

## REQUIEM (provisoire ?) POUR LA CONTINUITÉ DANS LES SOINS

Comme le suggère le titre de cet exposé, la continuité des soins est un aspect de la médecine qui me semble être en déclin.

Cela ne signifie pas pour autant qu'autrefois, la continuité des soins était satisfaisante : souvenons-nous qu'il y a quelques décennies, elle n'était pas fameuse :

- On n'appelait pas souvent le médecin généraliste, parce que c'était coûteux et mal remboursé.
- On avait rarement recours à un médecin spécialiste, car ils étaient peu nombreux et éloignés.
- Les infirmières ne venaient pas beaucoup à domicile.
- La chirurgie était efficace, mais la médecine n'avait pas de médicaments pour la plupart des maladies chroniques.
- Les soins étaient parcimonieux. Ils ne pouvaient donc pas être continus.

La continuité des soins a ensuite atteint une sorte d'optimum, lorsque beaucoup d'entre nous étions en milieu de carrière :

- On pouvait être reçu sans rendez-vous par un médecin en quelques heures : il suffisait d'aller dans la salle d'attente.
- Quand le médecin demandait une hospitalisation, l'hôpital trouvait immédiatement un lit disponible, même si c'était parfois une couchette.
- Toute demande d'examen radiologique était satisfaite dans la journée. Il n'y avait pas de liste d'attente pour se faire opérer.

C'est à cette époque que s'est développée la Médecine de la Personne, qui implique généralement une continuité dans les soins.

Mais le système s'est progressivement grippé. Aujourd'hui, se faire soigner est possible, mais c'est plus lent, mal coordonné, peu efficace. Pourquoi ce déclin de la continuité des soins ? Je vais vous exposer mon point de vue, qui est pessimiste.

Ce sera un point de vue largement personnel. Je ne suis pas un chercheur qui fait des statistiques incontestables. Je n'ai pas les outils d'un historien de la médecine. Ni ceux d'un sociologue qui étudie les changements de comportement au sein d'une société. Je ne suis pas un philosophe capable de distinguer ce qui est sage et ce qui est funeste.

Non, ma vision est rétrécie par les limites inhérentes à mes identités :

- Je suis un soignant,
- Je suis français,
- Je suis partisan d'une médecine scientifique,
- Je suis persuadé que la relation à autrui est le nœud de l'existence.

Toutes ces appartenances personnelles font que mon avis sur la continuité des soins est partiel. Un malade vous exposerait un point de vue différent. De même qu'un chirurgien, un Anglais ou un aromathérapeute : tous sont confrontés à d'autres réalités de soins que les miennes. Mon point de vue sera donc incomplet. Ce qui est

incomplet est toujours inexact. Veuillez m'en excuser. Nous aurons les discussions en petit groupe pour compléter, corriger et contredire mes observations.

Il s'agit d'un sujet médical. Je vais donc suivre un plan familial aux étudiants en médecine. Ça nous rajeunira :

## I. DÉFINITION

Dans le programme de Northampton, Kathy donne cette définition : « Qu'est-ce que la continuité des soins ? Pour moi, il s'agit de revoir la même personne ».

Kathy nous fournit là une définition de la continuité dans les soins très simple et très claire : la meilleure définition, à mon avis.

Cette définition d'une clinicienne indique que la continuité des soins implique une relation personnelle dans la durée. Remarquons que c'est la condition même de la Médecine de la Personne, avec ses deux volets généralement indispensables au malade, comme l'indiquait Paul Tournier :

- L'acte médico-technique
- Et l'accompagnement humain.

Et je vais au-delà : il arrive parfois que la continuité des soins se limite au second volet : je vais systématiquement à l'hôpital le dimanche pour voir mes malades hospitalisés. Une fois sur deux, ma visite est inutile sur le plan purement technique, car la maladie en cours ne nécessite aucune intervention dominicale. C'est une visite de courtoisie. Mais cette courtoisie n'est-elle pas une thérapeutique, et même une thérapeutique polyvalente ? Grâce à elle, avec un peu de chance, le malade dormira mieux jusqu'au lundi matin que si j'avais prescrit un hypnotique. Il sera mieux protégé contre l'ulcère de stress que par son comprimé d'anti-acide. Il aura moins de douleurs et d'échappements tensionnels.

Aller bavarder "inutilement" avec un malade le dimanche, et parfois avec sa famille venue le visiter, c'est ça la continuité. De même que l'antique visite à domicile qui ne se pratique plus guère : les généralistes qui connaissent la salle à manger de leurs malades sont une espèce en voie de disparition comme le rhinocéros blanc. Sauf qu'actuellement, il y a des gens qui s'activent pour sauver le rhinocéros blanc, mais il n'y a pas grand monde pour préserver la visite à domicile : la continuité des soins s'amenuise parce que son intérêt ne semble plus évident.

Bien entendu, la continuité ne signifie pas qu'un malade est constamment soigné par un seul et même soignant : il est courant qu'un malade ait simultanément besoin d'un généraliste, de quelques spécialistes et de plusieurs infirmières. La pluralité des intervenants est une bonne chose pour la qualité des soins, lorsque c'est une pluralité de rôles et une pluralité de compétences. La situation se gâte :

- Quand le généraliste n'est disponible qu'en pointillés,
- Quand on consulte au fil d'une maladie un spécialiste qui n'est jamais le même,
- Et quand l'infirmière ou l'aide-soignante change tous les jours.

## II. INTRODUCTION

Dans les soins, en quelques décennies, on est passé d'une grande continuité à une grande discontinuité. Cette discontinuité est parfois planifiée délibérément. Mais le plus souvent elle est subie (avec fatalisme) et régulée (tant bien que mal) : disons qu'on est passé, du moins en France, de la médecine de Claude Jacob à la médecine de Pierre Carnoy (qui est un médecin régulateur, justement !). Tous les deux faisant, bien sûr, du mieux possible, mais chacun dans un contexte radicalement différent.

Vous connaissez presque tous Claude Jacob. Vous vous rappelez peut-être qu'il exerçait comme généraliste dans une région de montagne. À ses débuts, il n'y avait pas d'autre médecin installé à proximité, sauf son épouse Geneviève. Les cabinets de groupe n'existaient pas. S.O.S.-Médecins n'existait pas non plus. Il n'y avait pas de service d'accueil des Urgences. Il n'y avait même pas d'organisation pour que les médecins d'un territoire se partagent les gardes. Les malades de Claude n'avaient affaire qu'à lui, aussi bien en journée pour une consultation ou une visite à domicile, que la nuit en cas d'urgence ; aussi bien en semaine (tous les jours de la semaine) que le week-end (tous les week-ends). Sauf quand Claude partait en vacances.

On voit que l'activité professionnelle empiétait fortement sur la vie privée. C'est devenu inconcevable bien sûr dans la société d'aujourd'hui. Mais à côté de cet inconvénient, il faut imaginer l'efficacité d'un tel système :

- Quand on appelait LE médecin, il vous connaissait en général corps et âme depuis des années. Il avait en mémoire vos antécédents, vos vulnérabilités, votre psychisme et même les caractéristiques de votre logement.
- Le diagnostic était plus sûr, plus rapide, et avait moins besoin d'examen complémentaires.
- La connaissance mutuelle facilitait l'évaluation correcte de la gravité du symptôme et du degré d'urgence.
- Elle réduisait aussi l'anxiété du malade, et nous savons bien que cette confiance, ce réconfort, sont une part plus ou moins importante du traitement dans de nombreuses maladies.
- Le suivi de l'évolution se faisait dans des conditions favorables pour le malade, car il était assuré de toujours pouvoir recontacter un soignant familial, bien informé de son cas, sans délai ; ne rêvez-vous pas aujourd'hui, lorsque vous êtes malade, d'une telle accessibilité ?
- Ce suivi clinique se faisait dans de bonnes conditions aussi pour le médecin : il pouvait observer personnellement le résultat de ses thérapeutiques : à défaut de cette observation continue, il est malaisé d'acquiescer de l'expérience professionnelle.

Aujourd'hui, la continuité des soins est devenue aléatoire : c'est ce que j'ai appelé la médecine de Pierre Carnoy. Mais attention, c'est une façon de parler : en premier lieu, Pierre n'y est pour rien, c'est l'époque qui est responsable. En second lieu, les médecins comme Pierre assurent encore une belle continuité, si on fait la comparaison avec ce qui se passe ailleurs, notamment avec mon travail actuel de néphrologue à temps très partiel ! Néanmoins, que de changements par rapport à la médecine rurale de Claude Jacob :

- Aujourd'hui, on n'est reçu que sur rendez-vous. Il est exclu de se rendre au cabinet de son généraliste au moment où en a besoin, en patientant dans la salle d'attente.
- Presque aucun médecin n'est disponible chaque nuit pour ses patients habituels. Ni le week-end.
- En général, le médecin n'est pas joignable non plus après la fermeture du cabinet, qui ferme souvent à 17 heures.
- La plupart des médecins partent en vacances plusieurs fois par an.
- Un bon nombre de médecins travaillent à temps partiel, quelquefois deux jours par semaine seulement.
- Un certain nombre habitent loin de l'endroit où ils travaillent.

Pour le malade, on est donc passé d'une époque où le médecin était un interlocuteur familial, stable et accessible, au système actuel, où le médecin est une sorte de denrée rare, changeante, et imprévisible.

Dans un éditorial de la revue *Annals of Family Medicine*, un auteur de l'université d'Amsterdam constate le déclin de « la continuité des soins en médecine familiale » aux États-Unis et en Grande-Bretagne « depuis plusieurs décennies »<sup>1</sup>. Il déplore ce déclin : la continuité, écrit-il, est en effet corrélée :

- à une diminution de la mortalité
- à une meilleure qualité de vie
- à une diminution des admissions aux Urgences
- à une diminution des hospitalisations
- à une meilleure satisfaction des malades et des médecins.

Un article de la même revue nous apprend qu'au Canada, dans la province de l'Alberta, la continuité des soins a diminué en 2015, avec tous les effets négatifs énumérés dans l'éditorial. Comme solution, les auteurs préconisent de développer la téléconsultation, ce qui me semble paradoxal.

Remarquons que ce changement regrettable a tout de même quelques avantages. Par exemple, les médecins ont une vie privée mieux préservée, tandis que les malades ont une offre de soins plus large, plus spécialisée, et

---

<sup>1</sup> Otto R. Maarsingh : «The Wall of Evidence for Continuity of Care : How Many More Bricks Do We Need ?», *The Annals of Family Medicine*, May 2024, 22 (3) 184-186; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.3116>

plus performante : le radiologue avec son échographe fait des diagnostics de cancer du rein qu'un clinicien n'aurait jamais pu faire avec la palpation manuelle.

Tâchons, pour commencer, d'énumérer les causes de cette perte de continuité des soins.

### III. ÉTIOLOGIE

#### \* NOS POPULATIONS ONT BESOIN DE SOINS PLUS NOMBREUX :

Le nombre d'actes de soins à réaliser augmente pour plusieurs raisons :

Première raison : La population vieillit car l'espérance de vie s'améliore fortement <sup>2</sup>. Pour simplifier, observons seulement l'espérance de vie masculine en France :

1950	63 ans
2000	75 ans
2022	79,3 ans

On voit que depuis la naissance de beaucoup d'entre vous, l'espérance de vie a extraordinairement augmenté (et pourtant, la France n'est qu'au septième rang en Europe). Impossible d'assurer la continuité des soins à moyens constants, avec une aussi forte augmentation de la population à soigner ! Une population plus âgée a généralement besoin de davantage de soins... donc de soignants plus nombreux.

Petite parenthèse : l'espérance de vie est légèrement meilleure en France qu'en Grande-Bretagne. Cela m'amène à douter que l'interdiction des boissons alcoolisées à Northampton soit favorable à la longévité anglaise.

Deuxième cause de l'augmentation des soins : les recommandations, ou guidelines, ou bonnes pratiques : elles obligent à multiplier les actes de soins. Non seulement pour une maladie donnée, mais aussi chez les personnes sans maladie apparente : comme le disait plaisamment Aldous Huxley (1894-1963) « La médecine a fait tellement de progrès que plus personne n'est en bonne santé. »

Ainsi, en cas de diabète, le malade doit être surveillé à intervalles réguliers et précis par l'ophtalmologue et par le néphrologue. Par conséquent, tous les malades qui ont une clairance de la créatinine basse me sont adressés. Quelquefois, cette anomalie biologique traduit une maladie rénale réelle, et ma consultation est éventuellement bénéfique. Mais d'autres fois, la baisse de clairance est uniquement due à la faible masse musculaire du consultant. Ses reins sont en parfait état. La consultation néphrologique est dans ce cas inutile. Mais le protocole la rend obligatoire : le protocole s'impose comme un dogme. Ce genre de consultations superfétatoires submerge les tableaux de rendez-vous et empêche de s'occuper des vrais malades, ceux qui ont une véritable insuffisance rénale. Tant pis pour la continuité !

Dans toutes les spécialités, de tels actes inutiles se multiplient.

#### \* LA DURÉE DE RÉALISATION D'UN SOIN S'ALLONGE.

Certes il arrive, bien heureusement, que la médecine moderne soit plus efficace et plus rapide. Une fracture du fémur entraînait autrefois une hospitalisation d'un ou deux mois avec le membre inférieur en traction. Aujourd'hui, le chirurgien pose une prothèse de hanche, et le patient peut quitter l'hôpital après quelques jours. Une hémorragie digestive ne relève plus de la chirurgie laparotomique longue et lourde : elle est stoppée par voie endoscopique, en posant rapidement des clips.

---

<sup>2</sup> Espérance de vie en France :

« Au regard des données étudiées, la France apparaît comme un bon élève en Europe en matière de santé. Entre 1990 et 2019, l'espérance de vie en France est ainsi passée de 77,2 ans à 82,9 ans, ce qui place la France au 7ème rang européen, derrière l'Islande, l'Italie et l'Espagne mais devant la Suède, l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

La performance de la France est encore plus notable concernant l'espérance de vie en bonne santé, qui est passée de 67 ans en 1990 à 71,5 ans en 2019 : la France est au 4ème rang européen, seuls l'Islande, Israël et l'Espagne obtenant de meilleurs résultats que nous. »

Dans ma spécialité :

- la durée d'une séance de dialyse diminue régulièrement, grâce à des techniques d'épuration plus performantes. En 1960, une séance durait 24 heures. En 1980, huit heures. Au début de ce siècle, seulement quatre ou cinq heures. En 2024, nos dialysés ne restent branchés que quatre heures, ou même moins.
- Il y a deux mois, on a réalisé aux USA la première greffe de rein sans anesthésie générale. Une anesthésie péridurale a suffi. Le greffé est rentré à son domicile après 24 heures d'hospitalisation. Il y a trente ans, nos greffés restaient trois jours en chambre stérile, puis dans une chambre d'hôpital au moins un mois, quand il n'y avait aucune complication. Ce qui était rare.

De tels progrès sont majeurs. Ils ont permis de réduire le nombre de lits d'hôpital.

Néanmoins, il arrive souvent, à l'inverse, que les soins soient aujourd'hui plus longs que naguère, car les techniques sont plus complexes, et les précautions infinies.

À l'époque de Louis Bergouignan (un des fondateurs en France de la Médecine de la Personne), l'appendicite était un problème rapidement résolu : on ne faisait aucun examen complémentaire. L'appendicectomie était réalisée sans délai. L'opération était brève : quelques dizaines de minutes.

Aujourd'hui, la prise en charge est allongée car elle s'est sophistiquée :

- On évalue biologiquement l'inflammation.
- On évalue radiologiquement la morphologie de l'appendice.
- On choisit volontiers de temporiser, en se donnant un délai d'observation clinique, plutôt que d'inciser sans délai. De toutes façons, les impératifs financiers font qu'on essaie au maximum de repousser l'intervention à un moment économiquement favorable : pas question de faire ouvrir un bloc opératoire aux heures de fermeture, c'est trop coûteux.

Y compris en cas d'urgence ? Je crains que oui : par exemple, nous savons qu'une occlusion intestinale doit normalement être opérée avant la sixième heure pour limiter le risque de nécrose. J'ai récemment vu un malade qui m'était cher attendre plus de 23 heures, pour optimiser le planning opératoire d'un hôpital privé.

Une remarque au passage concernant l'efficacité médicale aujourd'hui, car elle a un rapport avec la disponibilité des médecins, donc avec la continuité des soins : dans plusieurs pays, dont la France, l'organisation sanitaire est déficiente. De plus en plus déficiente. Les médecins en fin de carrière constatent communément que pour les remplacer, il faut trois jeunes médecins. En néphrologie, ça semble vrai à peu près partout : les jeunes médecins sont compétents, et pourtant ils fournissent un travail à certains égards dégradé : c'est notamment la continuité des soins qui est déficiente. Pourquoi ? On a du mal à distinguer la cause de ce véritable naufrage de l'efficacité. Apparemment, l'inefficacité ne résulte pas d'un manque d'argent ni d'un manque de médecins, ni d'un manque de compétence. C'est un défaut général d'organisation de nos sociétés. Peut-être un excès d'organisation ! J'en vois un argument dans le fait que nos malades ne souffrent pas d'un manque de continuité seulement dans les soins, mais aussi dans les transports sanitaires, ou pour être aidés à leur domicile.

Mais qu'est-ce qui provoque précisément ce problème d'organisation ?

- Est-ce l'excès de pouvoir de l'administration ?
- L'excès d'exigence des malades ?
- L'excès de réglementation ?
- L'insuffisance de profit ?
- L'immaturation de l'informatisation ?

Jusqu'à présent, face à cette dégradation du système de soins, personne n'est d'accord sur le diagnostic causal, et donc personne n'a trouvé la solution. Quoi qu'il en soit, le résultat est patent : l'efficacité des soins est faible, les soignants sont épuisés, les malades sont insatisfaits, et la continuité des soins s'étiologie.

## \* LE TEMPS DÉVOLU AU TRAVAIL DIMINUE PARTOUT, Y COMPRIS CHEZ LES SOIGNANTS

Chaque homme a des identités multiples : il a un métier, une situation familiale, un positionnement politique, une aspiration spirituelle, un loisir favori, un talent personnel, etc. Toutes ces activités ont de l'importance, mais toutes entrent en concurrence : si on est passionné de sport, on aura moins de temps à consacrer à

sa famille ou à son métier. Jadis, l'identité principale de quelqu'un, c'était la profession qu'il exerçait. Dans l'interrogatoire de nos malades, nous n'omettons jamais de demander quelle profession il a exercé.

Se consacrer à son métier tenait beaucoup de place dans une journée, et tout au long de la vie. Le travail rognait sur les autres occupations. Pourquoi ? D'une part, le travail était davantage considéré comme une valeur et un devoir. D'autre part, les codes sociaux n'autorisaient pas l'oisiveté.

Comme d'autres, les médecins d'autrefois rechignaient peu à travailler 70 heures par semaine. Ils acceptaient qu'on les dérange à tout moment. C'est désormais moins vrai : en 2015, les généralistes hommes travaillaient en moyenne 59 heures par semaine, et les femmes 53 heures.

Car l'épanouissement personnel est aujourd'hui en concurrence avec le devoir solidaire de travailler. Une de nos figures politiques de gauche, candidate pour être Présidente de la République, a déclaré en 2022 « Le travail est une valeur de droite », ce qui voulait dire « Travaillons le moins possible ! ». Tout se passe comme si un bon nombre de Français partageaient cette conviction singulière : délibérément et sans remords, ils ne travaillent que par intermittence, ce qui est rendu possible par de nombreux mécanismes. Vraiment très nombreux et très utilisés :

- Par exemple, de 1988 à 1996, l'administration payait les médecins libéraux pour qu'ils cessent de travailler à 60 ans et partent immédiatement en retraite. De 1996 à 2003, on les a même payés pour qu'ils partent dès 56 ans !
- Actuellement encore, la réglementation incite les soignants salariés à travailler moins : l'heure de travail d'infirmière est davantage payée quand elle travaille à temps partiel que quand elle travaille à temps plein.

Cette réduction du temps de travail perturbe mécaniquement la continuité des soins. Dans certains services hospitaliers, chaque jour de la semaine, du lundi au vendredi, c'est un médecin senior différent qui fait la visite aux malades hospitalisés. Cette valse est la même pour les jeunes médecins : quand j'étais interne, nous étions présents dans notre service cinq jours et demi par semaine. Actuellement, les internes ne sont plus présents que trois jours sur sept, à cause de leurs cours magistraux et à cause du repos obligatoire après leurs gardes. En médecine de ville, les délais de rendez-vous sont si longs que parfois, les malades ne consultent pas leur médecin habituel, mais un inconnu : celui qui leur donnera le rendez-vous le plus rapide. C'est la continuité zéro.

### \* LA PROFESSION MÉDICALE SE FÉMINISE.

De nos jours, les jeunes médecins sont principalement des femmes. C'est un changement récent, rapide et profond :

	Hommes	Femmes
1985	75 %	25 %
2000	64	36
2008	60 %	40 %
2020	49,5 %	50,5 %

Ce changement va s'accroître, car parmi les jeunes qui veulent étudier la médecine, il y a une majorité de filles. Une majorité féminine aussi parmi ceux qui réussissent le concours d'entrée. C'est surprenant puisque nous avons appris en anatomie que le volume du cerveau masculin est 1500 ml en moyenne, contre 1400 ml pour les cerveaux féminins... Mais tout se passe comme si les filles utilisaient beaucoup mieux ce cerveau plus petit. De sorte que bientôt les médecins seront des femmes à une majorité écrasante, surtout dans la catégorie des jeunes médecins.

Est-ce que ce changement sociologique compte pour la continuité des soins ? Oui, car ce sont principalement les femmes (jusqu'à présent...) qui sont parfois amenées à s'absenter pour congé de maternité. Absolument rien n'est prévu pour les remplacer, même quand elles occupent un poste important. On dirait que pour l'administration, le diagnostic de grossesse est impossible avant sept mois et demi. Dans mon hôpital, quand une jeune femme médecin s'absente avant et après son accouchement, seul un interne la remplace tant bien que mal. De toutes façons, même un remplacement constitue une rupture de continuité des soins.

## \* L'ENTRÉE DANS LA VIE PROFESSIONNELLE EST PLUS TARDIVE.

La majorité des jeunes médecins fraîchement diplômés retardent leur installation définitive. Ils pratiquent pendant plusieurs années une médecine en miettes. Certains font des remplacements, un jour par semaine, dans trois ou quatre endroits différents.

D'autres vont travailler, pendant des périodes plus ou moins courtes, dans les hôpitaux de régions variées, pour tester ce qui leur conviendra le mieux. La conséquence pour les malades, c'est qu'ils ne cessent pas de voir des médecins inconnus et provisoires. D'autant plus que ces médecins vagabonds travaillent délibérément assez peu, par exemple six mois par an. Et cela pendant une dizaine d'années, avant de se stabiliser géographiquement.

## \* LES MÉDECINS CHANGENT PLUS SOUVENT DE LIEU D'EXERCICE.

L'instabilité géographique n'existe pas seulement en début de carrière, comme on vient de le dire.

Il y a en France 230 200 médecins. Parmi eux, plus de 23 000 ne sont pas Français. À ce chiffre, il faut ajouter plus de 10 000 médecins dont le diplôme est étranger, mais qui ont acquis la nationalité française. Ces chiffres augmentent sans cesse, car le flux des médecins étrangers qui viennent chaque année, heureusement pour nous, exercer en France est impressionnant : ils représentent 48 % des nouveaux inscrits<sup>3</sup>. La proportion de médecins à diplôme étranger est particulièrement forte dans les hôpitaux publics : plus d'un tiers<sup>4</sup>. Dans mon propre hôpital, c'est 71 %.

On assiste à une sorte de mondialisation des soins. Elle rend de grands services, mais elle n'est pas exemplaire en matière de continuité des soins, car les médecins à diplôme étranger sont particulièrement mobiles géographiquement. Qu'ils arrivent de Roumanie, de Syrie ou d'Algérie, ils n'ont pas d'attache territoriale en France. N'ayant pas de raison de se fixer dans une ville ou un hôpital, ils naviguent souvent d'une région à l'autre.

Je vous en donne une illustration particulière : on manque gravement d'ophtalmologues dans la région montagneuse isolée où je travaille. Pour remédier à cette pénurie, on a mis en place une coopération avec un pays proche mieux développé, la Suisse : Chaque mois, un ophtalmologue de Zürich vient dans notre hôpital pendant une journée pour opérer nos malades, et repart le soir même. Il ne rencontre pas les malades avant de les opérer de la cornée, du cristallin, ou même d'un décollement de rétine. Il ne les rencontre pas davantage le lendemain de l'intervention. Il m'explique que cette organisation est satisfaisante :

- Il étudie à distance le dossier des malades avant de venir les opérer.
- En cas de problème post-opératoire, il les voit en téléconsultation depuis Zürich.

Puisque les malades acceptent ce système, on peut en déduire qu'ils l'approuvent. Sans cette solution, ils trouveraient difficilement le spécialiste dont ils ont besoin. Sans doute ont-ils de la gratitude pour cet ophtalmologue suisse. S'il y a des médecins suisses dans la salle, je salue leur engagement en faveur de ce pays sous-développé qu'est la France, de même que les Gabonais savaient gré à Albert Schweitzer de venir les opérer à Lambaréné.

Mais tout de même : se faire opérer un œil est toujours une angoisse pour le malade. Ne pas récupérer complètement la vision le lendemain d'une phacectomie est une situation courante, dans laquelle l'opéré de la veille aurait grand besoin de rencontrer son chirurgien pour obtenir des explications rassurantes. Peut-on se satisfaire d'une présence à ce point discontinu d'un médecin — un jour sur trente — auprès de ceux qu'il soigne ?

## \* LES CONFLITS SOCIAUX PERTURBENT LA CONTINUITÉ DES SOINS.

Ces dix dernières années, la France a connu à onze reprises des protestations de rue majeures. Elles allaient bien au-delà de défilés de manifestants. C'étaient plutôt des insurrections, avec saccages, pillages et incendies pendant plusieurs jours ou plusieurs nuits. On dénombre au moins 18 morts, et des blessés par cen-

---

<sup>3</sup> Chiffre de 2013 : 48 %

<sup>4</sup> Proportion de 2008 : plus d'un tiers.

taines. Lors de ces jours de tumulte, d'une part les déplacements peuvent être dangereux, et surtout ils sont rendus plus ou moins impossibles : la circulation est délibérément bloquée par les émeutiers, ou interdite par les policiers. Les malades peuvent difficilement se rendre à l'hôpital. Quand ils ont besoin d'une séance de dialyse, ou de chimiothérapie, cette perte de continuité des soins est dangereuse. Elle peut être mortelle.

Dans un service de dialyse, l'inquiétude monte quand les dialysés qu'on attend n'arrivent pas à l'heure prévue, parce que leur taxi est immobilisé par une barricade ou dans le blocage d'une autoroute : ce dialysé va-t-il mourir d'hyperkaliémie ou d'œdème pulmonaire ?

Je ne connais pas de cas qui se soit produit en France métropolitaine, mais il y a eu plusieurs décès dans ces circonstances en Guadeloupe, où les manifestants sont particulièrement déterminés. On peut craindre que le même drame se soit produit ces derniers mois en Nouvelle-Calédonie : cette île française d'outre-mer a été paralysée par des émeutes meurtrières. Les routes étaient totalement impraticables, à moins de risquer d'essayer un tir d'arme à feu. Il y a 700 dialysés dans l'île. Sur le moment, on a su qu'ils étaient tous en danger de mort, ne pouvant pas se rendre dans leur centre de dialyse. On ignore toujours le bilan de cette rupture dangereuse de la continuité des soins.

### **\* LES MÉDECINS SONT ABSORBÉS PAR D'AUTRES TÂCHES QUE LES SOINS.**

Vous le savez tous, et vous en souffrez tous : les médecins consacrent désormais une large partie de leur temps à d'autres activités que les soins.

Qu'est-ce qui nous prend des heures ?

- Le téléphone,
- Les documents administratifs à remplir,
- Les prescriptions rendues interminables par l'informatisation,
- Les réunions,
- L'élaboration des stratégies de financement,
- Les transmissions,
- La traçabilité.

Quand il nous reste un peu de temps après tout cela, on s'occupe des malades. C'est absurde. Cette absurdité rend moins disponibles et peu efficaces non seulement les médecins, mais les autres soignants : quand une infirmière fait un pansement de plaie, elle soupire « C'est plus long d'écrire sur le dossier ce que j'ai fait, que de faire le pansement lui-même ».

Dans ces conditions, la continuité des soins passe à la trappe : lorsqu'une séance de dialyse est délicate, je devrais en principe aller jeter un coup d'œil sur le générateur de dialyse toutes les heures pour bien observer les variations d'hydratation du malade. Au lieu de cela, j'évalue la situation en une seule fois, sachant que je n'aurai pas le temps de revenir. Puis je dois passer le reste de la matinée dans mon bureau. Résultat : le dialysé termine sa séance pas aussi déshydraté qu'il le faudrait. C'est néfaste à long terme pour sa tension, sa souplesse artérielle et sa performance cardiaque. Sans disponibilité des soignants, la surveillance continue n'est pas possible, et la qualité des soins devient imparfaite. On finit par se résigner à cette médiocrité.

### **\* LES EXIGENCES DE L'ÉCOLOGIE COMPROMETTENT LA CONTINUITÉ DES SOINS.**

Comment les préoccupations écologiques peuvent-elles impacter négativement la continuité des soins ?

La planète se réchauffe dangereusement, à cause des émissions de CO<sub>2</sub>. Il est impératif de fixer le plus possible ce carbone néfaste que nous émettons. On doit donc préserver les forêts, et pour cela, réduire notre consommation de papier.

La chasse au papier est donc devenue une activité obsessionnelle dans le monde des soins :

- Utiliser un ordinateur est vu comme un signe de vertu,
- Utiliser papier et stylo frise l'inconscience,
- Recopier des données est un péché,
- Imprimer un document est un crime contre l'humanité.

- Les secrétaires reçoivent de leurs supérieurs fanatiques l'ordre de supprimer les dossiers-papier des malades. La seule solution qui reste offerte au médecin est d'aller sur l'ordinateur quand il veut explorer l'épais dossier d'un malade. Tous les renseignements voulus s'y trouvent. Mais en pratique, ils sont en grande partie introuvables !  
On le sait. On renonce donc à faire des recherches chronophages, qui ne permettraient pas d'améliorer la santé du malade, mais plutôt de détériorer celle du médecin. On soigne plus ou moins à l'aveuglette, sans trop savoir quels sont les antécédents du malade ni quels médicaments il prend. À moins d'avoir une mémoire d'éléphant, on a l'impression de repartir à zéro lors de chaque nouvelle consultation. Bonjour la continuité des soins...

## \* QUAND LA DIVERSITÉ RACIALE OU CULTURELLE FAIT OBSTACLE À LA CONTINUITÉ DES SOINS.

Pour un dialysé, la continuité des soins idéale, c'est d'être un jour greffé, pour échapper aux contraintes pénibles de la dialyse.

Chez Mlle Fatima G. (le nom et le prénom sont modifiés, ainsi que certaines données qui pourraient permettre son identification. Idem dans la suite de ce texte), cette solution idéale qu'est la greffe est particulièrement souhaitable. Fatima est jeune : 37 ans. Elle travaillait comme assistante dans une école maternelle. Brutalement, en novembre 2023, ses reins ont été détruits par une microangiopathie thrombotique (maladie hémolytique rare).

En dehors de cette destruction rénale, elle est en parfaite santé, pleine de vie et de projets. La greffe lui redonnerait une existence normale sur le plan social et professionnel. Il y a un mois, elle me demande combien de temps elle risque d'attendre avant d'être greffée.

Je n'ai pas de réponse précise — c'est impossible — mais je lui fournis deux éclairages :

- Premièrement, étant en bonne santé, elle attendra probablement moins que la moyenne.
- Deuxièmement, étant d'origine tunisienne, elle attendra probablement plus que la moyenne. En effet, même si les Tunisiens sont des Blancs, ils n'ont pas exactement les mêmes gènes HLA que d'autres Blancs dits "caucasiens"<sup>5</sup> : les Français autochtones. Trouver en France un greffon adapté au génotype d'une Tunisienne est moins probable statistiquement.

En d'autres termes, pour des raisons génétiques — on pourrait dire aussi : raciales —, il vaut mieux, pour la continuité de certains soins, être pris en charge médicalement dans son propre pays.

C'est vrai de surcroît pour des raisons qui ne sont pas raciales, mais culturelles : les personnes de culture musulmane sont généralement opposées au don d'organe. Ou plus précisément, ils acceptent de recevoir un organe, mais ils ne veulent pas être donneurs. Tel est le cas de la famille de Mlle G. Aucun de ses frères et sœurs n'accepte de lui donner un rein. Les communautaristes jugent que ce comportement est un fait culturel respectable. Les néphrologues s'en désolent. Ils font face en effet à une impasse thérapeutique particulièrement absurde sur le plan rationnel :

- C'est dans les familles musulmanes que le don de rein serait la solution la plus facile, parce que les fratries y comptent beaucoup plus de frères et sœurs que chez les Français autochtones.
- Mais c'est dans ces familles que le refus de don est le plus ancré culturellement.

Ailleurs aussi, la culture impacte fortement les possibilités de transplantation :

- Les Africains sont réfractaires au don d'organe.
- Les Japonais aussi.
- En Iran, la misogynie fait que les femmes donnent et que les hommes reçoivent.
- En Chine, les reins de condamnés à mort sont prélevés et commercialisés chaque année par milliers.

## \* LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ INCITE À MORCELER LES SOINS.

---

<sup>5</sup> Le terme "caucasien" est flou : en France, il désigne les populations d'Europe, du Levant et d'Afrique du Nord. Aux USA, il désigne les Européens.

À une époque pas si ancienne, quand on accueillait un malade polyopathologique dans un lit d'hôpital, il bénéficiait d'une sorte de confort (relatif) : il pouvait rester dans ce même lit, être pris en charge par les mêmes médecins, parler avec le même interne, être piqué par les mêmes infirmières, être materné par les mêmes aides-soignantes, pendant tout le temps où on soignait son insuffisance cardiaque, son diabète, sa BPCO, et même sa sclérose en plaques ou son infarctus myocardique.

Mais de nos jours, le confort de cette stabilité relationnelle n'existe plus. Pourquoi ? En partie parce que les médecins se sont spécialisés, ce qui peut améliorer la compétence. Mais aussi parce que la tarification des soins a changé, et impose sa loi absurde et nocive. On a mis en œuvre, d'abord aux États-Unis, ensuite en France, la "tarification à l'activité" : pour chacune des maladies qu'on vient d'énumérer, une rémunération spécifique est allouée au service qui a réalisé le soin. En conséquence, soigner n'est lucratif qu'à condition que le malade précédemment décrit aille d'un service à l'autre : il passera d'un lit de cardiologie à un lit de diabétologie, puis un lit de pneumologie, puis de neurologie, etc. C'est le seul moyen pour que l'hôpital, quand il soigne, engrange des gains optimaux.

Naturellement, le malade pâtit de ces soins successifs qui ressemblent à une partie de ping-pong. Il ne trouve un peu de stabilité, peut-être, que dans les services de gériatrie : y a-t-il dans la salle un gériatre, ultime vestige, peut-être, de la continuité des soins ?

## IV. FORMES CLINIQUES

### A) L'ARRÊT DE LA CONTINUITÉ DES SOINS DUE À LA PANDÉMIE DE SARS-COV-2.

La pandémie a fait l'effet, pour la continuité des soins, d'un éléphant hyperthyroïdien introduit dans une cristallerie.

Le virus apparaît en Chine à l'automne 2019. Il entre en Europe par l'Italie.

- Le 27 janvier 2020, on diagnostique 3 cas en France.
- Un mois plus tard, le 29 février, on dénombre exactement 100 contaminés.
- Mais deux mois plus tard, le 31 mars, c'est la catastrophe : 52 827 Français ont été contaminés. 21 000 sont hospitalisés, alors qu'il existe 80 089 lits d'hospitalisation dans le pays. 5 565 covidés sont en Réanimation, c'est-à-dire que 100 % de nos lits de réanimation sont occupés. Déjà 3 523 personnes sont mortes.
- Quinze jours après, la progression des chiffres est hallucinante : le virus a tué 1 438 personnes en une seule journée <sup>6</sup>.

Une bombe sanitaire vient d'exploser. Aucun système de soins ne peut résister à ce tsunami. Il faudrait doubler le nombre de lits de Réanimation. C'est impossible ! ...et pourtant on y parvient en deux semaines : 10 707 lits le 15 avril.

En contrepartie, l'hôpital a presque cessé de soigner les malades, sauf les covidés. Les services d'hospitalisation sont, soit à l'arrêt, soit transformés à la hâte en services de maladies infectieuses. En chirurgie, on opère très peu. Heureusement, grâce au confinement, il n'y a plus d'accidents de circulation ni d'accidents de travail.

Par contre, il y aurait toujours, pour la continuité des soins, des cancers à opérer. Il y aurait aussi des malades à soigner en médecine : les cardiaques, les diabétiques, les cancéreux. Tout cela est fortement ralenti. La continuité des soins, c'est bien fini. Et pour longtemps : ce n'est que le 27 décembre 2020 que la 1<sup>ère</sup> dose de vaccin est administrée en France.

Trois remarques sur cette rupture de continuité des soins :

- Pour ceux qu'on n'a pas pu soigner, il n'y a pas de rattrapage total. Par exemple, des diabétiques ont perdu la vue. Des cancers débutants n'ont été diagnostiqués qu'avec retard. On estime que la mortalité par cancer va être anormalement haute dans les cinq années qui viennent.

---

<sup>6</sup> En temps ordinaire, il meurt en France 1 700 personnes par jour.

- Précédemment, on avait parfois cru observer qu'une rupture de la continuité des soins était bénéfique : quand les soignants se mettaient en grève, la mortalité diminuait. Cette observation avait autorisé quelques remarques ironiques sur la réalité des services que nous rendons aux malades. Mais l'arrêt de soins en 2020 à cause d'un virus chinois démontre qu'il n'est pas bon d'arrêter de soigner, de dépister, d'opérer.
- Est-ce qu'une nouvelle paralysie de soins va se produire à cause d'un nouveau variant du coronavirus ?

Cela dépend de deux choses : les mutations du virus, qui ne sont pas prévisibles ; la protection de la population par le vaccin, qui est malheureusement connue : le vaccin est mal accepté. En France, on conseille actuellement aux personnes âgées ou fragiles un rappel tous les six mois. Mais la campagne vaccinale de l'automne dernier a été un échec cuisant : seulement 1,5 % des personnes-cibles a reçu le vaccin. La France ne fait guère mieux que les pays africains qui, en 2021, avaient interdit plus ou moins longtemps l'administration et même l'importation du vaccin, qui leur était pourtant proposé gratuitement. Tout se passe comme si les Français préféraient la médecine curative à la médecine préventive. Ils prétendent pourtant le contraire. Mais ils ont apparemment oublié les 61 000 morts de 2021 et les 38 400 morts de 2022.

## **B) L'ARRÊT DE LA CONTINUITÉ DES SOINS DUE À L'INDISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS.**

C'est un phénomène nouveau, qu'on peut appeler "syndrome du médicament introuvable". Il est funeste pour la continuité des soins.

La continuité des soins n'est pas seulement la possibilité d'accéder au médecin qu'on connaît bien. C'est aussi la possibilité de disposer de son médicament habituel. Cette disponibilité se porte mal, pour plusieurs raisons.

Une des raisons est, en France, le très faible prix des médicaments. En effet, la France est parmi les champions mondiaux des dépenses de santé, mais elle est aussi, parmi les pays développés, un pays où l'État impose aux laboratoires pharmaceutiques des tarifs de vente plus bas qu'ailleurs. Or les médicaments sont vendus à plusieurs pays. Il y a concurrence des pays acheteurs. Dans cette situation, il arrive souvent que les fabricants préfèrent vendre ailleurs qu'en France : une même boîte de médicaments peut être quatre fois moins chère en France qu'en Suisse.

- En 2019, il y a eu en France 1 504 alertes officielles pour médicament « en tension » risquant de devenir indisponible. Ce décompte ne concerne que les « médicaments d'intérêt thérapeutique majeur ».
- En 2022, ce sont 3 721 médicaments qui étaient en tension.
- En 2023, le chiffre a bondi à 4 925<sup>7</sup>. La situation s'aggrave.

Une solution a pu être trouvée 9 fois sur 10, parfois en demandant aux pharmaciens de faire des préparations artisanales, dites magistrales ! Mais il est quand même arrivé environ 500 fois qu'un médicament soit introuvable pendant un certain temps. Cela peut concerner :

- Des médicaments de confort (paracétamol),
- Des médicaments indispensables (Flécaïne),
- Ou des fournitures essentielles comme du matériel chirurgical (sondes d'intubation), imposant de différer des interventions.

Dans mon hôpital, chaque fois qu'un médicament manque, la pharmacienne se bat comme une lionne pour trouver quelque part un stock ou un fournisseur. C'est arrivé récemment pour mes dialysés : on ne pouvait plus se procurer un médicament thrombolytique absolument indispensable pour déboucher les cathéters de dialyse. À cette occasion, j'ai appris que cette pharmacienne passait pratiquement « cent pour cent de [son] temps, douze

<sup>7</sup> Zeliha Chaffin, *Le Monde*, 27 janvier 2024

mois sur douze, à téléphoner et à se déplacer pour trouver une solution aux ruptures de stock » afin de dépanner malades et médecins.

Malgré ses efforts, une de mes dialysées a quand même été obligée de faire 50 kilomètres pour se procurer un anti-tuberculeux devenu quasi-introuvable dans toute la France. C'est un exemple pitoyable de la stérilisation de l'énergie des soignants.

La rupture de stock, entrave sérieuse à la continuité des soins, peut frôler la tragédie : les oncologues ont manqué de peginterféron, un médicament indispensable au traitement de certaines leucémies et cancers.

### **C) LA RUPTURE DE CONTINUITÉ DES SOINS LIÉE AU TRAFIC INTERNATIONAL DE MALADES**

Pour un étranger, être soigné en France peut être la source d'une grande souffrance :

Il y a un mois, une infirmière me signale la détresse d'un dialysé. Il a 39 ans. Il vient d'un pays pauvre et plein de violences, la Bosnie.

Il a confié son avenir à une multinationale du crime organisé. Ce réseau maffieux l'a fait passer clandestinement en France il y a un an. Les trafiquants d'êtres humains lui ont promis, en échange de je ne sais quel affreux marché, qu'en France il serait dialysé gratuitement, hébergé automatiquement et greffé rapidement. À la fois pris en charge et trompé par ces passeurs sans scrupules, il a accepté de se séparer de sa femme et de ses enfants.

Malgré son courage, un an plus tard, cette séparation pèse d'un poids considérable. Sur son smartphone, il me montre la photo de ses deux enfants. Il me fait comprendre que ces deux gamins tout sourire lui manquent terriblement. Il s'essuie les yeux. Sa manière de détourner le regard est pathétique. Nous pouvons nous comprendre, mais pas nous parler : le bosniaque est pour moi une langue aussi inabordable que l'anglais.

C'est poignant : je ne peux m'empêcher de penser à une de mes filles. L'analogie est troublante : elle a le même âge que ce jeune papa, à quatre jours près. Elle a, comme lui, deux enfants, d'un âge comparable. Comme lui, elle est atteinte d'une maladie chronique. Mais elle bénéficie d'une continuité des soins satisfaisante. Elle n'aura jamais à quitter son pays et à se séparer des siens pour être soignée.

Je ne peux apporter aucune aide à ce papa bosniaque. La rupture de continuité des soins me semble tragique dans son cas :

- En Bosnie, il était dialysé. Bien ou mal ? Je l'ignore.
- Avait-il une chance d'être greffé ? J'imagine que non : la culture musulmane, comme on l'a dit, est réticente au don d'organes, et même au don de sang.
- Pourra-t-il être greffé en France, et ainsi retrouver ses enfants en Bosnie ? C'est incertain : je doute que le système de soins bosniaque soit capable d'assurer une surveillance post-transplantation.
- Cet homme a contribué à la prospérité d'un réseau de crapules. Il a aussi donné bonne conscience, chez nous, à des humanitaires au grand cœur qui croient de manière simpliste faire le bien en aidant d'infortunés migrants qui cherchent une vie meilleure

Alors, aurait-il été préférable, pour cet homme, que la continuité des soins ne soit pas rompue ? Je vous pose la question. Dommage que vous ne puissiez pas voir la photo des deux jeunes enfants privés de leur papa.

Cette "forme clinique" de discontinuité des soins se banalise : dans mon petit service d'une quarantaine de dialysés, il y a chaque année un ou deux malades étrangers de plus, toujours acheminés par le crime organisé. En voici un second exemple, pour illustrer un autre aspect de notre sujet : le trafic international de malades détériore la continuité des soins chez "nos" malades autochtones :

Dans ce qu'on appelle la "maladie rénale chronique", pour avoir une continuité des soins idéale, le parcours de soins a défini précisément des étapes successives :

- 1<sup>ère</sup> étape : on repère les personnes atteintes d'une maladie rénale Il y en a environ 6 millions en France. Elles ont une insuffisance rénale de gravité variable.

- Grâce aux traitements néphroprotecteurs, une minorité arrive à l'insuffisance rénale terminale, nécessitant la dialyse pour survivre. Nous avons environ 55 000 dialysés, auxquels s'ajoutent plus de 12 000 nouveaux dialysés<sup>8</sup> chaque année.
- Parmi ces dialysés, les moins fragiles désirent, espèrent ardemment la greffe : environ 16 000 sont inscrits sur la liste d'attente.
- Mais il n'y a pas assez de greffons pour tout le monde : on ne greffe que 3 500 personnes<sup>9</sup> par an. La liste d'attente s'allonge constamment. L'attente se prolonge, c'est une grande souffrance.

Cette continuité idéale est mise à mal principalement par l'insuffisance de donneurs en France, mais aussi par l'arrivée en France de receveurs supplémentaires dans le cadre du trafic d'êtres humains. Nous allons voir que c'est doublement dramatique.

Mme C. est dialysée en Bosnie, comme le jeune papa précédent. Un lundi, elle arrive sans crier gare à l'hôpital.

Elle a 55 ans. Elle ne parle que le serbe. Idem pour son mari qui l'accompagne. Avec les papiers qu'elle apporte, ou en devinant les choses à la lumière du passé, l'assistante sociale et moi reconstituons son parcours :

Des passeurs expérimentés ont organisé son franchissement illégal des diverses frontières. en Europe. Ils sont organisés à la perfection pour trouver une place de dialyse en France. Ils connaissent exactement les centres en mesure d'accueillir les étrangers.

Ils continuent probablement d'avoir à l'œil Mme C. maintenant qu'ils l'ont acheminée dans le Haut-Jura. Pour elle, ils ont fait traduire en français, avant le voyage, tous les documents bosniaques qu'ils savent utiles, car ce sont des professionnels. Par exemple un certificat établissant que le fils de Mme C., alors âgé de deux ans, a été tué en 1999 dans un bombardement serbe : certificat sans nul doute précieux pour appuyer une demande d'asile. Il y a aussi un document qui mentionne « Rekomandohet transplantimi veshkes », en d'autres termes qui impose un hébergement définitif en France puisqu'en Bosnie, on ne peut ni pratiquer une transplantation, ni assurer le suivi médical d'un transplanté. Bien conseillée par ses passeurs, Mme C., alors qu'elle ne parle pas un mot de français et ne connaît rien de la France, nous réclame dès son arrivée, sa carte Vitale (C'est le document français qui permet d'être soigné).

Venons-en à l'abominable : Mme C. a laissé derrière elle en Bosnie, sous la "protection" des passeurs, ses quatre filles âgées de 12, 17, 21 et 30 ans. Quelle souffrance ! Mais aussi quelle horreur : ces filles sont une caution, un moyen de pression, et si besoin une source de revenus pour payer le passage en France. Comment les filles vont-elles payer ces misérables ? On frémit.

Et le mari ? Lui aussi va devoir se procurer de l'argent en France, bien encadré par des maffieux qui trempent dans le trafic international d'armes, de drogue et de chair fraîche. On devine quel genre de travail lui sera demandé. Il acceptera le contrat, sinon c'est « Une balle dans le genou, pour commencer ». Il vient de passer deux nuits dehors dans le froid, mais ce qui l'attend est bien pire.

On s'empresse d'organiser les soins et l'hébergement de ce malheureux couple. Mme C. a de bonnes chances d'être rapidement greffée, car elle est plus jeune et en bien meilleur état général que la plupart de nos dialysés en attente de greffe, âgés, diabétiques et vasculaires. Tant mieux pour elle. Tant pis pour nos vieux dialysés : leur interminable attente de greffe, qui est une forme de supplice, sera dans leur cas allongée. Ou bien ne prendra jamais fin : 16 000 inscrits sur la liste d'attente, 3 500 heureux élus par an...

Nous, les soignants, sommes involontairement les complices de cette injustice terrible, et des horreurs qui y sont liées. Nous constituons le dernier maillon d'une chaîne criminelle bien huilée. C'est un maillon essentiel. Les criminels le connaissent bien, nous connaissent bien. Ils savent qu'ils peuvent compter sur nous. À notre corps défendant, nous leur donnons satisfaction, essayant de ne pas trop penser que c'est au détriment de la continuité des soins pour nos malades.

Relativisons tout de même cette tragédie : aujourd'hui, à cause de la mondialisation criminelle de la transplantation, certains malades finiront certes leur vie en dialyse sans jamais pouvoir être greffés. Mais il y a une cinquantaine d'années, le blocage de la continuité des soins existait déjà, sous une autre forme, et c'était bien plus tragique encore : il n'y avait pas assez de places de dialyse pour tous les insuffisants rénaux. On faisait un

<sup>8</sup> En 2016 : 10 590 nouveaux dialysés. En 2019 : 11 437 nouveaux dialysés

<sup>9</sup> Greffes de reins en 2016 = 3 615, en 2018 = 3 567, en 2022 = 3 376, en 2023 = 3 525

tri entre les malades qu'on allait sauver et ceux qu'on laisserait mourir. On donnait la priorité, par exemple, aux malades qui avaient des enfants.

## **D) LA RUPTURE DE CONTINUITÉ DES SOINS À CAUSE DE DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES.**

### **1) Les génériques**

80 % des médicaments fabriqués en France viennent de l'étranger, souvent la Chine, l'Inde ou Israël. Dans la plupart des cas, il s'agit de copies de médicaments déjà commercialisés. On les appelle "médicaments génériques".

En France comme sans doute ailleurs, le ministère de la Santé n'hésite pas à punir financièrement les médecins, les pharmaciens, et même les malades qui voudraient utiliser, non pas les médicaments génériques, mais les médicaments originaux (appelés "princeps"). En effet, les médicaments génériques ont un gros avantage : ils sont beaucoup moins chers.

Ils ont aussi un gros inconvénient : ils procurent aux fabricants des marges bénéficiaires faibles, qui assez souvent deviennent nulles. Il arrive même que, pour un industriel, le prix de fabrication devienne plus élevé que le prix de revient<sup>10</sup>. Pourquoi ? À cause d'une concurrence sans fin entre industriels, puisque, par définition, un "générique" peut légalement être copié par qui veut. Cette concurrence effrénée — et qui n'a rien de vertueux car il s'agit de copie — crée beaucoup de désordre et d'imprévisibilité : il est courant qu'un fabricant arrête une production devenue non rentable. Les malades sont ainsi privés, plus ou moins brusquement, d'un médicament utile.

De plus, il arrive que des génériques soient brusquement interdits à la vente parce qu'ils sont défectueux. Rien d'étonnant à cela : alors qu'un médicament princeps n'est autorisé qu'après de nombreuses études, les médicaments génériques sont dispensés de prouver leur efficacité. Un seul test est exigé : vérifier qu'un comprimé de générique contient à peu près la même dose de substance active qu'un comprimé princeps. Souvent incapables de réaliser eux-mêmes ce test unique, les fabricants de génériques confient l'opération à un sous-traitant peu rigoureux. Le résultat n'est pas bon. En mai 2024, la Commission Européenne a demandé à ses membres de retirer du marché 400 médicaments « problématiques » car mal testés : ce sont des anticancéreux, antiviraux, anti-épileptiques, etc. fabriqués par un génériqueur indien<sup>11</sup>.

### **2) La lenteur administrative**

En mai 2024, un vaccin contre la grippe, Efluelda, a été retiré du marché, à la demande du fabricant. Ce vaccin antigrippal n'est pas comme les autres : il est quatre fois plus dosé. On sait qu'il est nettement plus efficace pour protéger les personnes de plus de 65 ans. Mais ce progrès n'est toujours pas reconnu par l'autorité sanitaire, un organisme administratif (la Haute Autorité de Santé) à qui il est arrivé d'être peu scientifique. À cause de la HAS, le vaccin fortement dosé reste bizarrement vendu en France au même prix que les vaccins standard, moins efficaces. De ce fait, son prix de vente est inférieur au coût de production. Pour cette raison, le fabricant a décidé de cesser sa distribution en France : encore un coup porté à la continuité des soins, si on considère que les vaccins traditionnels n'assurent pas idéalement cette continuité.

## **V. ÉVOLUTION : CONSÉQUENCES DE LA CONTINUITÉ DES SOINS (ET DE SON ABSENCE)**

### **A) LA CONTINUITÉ DES SOINS, C'EST BON AUSSI POUR LES SOIGNANTS**

Il y a deux ans, un chirurgien m'a sauvé la vie sans hésiter, car il ne pouvait pas prévoir que cela vous infligerait un jour un exposé interminable.

---

<sup>10</sup> Zeliha Chaffin, *Le Monde*, 27 janvier 2024

<sup>11</sup> *Quotidien du Médecin*, 20 juin 2024.

Après l'intervention, il est passé me voir en coup de vent. Visiblement pressé, il n'a pas pris le temps de s'asseoir à côté du lit, ni de poser le casque de moto qu'il tenait à la main. Il m'a seulement dit : « Monsieur, c'est inutile que je vous revoie. Aucun intérêt : vous viendriez uniquement me dire que vous allez bien... »

Sans doute était-il satisfait, à juste titre, d'avoir procuré quelques années de vie supplémentaires à un vieillard. Ce contentement, que nous connaissons bien, lui suffisait. Mais je me permets de penser que notre homme pressé se prive d'une satisfaction profonde, en s'interdisant inconsidérément de revoir ceux qu'il a opérés : dans une sorte de manuel de thérapeutique écrit il y a deux mille ans, on peut lire « L'homme ne vit pas seulement de pain ». C'est vrai aussi pour le chirurgien : il ne vit pas seulement d'actes opératoires rondement menés et habilement réussis. Sa vie est bien plus intéressante s'il se laisse aussi la possibilité de faire un bout de route avec des opérés qui, non seulement lui sont reconnaissants, mais ont quelque chose à lui apprendre.

Oui, nos malades ont quelque chose à nous apprendre. Mais ce n'est guère possible s'il n'y a pas continuité des soins : sans elle, la relation, furtive, risque fort de rester superficielle. Quand elle s'approfondit, elle nous enrichit. Les malades âgés, en particulier, sont une bibliothèque vivante. Mais ce n'est pas à la première consultation qu'ils tournent les pages du livre de leur vie, en y ajoutant leurs réflexions. Avec leurs histoires, mes malades m'enseignent un bout d'histoire humaine universelle.

Nos malades nous font un cadeau inestimable : un monde vivable, si j'en crois Paul Tournier, qui écrivait : « Un monde où l'on puisse vivre, ce serait, je pense, un monde où il y aurait un véritable contact entre les gens. »<sup>12</sup>

En ce sens, le métier de médecin est une chance. Claude Jacob disait « Au théâtre de l'humanité, les médecins ont un fauteuil d'orchestre. » Il se pourrait que les infirmières soient plus chanceuses encore. En plus de leur virtuosité technique, ce sont des confidentes. Vous pensez peut-être que j'exagère en parlant de "virtuosité technique", mais c'est parce que vous n'avez pas vu une infirmière s'élancer dans un couloir vers un malade dont la fistule saigne abondamment : elle bondit, elle s'envole, tout en attrapant au passage, d'une main une paire de gants, de l'autre un produit hémostatique, et de la troisième un paquet de compresses. En quelques secondes, elle est penchée sur le malade et comprime le point qui saigne. La performance est éblouissante. Elle fait plaisir à voir. C'est pour cela que je vous la partage. Mais ce qui concerne de plus près notre sujet, c'est que ce James Bond féminin volant était, aussi, une heure auparavant, pour le même dialysé, une confidente. Quand on passe plusieurs fois dix minutes, dans la matinée, au chevet d'un dialysé, on se parle.

Je pense que la belle épaisseur humaine de nombre d'infirmières vient de ce dialogue. Elles sont chanceuses de l'avoir. Je me bats d'ailleurs pour le favoriser : je me suis opposé à certaines cadres obsédées par le rendement : elles venaient en cachette avec leurs chronomètres, pour mesurer exactement la durée du branchement et du débranchement d'un dialysé. Elles auraient voulu que les infirmières passent moins de "temps morts" au lit des malades, au moyen de pinces à ressort, qui auraient pu supprimer le temps "perdu" à comprimer manuellement les fistules. Ce temps "perdu", qui est en réalité du temps de dialogue, c'est la continuité des soins.

Préservez cette chance de la relation interpersonnelle. Dans d'autres professions, elle est menacée. Le télé travail est à mes yeux une de ces menaces.

## B) LES DÉSERTS MÉDICAUX

Les difficultés d'accès aux soins ont pris un nom imagé : les « déserts médicaux ». C'est un phénomène en aggravation indiscutable, car on peut le quantifier : en 2024, un Français habite en moyenne, à 19 minutes d'un généraliste et à 13 minutes d'un pharmacien. Mais quand on vit à la campagne, les chiffres sont de 30 % plus élevés que ces moyennes : ça commence à faire long. Pour ne rien arranger, à cet éloignement s'ajoute l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous. En conséquence, dans ces déserts médicaux, on a beaucoup plus recours, pour des soins qui n'ont rien d'urgent, aux services hospitaliers d'accueil des Urgences : + 54 %.

C'est un cercle vicieux : le défaut de continuité des soins provoque une détérioration toujours plus grande de continuité des soins !

---

<sup>12</sup> Paul Tournier, *Guérir*, éditions Ouverture, Le Mont-sur-Lausanne, 1986.

## C) CHERCHE MÉDECIN DÉSESPÉRÉMENT (les malades éconduits)

En France, toute personne doit impérativement choisir un "médecin traitant", et le déclarer à sa Caisse d'Assurance Maladie. Si ce n'est pas le cas, diverses démarches sont impossibles, par exemple la reconnaissance administrative des maladies dites de longue durée.

Un nombre croissant de Français sont éconduits quand ils demandent au médecin le plus proche de bien vouloir être leur "médecin traitant" officiel, souvent pour eux et pour leurs enfants. Ils s'entendent répondre : « Je ne veux plus prendre de malades supplémentaires ». Les voilà condamnés à appeler un service d'Urgences à chaque pépin de santé, quel que soit le problème, qu'il s'agisse d'un enfant fébrile, d'une grippe, ou d'une poussée de sclérose en plaques : des situations dans lesquelles c'est absurde d'avoir recours répétitivement à un médecin urgentiste inconnu, chaque fois différent, et de surcroît peu formé à ces situations pathologiques trop banales pour lui, ou au contraire trop spécialisées.

## D) TSUNAMI SUR LES S.A.U. : LE RECOURS EFFRÉNÉ AUX SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES

La croissance des services d'accueil des Urgences est impressionnante. Dans un hôpital moyen, il y a une quarantaine d'années, un service d'urgence comportait une ou deux pièces. Il fonctionnait avec quelques boxes, un interne de médecine, un interne de chirurgie, et pas un seul médecin senior. Les malades de ville étaient peu nombreux à frapper à la porte des services d'urgence. La plupart arrivaient après avoir pris l'avis de leur médecin.

Tout a changé en vingt ou trente ans : les malades, infiniment plus nombreux, viennent parce qu'ils n'ont pas pu contacter leur généraliste, ou parce que celui-ci n'a pas voulu s'occuper d'eux. Le service d'urgence de l'hôpital moyen sus-cité fonctionne désormais avec dix boxes (mais les malades s'entassent dans la salle d'attente), avec quinze lits d'hospitalisation brève (mais plusieurs malades dorment dans le couloir sur des brancards), et avec une vingtaine de médecins urgentistes à temps plein (mais ça ne suffit pas : la moitié des services d'urgence en France ont des périodes de fermeture, faute de personnel). La continuité des soins est évidemment en lambeaux : quand vous venez consulter dans un service d'urgence, non seulement le médecin est un inconnu, mais il change au cours des heures où vous êtes en attente.

C'est néfaste : une étude récentissime <sup>13</sup> étudie un motif fréquent de recours aux urgences, qui intéressera la plupart d'entre nous, étant donné l'âge de nos vertèbres : quel est le meilleur moyen de traiter, aux Urgences, un lombalgie ?

AINS per os ? AINS localement ? Les deux ? Il me semble que cette étude n'est pas d'une grande utilité, car d'après une revue Cochrane de 2020 <sup>14</sup>, nous savons déjà que les AINS n'ont qu'un effet minime, probablement insuffisant au regard de leurs effets secondaires. Mais tel n'est pas notre sujet. Utile ou pas, cette étude a été réalisée aux Urgences, et c'est cela qui va nous intéresser.

La conclusion principale est que les AINS per os sont utiles (humm, Cochrane...), et que les AINS topiques ne le sont pas. Mais c'est une autre conclusion, accessoire, qui touche à notre sujet : le "traitement" le plus important reste l'entretien entre le médecin et le lombalgie, un entretien centré sur le réconfort : il faut rassurer le lombalgie en expliquant que la guérison se produira quoi qu'on fasse, en soulignant patiemment que le repos au lit est néfaste, et en étant attentif aux « facteurs psycho-sociaux ». En d'autres termes, à l'anxiété, à la vie familiale, aux contraintes professionnelles, bref au psychisme et à la qualité de vie. Comment cela est-il réalisable avec un médecin inconnu ?

---

<sup>13</sup> Khankhel N, Friedman BW, Baer J, et al. Topical Diclofenac Versus Oral Ibuprofen Versus Diclofenac + Ibuprofen for Emergency Department Patients With Acute Low Back Pain: A Randomized Study. *Ann Emerg Med*. 2024 Jun;83(6):542-551. doi: 10.1016/j.annemergmed.2024.01.037.

<sup>14</sup> Van der Gaag WH et coll. : Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020, 16 avril; 4(4). doi: 10.1002/14651858.CD013581

## VI. TRAITEMENT

Depuis de nombreuses années, on cherche des solutions pour enrayer le déficit de continuité des soins. Voici quelques-unes de ces tentatives "thérapeutiques" :

### A) AUGMENTER LE NOMBRE DE SOIGNANTS

En France, on augmente le nombre de médecins de deux manières : en multipliant le nombre d'étudiants en médecine, et en faisant venir des médecins de l'étranger.

Nombre de médecins en activité, en France :

1968	59 000 médecins
1979	112 066
1990	173 100
2000	194 000
2011	199 987
2023	230 200

Nombre de médecins à diplôme étranger, en France :

1990	8 000
2002	10 000
2007	17 000
2017	26 805

### B) AUGMENTER L'ATTRACTIVITÉ DE LA PROFESSION DE SOIGNANT

En ce qui concerne les médecins et les infirmières salariés, les salaires ont été fortement augmentés ces dernières années. Malgré cette augmentation, les intéressés restent assez nombreux à quitter l'hôpital public : 32,8 % des praticiens hospitaliers quittent leur poste pour une autre raison que la retraite <sup>15</sup>. La mauvaise continuité des soins n'est pas donc pas due à des salaires insuffisamment attractifs, mais à la pénibilité du travail.

### C) QUELQUES RECETTES À LA MODE DE CHEZ NOUS :

**La téléconsultation** se développe : le malade entre en contact avec un soignant au moyen d'un téléphone et d'une caméra. Parfois, il connaît ce soignant. Parfois, il s'agit d'un inconnu qui se trouve à des milliers de kilomètres.

Chose curieuse, il y a seulement quelques années, la téléconsultation était interdite ! C'était une faute professionnelle de donner un avis diagnostique ou thérapeutique par téléphone. C'était sanctionné, surtout en cas de rémunération. Désormais, au lieu d'être prohibée, la téléconsultation est encouragée. Dans mon département natal, la Meuse, où les jeunes médecins ne veulent pas s'installer, environ 1 600 téléconsultations sont pratiquées par an <sup>16</sup>.

Les hôpitaux manquent de médecins : 24 % des postes de médecin temps plein ne sont pas pourvus. On fait donc appel à des **soignants occasionnels**, qu'on appelle officiellement "médecins intérimaires" et péjorative-

---

<sup>15</sup> CNG : [https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Synth%C3%A8se\\_PH\\_2022\\_VF.pdf](https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Synth%C3%A8se_PH_2022_VF.pdf)

<sup>16</sup> Loan Tranthimy et François Petty, En quête de médecins, les départements jouent leur propre partition, *Le Quotidien du Médecin*, 21 juin 2024.

ment "médecins mercenaires". En moyenne, ces médecins remplaçants viennent travailler pendant 3,6 jours <sup>17</sup>. Les salaires sont parfois extravagants : jusqu'à 2 700 € par jour. En 2022, on a eu besoin de 17 000 dépannages de ce type.

Il s'y ajoute des médecins un peu plus stables recrutés « temporairement » par contrat. Beaucoup changent d'hôpital d'une année à l'autre. Ils sont actuellement au nombre de 12 500, sur environ 45 000 médecins hospitaliers. Ces médecins précaires rendent la continuité des soins médiocre.

Le remplacement par des médecins volatils n'est pas une solution : c'est un problème supplémentaire.

Les **maisons de santé** : elles sont bâties aux frais des départements ou des municipalités, pour attirer les médecins.

**Des avions pour faire décoller l'activité médicale** : nous avons entendu parler autrefois de ces médecins de brousse, qui se déplacent en avion pour aller donner des soins dans un dispensaire éloigné. Typiquement, ça se passe dans une zone africaine sous-médicalisée ; le médecin est un aventurier qui pilote lui-même son petit avion ; il est aussi habile à éviter la collision avec une girafe à l'atterrissage qu'à opérer une hernie étranglée dans la case du chef du village.

Hé bien cette médecine aéroportée se pratique à nouveau de nos jours, sauf qu'on ne craint plus de voir la piste d'atterrissage traversée par des girafes : tous les matins, à Dijon, la ville où j'habite, un petit avion décolle. Huit médecins de l'hôpital de Dijon sont à bord. Une demi-heure plus tard, ils atterrissent à Nevers. Nevers n'est pas un village de brousse, mais une préfecture de 32 800 habitants qui possède un hôpital moderne et bien équipé... mais insuffisamment pourvu en médecins. Pour conserver l'activité soignante, on n'a pas trouvé d'autre moyen que cette navette aérienne surréaliste dans un pays développé.

**Les cabinets médicaux itinérants** : On installe un bureau médical dans une camionnette. On y met un médecin et son chauffeur. Ce cabinet sur roues va de village en village, comme autrefois les camionnettes des boulangers.

Du point de vue de la continuité des soins, ce n'est pas une réussite. Du point de vue de la qualité des soins, ce n'est peut-être pas mieux : il arrive que le médecin se considère comme un dépanneur de fortune : il renouvelle les ordonnances anciennes, mais refuse de s'occuper des symptômes nouveaux.

**Rétablissement de l'esclavage médical en France** : ce n'est actuellement qu'un projet. Il est ahurissant, mais il est sérieux. Il souligne à quel point la continuité des soins est déficiente dans certains endroits de France, en l'occurrence la Bretagne : Guingamp est une commune bretonne de 7 000 habitants, qui possède un hôpital de presque 300 lits. La région est tellement dépourvue de médecins qu'elle a demandé de l'aide à l'ambassade de Cuba. La Havane a immédiatement donné son accord, qui est fiable puisque les Cubains ont déjà envoyé des médecins en Italie.

On sait en effet que l'État cubain a une spécialité unique au monde : il a formé des dizaines de milliers de médecins uniquement pour les envoyer dans des pays qui en manquent (ils sont actuellement 50 000, dans une soixantaine de pays). Il s'agit généralement des pays du tiers-monde, et politiquement proches du castrisme, comme l'Angola, le Brésil, l'Afrique du Sud, le Venezuela et Haïti.

Ces milliers de médecins ne sont pas tous envoyés contre leur gré : la plupart sont volontaires, pour des raisons économiques. Mais ils sont dépourvus de tous les droits. 85 % de leur salaire est confisqué. Leurs familles restent obligatoirement à Cuba car elles servent d'otages pour s'assurer leur docilité. La dictature cubaine a créé ce système, non dans un but humanitaire, mais pour se procurer des devises. Malheureusement, il ne s'agit pas d'une simple transaction commerciale. C'est un esclavage : telle est la qualification retenue, après enquête, par l'ONG Prisoners Defenders. Elle estime que les contraintes subies répondent à la définition d'esclavagisme, et a porté plainte auprès de la Cour Pénale Internationale <sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Arnaud Janin, Intérim médical, contrats courts : « des dérives préoccupantes et mal maîtrisées » pour la Cour des Comptes, *Le Quotidien du Médecin*, 3 juin 2024.

<sup>18</sup> Angéline Montoya, Plainte devant la Cour Internationale de Justice pour esclavagisme contre Cuba, *Le Monde*, 15 mai 2019

Étant donné que le régime cubain a à sa disposition un effectif considérable de médecins (10 000 d'entre eux travaillaient en 2018 rien qu'au Brésil), des élus de Guingamp veulent recourir à cette solution baroque pour solutionner leur désert médical. Les malades auraient enfin un interlocuteur médecin, mais on devine que ce ne serait pas une solution favorable à la continuité des soins.

**La solidarité européenne en cas de pénurie de médicaments** : lorsque dans un pays, un médicament majeur vient à manquer et que la continuité des soins est très gravement menacée, un mécanisme exceptionnel est enclenché, le "mécanisme européen de solidarité volontaire". C'est un « mécanisme de détresse ».

La France n'y a eu recours qu'une seule fois. Le médicament manquant était le méthotrexate.

La pénurie menaçait la vie de malades traités pour cancers du type ostéosarcome, lymphomes, etc. Deux pays possédaient des stocks de méthotrexate et ont été « volontaires » pour dépanner la France : la Slovénie et la Grande-Bretagne.

**Les listes de médecins pour la rédaction de certificats de décès** : c'est une solution technocratique imaginée pour faire face à une discontinuité dans les soins qui peut paraître anecdotique, mais qui me semble d'une terrible inhumanité.

Quel est le problème ? Quand on est malade, c'est difficile de trouver un médecin disponible. Quand on meurt, ça peut être difficile aussi de trouver un médecin pour signer le certificat de décès, administrativement indispensable pour organiser les funérailles : le médecin traitant est injoignable. Le médecin de garde a des choses plus urgentes à faire.

Cela a provoqué des situations douloureuses pour les familles. Pour résoudre ces situations particulièrement pénibles, les médecins de ma région et l'administration <sup>19</sup> ont recruté 108 médecins acceptant d'être appelés inopinément pour ce travail.

Lorsque je faisais des remplacements de médecine générale, tous les médecins avaient à cœur de s'acquitter de ce dernier devoir auprès des malades qu'ils avaient suivis jusqu'à leur mort. Le quart d'heure qu'ils passaient avec la famille était un moment humainement essentiel. C'était tellement sacré qu'on avait coutume de refuser la rémunération. Aujourd'hui, le médecin qui vient signer le certificat de décès apporte probablement du réconfort, et rend un grand service. Mais c'est un parfait inconnu, et le tarif de sa prestation montre une autre conception de la décence : il s'élève au triple d'une consultation ordinaire, plus les frais de déplacement.

## VII. PRONOSTIC

Pour un malade, le parcours de soins est une route en zig-zag où, trop souvent, le soignant change à chaque virage.

Cette discontinuité est le nouveau visage de la médecine : Nous en avons passé en revue de nombreuses causes. Quand on les examine, on voit mal comment ça pourrait s'améliorer. D'où le titre de cet exposé : "Requiem pour la continuité dans les soins".

## VIII. CONCLUSION

Est-ce que c'est aussi un requiem pour la Médecine de la Personne ?

Pour Paul Tournier, comme on l'a rappelé en introduction, la personne qui souffre a besoin que le soignant lui apporte deux sortes de secours : une compétence thérapeutique, en général scientifique, et un accompagnement humain. L'organe malade a besoin d'un réparateur, l'être humain vulnérabilisé a besoin d'une relation interpersonnelle réconfortante.

D'où peut naître ce réconfort ?

---

<sup>19</sup> Le dispositif a été co-créé en Bourgogne par l'ARS, l'Ordre des médecins et l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) : François Petty, Rédaction de certificats de décès : l'URPS Bourgogne-Franche-Comté cherche des médecins volontaires, *Quotidien du Médecin*, 20 juin 2024. La rédaction du certificat est indemnisée 100 € plus les frais kilométriques.

De quatre ou cinq ingrédients :

- la bienveillance,
- la compassion,
- l'intérêt pour la personnalité qu'on a en face de soi,
- l'humour,
- l'amour, si on ose utiliser ce mot.

Ces ingrédients ont un peu de mal à naître quand les soins sont discontinus, et les soignants intermittents !  
C'est la tendance actuelle : donc, **requiem** !

Mais pas requiem aeternam ! En effet, nos échanges à Northampton en témoignent, la continuité dans les soins reste enracinée dans maintes pratiques. Pour ce qui me concerne, je suis admiratif de ce que je vois en dialyse : les malades que nous traitons trois fois par semaine pendant des années nous sont très familiers. Les liens qu'ils tissent parfois avec les médecins, et souvent avec les infirmières, sont continus et durables, jusqu'à la mort. Quelle chance !