



COMPTE-RENDU DE LA JOURNÉE DU 26 NOV. 2016

LA CHIRURGIE DE DEMAIN

Journée organisée par



ASSPRO
ASSOCIATION DE PRÉVENTION
DU RISQUE OPÉRAIRE





LA CHIRURGIE DE DEMAIN

Le colloque « La chirurgie de demain » s'est tenu le 26 novembre dernier à l'Eurosites George V à Paris. Co-organisé par ASSPRO (Association de Prévention du Risque Opérateur), l'UCDF (Union des Chirurgiens de France), le SNARF (Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs de France) avec le soutien du Cabinet Branchet, d'ARReS (Anesthésie Réanimation Risques et Solutions) et de FONDAPRO, il réunissait pas moins de 20 intervenants, experts venus d'horizons divers : chirurgiens, anesthésistes/réanimateurs, économistes de la santé, assureurs, spécialistes du système de santé des Etats-Unis, élus, représentants de patients... Modérée par le journaliste Eric Brunet, cette diversité a permis de croiser avis et regards sur le devenir d'une spécialité en pleine mutation.

« LA CHIRURGIE DE DEMAIN » : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE PAR FONDAPRO

La chirurgie a beaucoup évolué au cours des 10 dernières années, sur le plan technique, organisationnel, avec la réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) et l'ambulatoire, mais aussi sur le plan humain.

900 participants à l'enquête

Pour prendre la mesure de cette évolution, le Cabinet Branchet a mené via la Fondation pour la prévention du risque opératoire (FONDAPRO) – dont il est cofondateur avec l'Association de Prévention du Risque Opérateur : ASSPRO Scientifique, – une étude des besoins, comportements et pratiques des chirurgiens et anesthésistes à laquelle quelques 900 praticiens ont participé. Les résultats ont été enrichis par la rencontre de plus de 50 experts en technologie appliquée à la santé, en gestion des risques, des dirigeants de cliniques, des représentants de patients, des chirurgiens et des anesthésistes. Différents aspects de la pratique ont été abordés – technique, personnel, organisationnel – permettant de brosser le portrait du chirurgien et de l'anesthésiste de demain.



Concilier lourdeur des tâches administratives et épanouissement personnel

Concernant leur pratique actuelle, les participants notent que les tâches administratives (39 %) et la gestion du temps (23.5 %) constituent les difficultés majeures auxquelles ils sont confrontés, loin devant la relation avec l'administration du centre de soins (14 %), la coordination avec l'équipe de soins (9 %) et la consolidation de leur revenu (8 %).

Sur le plan personnel, **79 % des praticiens ayant répondu à l'enquête reconnaissent donner la priorité à l'épanouissement personnel dans leur carrière**, part montant à 87 % chez les moins de 40 ans. Un répondant sur deux aspire à utiliser son expertise médicale dans d'autres domaines que la chirurgie, 22 % envisagent même de changer de carrière, posant des questions sur la gestion du risque en rapport avec la discontinuité de la carrière. Seuls 24 % ne souhaitent rien faire d'autre que de la chirurgie jusqu'à la fin de leur carrière.

L'impact de la technologie sur la pratique et l'organisation

Les répondants reconnaissent que la technologie impacte lourdement la pratique chirurgicale (pour 44.3 %) mais elle change aussi l'organisation administrative, la gestion de l'établissement (30.5 %) puis, dans une moindre mesure, la communication et la coordination de l'équipe de soins (9.4 %), la formation (8.2 %) et la relation avec le patient (7.5%). Ces changements technologiques intéressent différentes dimensions de la pratique : l'introduction de nouveaux formats d'information directement au bloc (imagerie, données) créant de la complexité à gérer, l'arrivée de la réalité augmentée et de la réalité virtuelle ouvrant une nouvelle dimension d'information.

Probablement du fait de leur formation, les jeunes praticiens paraissent plus averses aux risques, avec un esprit plus centré sur les normes et les procédures, ce qui constitue un frein à l'innovation. Or « **il ne peut y avoir d'innovation sans appétence pour le risque** » rappelle Frédéric Bizard. Des innovations majeures comme la transplantation cardiaque ou la cœlioscopie ne verraient peut-être pas le jour dans le contexte actuel sachant les risques pris aux débuts de ces techniques.

Cela implique de développer de nouveaux standards, de nouveaux rôles, de nouveaux scénarios d'application qui permettront d'augmenter l'efficacité et de réduire le risque »

Nicerine Bres,
coordinatrice de l'enquête.



Une certaine crainte de l'avenir

Concernant leur avenir, plus de la moitié des praticiens se sentent peu ou pas préparés à gérer leur activité libérale (51 %). 19 % se déclarent peu à l'aise avec les langues étrangères, 12 % avec les qualités de communicant exigées, 10 % avec la gestion du risque. 57 % des interrogés pensent que **dans 10 ans les praticiens formeront des groupes offrant leurs services aux cliniques**, 30 % se voient plutôt comme employés. Seuls 10 % pensent être indépendants. Le chirurgien de demain sera, pour 48 %, une équipe, pour 15.5 % un coordinateur/superviseur de l'ensemble des soins, pour 11 % un robot !

Les évolutions impactent aussi les patients. L'accès à l'information est en train de bouleverser la relation avec le professionnel de santé. Les nouvelles technologies, notamment les objets connectés, vont donner une réelle capacité d'action au patient. Rappelons que 100 millions de ces objets seront vendus en 2017. 71 % des jeunes de 16 à 24 ans souhaitent en porter. 50 milliards seront en circulation en 2020. Les patients vont donc devenir très informés, actifs et proactifs, équipés pour suivre leur santé, interagissant avec d'autres patients. Cette évolution impactera les termes de la relation de confiance entre le praticien et son patient, relation dont dépend la satisfaction du patient pour 50 % des répondants, devant l'empathie (29 %) qu'ils ont su développer avec lui, la disponibilité (7 %) et l'information complète dont il doit bénéficier (7 %).

LA MÉDECINE FACE À LA MONDIALISATION DE 5 DOMAINES CLÉS DES SCIENCES

Cette perception du changement fait écho à ceux, majeurs, que connaît le monde scientifique. Il subit lui aussi une mondialisation qui intéresse notamment 5 grands domaines.

Le plus ancien est celui, largement reconnu, de la recherche. Le second correspond à l'industrie, objectivé par le fait qu'il n'y a pratiquement plus de spécificités industrielles par pays. « *Toutefois les plus remarquables et les plus récents sont les domaines des compétences, de l'enseignement et des patients* » précise Jean de Kervasdoué, économiste de la santé.

La mondialisation des compétences est particulièrement sensible sur le marché de la compétence chirurgicale anglophone, dont la France est autant exclue que protégée. Un chirurgien formé aux Etats-Unis peut ainsi exercer en Irlande, à Dubaï ou en Thaïlande.

Sur le plan de l'enseignement, les grandes bases de données scientifiques, et maintenant l'arrivée des cours en ligne ouverts à tous (Massive Open Online Courses ou MOOCs), signent une nouvelle ère du partage des connaissances.

Les patients, enfin, voyagent de plus en plus. Douze millions de personnes voyagent pour des raisons de santé. Le potentiel est de 350 millions, chiffre correspondant au nombre de personnes dans les pays du sud gagnant autant que les 5 % des français les plus riches. Le transport aérien et internet facilitent ce marché. Certains pays, comme la Thaïlande, Israël ou la Turquie, se sont déjà largement positionnés avec des centres de soins, notamment chirurgicaux, très bien équipés associés à une qualité de service en hôtellerie très avancé. La France, malgré la qualité de sa chirurgie, devra investir en ce sens ou accepter de disparaître du marché.

L'évolution de la médecine repose enfin sur d'autres causes : la fin de la transition épidémiologique, la très rapide évolution des sciences et techniques médicales qui conduit à une hyperspécialisation médicale entraînant un nécessaire regroupement des établissements, une évolution rapide des frontières entre médecine et chirurgie en urologie ou en cardiologie au détriment de cette dernière, le développement de la génomique et de la médecine personnalisée, qui aura un impact fort en matière d'assurance...



UN SYSTÈME DE SANTÉ SECOUÉ PAR 4 GRANDES CRISES

Face aux défis que constituent l'adaptation à ces changements, le système de santé français peine à se réformer. Il va pourtant devoir faire face à l'arrivée à l'âge de la médicalisation de la génération du baby-boom, à l'évolution des dépenses de santé tirées par les progrès technologiques et l'innovation, à l'accroissement du nombre de spécialistes au détriment des généralistes, aux fortes disparités régionales en matière d'offre de soins.

Déficiences en matière d'efficacité, de financement, de gouvernance, de confiance

« Il ne faut rien attendre du politique et de l'état » insiste Frédéric Bizard.

Ce changement est motivé par 4 grandes crises touchant notre système de santé. La première est une crise d'efficacité du système illustrée par un taux de mortalité très élevé par rapport à nos voisins. Notre système régresse. Il est sorti du peloton de tête mondial alors même que notre médecine, et surtout notre chirurgie, comptent parmi les meilleures du monde. Le système subit en parallèle une crise de financement. « // est coûteux, inefficace et injuste » insiste F. Bizard. Il connaît aussi une crise de gouvernance liée à une étatisation démarrée il y a une vingtaine d'années, réalisée sans souffle et sans vision. Ce point est notamment illustré par l'échec de la FMC, imposée mais sans moyens alloués. Il vit enfin une crise de confiance liée à la défiance entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ces crises de développent alors que, **paradoxalement, le système n'a jamais bénéficié d'autant de ressources financières, humaines et technologiques.**

**Le changement
se fait au niveau
des effecteurs.
L'état est, au mieux,
un facilitateur »**

Frédéric Bizard

3 transitions à passer

Ces quatre crises font écho aux trois grandes transitions que nous connaissons actuellement. La première est d'ordre démographique, avec 24 % de plus de 60 ans et jusqu'à 32 % en 2035, année qui marquera la fin de cette période. Mais **ce n'est pas tant l'augmentation des sujets âgés qui, en soi, augmente les dépenses de santé ; ce sont les coûts des innovations pour les prendre en charges.** A titre d'exemple, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, malgré le nombre de patients qui en souffrent, coûte peu faute de traitement. Si une innovation thérapeutique voit le jour, son impact sera particulièrement lourd. Pour faire face à l'augmentation des dépenses de santé, il faut retarder l'entrée dans le système de soins. Cela ne peut passer que par la prévention ou le « *maintien en bonne santé* », logique qui échappe à notre système actuel hospitalo et curativo centré.

La seconde transition est d'ordre épidémiologique. Elle fait passer le risque santé d'un risque court à une risque long. Notre système de santé a pour objectif de gérer un risque mais il n'a pas su évoluer et reste centré sur les risques prévalant en 1945 lors de sa création.

La dernière transition est technologique. C'est elle qui doit nous permettre de gérer les deux précédentes. La révolution génomique va offrir la possibilité d'anticiper la maladie via la thérapie génique. L'intervention précoce devrait augmenter l'efficacité de la prise en charge. Internet, de son côté, rendra mobile les professionnels de santé, tout au moins leurs compétences, permettant ainsi de passer d'un système hospitalo-centré à un système réellement ambulatoire.



POUR UN NOUVEAU MODÈLE DE SANTÉ

Pour faire face à ces changements et préserver les bénéfices de notre modèle de santé, il va falloir changer de stratégie. Il convient de passer d'un système qui se substitue à l'individu dans la gestion du risque – l'état providence – à un système qui lui donne les capacités de gérer ce risque, qui rend actif l'individu. Cela revient à réellement remettre l'usager au centre du système pour le protéger.

Le système de soins n'est en réalité responsable que de 15 à 20 % de l'état de santé d'une population. Le reste tient au développement économique et social, aux comportements individuels, à l'environnement... Les politiques publiques d'équipement, de logement, d'éducation doivent participer à la santé en intégrant un volet sanitaire tenant compte de ce virage stratégique. La médecine scolaire et la médecine du travail doivent être repensées et revalorisées. Il faut enfin développer, avec les professionnels de santé, une véritable démarche de prévention.



L'innovation : moteur de croissance et destructrice

Le passage aux « *meilleurs soins au meilleur coût* » nécessite de **passer d'une logique de volume à une logique d'efficacité**. L'économie de l'innovation montre que la croissance de long terme résulte de l'innovation et que l'innovation résulte d'investissements répondant à des incitations économiques. La réforme doit donc permettre le développement d'un écosystème légal, fiscal, budgétaire favorisant l'innovation.

Enfin, il faut admettre le fait que l'innovation est destructrice. Elle rend les technologies existantes obsolètes. La concurrence motive l'innovation et donc la croissance. **Les NBIC (Nanotechnologies, Biotechnologies, Informatique et sciences Cognitives) sont l'essence de cette transition économique**, *a fortiori* dans le domaine de la santé : dématérialisation des données de santé, objets connectés, robotisation, hôpital numérique... Les américains l'ont bien compris. « *Les GAFAs (Google, Apple, Facebook, Amazon) voire GAFAMS (avec Microsoft et Samsung) ou Calico investissent des milliards de dollars dans des plateformes d'imagerie, de biologie, et bientôt de diagnostic. Le risque est que ces plateformes constituent un véritable pôle d'attraction pour les patients étrangers voire pour nos jeunes chirurgiens* » note CM Arnaud.

Pour accompagner ce mouvement sans se faire distancer, il faut donc favoriser la concurrence, investir massivement en R&D, valoriser les innovations, accélérer la destruction créatrice (observée par exemple avec le développement de la chirurgie ambulatoire) et réguler par la qualité en France.

Il faut transformer le principe castrateur de précaution en un principe libérateur de liberté et d'innovation »

Philippe Marre



CHIRURGIE AUX ETATS-UNIS : UNE VISION DE NOTRE AVENIR ?

La santé n'a jamais vécu de tels changements et à une telle vitesse aux Etats-Unis. La pratique privée individuelle tant à disparaître au profit de groupes de grande taille. Les praticiens vendent leur cabinet à des sociétés spécialisées ou à des hôpitaux. « *En 30 ans, la pratique individuelle est passée de 41 à 17 %* » précise Graham Billingham. Les médecins deviennent ainsi des employés. 20 % des médecins exercent dans des groupes comprenant plus de 100 médecins. Ils le font pour diminuer les coûts et les frais généraux, pour augmenter l'influence auprès des hôpitaux et des sociétés d'assurance, pour améliorer leur efficacité, pour augmenter le remboursement, désormais liés aux mesures de qualité, pour disposer de dossiers médicaux électroniques très onéreux... Ils deviennent des gestionnaires d'équipes. « *Aux USA le médecin est un manager en santé avec une expertise médicale. Il peut donc facilement intégrer une société et accepter qu'une partie de son travail relève de la gestion. En France, le médecin est un super artisan, extrêmement bien formé mais individualiste. Toute la gestion est considérée comme secondaire et administrative donc sans intérêt. Cette différence est fondamentale* » note Matthieu Durand, exerçant des deux côtés de l'Atlantique.

Ce phénomène de concentration des compétences entraîne la formation d'équipes hautement spécialisées, donnant donc de meilleurs résultats, moins de complications, une exposition à la responsabilité réduite et une amélioration de la communication. Toutefois ce phénomène provoque la lente disparition des chirurgiens généraux, une pénurie de spécialistes et un accroissement des transferts entre établissements, avec un risque potentiel de problèmes de communication.

L'arrivée de nouvelles technologies accélèrent ces changements. Elles permettent un temps de récupération plus rapide, des incisions moins invasives et plus petites, une imagerie de meilleure qualité, parfois moins de complications. En revanche, les coûts augmentent. Ces technologies sont en effet chronophages. Certaines procédures peuvent entraîner un surcroît de complications. La gestion de l'équipement (formation, nettoyage etc.) est complexe et coûteuse. La technologie avance bien plus vite que la capacité à développer des processus appropriés aux nouvelles technologies.

« *Ce qui vient des USA repose beaucoup sur un réel pragmatisme économique. C'est une notion à prendre en compte car elle nous sera imposée* » conclut Christian Latrémouille.





LES MUTATIONS DE LA CHIRURGIE

La chirurgie n'échappe pas aux mutations que connaît le système de santé.

L'exercice en groupe : un plus pour la pratique...

Tous les indicateurs concordent : l'exercice en groupe va devenir la norme. C'est notamment un moyen de répondre à l'exigence de temps libre pour une activité de soins continus. Ce phénomène va accentuer l'hyperspécialisation de la chirurgie, avec des avantages sur le plan économique et de la sécurité. Cette tendance sera favorisée par les établissements avec un transfert de responsabilité pour le recrutement des médecins et la qualité des soins vers le groupe. Il disposera d'un pouvoir de négociation accru envers les établissements, les poussant à l'achat d'équipements innovants, mais aussi envers les assureurs... **L'évaluation de la sinistralité pourrait alors passer de l'échelle individuelle à celle du groupe.** « *Le regroupement est d'ailleurs vu d'un bon œil par les assureurs. Les patients sont mieux soignés par des équipes qui fonctionnent. Ils sont en revanche très inquiets devant l'idée que la technique pourrait être vue comme une compensation du manque de formation. L'exemple d'Epinal est frappant, la faute de formation patente* » souligne Philippe Auzimour.

...comme pour la gestion du risque chirurgical

Cette notion, bien qu'essentielle, est récente puisque développée il y a tout juste une vingtaine d'années. La prise de conscience du risque associée à la mise en place de protocoles a permis sa diminution très importante comme l'a montré l'enquête du SNARF et de l'Inserm réalisée en 1999. Entre les périodes 1978-82 et 1996-99, la sinistralité a baissé de pratiquement un log en fonction des classes ASA. Aujourd'hui, le risque opératoire correspond à peu de choses près à celui auquel on s'expose en conduisant une voiture (10-4) et le risque anesthésique à celui pris en voyageant en charter (10-5). L'utilisation de la grille ALARM développée en 1999 par Charles Vincent, l'accréditation s'accompagnant d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques ont contribué à cette diminution du risque.

En 2015, une nouvelle étude a montré qu'un patient hospitalisé sur 10 subirait un préjudice lors des soins. Ces « Événement Indésirable Associé aux Soins » (EIAS) sont liés à 3 causes majeures : à une défaillance du travail en équipe dans 27 % des cas, aux tâches à accomplir mal réalisées pour 23 % et au patient pour seulement 15 %. La sensibilisation à ces problèmes aboutit peu à peu au développement d'une culture sécurité, chose impensable il y a encore 10 ans. Là encore, le fonctionnement de l'équipe montre toute son importance.

«
C'est aussi le moyen
d'avoir un geste plus
efficace, plus rapide,
plus sûr »

Caroline Gouffier

«
La gestion du risque doit
faire partie intégrante de
la formation »

Mickaël Benzaqui

«
Toutes les constatations
convergent vers la
même idée : la notion
d'artisanat n'a plus sa
place, perdue au profit de
l'équipe dans laquelle la
communication a pris une
place primordiale »

Patrick-Georges Yavordios



Si la prise de conscience du risque par l'équipe, et donc sa gestion, s'améliore, le risque inhérent au patient et à l'organisation des soins augmente en parallèle. Il faut désormais concilier les problèmes posés par des patients toujours plus âgés, présentant plus de comorbidités et des scores ASA plus élevés, mais aussi avec l'arrivée de la RAAC, de la chirurgie ambulatoire, de la baisse de la durée moyenne de séjour... La notion de flux de patients se développe entraînant un temps de contact avec le patient réduit et la nécessité d'une organisation sans faille en pré et post opératoire. « *Les médecins sont devenus des outils de production projetés dans un processus de plus en plus industrialisé* » note Christian Latrémouille.

Une place croissante de technologie

Il est vrai que les avancées technologiques permettent le développement rapide de nouveaux outils. Le nouveau bloc, moderne, permettant à la fois la chirurgie ambulatoire et conventionnelle, doit intégrer de nouveaux appareils d'imagerie (salle hybride). « *Les amplificateurs 3D, les nouveaux scanners permettent un geste plus sûr notamment en chirurgie vertébrale ou tumorale* » note Frédéric Sailhan. Les progrès et les investissements qui en découlent ne touchent pas que les très médiatiques robots. Ils intéressent aussi des domaines peu visibles comme l'éclairage, le traitement de l'air... Or la baisse des tarifs entraîne une diminution de la capacité d'investissement des établissements. « *On est face à une inadéquation entre les exigences de qualité et de sécurité et les tarifs des pratiques* » constate Philippe Cuq. « L'accès à la chirurgie robotique est freinée. Nous nous trouvons très en retard par rapport aux Etats-Unis » insiste Franck Devulder. Le manque de moyen impose des mutations et des réformes qui n'ont pas été faites en amont. Elles obligent les établissements de soins à se restructurer et à restructurer leur offre. Or on continue à ouvrir des hôpitaux, allant à l'encontre de la volonté de diminuer le temps de séjour. Il y a là un paradoxe coûteux pour la pratique. « *La robotisation, avec des protocoles et des pré-réglages, était pressentie comme un moyen de niveler les performances de chirurgiens et permettre ainsi un recrutement facilité à l'étranger. Manifestement ce n'est pas le cas. L'innovation ne peut compenser la baisse de la qualité de la formation* » conclut Frédick Bizard.

“
L'avenir montre un
médecin devenu chef de
plateforme technique
traitant non plus des
patients mais des
« clients » à l'aide de
robots chirurgicaux, d'une
imagerie « googlisée »,
par télé-médecine... ”

Patrick-Georges Yavordios

Intégrer le patient dans la gestion du risque

La relation avec le patient, quant à elle, glisse progressivement de la confiance au contrat. Le patient a des attentes. Il évalue le chirurgien sur un certain cahier des charges qui, s'il n'est pas rempli, conduit à des procédures judiciaires. Les chirurgiens ont besoin d'une formation sur la gestion du risque tout au long de la vie professionnelle. Elle est notamment indispensable dans le privé où la responsabilité civile repose directement sur le médecin.

Ce type de dérive a pour effet néfaste d'opposer le patient au chirurgien. Afin de prendre le contrepied de problème, il est essentiel de recréer du lien entre ces deux acteurs et, plus particulièrement, de donner un rôle actif au patient dans la gestion du risque.

C'est dans cet esprit qu'a été créée la fondation FONDAPRO sous l'égide de la Fondation de France. « *La sécurité est un droit du patient* » rappelle Antoine Watrelot. « *Dans les pays de l'OCDE il y a 175 000 morts évitables dues à des erreurs médicales* ». Or les patients sont confrontés à 4 risques émergents : ils sont eux-mêmes plus complexes à gérer car plus âgés avec des comorbidités importantes, les techniques médicales sont plus compliquées et sophistiquées, les dépenses de santé se heurtent au mur budgétaire ce qui rajoute un degré d'exigence et nous sommes confrontés au développement alarmant des résistances aux antibiotiques.



Ces 4 points, parmi d'autres, nécessitent un effort particulier pour améliorer la sécurité du patient. Ils marqueront le programme d'action de FONDAPRO dont l'action se veut nationale mais aussi internationale, notamment vers les pays émergents. « *L'idée est de créer un safety patient network en regroupant dans différents pays les initiatives qui vont dans le même sens* » précise Antoine Watrelot. À ce titre, la fondation est déjà largement soutenue par des assureurs français mais aussi anglais et américains.



Proposer des outils au patient

L'action de FONDAPRO s'est déjà concrétisée par un premier outil : l'application « *Chirurgie mode d'emploi* ». Elle présente le bon parcours de soins, une série de questions à poser avant l'intervention, la façon de s'y préparer... Parallèlement, l'ASSPRO truck va être mis à disposition de la fondation pour créer des formations de patients. Elles seront animées par des médecins et un patient ayant subi une opération donnée. Il présentera son expérience à d'autres patients en instance de se faire opérer. Cette démarche permet la constitution de groupes de paroles destinés à restaurer le dialogue entre patients et praticiens.

L'information constitue en effet l'une des premières demandes du patient. « *Un nombre important de procédures sont motivés par la volonté de savoir, de comprendre* » rappelle Georges Fenech. « *Le parcours de soin tend à amoindrir le patient, à le fragiliser. Il a besoin de considération, de temps pour comprendre ce qu'il subit* » insiste Anne-Sophie Joly. « *Le temps du paternalisme n'est plus. Il a été renversé par le tsunami issu des droits de l'homme qui s'appelle l'autonomie des patients* » note I. Nisand. Désormais la relation médicale s'apparente à un contrat entre des égaux alors même que les parties ne sont pas égales.

D'un côté il y a la connaissance, et sa part de doute, et de l'autre une personne qui se sent effectivement infériorisée par sa maladie. La société demande l'autonomie des patients et le médecin ne peut lui accorder car les patients ont besoin d'être entourés et protégés, y compris contre eux même. « *L'égalité d'opinion entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas pose un problème au corps médical qu'il ne sait pas gérer. Avec FONDAPRO les médecins vont enfin reprendre en charge l'information au patient pour qu'un dialogue réellement constructif s'instaure* » conclue Israël Nisand.

EN CONCLUSION

La chirurgie vit une mutation profonde dans toutes ses dimensions : pratique, technique, matérielle, organisationnelle et même humaine. « *L'état des lieux est inquiétant* » note Antoine Watrelot. Il paraît présomptueux de prétendre savoir ce que deviendra la chirurgie dans 10 ans tant le monde est changeant mais il semble en revanche certain que l'innovation sur le plan des techniques mais aussi de l'organisation ou des services, notamment au patient, est la clé de son avenir.



LES ORATEURS



Dr Christian-Michel Arnaud

Médecin anesthésiste-réanimateur libéral - Bayonne
Président du SNARF - Syndicat National des anesthésistes réanimateurs de France



Philippe Auzimour

Directeur Général Cabinet Branchet, Groupe Verspieren
Gestion des risques et assurances du secteur de la Santé
Ex-Managing Director Europe, Santé et Secteur Public chez Marsh & McLennan
Co-fondateur de FONDAPRO, et de Primo Europe (Public Risk Management Organisation)



Mickaël Benzaqui

Médecin de santé publique - Paris
Conseiller médical de la FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile)
Ancien Président de l'ISNI (InterSyndicat National des Internes)



Dr Graham Billingham

Chief Medical Officer pour la compagnie d'assurance, MedPro Group
Médecin leader et innovateur dans la médecine d'urgence
Plus récemment, le Dr Billingham a été Président & CEO at EPIC Insurance Managers



Frédéric Bizard

Economiste spécialisé sur les questions sociales et de santé / Docteur Vétérinaire - Paris
Enseignant universitaire (Sciences Po Paris...)
Conseiller de certains gouvernements étrangers, notamment de pays émergents, sur l'évolution de leur système de santé. Auteur de « Politique de santé : réussir le changement », Dunod, 2015

LES ORATEURS



Nicerine Razwani Bres

Co-fondatrice du cabinet de conseil en innovation Mesh

A travaillé au niveau international dans l'analyse d'industries, le conseil en stratégie et en innovation dans une multinationale et dans une start-up



Eric Brunet

Journaliste BFM TV - RMC

Auteur de « L'obsession gaulliste », Albin Michel, 2016



Dr Philippe Cuq

Chirurgien vasculaire – Toulouse

Créateur de l'association « Chirurgiens de France »

Président du syndicat Union des chirurgiens de France U.C.D.F

Co-président du syndicat « LE BLOC »



Dr Franck Devulder

Hépatogastroentérologue - Reims

Président du SYNMAC (Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de l'Appareil Digestif) et du CNP HGE

DGD du Groupe Courlancy Santé et Directeur scientifique DPC des médecins spécialistes Evolutisdpic



Dr Matthieu Durand

Chirurgien urologue universitaire au CHU de Nice

Fondateur de l'agence de conseil en communication santé Planète Med et du magazine What's up Doc Urologue universitaire de formation, diplômé de Cornell et chercheur à Icahn School of Medicine à Mount-Sinai à New-York, le Dr Matthieu Durand a été baigné dans une culture médicale internationale qui l'a conduit à fonder Planète Med, une agence de communication spécialisée en santé depuis 2011, notamment autours de plans médias et de productions de contenus santé pour les clients intéressés par la mise en place d'actions ou de campagnes publicitaires visant les médecins



LES ORATEURS



Georges Fenech

Député du Rhône, membre de la commission des lois. Ancien juge d'instruction spécialisé en matière d'Aléa Thérapeutique



Caroline Gouffier

Ancienne chef de clinique en chirurgie vasculaire de La Pitié Salpêtrière
Chirurgien vasculaire, Clinique Allera Labrouste, Paris
Chirurgie artérielle ouverte et endovasculaire et chirurgie veineuse classique et endoveineuse
Spécialisée en chirurgie carotidienne en collaboration avec le Dr Petitjean.



Anne-Sophie Joly

Expert & consultante en Communication Santé Patient – Paris
Présidente du Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO)
Expert pour les instances, Ministère de la Santé, Paris
Expert à la HAS sur 9 recommandations de bonnes pratiques et membre de la Commission d'Information Santé Patients, Paris - Membre de la Commission Santé du CSA, Paris - Co-Présidente du Club de la Prévention Santé, Paris - Membre d'EASO, L'Association européenne pour l'étude de l'obésité, Bruxelles
Présidente Fondatrice du Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO)



Jean de Kervasdoué

Économiste de la santé – Titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du conservatoire national des arts et métiers (CNAM)
Membre de l'Académie des technologies
Ex- Directeur général des hôpitaux



LES ORATEURS



Pr Christian Latrémouille

Chirurgien Cardiaque à l'HEGP, Paris
Enseignant à l'Université Paris V, René Descartes
Investigateur Principal du programme d'étude du Coeur Artificiel Total Carmat



Dr Philippe Marre

Chirurgien viscéral (bariatrique, cancérologie, digestif et endocrinologue)
Secrétaire Général de l'Académie Nationale de Chirurgie



Pr Israël Nisand

Professeur de Gynécologie Obstétrique des Universités - Strasbourg
Chef du département de gynécologie-obstétrique et de sénologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Président Fondateur du Forum Européen de Bioéthique de Strasbourg
Président élu du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français



Dr Frédéric Sailhan

Chirurgien Orthopédiste exerçant à la Clinique ARAGO et à l'Hôpital COCHIN
Maître de Conférence des Universités. Université Paris Centre
Membre du laboratoire de recherche de B2OA, UMR CNRS 7052, Lariboisière
Président de l'Institut ARAGO
Assistant Conseil au sein du Cabinet Branchet



LES ORATEURS



Dr Antoine Watrelot

Chirurgien spécialisé dans la Reproduction- Coelioscopie – Lyon
Président d'ASSPRO de FONDAPRO



Dr Patrick-Georges Yavordios

Anesthésiste réanimateur à la clinique Convert à Bourg en Bresse
Président délégué d'ARRES et vice-président du SNARF
Secrétaire général d'ASSPRO, chargé de la formation
Vice-président du CFAR et membre du comité analyse et maîtrise du risque



www.asspro.fr

www.assproscientifique.fr

www.cabinetbranchet.fr

Avec le soutien de

**CABINET
BRANCHET**
GROUPE VERSPIEREN

ARReS
ANESTHÉSIE RÉANIMATION
RISQUES ET SOLUTIONS

FONDAPRO

Sécurité patient et Prévention du risque opératoire