

SALAMATI

CONSEIL

LA CHIRURGIE DE DEMAIN

INTERVIEW SPECIALISTES DU BLOC OPERATOIRE

Compte-rendu

Octobre 2016

INTERVIEW MEDECINS

Synthèse

La nouvelle génération de praticiens présente des aspirations personnelles et professionnelles nettement différentes des générations en place. Même si elle accepte de travailler dure, cela doit être sur temps concentré pour qu'elle dispose de temps libre. L'impact sur la formation en chirurgie est une autonomisation plus tardive des jeunes chirurgiens. La courbe d'apprentissage étant très longue, le manque de pratique clinique de la jeune génération nuit à leur autonomie une fois installés. La féminisation croissante de la médecine a un impact majeur sur l'organisation des soins.

De façon générale, les jeunes sont vus comme étant plus averses au risque, avec un esprit plus centré sur les normes et les procédures. Dans le privé, il est considéré que la célioscopie ne pourrait pas être développée dans le privé aujourd'hui tant elle représentait une façon très différente et donc risquée d'opérer. Ce n'est pas lié uniquement au modèle privé du risque civil individuel car l'excès de la préoccupation de la norme est aussi cité à l'hôpital. L'aventure de la transplantation cardiaque serait aussi inenvisageable dans le contexte actuel. L'arbitrage entre sécurité et innovation à court terme et progrès de la prise en charge à moyen terme est donc posé.

Une conséquence majeure des nouvelles aspirations des jeunes est l'évolution du mode d'exercice, d'un exercice souvent solitaire vers un exercice en groupe. L'anesthésie et la radiologie connaissent depuis assez longtemps cette tendance, toutes les spécialités vont y venir. C'est un moyen de pouvoir concilier vie privée et vie professionnelle pour une activité de soins continus. Avec ce regroupement vient l'hyperspécialisation de la chirurgie qui sous-segmente à l'extrême les spécialités. Cette tendance au regroupement est favorisée par les établissements qui transfèrent la responsabilité du recrutement des médecins, de la qualité des soins sur le groupe avec lequel ils contractualisent. Le regroupement est aussi un moyen pour les médecins de peser dans une négociation pour acquérir des équipements innovants ou pour négocier un aspect organisationnel ou financier. Le regroupement des praticiens pourrait avoir un impact sur la négociation des assurances RCP, aujourd'hui du seul ressort de l'individu. Les groupes vont-ils être tentés de vouloir négocier ensemble leur RCP ? Allons nous changer d'échelle, de l'individu vers le groupe, pour évaluer la sinistralité ? Cette sinistralité et des indicateurs de morbidité devront être connues et communiquer au grand public un jour ou l'autre.

Cette évolution a tendance à amoindrir la frontière entre le privé, où l'exercice individuel prédomine, et le public où le travail en équipe prédomine. La limite à ce rapprochement reste la notion d'acte et la rémunération qui l'accompagne qui reste la clé de voute du modèle économique dans le privé. Si on supprime cette clé de voute, le modèle économique du privé s'affaiblit comme le démontre les difficultés des ESPIC, surtout en chirurgie. Le système type 35h en chirurgie en privé est juste intenable. La supériorité du privé est aussi liée à la prise en charge globale du patient par le chirurgien, avant, pendant et après l'opération ce qui est une nécessité pour garantir la qualité et la sécurité. La montée en puissance des charges administratives du médecin met en difficulté la pérennité de ce modèle. Si on y ajoute la nécessité de tenir des registres pour évaluer la performance des médecins (par rapport à un groupe), on voit la nécessité impérieuse de réorganiser les tâches et de créer des nouveaux métiers, avec des paramédicaux qui assisteront les

médecins sur les tâches annexes. Le modèle du chirurgien assisté seulement d'une secrétaire n'est plus viable. Se pose la question de qui doit financer ces nouveaux métiers.

La baisse de la qualité de la formation est souvent évoquée. Elle est due à l'arrivée de médecins à diplôme étranger de moins bonne qualité, qui sont quelquefois majoritaires dans certains services d'hôpitaux de proximité mais ce n'est pas la seule raison. La jeune génération de chirurgien formée en France apparaît aussi moins bien formée, ce qui pourrait être dû à un engagement moins fort pendant l'internat et donc un apprentissage moins intensif. Outre la formation, c'est une question d'éducation chirurgicale qui correspond à une mentalité, une analyse, un comportement... La formation continue est essentielle pour prendre en compte les progrès technologiques. Les jeunes, formés dans les CHU, s'attendent à disposer de la même technologie lors de l'installation en privé, ce qui n'est pas toujours le cas, pour des raisons de coûts.

L'innovation technologique est perçue comme un progrès pour la sécurité des interventions en anesthésie comme en chirurgie. Par exemple, les robots en chirurgie tendent à niveler les performances des praticiens puisqu'ils sont programmés selon des protocoles définis par les sociétés savantes. Les Pouvoirs publics espèrent probablement limiter les erreurs chirurgicales des médecins moins bien formés de la sorte mais c'est une chimère car la qualité individuelle reste le juge de paix. Avec la robotisation va l'hyperspécialisation qui permet de répéter le même geste de nombreuses fois, avec une meilleure efficacité médicale et économique. La faiblesse des tarifs des actes et le non remboursement de certaines innovations par l'Assurance maladie sont des freins à l'investissement dans les nouvelles technologies pour les praticiens. Leur exercice regroupé leur permet de mieux négocier avec les établissements, c'est une autre raison de la fin de l'exercice individuel.

Si le principal frein à l'accès à l'innovation est le coût, la judiciarisation croissante de l'activité est aussi un obstacle. La jeune génération est très préoccupée par ce phénomène et se montre averse au risque. C'est une évolution défavorable pour le privé puisque la responsabilité civile pèse directement sur le praticien. Il faudra enseigner la gestion du risque pendant les études et mieux la maîtriser, sinon le flux de nouveaux chirurgiens en privé risque de se tarir (et le marché de l'assurance RCP individuelle aussi). L'accident en chirurgie est inévitable à un moment ou à un autre et tous les praticiens commettent des erreurs. Cette judiciarisation, avec une nouvelle génération plus averse au risque, crée un contexte défavorable aux innovations de rupture qui comprennent toujours une part de risque.

La relation médecin-patient a évolué d'une relation de confiance à une relation de nature plus contractuelle. Un contrat doit être respecté et s'il ne l'est pas, le patient se laisse libre de poursuivre le médecin. Cependant, pour la chirurgie, le colloque singulier est toujours indispensable. La relation même contractuelle exige une relation de confiance, plus que dans les autres spécialités. Des progrès sont à accomplir sur l'information des patients. Une bonne gestion du risque opératoire nécessite que le chirurgien se donne tous les moyens et le temps nécessaire avant, pendant et après l'opération. Pour cela, il faut débarrasser le praticien d'un maximum de tâches annexes pour qu'ils se concentrent sur ces trois étapes. C'est la meilleure façon d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout autant que sa qualité de vie professionnelle.

1/ Dr Pierre Mouton

Chirurgien Orthopédique (Pessac, 33)

La nouvelle génération de médecins

Plusieurs types de jeunes médecins : celui qui a les dents longues et qui s'investit à fond, surtout dans la technique, celui qui privilégie son bien-être et qui apporte seulement ses compétences. Pour beaucoup, il y a une recherche d'équilibre de vie très poussée. Je suis frappé par la qualité des voitures dans le parking.

La frontière public/privé est en train de s'amenuiser. Les plus jeunes du privé regrettent le public et les plus jeunes du public rêvent du privé.

Les anesthésistes ont formé un groupe de 9 et un groupe de 11 qui pèsent beaucoup dans ma clinique. Il existe aussi des groupes de chirurgiens qui ont leur organisation propre (sous forme d'associations). Je pense qu'on a changé de paradigme : ma génération voulait se servir du groupe pour se valoriser à l'échelle individuelle. Là ce sont plus les individus qui sont au service du Groupe pour valoriser le Groupe. Ces groupes sont capables de tailler des croupières au secteur public en termes d'activité. L'activité dans le privé pour la petite chirurgie (comme la main) est bien plus élevée que dans le public. Pour la grosse chirurgie (comme le rachis), elle arrive maintenant à rivaliser avec le public, grâce à ces groupes de médecins. Dans un groupe de chirurgiens privés, parfois sous la houlette d'un leader, on peut s'entendre.

Par rapport aux risques professionnels, la nouvelle génération est beaucoup plus prudente dans les choix des techniques utilisées. On a tous très peur de se retrouver devant un tribunal, même si cela nous arrive tous les 2 ou 3 ans (en expertise). On est souvent pas fautif. On craint les hausses d'assurance qui sont fréquentes. La notion d'accréditation, imbriquée avec le risque juridique, est vécue comme une contrainte par les chirurgiens. L'établissement commence à intervenir sur nos pratiques, ce qui entraîne des frottements avec les établissements.

Evolution des pratiques

La plupart des spécialités ont accès à des technologies pointues, souvent très coûteuses. Dans le privé, à condition de s'organiser, de se regrouper, on a les capacités d'y accéder. Dans le public, c'est dépendant du financement de l'hôpital, donc le CHU s'en sort mieux. Elles ont un bel avenir devant elle. On met de plus en plus un guichet devant les patients car on a besoin d'avoir un fort volume de patients. La relation avec le patient risque

d'être moins humanisée. Les classements dans les médias tiennent compte du volume de patients opérés.

Je vois venir une différenciation des patients opérés. On ne va pas opérer une pathologie mais un patient. Entre un actif et un invalide, un retraité, on n'a pas le même objectif. Il faut tenir compte du service que l'on apporte au patient et à la société.

Groupe de praticiens

Le chirurgien est avant tout un mâle dominant solitaire, on le restera. Cependant, on a tous conscience que tout seul on ne peut pas tenir. Une carrière, c'est une gestion du temps. Le type qui s'installe va faire plein de choses, être très actif. Avec le temps, on s'assagit puis on voit la fin de carrière arriver et on ne va pas avoir forcément les mêmes centres d'intérêts et s'attaquer aux mêmes patients. Ce n'est pas toujours le chirurgien qui va choisir mais le patient. Avec le départ de plusieurs chirurgiens, je me suis retrouvé comme étant le plus vieux de l'équipe (même si je suis encore assez jeune), et j'ai vu ma clientèle changer. Les gens marginaux sont venus vers moi. On évalue dans sa patientèle indépendamment de ses propres désirs. Chacun a une étiquette dans un groupe. Il y a une pyramide des âges à respecter, il faut de tous les âges.

J'ai essayé dans ma région de fédérer tous les chirurgiens de la main pour devenir un groupe de pression avec du poids. On voyait le nombre d'établissements diminuer, ce qui est un risque pour les médecins d'avoir moins de poids face aux établissements. Cela n'a pas été possible car c'était trop tôt et les établissements voyaient cela d'un mauvais œil. Les médecins ont toujours cette vision de part de clientèle et sont réticents à partager. Néanmoins, des médecins se réunissent, font des staffs, échangent des idées mais n'ont pas de rôle politique dans le système.

On ne fera pas comme aux Etats-Unis avant longtemps du fait de notre état d'esprit, de notre organisation et de notre exercice libéral.

Les nouvelles technologies

Il y a les technologies coûteuses et celles pas coûteuses. Le bon usage des techniques et les bonnes indications opératoires (sédentaire ou actif) vont influencer les choix. Une nouveauté est l'intervention de la variable prix dans les choix. Le coût d'une prothèse va définir les choix de plus en plus. La technologie de demain ne sera pas développée si elle est trop chère. Seuls des groupes de praticiens puissants, organisés, reconnus arrivent à disposer des robots chers car ils peuvent peser sur l'assurance maladie pour négocier des dépassements plus élevés. La sécu a compris le problème mais elle met le frein.

Je ne pense pas que nous pourrions investir dans les technologies, sauf celles qui ne coûtent pas cher. On s'est offert un échographe, des équipements de moins de 20 Keuros. Pour des équipements de 100Keuros, c'est impossible.

Relation médecins-patients

Les gens arrivent par la recommandation de leur médecin. On ne peut pas décevoir, sinon ils ne reviendront pas. On fait une sorte de commerce. On va vendre nos compétences. Il faut savoir être séduisant mais aussi donner le sentiment qu'on a mis tous les moyens pour les soigner.

Des choses changent, on a moins de cadeaux qu'avant de la part des patients et ce n'est pas plus mal. Il y a moins de rapports personnels, moins d'amitié qui va s'échanger. La confiance est plus professionnelle que personnelle. Il faut plus de diplômes, de preuves professionnelles de sa compétence que d'empathie même si cette dernière reste importante. Souvent, des gens viennent me voir car ils ont trouvé des murs en face d'eux dans des usines à soins.

L'accréditation officielle est en train de devenir visible même se elle reste administrativement une usine à gaz. C'est en réalité une fumisterie depuis 10 ans. Je devais faire entrer la société française de la chirurgie de la main il y a quelques années dans le cadre de l'accréditation auprès des organismes accréditeurs. Quand j'ai vu leur mode de fonctionnement, j'ai freiné et demandé à ce que la société ne rentre pas dans le process. C'était un système de détournement de fonds, certaines personnes se sont mises beaucoup d'argent dans la poche. Avoir coupé le financement récemment a été une bonne décision. Tout est déclaratif et personne ne contrôle. Il faudrait que des gens accrédités viennent contrôler sur place ce que l'on fait.

Le classement des établissements dans les médias. Le Point a été le premier avec Jérôme Vincent. J'avais été envoyé pour l'aider à faire le classement. J'ai claqué la porte tant c'était une connerie. Celui qui était bien classé était celui qui avait passé le bon coup de fil. Même si les critères sont explicités en fin de classement, ce n'est pas sérieux. On connaît les meilleurs, ils ne sont pas toujours bien classés. Avec la sortie d'autres classements – le figaro, l'obs, l'express – on pourrait faire une moyenne. Il faudrait avoir un classement régionalisé car les gens s'intéressent aux établissements facilement accessibles géographiquement. Je trouve honteux de passer sous les fourches caudines de journalistes qui ne savent pas ce qu'ils font.

2/ Dr Philippe Cuq

Chirurgien vasculaire, Toulouse

Président de l'Union des chirurgiens de France et Co-Président du BLOC

La nouvelle génération de médecins

La formation initiale est ce qui va guider la qualité de la chirurgie de demain. Il y a une réforme du troisième cycle qui est très discutée, en particulier dans nos spécialités chirurgicales. Ces dernières demandent un apprentissage technique plus long : la courbe d'apprentissage est plus longue que pour la médecine spécialisée. Cette réforme qui intégrerait le poste internat est remise en question par les enseignants car on pense qu'elle est insuffisante.

On voit que les médecins qui viennent d'autres pays n'ont pas la même éducation que nous. C'est un gage de qualité en France, la qualité du compagnonnage doit être préservée. On construit la qualité des chirurgiens de demain d'abord à partir de la formation et de l'éducation.

Les jeunes d'aujourd'hui sont influencés par leur formation et leur éducation. Les jeunes aspirent à disposer du même niveau technique que celui qu'ils avaient en CHU. C'est ce qui modifie la donne aujourd'hui car l'évolution technologique n'est pas garantie partout.

Le sentiment de déclassement des chirurgiens par rapport à des cadres supérieurs a toujours existé. Le niveau d'investissement a toujours été élevé. En revanche, la multiplication des tracasseries administratives en libéral peut être le point de rupture. Les 35 heures en chirurgie c'est impossible. Pour les spécialités médicales, c'est possible. La seule façon de donner de la qualité, c'est de bien reconnaître la responsabilité de chacun.

Evolution des pratiques

Ce qu'on a appris dans la formation initiale est rapidement dépassé par le progrès technologique. C'est pour cela que je parle d'éducation chirurgicale, ce qui compte est le raisonnement, l'analyse, le comportement (hygiène...). D'où l'importance de la formation continue qui prend en compte les progrès technologiques.

Evolution des modes d'exercice

L'exercice seul, en dehors de quelques niches (ex : chirurgie esthétique) va disparaître. L'exercice se fait aujourd'hui en groupe, en association. Cela correspond aussi à une évolution sociétale où le jeune chirurgien ne fera pas 80 heures par semaine, avec peu de vacances, comme les anciennes générations. L'exercice de groupe permet un meilleur équilibre de vie. La question est : allons nous continuer avec un exercice libéral ou un salariat. Le libéral permet une relation personnalisée avec le patient, un coût moindre pour la collectivité et une incitation à l'innovation plus forte. Même si les contraintes de l'exercice libéral peuvent faire peur aux jeunes chirurgiens, il faut encourager ce mode d'exercice. Avec la menace sur le secteur 2, la hausse du coût de la pratique... l'exercice libéral est en danger. Le facteur qui peut tuer en un coup l'exercice libéral est l'assurance RCP.

Les nouvelles technologies

Il existe une fracture numérique entre la génération 60 ans et les nouvelles générations. Il y a une évolution constante de la technologie à prendre en compte. Le problème est dans l'exercice. On donne au chirurgien en formation l'accès à un niveau technologique élevé et ce même chirurgien voudra le même accès à la technologie. Ces dernières années, le privé n'avait pas accès à certaines technologies (ex : traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte : pendant 10 ans les endoprothèses aortiques n'ont pas été prises en charge par la sécu ce qui a rendu leur accès impossible dans le privé).

Relation médecins-patients

Il y a une évolution de cette relation entre le médecin et le patient. Elle est différente avec le chirurgien, du fait du risque plus élevé de l'opération. On voit arriver des gens avec plus d'information venant d'internet mais malgré tout, il y aura toujours nécessité du colloque singulier en chirurgie. Même si elle évolue, cette relation reste une relation de confiance, plus que pour d'autres spécialités. Dans 15 ans, quelle que soit l'évolution des techniques, la relation humaine restera forte dans l'exercice du métier.

La réputation du médecin vs la réputation des établissements est un vieux fantasme partagé entre la sécu, les établissements et les médecins. Le patient choisit avant tout son chirurgien (pas son anesthésiste), ensuite la réputation de l'établissement est importante. C'est un équilibre entre la réputation du chirurgien et de l'établissement. Je pense que les patients resteront attachés à l'acte et à celui qui fait l'acte.

La réputation du médecin se fait par la compétence, mais aussi par la renommée, le bouche à oreille... L'accréditation a fait un peu évoluer les mentalités. Cela a été mis en place pour faire participer l'assurance maladie dans le financement des primes (50% en secteur 2 et 66% en secteur 1). Réfléchir aux événements porteurs de risques (EPR) a fait progresser les pratiques mais les procédures sont à revoir. On a progressé sur l'information aux patients, la check list... même si ce n'est pas parfait, il faut continuer dans cette voie. Par contre, il faut diminuer la charge administrative des professionnels. Il faut faire évoluer le système en étant le plus rationnel possible.

L'évolution pratique est soumise à **2 types de contraintes: financières et juridiques**. L'évolution des chirurgies orthopédiques ne s'est pas faite pour des raisons juridiques. Si on réserve les nouvelles technologies à un secteur, l'innovation ne se développera pas, si on ne protège pas des risques juridiques, on freinera aussi la technologie. Tout dépend du remboursement et du risque juridique.

3/ Dr Philippe Paris

Chirurgien orthopédique, Marseille – 8/09/2016

La nouvelle génération de médecins

Les jeunes internes mettent en avant le niveau de rémunération. Ils sont très focalisés sur la rémunération puis ensuite sur la qualité de vie, ce qui est un peu antinomique car l'exercice libéral est rémunérateur si on travaille beaucoup. J'ai vu passer un communiqué d'un syndicat de jeunes généralistes qui disait que la médecine devait être plus fonctionnarisée et moins à l'acte, ce qui n'est pas en phase avec ce que me disent les jeunes chirurgiens autour de moi. Les jeunes premier de classe, élite intellectuelle au bac, vont se retrouver en fin d'études à être payée 25 euros l'acte, ils ne vont pas l'accepter d'où peut-être leur anticipation du salariat.

Les jeunes ne veulent pas s'installer seuls, ils veulent intégrer des groupes de praticiens. Je suis sorti du groupe et suis seul maintenant. Les associations ne fonctionnent pas toujours. Les groupes de chirurgiens qu'on voit sont des petits groupes de 4-5, les anesthésistes peuvent être plus nombreux.

Evolution des pratiques

Il faut différencier la ville et la campagne. Le mode dominant sera une association de chirurgiens où chacun sera hyperspécialisé et complémentaire. Cela demande beaucoup de monde, ce qui est impossible à la campagne où il y a maximum 2-3 médecins. Les chirurgiens opèrent moins du fait du respect des temps de repos, des consignes de sécurité. Il faudra être polyvalent dans les campagnes, ce qui est en contradiction avec les études hyperspécialisées.

Les nouvelles technologies

Les aides opératoires robotisés sont utilisés uniquement en digestif, urologie et thoracique mais pas en orthopédie. Les urologues ne jurent que par le robot, c'est loin d'être le cas pour nous. Le problème est que cela prend beaucoup de temps. La télé-médecine n'est pas rémunérée ce qui bloque son développement.

Relation médecins-patients

J'ai ouvert un site www.chirortho13.fr qui me sert en consultation de support d'information. Les personnes âgées ont confiance dans leur médecin alors que les plus jeunes sont plus méfiants.

Gestion du risque : je ne suis pas pessimiste. Il y avait une évolution à apporter pour sécuriser les pratiques, ce qui a été fait. La paperasserie pour obtenir l'assentiment du patient a cadré les choses. Les jeunes praticiens avertis au risque iront comme salariés dans le public, mais il y a d'autres inconvénients.

J'attends de mon assureur qu'il me couvre au juste prix et non qu'il me double ma prime pour rien.

Sur la formation initiale, on parle beaucoup des repos pour les internes, ce qui n'était pas le cas à notre époque. Les internes doivent passer beaucoup de temps à l'hôpital pour se former et avoir de l'expérience. L'expérience clinique est plus importante que la théorie.

4/ Dr Bertrand Bénard

Chirurgien, Ophtalmologue, Toulouse – 09/09/2016

La nouvelle génération de médecins

En une génération, l'état d'esprit des chirurgiens a changé. Il fut un temps où être chirurgien passait par des sacrifices personnels, l'activité professionnelle était prioritaire. Cela est aujourd'hui remis en question, la vie privée devenant prioritaire. Lorsque les internes choisissent leur spécialité aux ECN, ils la choisissent beaucoup en fonction du mode de vie qu'ils imaginent avoir, même si ce n'est pas toujours conforme à la réalité. Nous n'avions pas ce mode de réflexion il y a 30 ans. Le confort matériel, leur loisir, les contraintes, les ennuis de la profession entrent de plus en plus en ligne de compte chez les jeunes. C'est pour cela que la chirurgie générale a tendance à souffrir car elle offre plus de contraintes et de responsabilité que les spécialités médicales. Même les rémunérations sont moins intéressantes au regard du temps passé, des contraintes, des urgences et des responsabilités. Autant il y a 30 ans, les chirurgiens étaient les rois, autant ils ne le sont plus. La chirurgie digestive est un bon exemple : c'est une très belle chirurgie mais qui a perdu de son lustre car mal rémunérée.

Un autre élément générationnel est lié à la déficience de la formation médicale, en ophtalmologie c'est frappant. C'est peut-être dû à la hausse du nombre des internes dans les services. C'est la raison pour laquelle on utilise des robots et des mannequins pour former les internes. Au final, je suis frappé par la baisse du niveau de formation par rapport à notre génération.

Evolution des pratiques

Les chirurgiens requièrent un plateau technique, donc ont besoin de se regrouper. Ils travaillent dans des cliniques qui elles-mêmes se regroupent. On ne verra plus de chirurgiens isolés. Le regroupement permet les échanges, les collaborations sur l'ensemble des patients d'un territoire. Il y a des sur-spécialisations complémentaires au sein d'un groupe. Les jeunes vont apporter les techniques chirurgicales miniaturisées. On le voit en microchirurgie ophtalmologique, les industriels forment les jeunes sur des machines qui automatisent un certain nombre de gestes. Cela enlève l'aspect manuel de notre métier.

La notion de partage de responsabilité est importante. Les jeunes sont très attentifs aux normes et aux obligations. Pour nous, on n'a pas besoin de référer de tout, que tout soit estampillé. Les jeunes ont l'impression qu'on va les examiner en permanence. Les jeunes vont chercher à se protéger davantage. Ils ne voudront plus être seuls à prendre des décisions sur des actes lourds. En ophtalmologie, on voit des délégations de tâches, on a une collaboration avec des paramédicaux (optométristes...). Les jeunes ne font plus

qu'une partie de ce qu'on faisait avant. Les jeunes pensent que c'est une norme alors qu'on était sur une prise en charge globale.

Les nouvelles technologies

C'est vendu comme devant diminuer le risque et augmenter la qualité mais nous n'en sommes pas certains. C'est censé lisser la différence de qualité, de niveau entre les praticiens. On cherche à ce que tous les praticiens aient le même niveau. Je ne suis pas sûr que ce sera le cas car la performance est multifactorielle. Un mauvais chirurgien restera un mauvais chirurgien.

La chirurgie n'est pas qu'un acte, c'est avant, pendant et après. La machine ne remplacera pas l'homme en chirurgie. On le voit dans notre domaine : avec la chirurgie réfractive par laser, on a cru qu'il suffirait d'appuyer sur des boutons, ce qui n'est pas le cas. Il faut de la précision, de la surveillance. L'humain reste pleinement là. L'automatisation de la chirurgie réfractive n'a pas décollé avec la nouvelle méthode. C'est surtout l'industrie qui pousse à ce que cela change. Dans les études, la technique innovante est inférieure à l'ancienne. Peut-être qu'elle permettra aux nouveaux d'opérer avec moins de risques.

Elle augmente beaucoup le coût de la pratique, ce qui est un frein majeur. On a même du mal à essayer cette technique. Nous n'avons pas encore pu le faire dans ma clinique. On entend parler aux congrès mais c'est un peu lourd de ne pas pouvoir l'essayer.

Relation médecins - patients

C'est une affaire de personne. La jeune génération a l'air un peu désabusé. Elle a eu une sélectivité forte, plus que nous. Ils ont une haute estime d'eux et manquent de l'humilité nécessaire pour la pratique courante. Issus de l'hôpital, ils sont souvent un peu déshumanisés. Ils n'ont pas tous l'aptitude et la préparation humaine nécessaires.

L'empathie avec les patients est toujours indispensable. Il y a une faiblesse psychologique des patients à considérer. Les jeunes sont un peu gâtés. Avant, on n'avait pas toujours un point de chute, on ne savait pas toujours ce qu'on allait faire. Maintenant, pour des raisons démographiques, les sortants sont très sollicités et ont un peu la grosse tête. Ils manquent d'humilité.

Autres

Globalement, les pouvoirs publics ont déconsidéré nos activités, ce qui conduit à une perte d'attractivité de nos professions. La multiplication des chirurgiens étrangers démontre cela. Avant, le chirurgien était hautement considéré, avait une compensation aux efforts demandés. Aujourd'hui, il y a toujours les efforts et les contraintes mais beaucoup moins la reconnaissance financière et statutaire. Ils sont déconsidérés. Un de nos chirurgiens a arrêté car il gagnait plus en prenant sa retraite qu'en continuant son activité.

5/ Dr Jean-François Meunier

Anesthésiste, Ile de France – 13/09/2016

La nouvelle génération de médecins

Les études sur les internes montrent que les jeunes veulent travailler moins, avoir du temps libre. Pour cela, ils sont prêts à gagner moins. Est ce que les jeunes se disent cela car ils voient que l'évolution va vers une moindre rémunération et ils s'y résignent ? Où est ce que c'est une tendance de fond de la jeunesse ? Je suis prudent car ces observations issues d'enquêtes ne correspondent pas vraiment à ce qu'on voit nous sur le terrain.

La médecine se féminise beaucoup, avec un biais car elles se préoccupent davantage de leur vie de famille. Dans les cabinets, les médecins prennent des remplaçants pour conserver une continuité. Au bloc, on a de plus en plus de mal à garder les blocs ouverts le vendredi après-midi. C'est là où l'ambulance est utile car on n'a pas besoin de repasser le WE. Les gens veulent leur WE et de moins en moins de contraintes et sont prêts à abandonner du pouvoir d'achat pour cela.

La baisse des revenus des médecins fait que les jeunes ambitieux choisissent d'autres filières (commerce, ingénieur), en particulier les garçons. D'où un accroissement de la féminisation et une acceptation du temps partiel encore plus facile, avec baisse des revenus. Mais se pose le problème des "déserts médicaux" même en ville.

Evolution des pratiques

Tout le monde va évoluer vers un fonctionnement en équipe. Cela répond à une aspiration des jeunes de mieux gérer leur temps, le travail en équipe permet de le faire. La médecine devient moins individuelle. La radiologie et l'anesthésie ont été précurseurs. Certains vieux chirurgiens résistent encore mais cela viendra en chirurgie, y compris en ville.

Les établissements souhaitent qu'on soit en équipe. Du fait de la pénurie actuelle, ils préfèrent contracter avec une équipe plutôt qu'un seul médecin. S'il y a pénurie, ce n'est pas leur problème mais celui de l'équipe. Ils sont plutôt demandeurs de travailler avec les équipes pour leur mettre la pression. Ils n'ont plus la responsabilité du recrutement, de la qualité et de la continuité. Ils signent un contrat, à l'équipe de le respecter. Pour nous, l'équipe doit être suffisante pour respecter les normes de sécurité. Ils se moquent de savoir comment on fait.

Le virage a été pris il y a 5 à 10 ans. Avant, les cliniques signaient des contrats individuels. Pour nous, c'est la SCP qui a signé avec la clinique en 1989, ce qui était exceptionnel. Maintenant, c'est la norme. Le développement des SEL, des EURL.

On va vers des structures multidisciplinaires ce qui arrangera le patient qui verra différents spécialistes en un même lieu. La mutualisation des coûts peut augmenter les revenus. Le risque est que des investisseurs montent des centres low-cost avec des

médecins salariés qui ont l'impression d'avoir une sécurité. En réalité, on va vers une paupérisation du système au profit des financiers si cette tendance se confirme.

Les nouvelles technologies

Le risque baisse régulièrement. Ce qui freine l'innovation est le coût. On peut moins collaborer avec les laboratoires. Les innovations vont être de plus en plus complexes donc de plus en plus chères. En anesthésie, on n'a pas de nouvelles molécules depuis 4-5 ans.

Il y a plein d'innovations dans les nouvelles technologies. Elles font baisser le risque. On devrait être gagnant. Le patient devient de plus en plus exigeant ce qui augmente le risque. La valeur moyenne de la RCP pour un anesthésiste est de l'ordre de 9 à 10 000 euros. Elle a augmenté après avoir baissé (elle était de 15 000 euros il y a peu).

La tendance aux USA est de laisser les infirmières anesthésistes faire un maximum de tâches automatisées ou normées et le médecin devient consultant. Cela fait baisser les coûts. Le risque est en fait plus grand. Si le consultant supervise 10 salles et qu'une urgence intervient dans deux salles en même temps, le système s'effondre. Le raisonnement de dire que pour réduire les coûts je réduis la qualification est dangereux pour la sécurité.

Il y a le DPC obligatoire et l'accréditation tous les ans en contrepartie d'une prise en charge de ma prime RCP. Je refuse l'accréditation car c'est contre le principe libéral, je ne veux pas que la sécu paie ma prime d'assurance. Je préfère qu'on me paie au juste prix plutôt qu'on m'assiste. C'est un dévoiement du monde libéral.

Relations médecins-patients

On est dans une société de consommation et la médecine est devenu un bien de consommation. Les patients viennent ou pas à leur consultation alors que leur vie est en jeu. Il y a un climat de suspicion qui est croissant du fait de la société. La relation anesthésiste-patient est globalement plutôt bonne. Le numérique a moins d'impact car notre spécialité est trop technique. En revanche, il faudrait disposer de toutes les infos du patient en numérique avant de les voir.

6/ Dr Yassine Ghanem

Anesthésiste, Ile de France - 14/09/2016

La nouvelle génération de médecins

La médecine se féminise rapidement, il y a maintenant une majorité de filles dans les promotions. L'orientation va se faire selon la pénibilité des spécialités, la disponibilité et la rémunération. Les jeunes cherchent la stabilité, ils s'orientent vers l'hôpital puis ils changent d'orientation. Le choix pour l'hôpital réside dans le travail en équipe et des moyens pour travailler, en contrepartie on gagnera moins.

La tutelle confond la prise en charge du public et du privé. Or, le patient de l'hôpital n'est pas le même qu'en clinique, il a plus de pathologie.

Je vois l'avenir comme allant être difficile. J'étais avant à l'hôpital, toutes les structures publiques sont en danger. Les conditions deviennent de plus en plus difficiles, le confort recherché par le praticien à l'hôpital public n'existe plus. Les cliniques coûtent moins cher que les hôpitaux. Je vois mal comment les hôpitaux de périphérie pourront survivre. Il y a une absence de reconnaissance. En clinique, on ne pointe pas. Il n'y a plus de reconnaissance financière et non financière. Des spécialités sont plus touchées, comme la réanimation, la radiologie. Toutes les spécialités où il y a des soins continus sont en difficulté. Le recours aux intérimaires est devenu la norme.

L'attractivité de la médecine est la garantie d'avoir toujours une activité. On a l'assurance de ne pas connaître le chômage. On touche un salaire dès 22-23 ans.

Evolution des pratiques

Les radiologues et les anesthésistes se regroupent en masse. L'achat de matériel et l'activité continue le justifient en radiologie. Pour les anesthésistes, c'est l'activité qui le justifie et le groupe offre des garanties financières. Pour les autres spécialités, cela dépend des besoins, c'est moins nécessaire.

Les assurances fonctionnent avec un bonus malus, cela dépend de la sinistralité. Les groupes peuvent faire baisser un peu les primes mais c'est une estimation qui restera plutôt individuelle.

Les nouvelles technologies

Le frein est le coût. La chirurgie robotique existe depuis plus de 15 ans, elle ne s'est pas beaucoup développée du fait des coûts. Elles permettent de développer l'ambulatoire.

Relations médecins-patients

Le patient arrive très informé mais cela ne perturbe pas la relation. Tout dépend de la personnalité des gens.

7/ Dr Arnaud Colom

Chirurgien, Orthopédie, Ile de France – 15/09/2016

La nouvelle génération de médecins

Je suis entre la jeune et l'ancienne génération. La motivation des jeunes me semble avoir baissé en chirurgie suite à ce qu'on a subi ces dernières années. Ils aspirent à un confort de vie élevé. L'idée de travailler à fond comme on a fait n'est plus là. La féminisation a un impact important sur l'évolution de l'activité. Les jeunes chirurgiens regardent s'ils peuvent rester à l'hôpital ? Le privé les attire moins que pour notre génération.

Etant donné l'état de l'hôpital, nous étions motivés par l'idée de devenir un vrai chirurgien libéral. Pourtant à l'hôpital, à part faire une grande carrière PUPH, ce n'est pas terrible. Dans nos remplaçants de chirurgie de la main, on a 7 jeunes remplaçants chefs de clinique, certains se voyaient bien rester à l'hôpital.

Evolution des pratiques

Pour l'installation, ceux qui veulent être dans le privé c'est avant tout pour une recherche de confort financier. Ils ont un gros point d'interrogation sur la capacité du système à leur offrir la rémunération attendue. Il faut dire qu'on est dans le flou aujourd'hui. Je travaille dans deux cliniques : dans une je suis autonome, dans l'autre je suis à la tête d'un groupe de chirurgiens (SCM). On a des frais communs, les honoraires sont séparés.

Pour la RCP, j'ai fait partie d'une charrette d'un assureur, j'ai retrouvé une autre assurance facilement car je n'ai pas de problème. Quand j'ai commencé c'était à 8-9 000 euros, maintenant j'en suis à 26 000 euros.

L'accréditation est une bonne idée mais c'est une véritable usine à gaz. Je le fais mais je refuse de me faire rembourser mon assurance car je considère que le libéral doit vivre de ses honoraires. Je suis contre l'assistanat de tout genre. Il vaut mieux remettre à la juste valeur nos tarifs.

Il faut que les chirurgiens se regroupent davantage. Le syndicat des orthopédistes a peu de poids du fait des multiples divisions. Les cliniques essaient d'imposer leur vue. J'ai beaucoup d'activité donc je peux imposer mes vues à la clinique. Ceux qui ont une faible activité ne sont plus respectés. Le regroupement des cliniques impose aux médecins de se regrouper.

Les nouvelles technologies

La numérisation est bien avancée. On est complètement informatisé. Les nouvelles technologies chirurgicales sont assez stables : un peu de robot pour le rachis et le genou mais cela va se développer. Le problème est la faible valeur des actes. Les chirurgiens français voyagent, évoluent, s'adaptent. Sur la chirurgie de l'épaule, il y a un nouveau produit qui n'est pas remboursé par la sécu.

Relations médecins-patients

Les gens confondent erreur et échec.

De plus en plus de patients sont tentés de porter plainte. En chirurgie, quelquefois l'opération échoue, sans qu'il y ait de faute.

Les patients ne peuvent pas se substituer au chirurgien, qui est encore respecté par le grand public.

Autres

La clé est l'innovation, son financement et l'accès pour tous. De plus en plus de dispositifs sont remboursés par les assurances publiques à l'étranger et pas en France.

8/ Dr Philippe Breil

Chirurgie, Digestif, Paris – 16/09/2016

La nouvelle génération de médecins

Ils sont moins généralistes que nous. Ils se spécialisent dans des sous segments de spécialités. On ne peut parler de façon générale de la chirurgie. Il faut différencier les spécialités. L'orthopédie par exemple est sous segmentée à l'extrême : ceux qui font l'épaule ne font pas la hanche... Même si elle est uniciste au niveau universitaire, formation et syndicale, elle est très segmentée dans la pratique. On a la même chose en urologie, certains ne font que la prostate depuis l'apparition du robot (prostatectomie radicale).

En chirurgie digestive, c'est archaïque. La gouvernance est uniciste mais la pratique se segmente car le champ est trop vaste. Ce que je fais moi, du foie comme du pancréas ou de l'intestin est fini.

Les raisons sont multifactorielles. Le regroupement des cliniques joue un rôle. Il force les chirurgiens à se regrouper, à se répartir les champs d'intervention. Lorsqu'il manque une compétence précise, ils la recherchent. Sur le plan individuel, c'est plus confortable pour le chirurgien d'être spécialisé sur un geste et d'en faire beaucoup. Je ne vois pas comment cela ne sera pas l'avenir.

J'ai été tout seul longtemps, j'ai intégré un groupe de 3 chirurgiens. Nous sommes les seuls à être en groupe à Paris en chirurgie digestive. Dans les grandes villes, les chirurgiens sont souvent seuls. Dans les petites villes et dans les périphéries, ce sont souvent les groupes. Sur le plan politique, les Pouvoirs publics souhaitent que les cliniques appartiennent à des grands groupes et qu'il y ait de moins en moins de Groupes. La tendance va vers un regroupement des jeunes chirurgiens : c'est lié à la façon de vivre de la jeune génération très attachée à sa qualité de vie et qui devra aussi assurer la continuité des soins. Sur le plan juridique, reprendre un malade un WE qui a été opéré pour obésité alors qu'on n'opère pas l'obésité est un vide juridique. Aujourd'hui pour pratiquer seul, il faut être un surhomme.

Evolution des pratiques

La tendance au regroupement n'a pas comme facteur n°1 le partage des charges. C'est une volonté de peser dans un établissement, qui appartient de plus en plus à un grand groupe. Si on veut des appareils coûteux, il faut représenter un CA suffisant. La chirurgie digestive n'est pas très rentable pour la clinique donc il faut faire du chiffre.

En synthèse, les tendances lourdes sont : l'hyperspécialisation des chirurgiens, la recherche de qualité de vie des chirurgiens, le regroupement de chirurgiens dans des

cliniques appartenant à des Groupes de plus en plus gros. La mutualisation des charges est secondaire.

Les nouvelles technologies

A priori, cela va évoluer vers des systèmes de réalité augmentée. Avec les robots télémanipulateurs, on va créer des garde-fous. Il y aura des alertes sur les robots pour que le robot s'arrête lorsqu'il va vers une zone de danger du malade, qui aura été numérisé avant. Attention l'uretère est proche, vous intervenez sur le colon, l'uretère est sur le colon mais on n'a programmé la machine pour ne pas aller dans la zone où est l'uretère.

Il y a un problème de qualité de formation des chirurgiens qui viennent d'autres pays moins exigeants en formation. Une façon de contrôler l'activité des chirurgiens est de mettre en place des recommandations précises provenant des sociétés savantes et de mettre entre les mains des chirurgiens des robots qui seront programmés selon ces recommandations. Les chirurgiens bien formés ne sont pas à l'abri d'une erreur mais cette nouvelle pratique nécessite des moyens très lourds et très chers. L'internat va se réduire, la DES est de 5 ans. Il n'y a plus de place de chef de clinique par manque d'argent. La mise en responsabilité, l'autonomisation des chirurgiens arrive beaucoup plus tard maintenant. Quand on était interne, on opérait, maintenant c'est fini. Le facteur individuel est très important en chirurgie. La période d'apprentissage est très longue.

Avec la judiciarisation actuelle, on ne pourrait plus créer la célioscopie aujourd'hui. La célio a été inventée et développée en privé, dans le système de responsabilité civile ce qui est aberrant. Des gens sont morts avec le développement de la célio. C'est un frein à l'innovation dans un système à responsabilité civile. Dans un système à responsabilité administrative comme l'hôpital public, on n'a pas ce problème. Cela exige de bien former les gens dans le public, et là c'est un problème.

En France, les responsables politiques sont conscients que la concurrence est indispensable pour l'efficacité. La lourdeur de l'hôpital public est inadaptée à la société moderne. Il faut le rendre plus petit, plus souple. Le privé a tout son avenir devant lui du fait de la lourdeur de l'hôpital public. L'exercice en privé va-t-il rester corroboré avec l'exercice à l'acte en responsabilité civile? C'est la question clé. N'allons nous pas dériver vers des établissements privés type ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif), avec un établissement privé et des chirurgiens salariés. L'avantage du privé à but lucratif est que les chirurgiens sont responsables devant les juridictions (civil, pénal, administrative, déontologique). En public, on est couvert. Je ne sais pas quel est l'avenir des ESPIC, car ce beau modèle n'est pas très efficace économiquement. Si on diminue le salaire des chirurgiens, ils ne viendront plus. Le vrai système qui marche est celui avec le paiement à l'acte car il permettra toujours des adaptations du modèle qui laissera les chirurgiens bien gagner leur vie et les cliniques pourront survivre.

On revient à l'hyperspécialisation qui permet de mieux gagner sa vie si on fait en grand volume un seul geste. Toutes les études montrent que au-delà d'un certain seuil on a un meilleur résultat. On évolue vers une détermination des seuils par chirurgien et non plus par équipe comme maintenant. La question des seuils est un immense problème. Il faut faire 10 pancréas par an pour être performant, les malades vont se retrouver au même endroit. Les cancers de l'œsophage, les rectums, les hépatectomies.... Les gens vont se retrouver dans le même endroit et on aura une quantité de malades lourds qui sera impossible à gérer par l'équipe soignante. Pour les spécialités lourdes, c'est un vrai problème de concentrer les malades sur un seul endroit.

Evaluation et affichage des performances des chirurgiens et des établissements : c'est un challenge majeur pour le chirurgien. On doit être aidé pour colliger nos statistiques et nos indicateurs de performance. Celui qui fait la chirurgie à la chaîne ne peut pas échapper au risque statistique. On n'échappera pas à l'évaluation de la performance mais encore faut-il faire beaucoup du même acte pour que cela soit représentatif. S'il est facile de faire 100 hernies, certaines opérations ne peuvent pas être faites en grand nombre. Il faut que tous les chirurgiens s'astreignent à tenir un registre individuel et regardent l'écart type avec le groupe. Le PMSI n'est pas un instrument pour évaluer les morbidités. Ex : les plaies de l'aorte en célio ne se retrouvent pas dans le PMSI. Il faut un bureau véridique de l'activité des chirurgiens avec la tenue de registres. Il existe un registre des hernies (50 000 opérations par an en célio) tenue par certains chirurgiens. Par rapport au groupe, chacun peut se positionner.

Le chirurgien ne peut pas le faire seul, c'est trop de travail. Il faut des attachés de recherche clinique qui tiennent les registres et sortent les résultats. Le chirurgien doit prendre son temps en consultation, puis il opère en mettant les moyens et le temps. Il faut faire un tri dans ses activités annexes. Il ne peut pas être pris par une multitude d'activités annexes. Il faut qu'il ait de l'aide au bloc opératoire, sur le plan administratif par de nouveaux métiers. L'archétype du nouveau métier est l'infirmière anesthésiste. Endormir et réveiller un malade c'est du domaine de l'infirmière mais pas la chirurgie. Quand on voit que des infirmières américaines font des coloscopies, en Angleterre des infirmières dont des échographies, encadrées par un médecin, OK. Mais en chirurgie, tout cela est impossible. En pré, per et post opératoire, le chirurgien a besoin de temps, c'est pour cela que c'est mieux fait en privé qu'en public. Pour le reste il faut de l'aide, pour tenir des registres, faire les tâches administratives... Aujourd'hui, les chirurgiens paient une secrétaire pour les tâches administratives mais ce n'est pas l'avenir. L'avenir ce sont des paramédicaux formés à un certain nombre de tâches, il faut inventer de nouveaux métiers. Il y a ensuite la question de la responsabilité juridique et de qui paie quoi. Si la clinique paie l'assistant opératoire, elle sera poursuivie en cas d'accident. Le plus important est de recentrer le chirurgien sur ses tâches. Ne pas se faire opérer par des chirurgiens qui ont des tâches annexes avant et après.

9/ Pr Christian Latrémouille

Chirurgien Cardiaque, Paris (HEGP) – 19/09/2016

La nouvelle génération de médecins

Quand ils viennent se renseigner avant le bac, après un petit passage dans nos services et avoir pesé les avantages et les inconvénients, la plupart des garçons que je vois ne donnent pas suite. Cela illustre un déclassement socioprofessionnel important de la profession de médecins. Sans aucun machisme, une profession médicale qui se féminise trop se paupérise car la femme reste dépendante de contraintes familiales fortes. Nous faisons face à l'évolution de la société. Les jeunes sont moins disponibles pour le job. Dans le public, en dehors des heures prévues de travail, on n'arrive pas à obtenir de l'aide des PH et des internes.

Les internes sont moins disponibles qu'avant. Alors qu'on se battait à ma génération pour opérer à l'internat, les jeunes ne le font pas. Les séniors sont accaparés par des tâches annexes qui nous font perdre de l'efficacité. C'est surtout le cas à l'hôpital avec les suppressions de poste.

Evolution des pratiques

Les résultats de la médecine n'ont jamais été aussi bons quand on regarde l'évolution des taux de survie. Ce que j'évoque concerne une évolution de la conscience professionnelle en général. Pour compenser cela, on prend des médecins roumains, libano syriens... dont le niveau de formation est moins bon. Il est certain que l'excellence de la médecine française est moins excellente aujourd'hui qu'hier. On n'est rentré dans le rang, même si je pense qu'on travaille encore bien. Avec la féminisation, les pouvoirs publics importent des médecins qui ne coûtent pas chers, qui sont moins exigeants. J'ai été récemment faire des staffs dans hôpitaux de périphérie où il n'y avait que des médecins d'origine étrangère dans certains services.

La chirurgie s'est toujours opposée à la médecine mais c'est une question de caractère. En chirurgie, il faut prendre une décision rapidement, trancher dans le vif et avoir un résultat rapide. Le médecin a une approche plus intellectuelle, va attendre plusieurs jours pour voir l'efficacité de son traitement. Ce sont des métiers différents. On ne fera pas faire de la chirurgie à un médecin ou de la médecine à un chirurgien. La société a besoin des deux profils pour avancer.

Gestion du risque professionnel : à partir du moment où on prend des gens moins bien formés, on est obligé d'encadrer de plus en plus l'activité des soignants. On a réussi à éviter les apprentis sorciers, on est déjà très surveillé. Si on travaille proprement, on n'a pas de problème.

Pour les soins courants, l'hôpital public n'est pas dans la course par rapport au privé. Les restructurations hospitalières sont très technocratiques, ce ne sont pas de vrais managers. Le modèle d'organisation de l'hôpital et de l'université limite nos performances. Il n'y a pas de remise en cause régulière du niveau des professionnels et pas de mobilité suffisante. Beaucoup font leur carrière dans le même établissement, ce qui est une ineptie.

Les nouvelles technologies

On ne peut plus prendre les risques que nos aînés ont pris. Le programme de transplantation cardiaque dont je m'occupe n'aurait pas pu démarrer aujourd'hui. Il a trop d'aléas pour l'environnement actuel.

On est au début d'une nouvelle ère. On n'a pas encore vu tout l'impact de l'internet. Je dis souvent qu'autrefois la chirurgie n'existait pas et que demain elle n'existera plus. La seule chirurgie qui perdurera sera la traumatologie d'urgence, la chirurgie de remplacement des organes. La chirurgie va reculer au profit de systèmes intelligents, ciblés ou par le dépistage même si cela coûtera cher. Avec le big data et la cartographie génomique, on pourra cibler le dépistage. La chirurgie micro-invasive va progresser, poussée par l'industrie.

Quand on travaille sur une valve mitrale, cela met du temps pour être compétent et certains n'y arrivent pas. Si on la remplace, l'opération change de nature. On n'aura plus l'artisan qui travaille à réparer mais le système qui remplace l'organe.

Relation médecins-patients

Les Français sont des enfants gâtés. Les soins sont un dû et ils ne savent même pas combien ils coûtent. Dans la plupart des pays, les gens participent au paiement, pas en France. On a souvent des plaintes pour la nourriture, ce qui est insupportable.

Autres

Je suis optimiste car la population à l'arrivée est bien soignée. On a perdu le niveau qu'on avait. Ce n'est pas propre à la France. La médecine est entrée dans une approche universelle, sans qu'aucun nom n'émerge. Les technologies évoluent et on sera toujours pris en charge. En revanche, il vaut mieux avoir un bon carnet d'adresses de bons médecins dans chaque spécialité si on veut être bien soigné.

10/ Dr François Xavier Boyer de la Tour

Chirurgien Obstétrique, Nord – 22/09/2016

La nouvelle génération de médecins

Ils ne s'investissent ni dans l'outil de travail ni dans la gestion. Beaucoup de gens de notre génération le faisaient, peu de jeunes. Ils amènent leur expertise, leurs compétences mais se désengagent des autres investissements. Il y a un manque de confiance dans l'avenir, ce qui les freine à investir dans l'outil de travail.

Evolution des pratiques

En gynéco-obstétrique, le travail ne se conçoit plus qu'en équipe, avec une équipe qui tourne pour assurer des gardes. C'est une équipe pluri-professionnelle avec des sages femmes, des anesthésistes... Les praticiens deviennent des collaborateurs mais décident de moins en moins sur l'organisation des établissements.

RCP : l'accréditation est une évolution inéluctable de la médecine. Les pouvoirs publics iront dans le sens d'un droit de regard de l'autorisation d'exercice qui ne sera plus à vie. Le process actuel est très technocratique. Il doit s'améliorer. Dans l'avenir, on sera obligé d'apprendre au cours des études de médecine à gérer le risque, comme on le fait pour les pilotes d'avion. Il faut enseigner la prévention du risque.

J'observe une baisse du niveau de formation en obstétrique. Le Gynéco obstétricien qui fait tout n'existera plus, on va vers une spécialisation croissante entre la PMA, la chirurgie... C'est une évolution assez dangereuse mais les pouvoirs publics poussent à l'hyperspécialisation. C'est difficile à développer à l'échelle du pays.

Les nouvelles technologies

L'avenir de la chirurgie passera par la robotisation. Le robot est une aide à la chirurgie. En France, c'est freiné par le prix mais c'est l'avenir : le geste est plus précis, les incisions sont moins grandes, c'est moins agressif... On est très en retard en France : en Belgique, il y a le double de robots que dans toute la France. En gynéco, on se sert de robots en cancérologie.

Relation médecins-patients

La relation est dominée par une relation contractuelle, c'est comme un contrat que les deux parties doivent respecter. Si le contrat n'est pas respecté, on s'expose à des plaintes. La relation est plus contractuelle que basée sur la confiance.

La mise à disposition d'indicateurs de performance auprès des patients est inéluctable, c'est une obligation qu'on devra respecter.

La chirurgie de demain sera très différente selon les lieux d'exercice, en public et en privé. La relation entre le patient et le praticien est déjà différente. La plainte est dirigée contre le praticien en privé et contre l'hôpital dans le public. Pour être mis en cause dans le public, il faut aller au pénal. Je suis expert auprès du tribunal, la pression augmente. Le délai de prescription est de 10 ans en chirurgie et 10 ans après la majorité en obstétrique.

11/ Pr Dan Benhamou

Anesthésiste, Paris – Le 30/09/16

La nouvelle génération de médecins

Il y a une féminisation importante de la profession et de la médecine en générale. En première année, il y a 65% de femmes. C'est la même chose en anesthésie. C'était l'inverse il y a dix ans, il y avait une masculinisation de la spécialité. Avant, c'était avant une spécialité féminine, avec un niveau médical pas très élevé. Puis dans les années 80, l'internat d'anesthésie a été créé avec une élévation importante du niveau médical, une mise à parité des études avec les chirurgiens, une universitarisation importante, une grosse activité scientifique s'est mise en œuvre. C'est avec l'arrivée des hommes, non pas que les femmes soient moins capables, loin de là, mais les hommes sont plus attirés par les carrières académiques (voir papier récent du Lancet). Aujourd'hui, un gros pourcentage d'hommes dirige les universités. Aujourd'hui, l'anesthésie s'est stabilisée comme les autres spécialités. Les femmes arrêtent plus tôt leur carrière que les hommes. L'anesthésie leur permet une organisation assez favorable de leur agenda, d'où le retour à une féminisation.

La nouvelle génération travaille moins et est moins impliquée dans une carrière universitaire. Les jeunes demandent du temps libre, exercent leur droit au temps libre et in fine travaillent moins que notre génération.

Evolution des pratiques

L'évolution technologique a eu un impact essentiel. En anesthésie, la technologie a entraîné une évolution très forte en matière de sécurité. Tout le matériel de monitoring – comme l'oxymétrie de pouls apparu en 1985 – a transformé les choses en plus de sécurité. La prise en charge a été transformée.

L'anesthésie est maintenant régie réglementairement par des décrets. C'est la seule spécialité médicale qui est encadrée par des décrets qui fixent l'existence de salles de réveil, le fonctionnement, la surveillance, les éléments technologiques de surveillance, les consultations. Un encadrement juridique très fort. On n'a pas de preuves formelles, d'études randomisées pour dire que cela a été un progrès mais tout le monde s'accorde à dire que l'évolution est majeure et a amélioré la sécurité par un facteur 10.

Je ne pense pas que l'encadrement règlementaire en chirurgie serait utile. Pour nous, cela a été nécessaire car on partait de très loin. C'était une spécialité très jeune, qui n'avait pas d'encadrement du tout, ni scientifique. Il a fallu imposer le passage systématique en salle de réveil et la consultation avec l'opération, ce qui a nécessité de

se battre car il y avait une grande résistance des autres acteurs, dont les chirurgiens. La chirurgie, c'est davantage une spécialité traditionnelle où les process existent. Ils sont plus dans des améliorations marginales que dans la réorganisation. On recherche plus l'amélioration de la compétence, de la performance du chirurgien, la pédagogie, le training, la simulation. Le deuxième versant est la notion d'inter-professionalité, le savoir-vivre avec les autres, ce qui ne se règle pas. Il faut travailler sur le savoir faire et le savoir être. Le savoir être est souvent insuffisant chez les chirurgiens. Ils sont réputés pour être autoritaires, pas trop à l'écoute. Il y a des données sur ce thème. L'évaluation des compétences est importante.

Pour faire fonctionner efficacement les équipes et améliorer la sécurité, le vivre ensemble est très important. Les thèmes du leadership, du travail en équipe, de la communication sont cruciaux et ne se règlent pas. Ils pourraient être introduits dans la formation des internes, sous forme d'une simulation interprofessionnelle. Il faut une évolution des disciplines chirurgicales sur leur façon de faire.

Les traits caricaturaux des fonctionnements sont similaires dans le public et le privé. Les éléments relationnels sont stéréotypés. Dans le privé, les éléments de confrontation dans le privé sont peut-être moins forts car il y a un objectif commun financier dans le privé alors que ce n'est pas le cas dans le public.

Les visions corporatistes sont plus prononcées dans le public.

Les nouvelles technologies

Le fait que les patients puissent s'informer par internet change la donne. Les échanges numériques entre les médecins ont un impact. L'usage des Smartphones à la place des bips est une étape importante : échange de photos, discussion de cas... L'informatisation des dossiers médicaux est la prochaine étape.

Relation médecins-patients

Elle a beaucoup changé suite au décret d'anesthésie de 1994 qui a rendu obligatoire la consultation d'anesthésie au moins 48h à l'avance (sauf urgence). Cette consultation « à froid » induit plus qu'avant une relation contractuelle sur le devoir d'information et le protocole utilisé. Dans d'autres pays, les infirmières réalisent la consultation ou la consultation se fait le jour de l'opération. On a en France une relation plus médicalisée et on noue une véritable relation avec la consultation. On commence à enseigner les éléments basiques de la communication soignant-soigné aux étudiants.

12/ Dr Vincent Souron

Anesthésiste, Annecy- Le 30/09/16

La nouvelle génération de médecins

Je me suis installé il y a 15 ans en privé alors que mon père était professeur à l'hôpital car je pensais que l'activité telle que je la voyais se faisait plus facilement dans le privé. L'hôpital était une structure trop lourde et intéressante uniquement pour ceux qui souhaitaient avoir une carrière universitaire. Aujourd'hui, je ne suis pas certain que je ferais ce choix là tant les contraintes du libéral ont augmenté.

L'aisance financière en privé reste plus élevée, ce qui est un critère important contrairement à ce que tentent de dire certains. On continue à bien gagner notre vie. Les actes techniques sont bien valorisés alors que les actes cliniques sont mal valorisés. Les spécialités médicales qui font peu d'actes techniques sont désertifiées.

La jeune génération a une tendance forte à concentrer leur temps de travail pour avoir du temps libre. Ils veulent bien travailler beaucoup mais disposer de temps libre pendant lequel ils ne sont pas déranger. La société du temps libre, de la gratuité imprègne les comportements, y compris les plus entrepreneurs d'entre nous.

La judiciarisation des comportements est constante et dicte les comportements médicaux de nos jours. Lors de mes remplacements à l'hôpital, on n'a pas ce poids. La jeune génération est préoccupée par cela. Avant, les pédiatres étaient en ville à Annecy, maintenant ils sont à l'hôpital.

Evolution des pratiques

Quand je suis arrivé, on était 5 anesthésistes, maintenant on est 10. Dans une structure dynamique, on attire sans problème. On vient d'être racheté par un groupe, on ressent une pression plus forte. J'aime mon métier, j'ai besoin de me sentir bien dans un bloc. Les relations interprofessionnelles sont devenues moins sereines et celles avec l'administration sont plus tendues.

La politique de regroupement va continuer même si à Annecy, chacun est à son compte. Nous avons un ticket d'entrée encore élevé dans notre clinique car l'activité est bonne. Pour éviter les pénuries dans les hôpitaux, il faudrait permettre aux PH de pratiquer dans le privé et vice-versa. En anesthésie, on a professionnalisé les remplacements, certains ne font plus que des remplacements. Avec une indemnité journalière de 900 euros par jour, c'est très lucratif.

Lorsque les médecins sont actionnaires et partent à la retraite, ils sont très sensibles aux sirènes des groupes. Le Groupe de notre clinique, Vivalto, garde les médecins actionnaires mais notre participation à la gestion est un leurre.

Le médecin est un individu solitaire. Son égo a beaucoup d'importance. Les patrons de Groupe savent que les praticiens sont de mauvais gestionnaires. Ce sont des gens brillants mais c'est un autre monde, ces gestionnaires sont éloignés du soin. Les praticiens doivent faire face et résister à ces groupes pour maintenir une qualité de soins et de services.

La clé de voute du système reste le paiement à l'acte. Ce système est formidable pour la rentabilité des cliniques. Si on retire cette clé de voute, tout s'effondre.

Les nouvelles technologies

Le e-learning a une place considérable, c'est fondamental. Le DMP devrait être là depuis longtemps. C'est incroyable que la France ne soit pas encore équipée.

Relation médecins-patients

Dans l'idéal, l'anesthésiste doit avoir une relation directe avec le patient. La plupart des consultations pré anesthésie sont réalisées par un autre anesthésiste que celui endormira le patient. Dans notre clinique, c'est plus de 80% des cas. L'anesthésiste n'est pas qu'un prestataire de service du bloc opératoire. Il faut donc qu'il ait une relation avec le patient. La dimension individuelle de la relation est très importante. La gestion paternaliste des cliniques à l'ancienne avait au moins cet avantage.

L'hypnose prend une place de plus en plus importante. J'ai des collègues qui ont quitté le bloc et ne font plus que de l'hypnose.

Il y a un taux de suicide important et des problèmes d'addiction plus élevés que la moyenne chez les anesthésistes. Cela montre le caractère à haut risque de notre activité.