaient être hospitalisés pour recevoir leur traitement de chimiothérapie dont chacun sait (ou devrait savoir) que le retard à l'administration entraîne des pertes de chance de survie. Ce mail m'était adressé en tant que responsable de l'unité et également à neuf cadres impliqués par cette injonction de ne pas soigner. Parmi eux au moins trois infirmières montées en grade, et qui en d'autres temps, eussent pris, pour quelques heures, le relais auprès des patients, de leurs subordonnés qu'elles sont censées encadrer. Quant au nombre d'administratifs qui se multiplient comme des petits pains, ils sont là pour gérer la pénurie (sauf la leur), imposer leur pouvoir qui satisfait leur ego et oublier le malade qui n'est qu'un gêneur encombrant.

Mme la Ministre, en quarante ans l'hôpital fut détruit ! Que s'est-il passé ? Comme le reste de la société à partir des années Reagan, Thatcher, et Mitterrand en France, l'argent devint roi, le modèle fut le *golden boy* et l'hôpital devint entreprise. Comment imaginer il y a quarante ans que les mutuelles assurances seraient cotées en Bourse... que les médecins seraient sommés de tenir compte de la tarification à l'activité pour prescrire des actes supplémentaires invasifs et souvent inutiles, et raccourcir ou allonger la durée d'hospitalisation des patients en fonction des bornes hautes ou basses de la classification sécurité sociale permettant de rapporter plus d'argent à l'hôpital (et de coûter plus cher à la sécurité sociale)... cherchez la logique du système ! Ne croyez pas que j'exagère, tout le monde le sait maintenant ! Alors plutôt que de vous donner mille exemples de cette dégénérescence de notre médecine au milieu de la destruction globale de la société, il me semble plus positif de vous proposer quelques sujets de réflexion voire quelques propositions susceptibles de redorer le blason de votre ministère et d'améliorer le sort des patients. Madame la Ministre, n'ayant pas le loisir dans une simple lettre ouverte de vous proposer un programme de restauration du système de la santé en France, je me contenterai ici d'aborder trois problèmes cruciaux dont la solution transformerait déjà rapidement le climat, redonnant fierté, estime de soi aux médecins jusque-là stigmatisés, dévalorisés, déprimés, ainsi qu'à leurs incontournables alliés auprès des malades, toutes les catégories de soignants qui subissent les mêmes tracasseries.

1 - S'attaquer sans complaisance aux conflits d'intérêt qui ruinent l'image des politiques, des experts et ruinent le budget de la Sécurité Sociale Je vous proposerai donc de vous attaquer sans attendre aux conflits d'intérêt entre l'industrie pharmaceutique, la politique et les leaders d'opinion universitaires. Si la population toujours désinformée par les médias n'en a peut-être pas pris la mesure, vous ne pouvez pas ignorer que l'affaire Cahuzac n'est que la face émergée de l'iceberg et que les rapports incestueux des décideurs sont fort partagés dans le milieu des premiers cercles du pouvoir. Monsieur Cahuzac, loin d'être une exception représenté le mode de fonctionnement de nombreux décideurs. Nous vous le démontrerons si nécessaire, mais vous avez sûrement conscience comme moi qu'une grenade dégoupillée vous menace et qu'il serait plus raisonnable d'aborder tout de suite ce dossier brûlant avant qu'il n'explode. À moins que vous ne le puissiez ? Les économies engendrées par un choix impartial, sans influence de lobbies, des médicaments recommandés et autorisés par les agences (ou mieux le ministère lui-même) permettraient des économies de plusieurs milliards d'euros annuels. Économies du budget de la sécurité sociale soi-disant recherchées mais ces gisements évidents restent oubliés.

2 - S'attaquer aux agences sanitaires multiples et variées source de gabegie, de paralysie et d'inefficacité. Dans un deuxième temps, je vous ferai quelques propositions pour assainir le pouvoir de décision en santé curieusement accordé aux multiples et une agences qui se permettent de faire la pluie et le beau temps en votre nom sur la vie et la mort des hôpitaux ainsi que sur celles des patients en imposant leurs démarches thérapeutiques et en diabolisant les autres voies possibles. Les économies rapidement obtenues par votre seule volonté politique seront la récompense au courage qu'il ne manquera pas de vous falloir pour affronter tous les bénéficiaires de ces petites combines organisées qui permettent aux hauts fonctionnaires de se recaser après un changement de gouvernement et aux fonctionnaires de bénéficier de salaires non limités dès lors qu'ils sont affectés hors du ministère.

3 - Abrogation de la loi « Hôpital patients santé territoire » promulguée par vos adversaires politiques et que vous maintenez en l'état malgré les « promesses de campagne » du président Hollande qui s'appuie pourtant souvent sur celles-ci pour faire passer des lois qui divisent les Français. Pourquoi cette promesse est-elle oubliée ? Pourquoi ?

4 - En conclusion, et avec ces quelques propositions que nous pourrions développer à votre demande, peut-être éviterions nous ensemble que notre hôpital public et nos patients ne subissent de fait une euthanasie au moins passive. Quant à la médecine de ville que vous maltraitez tellement pour des raisons qui paraissent obscures, ce sera l'objet d'une autre lettre probablement mieux rédigée par mes collègues qui la vivent tous les jours mais partagent avec moi cette sensation terrible de destruction rapide de notre système de santé malgré son coût faramineux, un des plus élevés du monde. Je vous conseille de suivre régulièrement leur actualité en consultant « *les médecins ne sont pas des pigeons* ». Cela vous permettra, Madame la Ministre d'éviter d'être coupée du monde réel comme le sont trop souvent les ministres. Je crains, Madame que vous n'y échappiez pas. Je vous remercie de l'attention que vous ne manquerez pas de prêter à ces propositions raisonnables et rapidement applicables. Je vous adresse mes sentiments respectueux.

Dr Nicole Delépine

Pédiatre Oncologue

Responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique de l'Hôpital Universitaire Raymond Poincaré Garches AP/HP.

Mots-clés : *loi, médecine, cancer, has, institut national du cancer*

Le Vérateur



DELEPINE Andree

Je suis oncologue, pédiatre et auteure des essais : « Le cancer, un fléau qui rapporte » (Editions Michalon, 2013), « La face cachée des médicaments » (Editions Michalon, 2011) et « Ma liberté de soigner » (Editions Michalon, 2006). J'ai également un site internet : www.nicoledelepine.fr.

1 Vérité | 8 soutiens