

Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée

XIII^{èmes} Rencontres de l'UNHPC
Vendredi 12 janvier 2007

QUEL AVENIR POUR NOS METIERS ?

Le Plan Cancer bouscule nos métiers ...
Les refonde-t-il ?



Les Rencontres
2007
de la Cancérologie
Libérale
et Hospitalière Privée

Débat organisé à la Maison des Polytechniciens à Paris
avec le soutien des Laboratoires sanofi aventis, Roche et Amgen.

Le script a été pris par I. Guérin.

Les dessins sont de J. Bataille

La révision des textes a été faite par les auteurs.

Le livre a été conçu et réalisé par G. Parmentier et V. Dovergne, sur le logiciel RagTime™
l'impression faite par Présence Graphique

©Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)

81 rue de Monceau - 75008 PARIS



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée

XIII^{èmes} Rencontres de l'UNHPC

vendredi 12 janvier 2007

**QUEL AVENIR
POUR NOS METIERS ?**

**Le Plan Cancer
bouscule nos métiers**

Les refonde-t-il ?

Points de vue

Débats

Perspectives

Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie

*Coordination
et pluridisciplinarité
au service des patients
atteints du cancer*

Avant-propos

Le thème des Rencontres 2007 - **l'avenir de nos métiers** - est repris pour nos Rencontres 2010. Les questions posées en 2007 restent de pleine actualité : *Le Plan Cancer bouscule nos métiers. Les refonde-t-il ? - L'oncologie se dissout-elle dans la multiplication des spécialités ou constitue-t-elle un métier aux multiples compétences ? - Que voulons-nous ? Que pouvons-nous ?...*

Nous publions ici les **actes des Rencontres 2007** avec beaucoup de retard et nous prions nos orateurs, les participants et nos lecteurs de bien vouloir nous en excuser. Nos précédentes éditions ont remporté un grand succès et il ne fallait pas s'arrêter sur celui, mérité, de « *L'administration de la santé par l'Etat* » (Rencontres 2006). Mais, l'actualité est chargée et la petite équipe de l'UNHPC a du mal à suivre le rythme.

Ce qui nous a frappés en lisant ces actes, outre leur actualité, c'est la très grande qualité des interventions. Il fallait donc absolument les publier. Ils sont d'un apport important pour faire le point qui est de nouveau nécessaire, après ces trois ans, et remettre nos travaux en perspective.

Nous avons demandé à Henri **Vacquin**, sociologue des relations de travail, spécialiste de l'action syndicale, de bien vouloir nous accompagner et nous interroger. Il a su le faire avec humour et exigence, même si nos perspectives d'action collective lui paraissaient bien faibles comparées à celles sur lesquelles il fondait son expérience.

La matinée nous avait permis de nous caler sur l'actualité. Tous les métiers n'avaient pas pu être évoqués. Mais, dans leurs fonctions de Présidents, Franck **Bürki** et Francis **Lipinski** avaient fait le point de l'oncologie médicale et de la radiothérapie. Yves **Noël** avait fait le point sur l'évolution de la fonction de Directeur.

L'état des lieux avait aussi été fait par des apports plus "savants". Yves **Matillon** a résumé l'expérience acquise grâce aux travaux menés par la Mission dont il est chargé, en particulier en matière de définition des compétences qui caractérisent un métier. Roland **Bugat** a fait le point sur les évolutions touchant à la formation aux métiers. Il a évoqué en particulier l'impact de "LMD". Martine **Burdillat** a amené des informations nouvelles et objectives sur l'état de la démographie. Tous deux ont tracé les perspectives de l'accord passé entre leurs institutions, l'INCa et l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

Qui ne se souvient des interventions de l'après-midi ? :

- la richesse, l'exigence et la profondeur de vue de l'exposé d'André **Malicot** sur l'expérience multiséculaire des métiers des Compagnons du Devoir. Le métier qui ne se réduit ni à une technique, ni à un emploi, ni à une fonction, le métier qui est toujours en devenir, mais qui est aussi une culture et un patrimoine qu'il faut transmettre... Certains passages de cet exposé valent d'être médités, beaucoup donnent à penser, tous sont fondateurs ;
- la synthèse de l'histoire, récente mais si riche d'enseignements, de l'apparition et de la reconnaissance du métier d'anesthésiste réanimateur faite par Guy **Bazin**. Cette synthèse a fait du bruit parmi les anesthésistes réanimateurs tant elle posait la question de leur avenir. Nous avons donc rajouté à la documentation proposée en 2007 quelques articles demandés par la suite à Guy Bazin en particulier par la SFAR. Cette histoire récente nous parle évidemment de la difficile naissance de l'oncologie médicale, des conditions de sa réussite... ;
- les propos interrogateurs et décapants de Guy **Vallancien** étaient nouveaux. Lui aussi a eu l'occasion de les reprendre depuis. Ils sont toujours aussi neufs, aussi nécessaires. Guy Vallancien part de son expérience de chirurgie mais ses considérations font écho à celles d'André Malicot sur les charpentiers et entrent immédiatement en résonance avec les questions

- que se posent les Oncologues Radiothérapeutes compte tenu des progrès et de la diversification des techniques, du rôle grandissant des radiophysiciens et des manipulateurs ;
- enfin la culture et la sagesse de Bernard **Hœrni**, son immense connaissance de l'histoire de la cancérologie comme de l'évolution de la médecine nous ont permis de resituer l'extrême diversité des métiers de la cancérologie et de mieux comprendre la et les logiques qui ont présidé à leur apparition et à leur développement.

Nous reproduisons ici, comme nous le faisons à chaque fois, la documentation qui avait été préparée pour les participants à ces Rencontres. Elle a trois ans, c'est peu et beaucoup à la fois. Elle reste utile et permettra de préparer, parfois de fonder les réflexions des Rencontres d'avril 2010.

Nous remercions Jérôme **Bataille**, architecte du cabinet IAA, qui a bien voulu nous donner les portraits rapidement croqués durant ces Rencontres et que nous reproduisons ici.

Outre la très grande qualité de ces travaux, le lecteur sera frappé par le fait qu'en trois ans, les choses ont très peu changé. Il y a deux exceptions heureuses. En radiothérapie la "*Feuille de route*" a accéléré les choses et incontestablement la démographie va s'en trouver améliorée, en particulier pour les radiophysiciens. Il faut s'en réjouir. De même, le nouveau régime des autorisations est en place et son bilan globalement positif. Mais, les spécialistes libéraux sont toujours les oubliés des Plans Cancer ; le PMSI n'est toujours pas d'actualité pour la radiothérapie ; les financements Plan Cancer encore moins ; l'oncologie médicale s'enfonce dans la désespérance ; l'anatomopathologie libérale est en grand danger, même si le Pr Grünfeld a souligné l'urgence qu'il y avait à s'en occuper ; la médecine libérale est désertée par les jeunes ; le secteur 2 est toujours potentiellement mortifère pour nos métiers, même si, heureusement, il ne touche pratiquement pas la cancérologie ; l'Etat délaisse les "médecins entrepreneurs" ce qui, un jour, lui coûtera cher en termes de prix comme de qualité ; il ne tient pas les promesses qu'il nous fait ; la régulation du coût des médicaments reste un problème...

Bref, il est temps de reprendre la réflexion sur l'avenir de nos métiers. Ces travaux de 2007 nous sont précieux pour nous remettre à l'ouvrage et dégager des perspectives fondatrices de notre avenir et de celui de la qualité de notre système de soins. Le nouveau Plan Cancer - 2009-2013 - peut être un point d'appui. Il reconnaît la dimension "métier" de nos activités. Un "*tableau de bord des métiers de la cancérologie*" doit se mettre en place. Pour qu'un tableau de bord soit utile il faut un bon projet et de bons indicateurs. Il est temps de mieux les définir.

Puisse les travaux présentés ici nous y aider !

Le 16 avril 2010, le Président **Maraninchi** ouvrira nos travaux comme il avait bien voulu le faire en 2007. Sa présence est importante. Le rôle de l'INCa est central. Les informations comme les perspectives développées par son Président nous sont indispensables.

L'introduction à ces Rencontres 2007 avait été faite par le Dr Roger Ken **Danis**, chirurgien et Président de la FHP. Il est hélas décédé fin mai 2009. Nous lui rendons hommage ici. Il fut toujours pour nous un partenaire loyal. Sa disparition est aussi une leçon d'humilité : les plus grands dévouements sont toujours considérés comme chose normale et chose due. Il fut un Président dévoué à la cause qu'il défendait pour nous.

Le 23 mars 2010

Bernard Couderc

Gérard Parmentier

**QUEL AVENIR POUR NOS METIERS ?
Le Plan Cancer bouscule nos métiers
Les refonde-t-il ?**

- II -

Président :

Dr Bernard COUDERC

Modérateur :

M. Gérard PARMENTIER

Questionnement :

M. Henri VACQUIN

Intervention du Dr Daniel NIZRI, Conseiller du Ministre	128
☞ Que transmettre : ce que l'on sait ou ce que l'on est ?	
M. André MALICOT	131
Débat	153
☞ Que peut nous apporter l'histoire de l'anesthésie ?	
Dr Guy BAZIN	155
Débat	176
☞ Métier, volume, délégation ... et qualité ?	
Pr Guy VALLANCIEN	179
Débat	184
☞ Nouveaux métiers en cancérologie. Etiologie, généalogie.	
Pr Bernard HERNI	189
Débat et conclusion	212

**QUEL AVENIR POUR NOS METIERS ?
Le Plan Cancer bouscule nos métiers
Les refonde-t-il ?**

- III -

DOCUMENTATION..... 215

Documents n° 1 :	Quelques documents concernant l'Oncologie-radiothérapie : 221
1.1	SFRO : Proposition d'équipements pour un plateau technique de radiothérapie type « standard » Version du 19 décembre 2006 222
1.2	Extrait du livre des actes des Rencontres 2006 (pp. 49 à 51) - Discours d'ouverture - Intervention du Dr Daniel Nizri (Cabinet du Ministre) 227
1.3	Lettre de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée à M. J.-M. Spaeth au sujet de l'arrêté du 22 septembre 2003 remettant en cause la conception du métier d'oncologue 231
1.4	Lettre de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé au Dr Francis Lipinski, Président du SNRO, à l'occasion des Rencontres de l'UNHPC du 12 janvier 2007 233
Documents n° 2 :	Quelques documents concernant l'Oncologie médicale : 235
2.1	G. Auclerc, F. Bürki : La formation médicale en cancérologie libérale - Article à paraître dans la revue <i>Oncologie</i> 237
2.2	Lettre de M. F. Van Roekeghem aux Présidents du SFOM et du SNRO (14-12-2006) .. 241
2.3	Dépêche APM du 7 novembre 2006 - Titre : <i>Rémunération de la chimiothérapie : les oncologues médicaux accusent la CNAMTS de laisser "pourrir" la situation</i> 243
2.4	Lettre des Présidents du SFOM et du SNRO à M. F. Van Roekeghem (2-11-2006) 247
2.5	Problématique « Oncologie médicale » en 2006, Dr Franck Bürki Président du SFOM - 20 mars 2006 - Ce document a été signé de l'ensemble des organisations de la Plateforme de la cancérologie libérale et hospitalière privée et par la FFOM 249

	2.6	Lettre de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé au Dr Franck Bürki, Président du SFOM, à l'occasion des Rencontres de l'UNHPC du 12 janvier 2007	255
Documents n° 3 :		Quelques schémas pour aider à la réflexion :	257
	3.1	Qu'est-ce qu'un métier ? - Quelques schémas pour illustrer et soutenir la réflexion	259
	3.2	Rappel : déontologie et métier ne pouvant s'évaluer sur résultat final - E. Perrot	261
	3.3	Les nomenclatures traduisent-elles des conceptions différentes d'un même métier ? - Schémas UNHPC (Décembre 2006).....	263
	3.4	Qu'est-ce qu'un métier ? - Michèle Descolonges - Paris, PUF, 1998.....	265
	3.5	Le "métier" de chirurgien. Deux approches parmi d'autres ... - Selon Yves Chapuis, Président de l'Académie nationale de Chirurgie et selon la campagne publicitaire du Ministère (Octobre 2006) : "les métiers hospitaliers - des professions au service de la vie".	267
	3.6	Les métiers hospitaliers - Des professions au service de la vie : Le Ministère de la Santé et des Solidarités lance une campagne nationale de valorisation des métiers hospitaliers.....	269
	3.7	Indépendance - Métier - Statut... : Les "trois figures de la liberté" de Philippe d'Iribarne.....	271
	3.8	La Direction d'un établissement de santé : typologie ou âges d'une "fonction" encore largement en devenir ?	273
	3.9	Qualité médicale : influence de l'environnement sur la qualité : modèle général - National Academy Press 2000.....	275
	3.10	Qualité médicale : la médecine évolue	277
	3.11	Qualité médicale : maladie aigüe - chronique	279
	3.12	Qualité médicale : le système de tarification.....	281
	3.13	Qualité médicale - Figures du soin : trois figures du respect	283
	3.14	Assurance maladie : la preuve par neuf - Réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie - Gilles Johanet ; Commentaire Volume 29/N° 116 - Hiver 2006-2007, pp. 981-992	285
	3.15	La décision médicale selon Martin Buxton.....	287
	3.16	Cartographie des métiers de l'intelligence économique - Annexe à la liste des métiers et des compétences de l'intelligence économique - Septembre 2006 - réalisée par l'ADBS	289

Documents n° 4 :	Pr Yves Matillon : documents supports de l'exposé :291
4.1	Rapport de mission - Pr Y. Matillon - Mars 2006 : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales293
4.2	Dossier de presse relatif à la parution de ce rapport...303
4.3	Nouvelle lettre de mission envoyée au Pr Matillon par Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, en date du 10 juin 2006 309
Documents n° 5 :	Pr Roland Bugat : document support de l'exposé : 311
5.1	Dépêche APM du 19 décembre 2006 : Titre : <i>Collaboration entre l'INCa et l'Observatoire de la démographie des professions de santé</i> 313
Documents n° 6 :	Rapport présenté par le Pr Yvon Berland : 315
6.1	Le "Rapport Berland" : Mission « Démographie médicale hospitalière » 317
6.2	Dossier de presse relatif à la parution de ce rapport .325
Documents n° 7 :	Dr Guy Bazin : documents complémentaires à l'exposé : 341
7.1	Un article paru dans Le Quotidien du Médecin en date du 8/11/2007 sous le titre "Quel avenir pour l'anesthésie" 343
7.2	Deux articles parus dans Vigilance sous le titre "Le métier d'anesthésiste-réanimateur peut-il évoluer ?" - Docteur Guy Bazin - Vigilance n° 11 d'avril 2008 et n° 16 de juillet 2009 347
Documents n° 8 :	Pr Guy Vallancien : documents supports de l'exposé : 363
8.1	Actualité - Opinions : Offrons à tous les Français l'accès à une chirurgie d'excellence , par Guy Vallancien, François Aubart, Jacques Domergue, Philippe Cuq, Henri Guidicelli, chirurgiens, membres du bureau du Conseil national de la chirurgie - Le Figaro du 27 décembre 2006..... 365
8.2	CNC 4-5-2006 : Rapport du groupe de travail - L'évaluation de la chirurgie oncologique et les seuils d'activité 369
Documents n° 9 :	Pr Bernard Hoerni : document support de l'exposé : 375
9.1	Réglementation de la pratique médicale clinique - Perspectives évolutives ; gestions hospitalières - Avril 2004, n° 435, pp. 256-262..... 377
Documents n° 10 :	Quelques études récentes de la DREES : 391
10.1	Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé - Nicolas Jounin - Loup Wolff, n° 64 - Octobre 2006 393

10.2	La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004. Une application de la méthode des régressions quantiles - Anne-Laure Samson, n° 62 - Août 2006.....	395
10.3	De « faire médecine » à « faire de la médecine ». Sous la direction scientifique d'A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa, n° 53 - Octobre 2005.....	399
10.4	Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie). Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Vega Anne, n° 51 - Juin 2005.....	401
10.5	Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (4/5). Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller. Avec la participation d'Anne-Marie Arborio (Lest), n° 50 - Juin 2005.....	403
Documents n° 11 : Trois livres récents :		405
11.1	Petite philosophie de la chirurgie - Philippe Hubinois.....	407
11.2	Le métier de médecin - Entre utopie et désenchantement - Vannotti Marco.....	419
11.3	La crise des professions de santé - Collectif (sous la direction de Jean de Kervasdoué).....	421
Documents n° 12 : Quelques articles supplémentaires :		439
12.1	Exercice libéral : comment sortir de la déprime ? - <i>Bulletin de l'Ordre des Médecins</i> n° 10 - décembre 2006.....	441
12.2	La passion impossible de l'égalité, Philippe D'Iribarne - <i>La Revue Projet</i> , CERAS Réformer sans modèle, n° 295, novembre 2006.....	447
12.3	La légitimité au quotidien, l'idéologie dans le discours managérial, Patrick Smets. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales auprès de la Faculté des sciences sociales, politiques et économiques de l'Université Libre de Bruxelles sous la direction du Professeur Alain Eraly. Année académique 2004-2005. Téléchargeable sur : http://student.ulb.ac.be/~psmets1/these.html . Chapitre 3 - Légitimité et organisations, Le métier.....	453

12.4	« Les Tutelles tuent-elles ? », Henri Vacquin. <i>Le Monde Initiatives</i> - Octobre 2003, Arguments & réflexions, p. 27	459
12.5	Il faut revoir le contenu du métier de médecin , Gilles Johanet (CNAM), propos recueillis par Agnès Bourguignon, <i>Le Quotidien du Médecin</i> du 30/10/2001	463
12.6	The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy - J Natl Cancer Inst 2007;99: 1171 - 7 jnci.oxfordjournals.org	465
Documents n° 13 : Documents complémentaires :		483
13.1	Gouvernance de l'INCa - Note de proposition préparatoire au Conseil d'Administration du 21 décembre 2006 - Contribution FHP-UNHPC	485
13.2	Dépêche de presse APM du 21.12.06 titrant : <i>L'INCa se positionne comme une agence d'Etat.</i>	497
13.3	Haute Autorité de Santé - Communiqué de presse du 24 mai 2007 : La Haute Autorité de Santé lance une enquête auprès de tous les professionnels de santé sur les nouvelles modalités de coopération.	501
Documents n° 14 : Dépêches de presse APM relatives aux Rencontres 2007		507

**QUEL AVENIR POUR NOS METIERS ?
Le Plan Cancer bouscule nos métiers
Les refonde-t-il ?**

- IV -

INFORMATIONS UNHPC ET RENCONTRES	515
• Les différents thèmes des Rencontres de 1994 à 2007.....	517
• Eléments bibliographiques.....	518
• Schémas récapitulatifs des composantes de la “plateforme commune” des organisations représentatives de la cancérologie libérale et hospitalière privée en 2007.....	519
• Coordonnées des orateurs présents aux Rencontres 2007.....	521
• Index des intervenants aux Rencontres 2007.....	523

Quel avenir pour nos métiers ?

**Le Plan Cancer bouscule nos métiers.
Les refonde-t-il ?**

**L'oncologie se dissout-elle
dans la multiplication des spécialités
ou constitue-t-elle un métier
aux multiples compétences ?**

Que voulons-nous ? Que pouvons-nous ?

-I-

**Président : Dr Bernard COUDERC
Modérateur : M. Gérard PARMENTIER
Questionnement : M. Henri VACQUIN**

Ouverture

↳ **Dr Bernard COUDERC,**
Président de l'UNHPC

Dr Bernard COUDERC. - Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs, chers collègues et chers amis, bonjour à tous. Merci d'être venus à cette treizième Rencontre de la cancérologie libérale et hospitalière privée.

C'est en tant que Président de l'UNHPC que j'introduis ces Rencontres. Mais je le fais avec mes amis. En effet, je suis certes Président de l'UNHPC, mais je suis ici avec mes amis de la plate-forme commune, c'est-à-dire Francis Lipinski, qui est le Président du Syndicat National des Radiothérapeutes-Oncologues, et Franck Bürki, qui est le Président du Syndicat Français des Oncologues-Médicaux. Merci à eux d'être là.

Je voudrais, en ouverture, donner la parole au Président de la FHP, M. Danis. Il a des obligations très lourdes. Il devait conclure mais finalement il introduira notre séance.

Introduction

↳ **Dr Roger-Ken DANIS,**
Président de la FHP

Dr Roger-Ken DANIS. - Merci. Je devais effectivement conclure, mais des obligations syndicales et professionnelles m'obligent à modifier le déroulement de la journée.

Je suis très heureux d'ouvrir cette journée de la cancérologie libérale et de l'UNHPC à l'invitation de Bernard Couderc et Gérard Parmentier.

L'activité de soins en cancérologie et les établissements qui s'y consacrent sont à l'image de l'ensemble de la Fédération, et - je ne crains pas de le dire - cette image est celle d'une équipe qui gagne, malgré les nombreuses réformes qui s'imposent à nous.

Je sais que, parmi cette équipe qui gagne, des établissements souffrent. Nous verrons pourquoi dans quelques instants.

Il peut paraître curieux que, par les temps un peu moroses qui nous occupent, le Président de la Fédération dise que nous sommes une équipe qui gagne. Il suffit de regarder comment était la profession il y a 20 et 10 ans et aujourd'hui.

Grâce au savoir-faire et au dynamisme des dirigeants des entreprises de soins ainsi qu'à la qualité et au dynamisme des médecins libéraux, le secteur que vous représentez a gagné ses galons, le secteur privé pesant aujourd'hui plus de 50 % dans l'ensemble de la prise en charge de la cancérologie.

Le temps où le secteur privé était le supplétif de l'hôpital public est révolu. Très clairement, l'hospitalisation privée tient toute sa place dans la distribution des soins en cancérologie. Elle est devenue un acteur incontournable, et, à ce titre, elle est reconnue.

Tout ne nous plaît pas dans les discours que nous entendons. Pour autant, il suffit de rencontrer très fréquemment les interlocuteurs du Ministère, de la CNAM, les parlementaires et les journalistes pour se rendre compte à quel point nous sommes devenus incontournables.

Il suffit aussi de regarder certaines émissions ou de lire certains communiqués de presse provenant de divers milieux de l'hospitalisation pour se rendre compte à quel point la place importante que nous occupons gêne, et, à ce titre, il est inéluctable que notre effort soit attaqué.

Parallèlement à ce satisfecit général sur le dynamisme de la profession, je n'ignore pas que les **réformes successives qui s'empilent** les unes sur les autres et l'insuffisance de financements font souffrir de très nombreux établissements. Je le sais et nous nous en occupons, pour autant dans un cadre qui est contraint.

Je fais allusion, s'agissant des réformes, aux très nombreux textes réglementaires qui sont passés depuis quelques années. D'autres sont à venir ; nous les suivons à l'UNHPC et la FHP. Je fais allusion à la création de l'INCa.

Globalement, la vocation de ces nombreux textes est bonne, à savoir organiser la prise en charge du cancer en France ainsi qu'à augmenter et assurer la qualité des soins dans ce domaine.

Cependant, si nous ne trouvons rien à redire à l'organisation et à la qualité des soins, je ne peux manquer d'être un peu inquiet du fait de l'empilement de **seuils**, par patients, par disciplines, par équipes, par établissements et par médecins. Ils pourraient - ajoutés à des OQOS - déboucher sur une machine bureaucratique infernale qui stériliserait le dynamisme et l'esprit d'entreprise qui font notre succès.

J'ai suivi les seuils avec attention, et je sais que des lignes de consensus arrivent à se dégager et que nous parviendrons à les utiliser au mieux dans le cadre du développement de la qualité sans créer de monde bureaucratique. En tout cas, nous y veillerons tous ensemble si cet espoir n'était pas fondé.

En revanche, les **OQOS** - la nouvelle menace et le nouvel avatar de la planification -, vous savez quel combat nous menons à la Fédération pour faire en sorte qu'ils ne soient en aucun cas des quotas et ne soient qu'au mieux un outil de planification permettant aux agences de contrôler que l'accès aux divers soins est possible dans les différents territoires des régions.

Il n'est pas question de quotas. Ce serait stériliser la profession, le dynamisme et la qualité de nos établissements et, surtout et enfin, annuler la liberté de choix fondamentale qu'ont les Français : celle de choisir l'établissement dans lequel ils veulent se faire soigner.

Puisque je parle de liberté, j'en arrive à un autre mécanisme qui fait souffrir nombre de nos établissements : le **financement**. Je sais que ce financement insuffisant, ajouté aux réformes dont je viens de parler, fait des dégâts dans nos établissements.

Je m'en occupe tous les jours, mais pour autant dans un cadre contraint. Ce cadre contraint est celui de la volonté, affichée depuis plusieurs années et constante maintenant, du Ministère des Finances - je ne parle même pas de celui de la Santé - de limiter les dépenses de santé afin de rentrer dans les ratios de Bruxelles. Ce n'est peut-être pas une mauvaise idée en soi, mais c'est la manière de l'appliquer qui est beaucoup plus discutable.

Le cadre dépend du Ministère des Finances, mais la distribution des ressources est également marquée par une très profonde injustice.

En effet, tous les ans, de plus en plus de Français choisissent de se faire soigner dans le secteur privé. C'est leur liberté.

Ils font ce choix, et il nous est demandé, à nous secteur privé, de soigner de plus en plus de Français avec une enveloppe constante.

Ce n'est pas possible. On ne peut pas demander cela éternellement aux cliniques privées, et nous ne pouvons pas soigner plus de Français avec la même somme.

Le combat que nous menons consiste à **obtenir que des financements accompagnent le déplacement des patients.**

Les patients veulent venir dans le secteur privé ? Les ressources de la collectivité doivent aller au secteur privé. Il ne faut pas que le gel de ces ressources dans un secteur ou un autre aboutisse à supprimer ce choix fondamental des Français, celui de choisir un secteur d'hospitalisation. C'est là le sens de notre combat, et nous ne faillirons point.

Pour terminer ces quelques mots, je voudrais reprendre certaines têtes de chapitre du Plan Cancer qui sont pour nous des axes de développement, car, à côté de la production de soins, nous avons d'autres ambitions. Je fais allusion à la prévention, à l'enseignement et à la recherche.

Les réglementations nous gênent aujourd'hui pour développer des actions de prévention à l'intérieur de nos établissements privés. Il nous faut corriger cela. La **prévention** doit être intégrée à la chaîne de soins. Nous en sommes devenus des acteurs incontournables, et j'ai l'ambition que nous accédions de la même manière aux actions de prévention, et ce efficacement.

Concernant l'**enseignement**, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, nous menons une action au long cours pour obtenir que les internes et les chefs de cliniques puissent faire des stages validants dans nos établissements.

C'est inéluctable. Cela se fera, car plus de 60 % de la chirurgie est faite dans des établissements privés. La France aura donc clairement besoin d'eux pour participer à l'enseignement pratique.

Pour autant, vous imaginez bien les réticences, les craintes et fantasmes qui peuvent exister.

Après avoir rencontré cette année la Conférence des doyens, m'être expliqué devant eux et en avoir parlé au Ministère de la Santé, cela commence à bouger. On peut en parler, sans choquer pour autant, et des expériences sont en cours dans certaines régions. Nous devons arriver à développer cela.

Le dernier chapitre du Plan Cancer que je retiens est celui sur la **recherche**. En effet, nous avons vocation à participer à la recherche à partir du moment où nous sommes des acteurs incontournables de la production des soins.

Nous avons les files actives de patients pour participer à la recherche clinique. Il faut l'organiser, et assurer aux différents acteurs qu'elle est au top sur le plan technologique et sur les divers autres plans.

C'est la raison pour laquelle nous avons créé à la Fédération une fondation de la recherche qui va être portée sur les fonds baptismaux dans les semaines à venir.

Voilà trois axes, des ambitions pour notre métier, et aussi - je ne le cache pas - les très graves difficultés qui, je le sais, font souffrir de nombreux établissements.

Je vous souhaite à tous une journée agréable et studieuse et remercie encore une fois le Président Couderc. Je vais rester encore quelques minutes, puis je serai obligé de m'éclipser, ce dont je vous prie de m'excuser.

(Applaudissements)

Dr Bernard COUDERC. - Merci. Je vais sans tarder donner la parole au Professeur Dominique Maraninchi, que l'on ne présente plus. Il est Directeur de l'Institut Paoli-Calmettes. C'est un clinicien chercheur qui a été Président du Conseil scientifique de l'Institut National du Cancer. Il en est maintenant Président du Conseil d'Administration.

Pr Dominique MARANINCHI. - Merci Bernard. Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, chers amis, merci de votre invitation à introduire cette journée. Je vais, à défaut de répondre au Président, réagir par quelques commentaires sur ce qui nous rassemble aujourd'hui, à savoir le présent et surtout le futur de la cancérologie.

Ce qui nous rassemble est le cancer. Il est vrai que le Plan Cancer s'est traduit par de nombreuses mesures et ouvertures, et peut-être par un empilement de mesures et de textes, mais qui ont été ciblés dans une action qui nous a tous rassemblés et ouverts sur le futur, en éclairant le champ de ce qui nous attend dans les années à venir.

Ce champ correspond à beaucoup de malades à soigner. Les malades seront soignés dans les établissements de santé par des médecins qui seront engagés dans des démarches qualité, sur tout le territoire et évidemment dans tous les secteurs.

Nous devons, dans nos diverses professions et fédérations, défendre bien sûr la performance, la qualité, et la compétitivité de nos différents secteurs.

Nous allons être confrontés à un **taux de croissance des personnes à soigner** probablement sans précédent, de l'ordre de 20 %, avec des patients différents, qui vont se présenter avec des diagnostics à des stades plus précoces. Ils seront de plus en plus informés et réclameront des services et de la qualité.

Je suis fier d'être parmi vous aujourd'hui, car vous avez depuis toujours une logique de service, de qualité et de compétitivité, le secteur de l'hospitalisation et votre secteur professionnel étant tout à fait à l'avant-garde de cette démarche.

Je suis sûr que vous saurez relever les défis qui sont devant nous ; nous le ferons ensemble.

Je dirai un petit mot sur l'**Institut National du Cancer**. Il correspond à la 71ème mesure du Plan Cancer et doit installer, dans la durée, les nombreuses mesures qui ont été lancées dans le cadre d'un programme présidentiel et d'un plan quinquennal.

Ce Plan a éclairé le futur, l'Institut National du Cancer agit dans le cadre d'une vision intégrée de l'organisation de la lutte contre le cancer, à travers les 8 missions qui lui ont été données par la loi.

Il intègre l'Etat, qui a accepté pour la première fois depuis 1945 - je l'espère de façon définitive - de créer dans la loi un engagement pérenne pour la lutte contre le cancer.

Nous allons nous efforcer de porter cet engagement dans la durée, car c'est à long terme que nous allons devoir agir.

Cet Institut intègre les structures de l'Etat et essentiellement les ministères de tutelle que sont ceux de la Santé et de la Recherche, dans ce que l'on appelle un GIP, c'est-à-dire un groupement d'intérêt public.

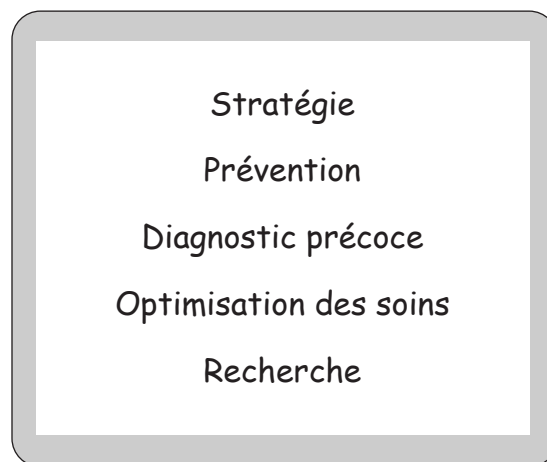
Il intègre aussi les grandes fédérations hospitalières, dont la FHP, ainsi que les représentants des patients et tous les acteurs de la recherche. C'est un lieu où l'on peut travailler, discuter et agir.

Quelle va être notre ligne d'action dans les années à venir ? Tout d'abord une volonté de **décloisonnement**. Nous ne pourrons pas faire face aux enjeux médicaux et scientifiques de la lutte contre le cancer, compte tenu du taux de l'augmentation du nombre de cancers et des énormes défis qui se présentent à nous, si l'Institut National du Cancer ne trace pas dans les faits une pratique de décloisonnement, car les malades ont l'habitude et le souhait d'une prise en charge intégrée et décloisonnée. Par conséquent, toutes les actions de l'Institut National du Cancer vous concernent.

Ces actions, comme celles du Plan Cancer, qui fondent les valeurs de l'Institut National du Cancer, sont globales et entraîneront évidemment un certain nombre de frustrations selon les secteurs.

J'ai eu plaisir à entendre le Président réclamer que votre secteur d'activité s'intègre dans des **actions globales**.

Elles sont de 4 ordres, pour diminuer la mortalité par cancer dans ce pays et augmenter le nombre des survivants qui affronteront cette maladie debout et sur le long terme. Vous avez peut-être vu la campagne de communication de l'Institut.



Elles sont les suivantes :

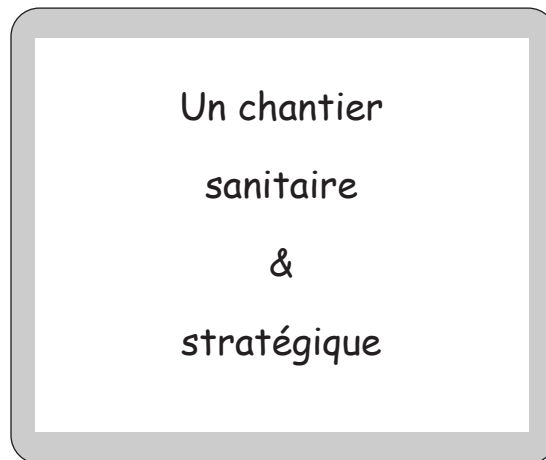
- Une stratégie de prévention sur le long terme.
- Une stratégie d'accès au diagnostic précoce, notamment à travers des dépistages organisés.
- Une stratégie d'optimisation de la prise en charge des soins.
- Une stratégie de recherche.

Nous souhaitons travailler extra muros, avec les partenaires qui sont sur le terrain, qui agissent directement auprès des malades, et nous souhaitons, dans le cadre de nos actions partenariales, avoir une stratégie - j'utilise un néologisme anglo-saxon - de type « compréhensif ».

Nous ne faisons pas que des soins dans le cadre du cancer. Nous sommes spécialisés dans le cancer, mais nous sommes aussi des acteurs de la prévention, de l'accès au diagnostic précoce et des soins de qualité, intégrés dans une démarche et un effort de recherche.

Notre stratégie d'action et donc de contractualisation et de partenariat avec vous doit s'inscrire dans ces 4 dimensions. Même si elles ne sont pas affichées stricto sensu dans notre mission, c'est un effort collectif que nous devons faire, qui fait l'objet d'échanges.

L'Institut vous aide pour faire de la recherche, et en contrepartie il vous demande de faire un effort en termes de prévention, notamment à travers la transmission d'informations qui vous sont fournies et validées afin que vous les intégriez dans votre propre politique.



Ce n'est pas un chantier présidentiel qui s'ouvre à nous. C'est un **chantier sanitaire et stratégique**. D'autres chantiers présidentiels suivront, et je suis sûr que les nouvelles instances accompagneront les 10 millions de personnes qui

seront concernées par le cancer, directement ou indirectement, dans les années à venir.

Beaucoup a été fait. Je voudrais rappeler que la stratégie de décloisonnement est en route et que les conditions d'accès pour tous les patients doivent être enfin les mêmes.

Il ne faut pas que des secteurs soient favorisés, par exemple en termes d'équité d'accès à la chimiothérapie et aux molécules innovantes ou de pratiques de radiothérapie ou chimiothérapie. Cet accès doit être national, sous réserve des conditions de qualité mises en œuvre par les établissements.

Je sais bien qu'il faudra des moyens supplémentaires. Concevoir que la quantité de personnes à soigner va augmenter de l'ordre de 20 %, que l'exigence de qualité des traitements va être d'autant plus importante, et que la pratique du cancer va réinterpeller tout notre système de santé, était un choix de société.

Le grand événement des mois à venir - pour mieux s'y préparer -, en dehors des échéances électorales, sera indiscutablement, pour notre secteur, l'entrée dans la pratique des **critères de qualité** qui vont s'imposer aux établissements, qui seront autorisés à pratiquer les traitements du cancer.

Tous les établissements devront garantir des critères de qualité, et vos établissements seront très engagés dans cette logique.

Ces critères sont cruciaux et garantiront à tous les patients, dans tous les établissements où ils seront pris en charge, non seulement l'accès à la qualité de la prise en charge en matière de chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie, qui existe déjà, mais aussi l'accès à une prise en charge primaire dès le diagnostic.

Cela permettra de garantir un projet thérapeutique et une concertation pluridisciplinaire. L'accès aux soins de support, à l'innovation et à la recherche clinique sera organisé et garanti par l'établissement, et bien sûr mis en œuvre par l'ensemble des collègues libéraux qui travailleront dans ce dernier.

C'est une forme de révolution culturelle, à laquelle votre secteur s'adaptera à mon avis beaucoup plus vite que d'autres, car vous êtes depuis toujours dans une logique de services à la clientèle, ces derniers étant cruciaux et très stratégiques pour elle et pour la personnalisation de la prise en charge.

Le deuxième point que je souhaite évoquer, que nous pourrions peut-être illustrer ensemble, concerne la **généralisation de programmes dits de santé publique** ou du moins leur intégration dans les soins.

Un des enjeux majeurs pour la cancérologie dans les années à venir sera le diagnostic précoce des cancers. A titre d'exemple, nous allons travailler dans l'année à venir sur les cancers colo-rectaux, sans en exclure d'autres, notre ef-

fort devant être collectif au-delà des campagnes organisées qui seront déployées sur tout le territoire.

Nous devons déployer une stratégie d'accès à la coloscopie, à une chirurgie de qualité, à la performance, à l'anapath et à l'innovation, dans tous les territoires et tous les secteurs. Nous y veillerons et mobiliserons nos moyens.

Ces actions doivent être non pas incantatoires mais intégrées, en y associant tous les acteurs et en respectant leurs propres intérêts.


A titre d'exemple, on peut parfaitement ajouter à ce type d'approche une contractualisation sur la prévention et l'information des usagers, que nous garantirons uniforme pour tous les patients, évidemment quel que soit le secteur dans lequel ils sont traités.

Cela sera préparé, partagé avec vous et validé afin que vous puissiez y ajouter votre propre identification.

Enfin, l'**effort de recherche** est nécessaire et doit évidemment obéir aux mêmes logiques de décloisonnement.

On peut, en tant que citoyen, s'étonner qu'il faille porter la bannière de l'INSERM, du CNRS, de l'université, du CEA, des CHU, des CLCC, des établissements privés etc... Je vous épargne la liste de tous les établissements concernés.

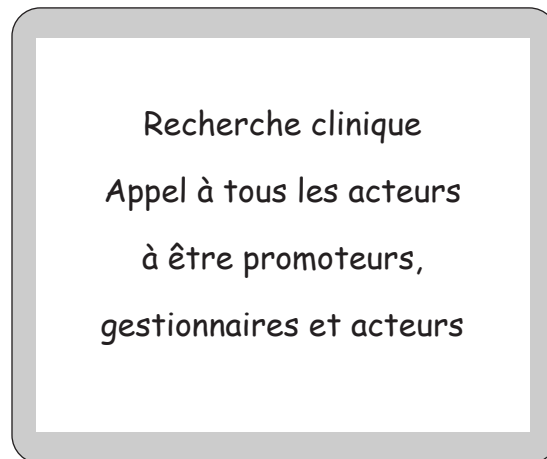
Nous avons affaire à un cloisonnement considérable, impossible en matière de recherche médicale performante et contemporaine. Nous avons donc fait des choix. Nous soutiendrons le transfert de la recherche fondamentale et technologique vers les soins. Ce sera notre priorité, dans laquelle vous serez intégrés.



Intégration des programmes
de santé publique
dans les soins

Vous serez intégrés en aval dans les soins, si possible en tant qu'acteurs, créateurs et bénéficiaires de ces efforts de recherche, et vous serez aussi acteurs et bénéficiaires directement dans la logique de transfert qui devra pouvoir être partagée entre la recherche dite cognitive et technologique et son application au lit du malade.

Très concrètement, la recherche consiste aussi en essais cliniques. Il est évident que ces derniers doivent se faire sur les malades, pour eux et avec eux partout et sur tout le territoire.



Comme vous le savez, des appels d'offres ont été lancés. D'autres viendront qui appelleront l'ensemble des acteurs à être promoteurs, gestionnaires et acteurs de ce type de domaine.

C'est un effort qui commence. Il ne faut pas se mentir : il faudra du temps avant que l'ensemble des acteurs, y compris dans les hôpitaux publics, se donne des moyens, notamment pour permettre à un grand nombre de malades de rentrer dans des essais cliniques de qualité.

Notre rôle à l'Institut sera d'y veiller, et d'appuyer là où cela manque le plus. Je suis personnellement convaincu que nous y réussirons puisque nous travaillerons ensemble sur les mêmes domaines, avec le même souci de performance.

Je vous remercie de m'avoir écouté dans le cadre de cette introduction. Je m'engage dès maintenant - et les collègues qui me connaissent savent que j'ai l'habitude de respecter mes engagements - à travailler au plus près avec vous pour faire avancer cette politique ensemble.

C'est non seulement une politique de services pour les patients, mais aussi une politique d'excellence de la France. Elle est un peu décriée de l'intérieur,

mais par sa performance - en tout cas dans notre domaine - la France est un des pays leaders en matière de prise en charge du cancer en termes de résultats sanitaires et de performances scientifiques.

Notre crainte, collective, est que nous ne soyons pas capables, par inertie, de faire face aux enjeux qui sont devant nous, mais nous le ferons en tout cas avec fermeté et énergie, dans le cadre d'une mobilisation collective. Je vous remercie.

Dr Bernard COUDERC. - En votre nom, je remercie les deux Présidents d'avoir ainsi introduit nos travaux et tracé des perspectives qui nous seront utiles.

(Applaudissements)

(MM. Maraninchi et Danis quittent la séance)

Nous attendons dans la journée le Professeur Daniel Nizri, Conseiller du Ministre, qui devrait venir nous annoncer quelques mesures concrètes au sujet de l'exercice de la radiothérapie et de l'oncologie médicale.

Quel avenir pour nos métiers ?

Le Plan Cancer bouscule nos métiers.
Les refonde-t-il ?

L'oncologie se dissout-elle dans la multiplication
des spécialités ou constitue-t-elle un métier
aux multiples compétences ?

Que voulons-nous ? Que pouvons-nous ?

M. Bernard COUDERC. - Nous avons demandé à M. Henri Vacquin¹ d'animer ce débat et je le remercie d'avoir bien voulu accepter notre invitation.

Sociologue des organisations, il intervient en matière d'étude, de conseil, de formation, de conférences et d'animation de colloque dans les domaines de conduite du changement, sociaux, organisationnels et managériaux.

Il est reconnu comme un des meilleurs spécialistes français des rapports sociaux, d'analyse a posteriori des conflits, de l'audit managérial et social. De très nombreux groupes industriels mais pas seulement, font appel à lui comme conseil en conduite du changement.

Il a été l'animateur au Commissariat au Plan du groupe Thomas consacré à la prospective du syndicalisme. Il y avait dans ce groupe l'ensemble des dirigeants syndicaux représentatifs.

Il est membre du cabinet ID Consultants.

Monsieur Vacquin, vous allez donc être une sorte de faux candidat, mais néanmoins très présent pour intervenir et animer nos débats. Nous voulons qu'ils soient intenses avec vous. N'hésitez donc pas à intervenir au cours de cette journée.

Nous allons, pour commencer la matinée, aborder trois problématiques parmi tant d'autres.

Pour commencer, je donne la parole au Docteur Franck Bürki, Président du Syndicat Français des Oncologues-Médicaux (SFOM).

¹ Note UNHPC : Henri Vacquin a publié au Seuil en septembre 2008 un livre intitulé "Mes acquis sociaux". Pour lui, "c'est la défense des valeurs qui fonde les acquis qu'il faut éternellement porter et non l'acquis lui-même, lequel a en permanence besoin d'être considéré comme temporaire et renégociable".

Trois problématiques parmi d'autres :**1 - L'oncologie médicale****↳ Dr Franck BÜRKI****(Syndicat Français des Oncologues Médicaux -
SFOM - Toulouse)**

Dr Franck BÜRKI.- Je voudrais saluer le Professeur Hœrni, ici présent, qui a la lourde responsabilité de m'avoir mis le pied à l'étrier en matière d'oncologie médicale il y a 25 ans. Merci M. le Professeur.

Il m'a été demandé d'intervenir aujourd'hui pour parler de l'oncologie médicale, thème qui n'a rien de neuf si ce n'est ce que nous attendons du Ministre.

Le SFOM est un regroupement d'oncologues médicaux privés et publics. Par conséquent, si cette petite intervention est axée sur le privé, elle intéresse néanmoins le secteur public, le fond du problème étant la démographie médicale et la charge du travail actuellement imposée aux oncologues médicaux.

Quel est l'avenir ?

C'est une question que nous nous posons tous régulièrement, depuis de nombreuses années, et à laquelle nous essayons d'avoir une réponse.

Nous avons récemment participé à une réunion avec la Direction de l'INCa, qui nous a certifié que l'oncologie médicale était un pivot ou un mode d'exercice quasiment incontournable pour ce qui concerne le traitement médical du cancer. Nous l'avons écoutée ; c'était il y a un an. J'espère que cette promesse ou qualification sera suivie d'effets.

Qu'est-ce que l'oncologie médicale ?

Nous avons été amenés à redéfinir cette activité dans le cadre des critères d'autorisation, pour l'élargir un peu et ne pas entrer en conflit avec d'autres spécialités qui font de l'oncologie médicale.

L'oncologie médicale regroupe tous les médecins qui ont une activité dédiée. J'insiste beaucoup sur ce terme dans la mesure où nombre d'entre nous n'ont pas d'autre alternative, quel que soit leur environnement sur le plan professionnel, que de prendre en charge le cancer et les patients cancéreux.

- Environnement psychologique et social difficile
- Continuité des soins, disponibilités
- Pronostic vital en jeu
- Situations d'échec récurrentes
- Traitements lourds et complexes
- Dernier recours

(Burn out 28-38 % 1994-2002)

12 janvier 2007 Journées UNHPC

L'oncologie médicale est également constituée de spécialistes d'organes - et éventuellement aussi de radiothérapeutes - ceux qui ont une activité essentiellement tournée vers les traitements médicaux.

Cette activité se caractérise par certains points, qui ont d'ailleurs été un peu évoqués par M. Maraninchi.

La continuité des soins

Le premier, qui est à mon avis dominant, est la continuité des soins. Comme on nous l'a toujours appris, quand nous nous occupons d'un patient dans le cadre d'un traitement adjuvant, nous nous engageons en cas de rechute - ce qui arrive malheureusement assez souvent - à le faire jusqu'à ce que nous ayons épuisé toutes nos possibilités thérapeutiques ou tout simplement médicales.

La disponibilité

Il faut trouver du temps pour expliquer au patient ce qui va se passer et quel est le diagnostic. Or la disponibilité est aujourd'hui quasiment absente, pour des questions d'effectif médical qui dominant la scène. Il a été question de moyens financiers : le vrai problème est celui de la démographie médicale et ce qui va se passer dans les années qui viennent.

L'augmentation de la demande et de l'offre des soins

M. Maraninchi vient d'en parler. Les cancers sont de plus en plus nombreux, et de plus en plus de malades accèdent de plus en plus précocement à une prise en charge thérapeutique.

Nous prenons en charge des patients dans des conditions de plus en plus difficiles. Il faut aussi tenir compte de l'oncogériatrie, le vieillissement étant une des raisons pour laquelle la demande en soins augmente beaucoup.

Concernant l'offre de soins, je vais prendre un exemple très simple. Il y a 20 à 25 ans, quand un malade était pris en charge pour un cancer du côlon, cela correspondait à une ligne et demie de chimiothérapie. Sans entrer dans les détails, c'est beaucoup plus aujourd'hui, voire un peu trop, sachant que nos possibilités thérapeutiques se sont largement élargies.

Les traitements sont lourds et complexes. C'est une évidence et, même si on nous dit aujourd'hui que les traitements per-os sont la solution - c'est en tout cas ce que les malades entendent -, il suffit d'avoir utilisé les dernières molécules qui sont sorties sur le marché pour se rendre compte que ce n'est pas aussi simple.

Le pronostic vital

Nous faisons partie des spécialistes qui sont systématiquement et toujours confrontés au pronostic vital quel que soit le stade de la maladie, ce qui est lourd de conséquences.

Situation d'échec

C'est quelque chose que l'on ne nous apprend pas durant nos études, mais à peu près la moitié de notre activité se fait en situation d'échec. Il faut le faire accepter à nos patients, à travers une consultation d'annonce qui n'est pas exactement celle du dispositif d'annonce, et nous devons accepter d'intégrer dans notre prise en charge thérapeutique.

Un environnement psychologique et social difficile

Je viens de dire deux mots de l'environnement psychologique en évoquant les situations d'échec, qui sont extrêmement lourdes à gérer, l'aide que nous avons actuellement étant souvent insuffisante.

Le social est dominant (maintien des patients à domicile, etc...). Nous n'avons quasiment pas de logistique à notre disposition et à celle des patients.

Le dernier recours

Quand un patient vient nous voir il ne va pas bien, mais quand nous essayons de voir quelle autre spécialité serait capable d'intervenir, il y a certes les soins palliatifs, mais les médecins sont peu nombreux, et nous sommes souvent les derniers.

Le Plan Cancer

Comme l'a récemment écrit Gérard Auclerc - vous trouverez un double dans le dossier -, tout le monde attendait de ses vœux, le Plan Cancer et nous sommes totalement d'accord sur ce qui a été proposé en termes de pratiques médi-

cales, d'autant plus que cela ne fait que décrire ce que nous avons fait et appris, à travers les comités d'organes ou les réunions de dossiers. Le problème est qu'aujourd'hui on a tendance à trop formaliser et à rendre ce mode de fonctionnement trop contraignant.

Plan Cancer

- Alourdissement des contraintes
 - RCP chronophages
 - Dispositif d'annonce / consultation d'annonce
 - PPS, administratifs
 - 3C difficiles à mettre en place
 - Autorisation ??
 - OMIT/T2A
 - Informatisation,
 - Référentiels : quelles interprétations ?
 - Cancérôpoles : projets médicaux ?
 -

12 janvier 2007 Journées UNHPC

La RCP

Je viens d'en dire deux mots. Nous connaissons très bien ce type de fonctionnement. J'aurais espéré qu'il s'agisse d'avantage d'une optimisation des systèmes de communication entre médecins et non de la formalisation à l'extrême d'une démarche, ce qui aboutit parfois à des résultats un peu incohérents.

Un oncologue médical d'un CHG de la Région Midi-Pyrénées m'a dit récemment que, pour chaque changement de traitement, il fallait une RCP. Cela pourrait, compte tenu de la démographie médicale, être plus pénalisant qu'optimisant en termes de qualité des soins.

Le dispositif et les consultations d'annonce

Là encore, nous essayons de nous débrouiller depuis très longtemps. Je regrette que la consultation soit devenue un dispositif. Quand on en a parlé dans le cadre des critères d'autorisation, on a bien compris qu'il était hors de question de dégager un acte médical au public spécifique.

Le programme personnalisé des soins

Nous l'appliquons et, de temps à autre, nous voyons des projets très techniques. Un PPS ne peut pas être résumé à un tableur Excel. Il est plutôt pour nous un outil pédagogique vis-à-vis du patient et du médecin généraliste.

Les 3C : Un comité de plus.

Nous avons beaucoup de mal à les mettre en place pour des questions de temps.

Les autorisations

Nous y avons beaucoup participé, mais nous aurions aimé qu'elles soient plus restructurantes et nous aident à contourner ou mieux à solutionner le problème de démographie médicale qui se pose, ce qui n'a malheureusement pas été le cas.

Les observatoires de médicaments et la mise en place des T2A

L'informatisation est certes tout à fait nécessaire mais extrêmement contraignante. Quelques guides pour savoir où nous allions auraient été souhaitables.

Référentiel

Le référentiel de l'INCa sur la cancérologie digestive est un peu choquant dans la mesure où il contient des recommandations, mais avec des cases rouges dans lesquelles il est indiqué « interdit ».

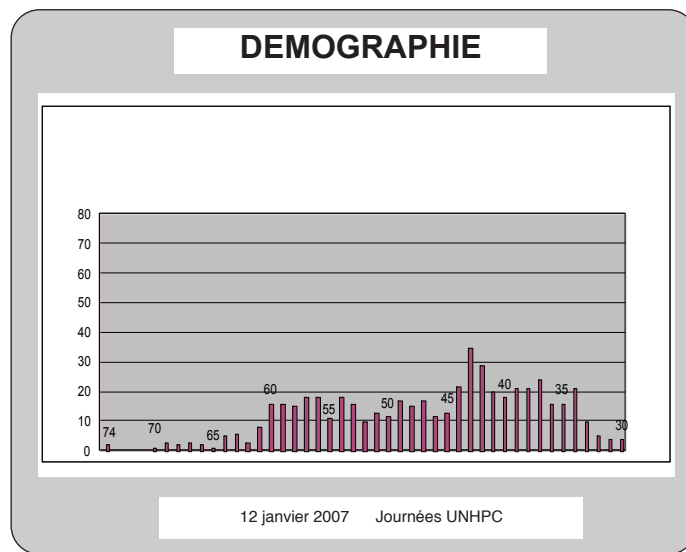
Il y a là une ambiguïté qu'il faudra lever, car si ce document est acceptable elle sera interprétée par des personnes qui pourront en faire un usage qui ne sera pas forcément celui souhaité.

Cancéropôles et projets médicaux

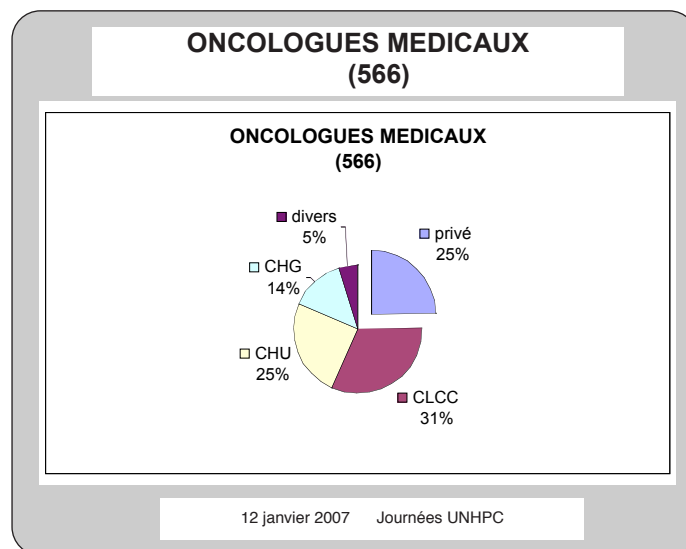
Je regrette que, de temps à autre, les projets médicaux de terrain n'aient pas été plus présents.

L'avenir et la démographie

Nous avons récupéré toutes les dates de naissance des oncologues de France. Vous pouvez voir qu'un ou deux d'entre eux exercent encore à 74 ans. J'espère que ce n'est pas la solution qui nous attend pour combler le trou démographique.



Je pense que vous serez d'accord sur le fait qu'un médecin fait aujourd'hui 6 ou 7 ans d'études de médecine. Il commence à 18 ou 20 ans, fait 5 ans de DESS, et normalement on devrait voir arriver dans une installation ou en tant que chefs de clinique mais inscrits à l'Ordre, car c'est obligatoire, la totalité des oncologues. Or la courbe ne cesse de diminuer, rien dans les nouvelles inscriptions à l'Ordre ne pouvant donner l'impression que cette tendance va s'inverser.



Rendre attractive la spécialité

Nous en avons discuté y compris dans le cadre des critères d'autorisation. Les postes d'internes et de chefs de clinique ne sont pas pérennes et ne répondent absolument pas au problème. Il s'agit de relancer la filière dans le privé et dans le public.

Il n'est pas question de polémiquer sur la répartition des oncologues médicaux en fonction des pourcentages de la file active, mais - c'est une réalité de terrain - un tiers des médecins des CHG et du privé s'occupent des deux tiers de la file active des patients, dans des conditions qui ont semblé à peu près correctes lors de l'enquête CNAM qui a été publiée il y a un an.

RENDRE ATTRACTIVE LA SPECIALITE !
Forfaitisation de la prise en charge
en chimiothérapie

- Travaux SFOM/UNHPC/CNAM
 contrôle médical 2001
 - Contact ministère de la santé
 - 23 mai 2001 conseiller du ministre
 - 6 juillet 2004 conseiller du ministre
 - Janvier 2006 conseiller du ministre
 - Contacts toulousains multiples
- INCa
 - Direction 2005
- CNAM : lettres
 - Direction décembre 2006

12 janvier 2007 Journées UNHPC

Quand on interviewe les médecins des CHU et CLCC, il apparaît qu'ils ne sont manifestement pas du tout inoccupés ; c'est plutôt le contraire. Ce n'est donc pas à ce niveau qu'il sera possible de prélever de nouveaux médecins. Il faut relancer la totalité de la filière.

La réforme des modalités de versement des honoraires a été travaillée depuis 5 ans pour ce qui concerne le privé, avec Michèle Brami et le contrôle médical de la CNAM depuis le début. L'UNHPC est au courant puisqu'elle a été en quelque sorte la promotrice de ce projet. Ces travaux ont abouti à une proposition construite, argumentée, chiffrée, restructurante des pratiques dans le sens de la qualité. Elle a été présentée dans tous les congrès de la profession durant ces dernières années et approuvée par elle.

Le SFOM, avec Jacques Rouëssé, nous a largement soutenus dans les moments difficiles, de même que la SFCP et Gérard Auclerc ainsi que des médecins du public, puisque ce projet a toujours été mixte.

On nous a dit de temps à autre ne pas être au courant, mais c'est faux. Les notes existent. Les lettres sont là, les réunions ont eu lieu, elles ont donné lieu à de multiples comptes rendus. Nous pourrions peut-être avoir une réponse cet après-midi de la part du Ministère, sachant que le Cabinet suit la question depuis très longtemps.

En mai 2001, le Docteur Chouaïd, conseiller de M. Kouchner, en juillet 2004, Serge Larüe-Charlus, conseiller de M. Douste-Blazy, et en janvier 2006, ici même, M. Nizri, nous ont tous dit que ce serait réglé dans trois mois. Or nous attendons toujours les "lettres qui doivent être signées dans la journée".

La récente réponse de M. Van Røkeghem figure dans le dossier qui vous a été remis. Sans entrer dans le détail, je note néanmoins le terme « politique », qui renvoie la balle au Ministère de la Santé.

Je vous propose maintenant de mettre en place un groupe de travail élargi, incluant l'INCa, les différentes composantes de votre profession, les services de la CNAMTS concernés, permettant

- de poursuivre la réflexion, ensemble sur la base de l'évolution du paysage réglementaire, politique et technique...
- la mise en œuvre du Plan Cancer et l'évolution des pratiques dans le domaine de la chimiothérapie, en lien avec l'émergence de nouvelles thérapies.
- la nécessité de rechercher, ensemble, des mécanismes de régulation adaptés au système de prise en charge innovant envisagé ici.

Le Département des actes médicaux (DAct) sera chargé de la mise en place de ce groupe...

F. van ROEKEGHEM 4/12/2006

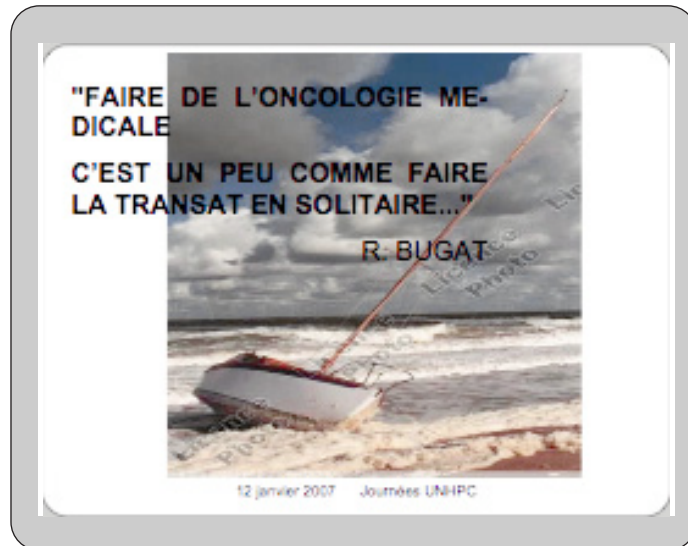
12 janvier 2007 Journées UNHPC

Il évoque le Plan Cancer, les problèmes de démographie et de prise en charge de notre activité.

Il évoque également un mécanisme de régulation adapté - c'est ce que nous proposons -, ainsi qu'une forfaitisation de notre rémunération et la suppression de l'acte de chimiothérapie, avec toute la polémique que cela peut générer en termes de volumes d'actes plus ou moins justifiés et les dérives que l'on peut rencontrer ici et là.

En fait les années passant, toujours rien au niveau des décisions. Même le Plan Cancer n'a rien changé. Pourquoi un tel abandon de notre spécialité ! Jusqu'à quand ?

Je voulais remercier Roland Bugat pour l'image qu'il m'a suggérée, à savoir un bateau manifestement échoué sur la plage après une tempête un peu difficile.



Il m'a dit récemment, après avoir eu l'impression, à la suite de discussions à haut niveau sur le sujet de l'oncologie médicale, que c'était un peu comme s'engager dans une course transatlantique en solitaire.

Je ne sais plus si le bateau était pourri ou non ou s'il fallait se mettre sous la coupe de la radiothérapie pour s'en sortir mais, Roland, ta conclusion est tout à fait dans l'air du temps. C'est hélas à partir de ce constat que nous devons agir. Merci.

(Applaudissements)

2 - La radiothérapie

↳ **Dr Francis LIPINSKI**

**(Syndicat National des Radiothérapeutes-Oncologues -
SNRO - Bayonne)**

Dr Francis LIPINSKI.- M. Maraninchi est parti, mais je voudrais compléter son discours. La radiothérapie française n'est pas du tout dans le peloton de tête de la radiothérapie mondiale. Elle a toujours beaucoup de **retard**, malgré l'application du Plan Cancer. On le voit bien dans les publications internationales, dont la France est absente.

Nous allons voir ce qui va changer dans les années qui viennent et aujourd'hui avec M. Nizri.

Les techniques de radiothérapie ont changé ; elles sont chaque jour plus complexes parce qu'elles veulent être plus précises. Peut-être aussi sont-elles plus risquées puisque le nombre de paramètres augmente avec le degré de complexité. On a beaucoup parlé des accidents de radiothérapie cette année. On peut espérer qu'ils seront de moins en moins nombreux, mais on peut aussi en douter.

Quel Avenir pour la Radiothérapie ?

Ce qui a changé :

- les techniques
- la CPD

Ce qui va changer :

- les effectifs
- le principe de précaution

Ce qui devrait changer :

- l'application des mesures n° 1 et 45



Ces techniques demandent beaucoup plus de temps, sachant que si l'on passe plus de temps sur la **technique** on est moins disponible pour la **clinique**, ce qui imposera forcément des choix aux radiothérapeutes.

Quel Avenir pour la Radiothérapie ?

Ce qui a changé : les techniques

- plus complexes
- plus précises
- plus difficiles et longues à contrôler, c'est à dire : plus risquées

Plus de temps technique, moins de temps clinique = des choix à faire :

- radiothérapeute généraliste ou spécialiste ?
- radiothérapie et chimiothérapie ?



Ils suppléent aujourd'hui les oncologues médicaux, dont on a vu la rareté en particulier dans le secteur libéral. Une part importante de leur activité est consacrée à l'oncologie médicale, et on peut penser que, dans les années qui viennent, les radiothérapeutes souhaiteront abandonner ce type d'activité pour se consacrer seulement à la radiothérapie, ce qui majorera encore les problèmes démographiques qui viennent d'être évoqués par Franck Bürki, et ils auront peut-être aussi à se spécialiser.

Ce qui a également changé est la généralisation de la concertation pluridisciplinaire, évidemment pour le plus grand bénéfice des patients.

Quel Avenir pour la Radiothérapie ?

Ce qui a changé :

- généralisation de la Concertation Pluridisciplinaire
 - gros bénéfice pour les patients (tous les patients ?)
 - mais temps passé très long (trop long ?)

Là encore, des choix à faire



Je rejoins cependant Franck Bürki sur la question de savoir s'il faut vraiment présenter et détailler tous les dossiers dans le cadre des concertations pluridisciplinaires compte tenu du temps que nous passons sur ces réunions, qui, pour les oncologues médicaux comme pour les radiothérapeutes, sont quotidiennes et enlèvent du temps à la technique et à la clinique.

Encore une fois, des choix sont à faire, avec vraisemblablement de nouvelles règles à trouver concernant ces réunions de concertation pluridisciplinaires.

Les effectifs vont également changer, pour les radiothérapeutes comme pour les oncologues médicaux. Le recours à la radiothérapie augmente autant que celui à l'oncologie médicale.

Quel Avenir pour la Radiothérapie ?

Ce qui a changé : les effectifs

- les besoins augmentent comme le nombre de patients à traiter
- la démographie est très défavorable
- (problème aussi pour les MER, les physiciens surtout)

Encore : comment organiser nos journées ?



La **démographie** est très défavorable, et s'ajoutent à cela pour les radiothérapeutes les mêmes problèmes que pour les manipulateurs d'électroradiologie et surtout les physiciens, qui sont toujours aussi rares aujourd'hui malgré les promesses et les efforts de tous.

Là encore, les effectifs diminuant et les indications augmentant, un gros problème d'organisation se posera. On parle de délégation, mais ce ne sera certainement pas aussi simple.

A titre d'exemple, vous pouvez voir l'évolution de l'activité de mon centre, soit une augmentation de 5 % par an. En considérant les chiffres entre 2000 et 2010, cela représente une augmentation de 800 traitements par an, ce qui obligera à compter à temps plein de nouveaux radiothérapeutes.

Evolution de l'activité :

années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	moyenne 2000-2006
dossiers ouverts	1113	1207	1236	1269	1306	1386	1475	93%
radiothérapies facturées	1002	1095	1145	1115	1251	1301	1370	92%
nb de séances	22745	22563	24760	24335	27555	28342	30140	21,6
radioth/dossiers	90%	91%	93%	88%	96%	94%	93%	92%
séances/radioth	22,7	20,6	21,6	21,8	22,0	21,8	22,0	21,6
progression dossiers	103,25%	106,45%	102,40%	102,67%	102,92%	106,13%	106,42%	104,83%
progression radiothérapie	101,11%	109,28%	104,57%	97,38%	112,20%	104,00%	105,30%	105,45%
progression séances		99,20%	109,74%	98,28%	113,23%	102,86%	106,34%	104,94%

Projection en 2010 :

Dossiers ouverts	1700
Radiothérapies facturées	1600
Nb. De séances	35000

Le **principe de précaution** va apparaître en radiothérapie. On a parlé et on parle encore souvent de l'accident d'Epinal. On s'intéressait hier plutôt à une qualité globale, en se disant que si les machines fonctionnaient bien, les traitements devaient être bons. C'est le principe des contrôles de qualité internes et externes qui ont été formalisés les années précédentes.

Quel Avenir pour la Radiothérapie ?

Ce qui va changer : le principe de précaution en radiothérapie, après Epinal :

- hier : qualité globale :
« si les machines sont OK, les traitements sont OK »
- demain : qualité individuelle : chaque traitement doit être individuellement sécurisé ; on doit pouvoir le démontrer



On demandera demain d'assurer l'assurance qualité individuelle de chacun des traitements et de pouvoir démontrer que chaque partie du traitement est parfaitement sécurisée avant même sa mise en route.

Là encore, le manque de radiothérapeutes, surtout de physiciens et d'une manière générale de moyens, se fera largement sentir.

Enfin, ce qui devrait changer - nous en avons déjà parlé l'année dernière - est l'application des mesures n° 1 et 45 du Plan Cancer.

Quel Avenir pour la Radiothérapie ?

Ce qui devrait changer : l'application des mesures n° 1 et 45

Mesure n° 1 : PMSI

Il permettra de connaître

- la part du libéral
- la typologie des patients traités
- son niveau technique

Mesure n° 45 : mise à niveau technique et ressources

Les promesses n'engagent-elles
que ceux qui les écoutent ?



La mesure n° 1 concerne l'**application du PMSI à la radiothérapie libérale**. Cela permettra de connaître précisément la part du libéral (qui est estimée à 60 % aujourd'hui), la typologie des patients traités, dont nous sommes certains qu'elle est la même dans le public, et le niveau technique des centres libéraux, dont nous sommes également certains qu'il est l'équivalent de celui des plateaux publics.

Quant à la mesure n° 45, elle concerne la **mise à niveau technique** et les ressources des centres de radiothérapie.

Pour ces deux mesures, les années passent. Elles restent pour nous, au niveau des intentions.

Encore une fois, les promesses engagent essentiellement ceux qui les écoutent, sauf si M. Nizri nous prouve le contraire aujourd'hui.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

3 - La direction d'un établissement de santé

↳ M. Yves NOËL

(Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine - Bordeaux)

M. Yves NOËL. - Je dirige un groupe d'établissements privés à Bordeaux, qui compte environ 500 lits et à caractère généralistes. Nous assurons une activité assez importante en termes de dépistage et de traitement des cancers.

Gérard Parmentier m'a posé une question générale, à savoir, **à quoi servent les directeurs d'établissements** de santé dans un contexte aussi contraint, avec des normes de plus en plus médicalisées et directives, ce qui en fait revient à se demander quelle est notre latitude et notre marge de manœuvre, sachant qu'ainsi notre métier est également en train d'évoluer, et pas forcément de façon positive.

Ce type d'interrogation m'a intéressé, et surtout m'a poussé à me questionner - il s'agit bien sûr d'une réflexion strictement personnelle - sur ce qui motive notre action au quotidien en tant que directeurs d'établissements et surtout sur ce qui prépare l'avenir.

Les directeurs d'établissements étaient historiquement, dans les établissements religieux, des sœurs, que l'on appelait économes ou dépenièrès selon le point de vue.

Des Indices

- Historique : sœur économe, riz/pain/sel
- Organisation moderne : responsabilité légale et réglementaire
- Des spécialisations : établissement, finances, RH, achats, travaux, juridique ...
- Une dissociation fréquente avec le schéma fondateur : médecin/directeur
- Vers une gestion médico-administrative des établissements de santé

Yves Noël 12/01/2007



Les directeurs d'établissements faisaient, jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, essentiellement de la logistique économique.

L'organisation moderne définit des responsabilités plus précises, légales et réglementaires, dans le cadre du rôle du Directeur d'établissement privé.

On a vu ensuite se spécialiser des Directions à travers des pôles plus techniques, la Direction d'établissement étant **une fonction en soi**, comme la Direction des finances, les Ressources Humaines, les Achats, etc...

On a vu apparaître dans les établissements privés, au fil des dernières décennies, une dissociation qui est aujourd'hui extrêmement fréquente entre la fonction du fondateur, qui était souvent médecin, et celle des directions.

Il est vrai qu'à une certaine époque il était possible de diriger un établissement depuis la salle de radiologie ou le bloc opératoire, mais c'est devenu de plus en plus complexe et difficile.

On s'aperçoit, alors que les fonctions administratives de la direction sont de plus en plus étendues, que le retour de la médicalisation est d'actualité.

Le quotidien d'un Directeur d'établissement privé consiste dans une gestion interne classique (gestion de l'entreprise, de la société et du patrimoine personnel, la plupart du temps de personnes physiques).

Un quotidien : deux dimensions

- GESTION INTERNE :
 - L'entreprise : C.A., C.M.E., C.E., gestion de société, gestion d'un patrimoine privé volatil
 - Le fonds de commerce : gestion des autorisations et de la croissance interne
 - Le projet médical : quelle activité, pour qui, avec qui ?
 - La veille juridique : quotidienne
 - Les conformités : sécurité incendie, sanitaire, certification, contrôles ...
 - Les volumes d'activité : OQOS et seuils

Yves Noël 12/01/2007



Cette gestion du patrimoine est importante. Que se passe-t-il face à des critères comme ceux fixés par les **OQOS** ? Quand par exemple, un objectif insuffisant en chirurgie nous amène à avoir épuisé nos potentiels en novembre, quid des contrats d'exercice et des praticiens ?

Le chômage technique n'étant pas possible dans le cadre du retrait d'une autorisation administrative, que faire avec une structure qui n'aurait par exemple plus la capacité à opérer pendant un mois ou deux ? Ce genre de problème est fondamental, sachant qu'un OQOS strictement appliqué pourrait conduire à ce genre de situation. On peut espérer que ce ne sera pas le cas, mais les textes sont assez inquiétants.

Le Directeur doit avant tout défendre un **projet médical** qui est celui de l'établissement, des actionnaires propriétaires ou du corps médical. C'est fondamental : une clinique c'est d'abord un projet médical.


Le Directeur doit avoir une fonction de **veille juridique** au quotidien. Il faut qu'il lise et soit informé. A cet égard, l'UNHPC est une source d'informations assez unique, qui donne matière à suivre de très près ce qu'il se passe. Il faut appréhender de nombreuses normes, sous peine de ne plus pouvoir exercer (sécurité, certifications et contrôles), surveiller les seuils qui sont les dernières innovations en la matière.

Il s'agit, au-delà de la gestion interne, d'une gestion externe classique mais qui est de plus en plus prenante, à travers les **relations avec les autorités** de Tutelle. Cela devient extrêmement lourd de par les contrôles exercés fréquemment.

Un quotidien : deux dimensions

- **GESTION EXTERNE :**
 - Liaison avec les autorités de Tutelle : ARH, DDASS, DRASS, CRAM, CPAM
 - Participation aux travaux collectifs : CROS, réseaux
 - Liaison inter-établissements de santé : syndicats, groupements d'achat, clubs, lobbies
 - Gestion de la croissance externe : acquisitions, participations
 - Gestion de la communication externe

Yves Noël 12/01/2007



De même, la participation aux **travaux collectifs** est une obligation. Nous allons développer les liaisons inter-établissements, notre intérêt étant de faire partie de syndicats, de groupements d'achats, de clubs, de lobbies, etc..., car il n'est plus possible de travailler seul aujourd'hui.

Nous devons, à l'intérieur de nos structures également, gérer la **croissance** externe. Les établissements se regroupent et atteignent des masses critiques de plus en plus significatives, croissance qu'il faut savoir parvenir à gérer d'une façon ou d'une autre.

Il nous faut aussi essayer de maîtriser les **médias**. Ceux qui ont pu regarder parler de nos cliniques, sur France 2, hier soir, ont vu que la communication est parfois compliquée. Nous avons beaucoup de mal à nous défendre lorsque des journalistes mal intentionnés veulent faire du spectacle.

Dans ce contexte, comment médicaliser des fonctions de direction complexes ? Le Directeur d'établissement a-t-il une quelconque crédibilité ? En d'autres termes, sert-il à quelque chose aujourd'hui ? Il faut être volontariste et envisager des pistes.


Une problématique

- Comment médicaliser des fonctions de direction complexes ?

ou encore

- Le directeur d'établissement a-t-il encore une quelconque crédibilité dans ce contexte ?

Yves Noël 12/01/2007


GROUPE
P B N A

Tout d'abord, les regroupements d'établissements sont, à mon sens, une des tendances les plus significatives de notre milieu, qui conduisent à des tailles critiques et des seuils d'activité et de gestion de plus en plus élevés et donc de plus en plus crédibles, à la fois sur le plan de la performance, du résultat, de la qualité et par rapport aux partenaires extérieurs.

Quel avenir ? Des pistes 1

- Poursuite des regroupements d'établissements
 - Tendances lourde encore inachevée
 - Permet l'atteinte de seuils d'activité
 - Permet l'atteinte de seuils de gestion
 - Complémentarité des spécialités
 - Résultats médicaux et économiques probants
 - Renforcement de la position stratégique du « management »

Yves Noël 12/01/2007



Plus les regroupements sont nombreux, plus la position du management devient stratégique, car la complexité est assez grande - je le vois moi-même, mais c'est assez général - quand on doit gérer 3, 4, 5 ou 8 établissements, voire plus.

Quel avenir ? Des pistes 2

- Renforcement constant de la crédibilité du secteur
 - Interlocuteurs moins nombreux
 - Taille d'établissement et volume d'activité devenus significatifs pour les tutelles
 - Mise en évidence de nos forces : qualité, dynamisme, performance économique
 - Comparaison décomplexée avec le secteur public
 - Mise en œuvre des MIGAC (3C, annonce...)

Yves Noël 12/01/2007



Au-delà de ce que l'on peut faire pour nos structures, c'est tout le secteur de la santé privé qui y gagne actuellement en crédibilité.

Une vingtaine d'années d'expérience dans ce domaine m'amène à penser que nous étions très peu significatifs il y a 20 ans - je peux en attester -, alors qu'aujourd'hui nous sommes des interlocuteurs tout à fait crédibles des ARH et des pouvoirs publics.

On peut également souligner que cette reconnaissance permet, dans certains cas, d'avoir moins de complexes à dire que le benchmarking qui peut être fait à travers toutes les études régionales ou nationales sur notre activité, montre que notre masse critique est importante.

Grâce à cette présence multiforme, les **MIGAC** nous sont, par exemple, ouvertes, ce qui est très significatif sur le plan de l'évolution de la mentalité des pouvoirs publics, même si les montants restent faibles.

Quel avenir ? Des pistes 3

- Développement du rôle du département d'information médicale : ressource majeure pour une direction efficace
 - Avec les nouvelles règles de facturation
 - Avec le suivi des OQOS
 - Avec la surveillance des seuils

Yves Noël 12/01/2007



A l'intérieur de ce contexte, la **médicalisation de la gestion** devient très forte, avec la combinaison de deux éléments, le regroupement et la médicalisation, qui permettent, grâce à l'atteinte d'une masse critique, de dégager des ressources pour gérer correctement tout ce qui sera notre quotidien, c'est-à-dire les règles de facturation, le suivi des OQOS et la surveillance d'essais.

En conclusion, les entreprises de santé libérale se rapprochent de plus en plus des standards d'organisation d'autres activités économiques. L'introduction en bourse est, par exemple, un indice très significatif, avec au-delà, dans des établissements de moindre taille, une standardisation de notre façon de gérer.

L'expertise des établissements privés - j'insiste sur ce point pour le vivre au quotidien - sert souvent de base à une projection de la gestion publique.

Conclusions

- Les entreprises de santé libérale se rapprochent des standards d'organisation des autres activités économiques
- Notre expertise en matière de gestion des systèmes servira de base à une gestion publique raisonnée
- Les trois moteurs de nos cliniques :
 - La qualité du projet médical
 - La maîtrise de la production des soins
 - La qualité des décisions de management

Yves Noël 12/01/2007



J'ai par exemple participé à des travaux de la MeaH où le public était interrogé pour savoir comment il fonctionne et a résolu tel problème, sachant que cette position n'était pas commune il y a quelques années.

Les **trois moteurs** de la clinique restent fondamentaux. Le premier est la qualité du projet. Comme je l'ai dit, la réponse à la demande de soins est extrêmement importante. Ce sont nos patients qui font que nous sommes encore là aujourd'hui.

Le second est la maîtrise de la production des soins, avec tous les systèmes dont j'ai parlé, qui sont assez complexes et de plus en plus médicalisés.

Enfin, le troisième est la qualité des décisions du management.

Je suis arrivé à la fin de mon exposé, sachant que si les directeurs ont aujourd'hui une utilité pour synthétiser et prendre toutes les bonnes décisions au vu de ce qui a précédé, ils ont devant eux un **bel avenir**.

(Applaudissements)

M. Gérard PARMENTIER. - Merci à chacun de nos orateurs. Il m'appartient d'être le gardien de l'horloge et de la perspective.

Je m'excuse une fois encore des difficultés matérielles qui ont rendu le démarrage de nos Rencontres un peu difficile.

Pour resituer un peu cette journée, je voudrais dire que nous avons de grands espoirs par rapport à l'**actualité**.

Il est encore possible que le conseiller du Ministre arrive avec des lettres signées de ce dernier. Nous n'en savons rien, mais cela représenterait une interruption de plus dans notre journée. Attendue, elle serait la bienvenue.

Les trois exposés rapides qui viennent d'être faits avaient pour objectif d'introduire le débat sur l'approche "**métier ou fonction**". C'est un sujet difficile. Comme vous l'avez compris, tout ce qui est médical sur un plan oncologique correspond à des caractéristiques métier bien précises, mais on peut aussi discuter d'autres fonctions, en se demandant si elles sont ou non des métiers.

Nous avons plutôt voulu nous polariser sur le métier de médecin, car nous avons quelques inquiétudes (pour ne pas dire angoisses) sur son évolution.

L'exposé d'Yves Noël a porté sur la fonction de **Directeur**, certains se posant encore la question de savoir si elle existe vraiment, dans les établissements de santé. En effet, elle est parfois affirmée, mais parfois elle tient aussi surtout au charisme d'une personne et donc à sa vulnérabilité.

Nous aurions dû avoir un exposé sur la fonction de **pharmacien**. Je m'excuse auprès des pharmaciens qui sont dans la salle, cela n'est pas le cas. Ce métier d'avenir a lui aussi ses spécificités. Une circulaire stipule par exemple que toute prescription de chimiothérapie doit être visée par le pharmacien, ce qui n'est pas fait dans tous les établissements. Bref, il y avait là aussi une vraie réflexion à avoir sur ce métier en voie d'évolution et de qualification rapide.

Comme vous l'avez vu à travers le diagnostic de Francis Lipinski, beaucoup de jeunes en ont assez de toute cette paperasse, de toutes ces tracasseries, surtout, de toute cette incertitude sur la **médecine libérale**. Ils se disent qu'ils n'ont pas voulu être médecins pour devenir administratifs. Mais ils ont aussi la tentation de réduire leur métier à celui de simple technicien, réputé plus confortable, moins responsabilisant. C'est un vrai sujet, la question étant de savoir si nos métiers changent avec les techniques qui changent.

Nous le disons hélas ici chaque année, le métier des **oncologues médicaux** n'est pas assuré. On fait tout pour les décourager et pour que les jeunes ne soient pas intéressés, avec un certain succès.

Or tout le monde dit, y compris les patients, que les oncologues sont utiles, nécessaires. La recherche ouvre des voies de plus en plus nouvelles et diversifiées en médecine. Les qualifications requises sont de plus en plus importan-

tes. La diversité des fonctions couvertes - médicales, scientifiques, de coordination - ne fait que s'accroître. Les patients en demandent. Pourquoi cette attente des patients ? Parce qu'il leur arrive souvent de constater que c'est l'oncologue médical qui est au pied de leur lit. Pour toutes ces raisons, il faut donc absolument consolider cette fonction, ce métier ; c'est l'un des enjeux de la cancérologie moderne.

Oncologues ? Nous sommes souvent contradictoires. S'agit-il d'un métier unique avec des spécialisations en oncologie chirurgicale, oncologie médicale, oncologie radiothérapie, oncologie hématologique, oncologie d'organe ou faut-il saucissonner ce métier pour aller vers une spécialisation de plus en plus fine, correspondant au mouvement général de la société ?

Nous ne sommes pas les seuls à nous interroger sur les évolutions de nos métiers, sur les conséquences du progrès technique ou de la spécialisation. Nous nous sommes fait aider par M. **Vacquin**, qui est sociologue. Il faut que nous l'écoutions. Il a beaucoup de choses à nous apprendre. Nous voulions lui demander un exposé sur nos questions, car il connaît fort bien tout ce qui concerne l'évolution des métiers, les relations sociales et les conflits sociaux. Il est le conseiller de grands syndicats, ouvriers et patronaux.

Cependant, en préparant ces Rencontres, il nous a finalement posé tellement de questions exigeantes que nous nous sommes dit qu'il serait préférable qu'il nous pose ses propres questions pour voir jusqu'où nous devons aller dans nos évolutions et si nous devons nous donner les moyens de faire déboucher nos dossiers. S'interroger devant nous, nous interroger : c'est le rôle qu'il va jouer aujourd'hui, et je l'en remercie.

Enfin, vous n'allez pas me croire, mais nous avons fait en sorte d'avoir du temps pour que de vrais débats aient lieu avec la salle ! Pour les raisons que vous connaissez - nous avons commencé très tard - cela va être difficile...

Nous avons prévu également une intervention de M. **Laugier** pour qu'il nous présente le futur annuaire de notre profession. « Le Laugier », comme on l'appelle, va paraître cette année. Nous aimerions dégager un peu de temps pour que son auteur, toujours fidèle à nos travaux, nous le présente. Cet annuaire nous est indispensable. Nous devons pouvoir nous connaître et apparaître publiquement dans un annuaire correctement fait, ce qui va être le cas.

Je signale à votre attention le **dossier participant**. Il est très fourni. Il ne répond pas aux questions posées, mais il illustre un certain nombre des questions qui se posent. Vous y trouverez des arguments et des points de vue, sachant que le but était surtout de vous faire réagir dans le cadre du débat. Encore une fois, ce dossier n'est pas exhaustif et n'est pas une prise de position.

Monsieur Vacquin, voulez-vous dire quelques mots sur la façon dont vous avez bien voulu nous accompagner ?

M. Henri VACQUIN. - Bonjour à tous. J'ai le sentiment de me situer entre la mouche du coche et un Socrate de café du commerce, un sociologue des organisations et du travail étant censé travailler sur les évolutions sociétales.



Nous traversons par ailleurs **une sorte de crise institutionnelle**, qui touche tout autant les partis politiques que les corps intermédiaires (c'est-à-dire les syndicats), et quand vous avez commencé à parler de votre métier je me suis dit que vous pouviez difficilement échapper en tant que travailleurs indépendants (du moins sur le papier) au fait de l'être en réalité beaucoup moins qu'il y paraît.

Aujourd'hui, dans la cité, l'encadrement des **structures** fait que la plupart du temps elles deviennent plus l'objet de procédures que des outils entre nos mains.

J'ai un regard extérieur beaucoup moins laudatif, surtout par rapport au métier qui est le vôtre, sur une sorte d'absence de collectif effectif pour constituer réellement un contre-pouvoir à l'égard des instances qui prennent les décisions.

D'une certaine manière, vous pourriez être atteints d'une maladie que je rencontre partout ailleurs, en vous investissant plus dans le bout de la lorgnette de votre métier que dans votre contribution globale à l'intérêt général, c'est-à-dire, en l'occurrence, le patient.

L'absence d'un collectif construit derrière l'intérêt général qui devrait réunir l'ensemble des personnes chacune dans leur métier et au-delà dans le secteur médical renvoie certainement aux raisons de ma présence ici.

Je précise que j'interviens à titre bénévole dans la mesure où j'avais des craintes sur mon apport de plus-values à votre égard (rires).

En l'état de ce que j'appelle une crise de civilisation institutionnelle, si les citoyens que nous sommes chacun dans l'exercice de nos métiers ne sont pas capables de dépasser les intérêts à court terme de chacun d'entre eux... Il y a

bien crise ! J'ai à cet égard très bien entendu ce que vous m'avez dit au téléphone sur l'oncologie par rapport à ce qui pourrait refaire le lien avec le patient.

Je ne vois pas comment vous pourriez être exempts du poids du développement des techno-sciences et de la technicité étant donné l'impact qu'elles ont sur les métiers.

Je ne connais rien à vos métiers, mais j'ai passé un an à tenter d'assister la Directrice de l'AP-HP quand elle a pris ses fonctions, **la maladie du "tout procédures" et d'un gouvernement par les moyens** tendant à éloigner considérablement les personnes, dans l'exercice de leur métier, des finalités qui sont les leurs. C'est un autre angle de questionnement.

Enfin, **je suis ici pour continuer à rêver...** Si un jour les médecins citoyens, quelles que soient leurs disciplines, sont capables de travailler à la mise en œuvre de l'intérêt général - c'est-à-dire de construire des syndicats en capacité d'exercer réellement un contre-pouvoir par rapport à la toute-puissance -, d'une part vous retrouverez une identité collective, ce qui permettra à chacun d'entre vous dans vos spécialités d'exister mieux et, d'autre part et surtout, vous cesserez de faire de la non-assistance à tutelle en danger de vivre dans la toute-puissance.

C'était une bonne raison pour venir vous voir.

(Applaudissements)

Dr Philippe BERGEROT. - Vous dites que vous n'y connaissez pas grand-chose, mais vos interrogations visent juste. Merci. Ne vous privez pas d'intervenir tout au long de la journée.

Dr Bernard COUDERC. - Je donne la parole au Professeur Matillon, en m'excusant auprès de lui pour le retard pris.

Compétence et métier

↳ **Pr Yves MATILLON**

**(Mission Evaluation des Compétences Professionnelles -
Hôpital Saint-Joseph - Paris)**

Pr Yves MATILLON. - Merci Monsieur le Président. Mesdames et Messieurs, bonjour. J'ai beaucoup de plaisir à être avec vous aujourd'hui. Je reconnais la grande capacité d'anticipation de Gérard Parmentier, pour parler de sujets qui tournent autour des compétences, de l'organisation du métier et de la prise en charge des malades, qui sont des sujets d'avenir

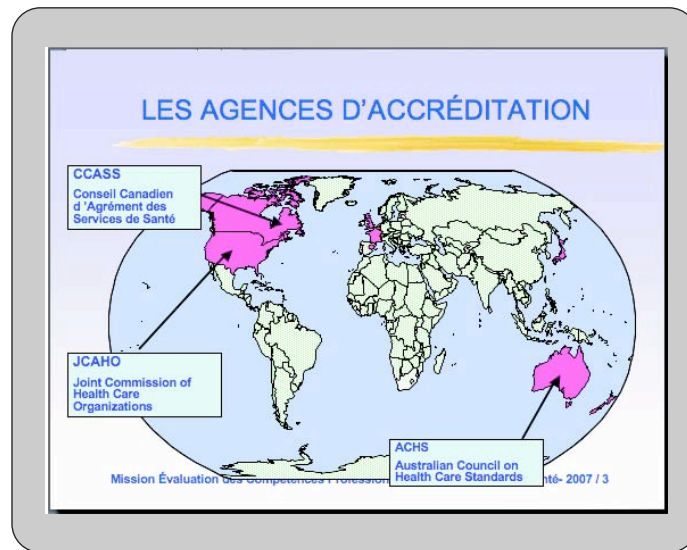
J'ai préparé quelques diapositives car mon but est de partager quelques interrogations fondamentales à propos de ce sujet.



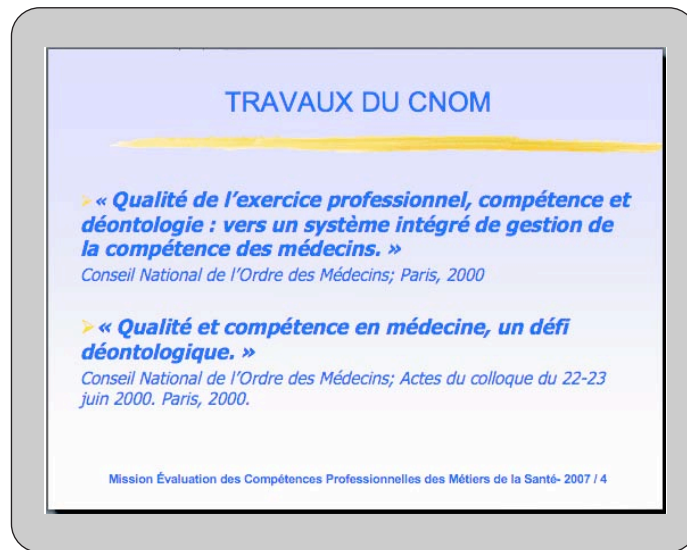
Je pense qu'il ne vous aura pas échappé que **le problème de la compétence est sociétal**. Par exemple, à compétences équivalentes, combien de sociétés reconnaissent-elles les compétences féminines lorsque le métier est exercé aussi bien par un homme que par une femme ? Par ailleurs, lors du recrutement, quel est le facteur dominant, l'apparence ou la compétence ?

Vous avez pris comme sujet d'étude le métier et les compétences. Nous recevons de plus en plus d'appels téléphoniques de personnes souhaitant savoir par qui se faire soigner.

Je me suis intéressé à ce sujet pour deux raisons, comme Gérard Parmentier le sait très bien. Tout d'abord, j'ai eu le privilège de développer, en 1996 et jusqu'en 2002, **la procédure d'accréditation** des hôpitaux et des cliniques.



Tous les pays développés qui ont ce type de démarche s'intéressent aux procédures, à l'organisation, à la gestion des risques et à la promotion de la qualité...mais aucun ne s'intéresse directement et spécifiquement aux individus, parce que les mécanismes de gestion des compétences des médecins sont mis en œuvre ailleurs.



La 2ème raison est que j'ai eu de plus la chance de travailler avec **le Président Glorion**, qui a présidé aux destinées de l'Ordre des médecins. Lui aussi, il avait un rêve. Il n'était pas Martin Luther King, mais ce rêve était intéressant : que l'Ordre des médecins ait une responsabilité, en faisant en sorte de proposer à la population, pour qu'elle garde confiance en ses médecins, une liste actualisée des médecins compétents.

Ces deux raisons ont fait que je me suis mobilisé sur le sujet, et je voudrais vous livrer quelques éléments simples liés à l'évaluation des compétences professionnelles.



Tout le monde est d'accord, en dehors du système de santé, pour dire ce qu'est la compétence. **Qu'est-ce qu'être compétent ?** C'est disposer de savoirs, d'un savoir-faire et d'un savoir être. Les sociologues, les grandes organisations syndicales et des auteurs universitaires sont tout à fait d'accord sur ce point.



J'ai regardé aussi ce qu'il s'est passé sur le plan européen dans le cadre du système de santé, et j'ai dû constater que les médecins doivent être humbles puisqu'il y a plus de dix ans ce sont les praticiens d'art dentaire et les infirmiers et infirmières qui, les premiers, ont travaillé sur les questions de la compétence.



Nous avons travaillé, avec Dominique Le Bœuf, avec les 16 professions de santé en 2003 et 2004. Toutes ces professions sont d'accord pour dire que les professionnels de santé sont compétents quand ils ont un diplôme (c'est-à-dire quand ils ont suivi un cursus de formation adapté, les conduisant au diplôme autorisant l'exercice), qu'ils suivent des formations pendant leur vie professionnelle et qu'ils ont une activité professionnelle.

On peut penser, à cet égard, que le chirurgien qui opère une demi-journée par semaine - mais cela n'existe pas - est probablement moins compétent que celui dont c'est le cas 5 jours par semaine.

Enfin, tout le monde est d'accord, de la diététicienne au kinésithérapeute ou au médecin, sur le fait, qu'avec un mécanisme de revue par des pairs mis en œuvre par le professionnel, les conditions sont plutôt meilleures qu'en l'absence d'une évaluation de l'action quotidienne.

.... ET QUALIFICATIONS

L'intervention des professionnels de santé
➔ **Un système organisé**
....en référence à la qualification.

Le critère juridique
➔ **Qualification**
....liée à l'obtention d'un diplôme.

Mission Évaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé- 2007 / 8

Je vais vous parler aujourd'hui des compétences médicales parce que nous sommes dans le cadre de métiers réglementés, le contexte juridique ayant bien établi que l'on a le droit d'exercer, et que c'est l'obtention du diplôme qui confère la possibilité d'exercer, par la qualification ordinaire pour les professions médicales.

VEILLE & MAINTIEN DE LA COMPETENCE
DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002
(art. 46 Journal Officiel du 5 mars 2002)

...« **L'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1.** »...

Mission Évaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé- 2007 / 9

Enfin, je vous rappelle ce qui existe depuis une loi de 2002. Elle stipule que ce sont les ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et

des sages-femmes qui ont pour responsabilité, entre autres, de veiller à la compétence.

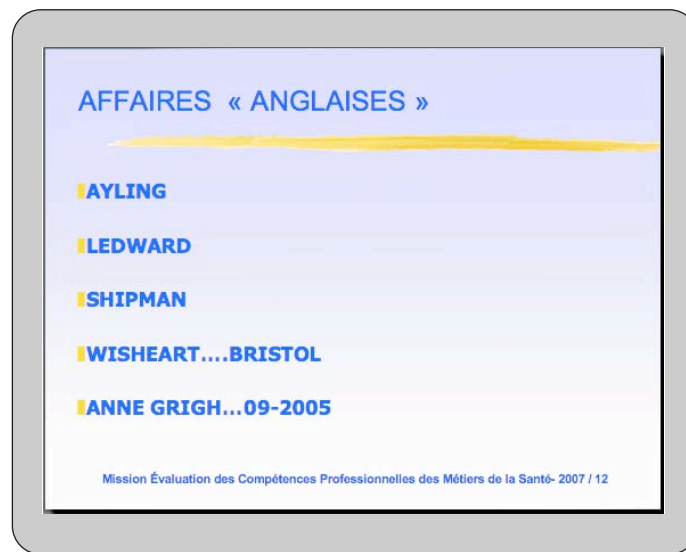


Je voudrais, pour terminer cette introduction, revenir sur la signification des mots. On pratique des activités pour exercer ce **métier**. C'est cet ensemble d'activités (qui évolue dans le temps) qui le constitue.

C'est à ce titre que l'on acquiert les compétences permettant d'exercer « avec compétence ». C'est pourquoi, **on ne peut pas parler de transfert de compétences**.

Vous partagez des activités, mais les compétences s'acquièrent, et l'on en dispose ou non, par la formation initiale et continue.

Par ailleurs, ne confondons pas le **référentiel** de formations (quelle formation faut-il suivre pour acquérir des compétences ?) avec celui des activités et métiers et celui des compétences. C'est une simple précaution sémantique, qui éviterait beaucoup de confusions si elle était respectée.



Je vais maintenant évoquer **quelques perspectives**. C'est la prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins. J'ai mentionné quelques affaires britanniques, dont l'affaire Shipman, qui a défrayé la chronique en Angleterre.



Shipman, c'est une « affaire » des années 90. 17 enfants sont décédés dans le service de chirurgie thoracique et pulmonaire d'un hôpital de Bristol. L'enquête a donné lieu à 900.000 pages sur Internet.

REGISTRATION WITH THE GENERAL MEDICAL COUNCIL

GOOD SURGICAL PRACTICE :

- ➡ Clinical governance, Appraisal and revalidation

🔑 **Good clinical care**

🔑 **Maintaining good surgical practice**

✓ **Teaching, training and supervising**

*Good surgical practice 2002
Association of surgeons of Great Britain and Ireland*

Mission Évaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé- 2007 / 14

Cela n'existe qu'en Angleterre, mais les Anglais ont réagi positivement dans la mesure où ils ont confié au General Medical Council la tâche d'organiser un système permettant de veiller à la compétence de ses membres

REGISTRATION WITH THE GENERAL MEDICAL COUNCIL

MAINTAINING GOOD SURGICAL PRACTICE :

- 🔑 **Maintaining your performance**
 - 🔑 Evaluation annuelle
 - 🔑 Participations aux enquête nationales (NCEPOD)
 - ✓ Participation aux réunions d'audit
- 🔑 **Adverse events**
- ✓ **New techniques**

Mission Évaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé- 2007 / 15

J'ai fait figurer quelques éléments, à titre indicatif, quelques documents simples et accessibles constituant la base technique des modalités en la matière.

Vous voyez que, pour être compétents, il faut - c'est l'un des éléments que j'ai cités précédemment - être en capacité de suivre et d'évaluer les pratiques, en participant à des réunions de revue par les pairs ou à des revues d'audit, d'où l'importance des mécanismes d'évaluation des pratiques professionnelles.

Quelles sont les perspectives ? M. Xavier Bertrand m'a demandé de poursuivre le travail sur la compétence médicale, en travaillant notamment avec les Collèges de chirurgie, le Conseil national de la chirurgie et les Universités.



Nous travaillons aujourd'hui avec les Collèges d'orthopédie, les gynéco-obstétriciens et les urologues. Sept autres Collèges suivront, ce travail devant aboutir en juin 2007.



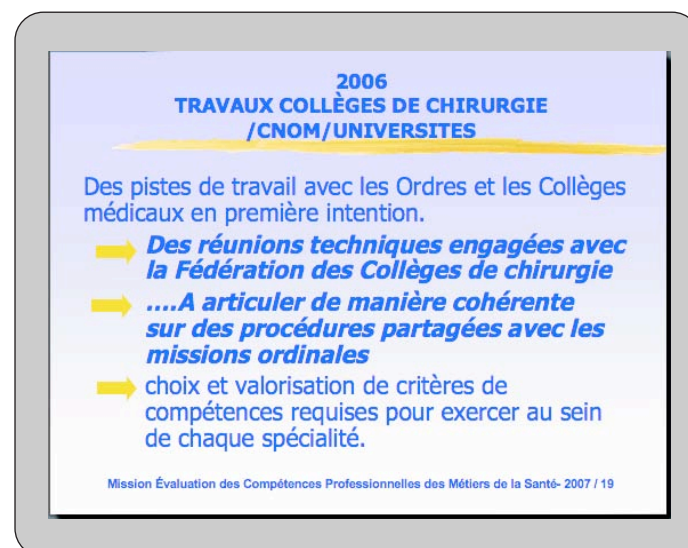
Un **Collège** a des missions spécifiques, notamment en termes de formation - il n'est ni une société savante ni un syndicat -, qu'il assume de manière assez systématique pour les spécialités chirurgicales. Il est donc potentiellement, techniquement et dans l'esprit, prêt au système de **revalidation** qu'utilisent les Anglais.

En pratique, comment cela est fait ?

De petits groupes sont, dans ce contexte, gérés par les Collèges eux-mêmes, avec des représentants universitaires, des praticiens hospitaliers et des chirurgiens libéraux, auxquels ont été associés des anciens expérimentés et des jeunes (avec toujours un représentant des chefs de clinique et des internes).



L'objectif est de fournir la description du métier et des compétences pour l'exercer.



Il faudra voir comment cela pourra s'articuler avec la mission légale de l'Ordre, sachant que dans tous les **pays anglo-saxons** l'organisation de la régulation de la compétence médicale est double.

Par exemple, un médecin ne peut exercer la médecine et la chirurgie aux Etats-Unis qu'en étant certifié par son board, des éléments explicites étant validés par des boards spécialisés.

Par ailleurs, au sein de l'établissement, le corps professionnel doit reconnaître que vous avez une activité authentique, sachant que si ces deux critères ne sont pas remplis, plus de deux états sur trois aux Etats-Unis ne permettent pas d'exercer la médecine, ou plutôt conseillent d'aller l'exercer ailleurs.



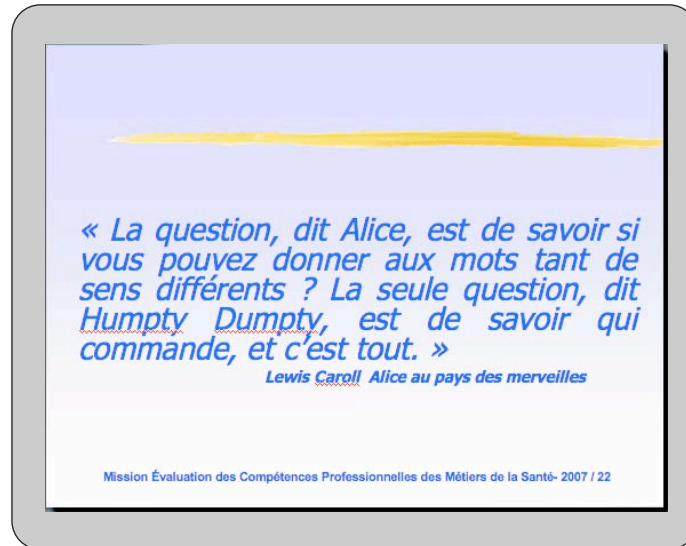
J'ai utilisé la métaphore du sport car elle est intéressante, sachant que j'aurais pu choisir l'exemple d'un autre sport collectif que le football. On y joue à 11. Un joueur doit de plus en plus être efficace, efficient et performant, tout cela étant convergent et... les budgets suivent !...

Juninho (joueur de football de l'olympique lyonnais) a deux « capacités » (en tout cas reconnues par les journalistes sportifs) :

Il a demandé que des « compétences » supplémentaires et nouvelles soient créés qui pourraient lui permettre d'avoir de l'eau plus rapidement, de bénéficier de citrons en cours de partie et d'outils techniques lui donnant la possibilité de marquer plus vite des buts. Or on lui a dit non, parce que le football se joue à 11.

En revanche, ce joueur a une capacité rare, grâce à la flexibilité de sa cheville et à sa manière de « taper dans le ballon ». A cet égard, il assume, en outre, des tâches qui, normalement, ne sont pas dévolues à un milieu « offensif gauche ». Il est capable de sauver le ballon sur sa ligne de but et de marquer des buts !...

En d'autres termes, pour en revenir au système de santé, **la médecine se fait de plus en plus collectivement**. Mais j'ai une question de fond, à laquelle je n'ai pas de réponse (peut-être en avez-vous une ?) : comment faut-il faire évoluer les métiers et intégrer les « compétences nouvelles » ? Faut-il créer de nouveaux métiers, ce qui est peut-être possible, ou valoriser et renforcer les compétences de ceux qui exercent les métiers ? La réponse a été apportée ... naturellement puisque le football se jouera toujours avec 11 joueurs !



Pour terminer, je n'ai en l'occurrence pas pu résister au plaisir de citer Lewis Carroll car, pour revenir sur l'importance de la sémantique, je pense que l'on ne peut pas donner un sens différent aux événements. Je vous laisse le soin d'analyser la phrase que vous voyez apparaître. « La question, dit Alice, est de savoir si vous pouvez donner aux mots tant de sens différents ? La seule question, dit Humpty Dumpty, est de savoir qui commande, et c'est tout. »

Merci pour votre attention.

(Applaudissements)

J'organise au Ministère le 22 janvier une restitution du travail qu'ont fait les orthopédistes, gynécologues, accoucheurs et urologues à laquelle vous êtes les bienvenus si vous souhaitez venir.

J'ai invité, en outre, le Président de l'American Board of Medical Specialities (ABMS), aux Etats-Unis, ainsi que la Vice-Présidente du Collège Royal des accoucheurs anglais, pour qu'ils expliquent le mécanisme évoqué avec vous de recertification périodique des médecins.

Analyse

M. Henri VACQUIN. - Je suis très sensible à votre souci de la sémantique, mais j'ajoute volontiers que la chute de Lewis Carroll n'est pas d'une évidence colossale. En effet, à l'exception de l'exercice du pouvoir médical, savoir qui dirige n'implique en rien pour les dirigés d'entrer forcément dans le champ de la mise en œuvre des ordres qui leur sont donnés.

La subordination n'est plus ce qu'elle était. J'ai, avant de devenir sociologue, préparé les Arts et Métiers, et j'allais travailler en atelier. Il arrivait que l'on m'envoie chercher le marteau de l'enclume, et que l'on me mette un coup de pied aux fesses, mais je ne le percevais pas comme une atteinte à ma dignité.

Or je vous déconseille vivement, même avec un jeune interne, de procéder de la même manière. Par conséquent, la chute n'est pas suffisante à travers Lewis Carroll.

Par ailleurs, ne mélangeons pas n'importe quoi en matière de concepts. Je suis très intéressé de voir de quelle façon votre **vocabulaire** rejoint déjà celui de l'entreprise. Vous parlez en effet de cœur de métier, de certification, etc... A chacun sa tasse de thé ; on n'y peut rien. Je continue à penser que la santé a quelques spécificités par rapport à l'épicerie, mais bon...

Je voudrais dire deux mots sur la compétence, car elle est pour vous d'une extrême importance. **Il ne faut pas confondre qualification et compétence.**

Le discours qui vient de vous être tenu a évoqué l'évolution des métiers. Oui, il faut bien une qualification initiale. Cela dit, elle est tous les jours confrontée aux évolutions des maladies comme des moyens techniques mis à disposition. Or, puisque vous utilisez le discours de l'entreprise, il ne faut pas se tromper sur un point.

Quand on parle de compétence, il ne s'agit pas de qualification. Ce que l'on appelle la compétence est comment le potentiel d'un individu est mis en situation, dans ses conditions de travail, ses relations de travail, les procédures, les structures et les modes d'organisation, pour qu'il puisse déployer ce dernier et sa compétence.

La qualification et la compétence sont deux éléments différents. Quelqu'un peut être très qualifié, mais sa compétence sera dérisoire si l'organisation de son travail est sclérosante et si toutes ses initiatives sont assassinées.

Enfin - c'est une boutade, pour rire -, ce qui est important dans la mode de **la qualité** et ce qu'elle est devenue est le fait qu'elle consistait initialement dans la prise en compte de la mine d'or qu'étaient les défauts et dans ce en quoi ils renvoyaient à des anomalies organisationnelles, en termes de saisie des données, de fonctionnement et le cas échéant de qualifications.

Dans cette sorte de maladie du "tout procédures", la qualité est peu à peu devenue une fin en soi. Méfiez-vous en terriblement : je ne vois pas pourquoi le secteur médical y échapperait.

Grosso modo, l'objet n'est plus tant de continuer à analyser les dysfonctionnements pour mettre en œuvre des progrès que de déboucher sur - cela a été le cas la plupart du temps dans le monde de l'entreprise - une démarche de certification, l'enjeu étant de se certifier par rapport aux procédures en ayant en chemin oublié **l'essentiel**, à savoir s'interroger sur les dysfonctionnements.

Pour conclure s'agissant des questions que je pourrais poser à un syndicat qui se mettrait à travailler sur les problèmes de qualification et de compétence, je dirais volontiers que j'ai critiqué **la taylorisation** de façon délibérée. Cependant, je ne dis pas que des spécialités ne sont pas nécessaires.

Taylor a inventé une série de petites tâches, très simples, afin que n'importe qui puisse y accéder, puis il a mis en place des procédures pour les gérer, ce qui a fonctionné pendant un temps dans le monde de l'entreprise, les grandes crises de la sidérurgie des années 1970 ayant réinterrogé ce système.

Je maintiens ma critique délibérée à l'égard du taylorisme dans la mesure où justement cela n'a de sens qu'avec un considérable renforcement des procédures transverses de liens.

Enfin - c'est une dernière boutade que l'intervention du Directeur d'établissement m'a inspirée -, dans votre secteur - c'est vrai au même titre dans le secteur public - des personnes ne sont pas toujours reconnues à part entière dans l'exercice de leurs compétences.

A cet égard, le Directeur d'établissement qui est intervenu a dit qu'il fallait **médicaliser la profession de Directeur d'établissement : il ne serait pas indifférent de manager celle des médecins** dans l'élaboration comme dans la prise de décisions.

J'ai vu comment se mettait en place une organisation par pôles à l'AP-HP, et comment s'élaborait l'amont de la saisie des données. J'ai eu le sentiment qu'on était assez fortement handicapé par la digestion dans les modes de lecture de la veille sur ce qu'était la valorisation le cas échéant d'une spécificité ou d'une place occupée sur ce terrain par le pouvoir médical, qui n'a pas toujours cette part d'humilité qui fait la force : laisser plus de place à d'autres regards que strictement médicaux pour optimiser la compétence dans l'appréciation de nos patients... J'ai été trop long. Je m'arrête. Continuons nos réflexions. (*rires*)

Débat

Pr Alain LAUGIER. - Dans Lewis Carroll c'est celui qui commande, j'ajouterais que c'est également celui qui se connaît...

Il y a une cinquantaine d'années sans doute un forain changeait tous les mois de village. Il avait une cardiopathie rarissime. Il regardait parmi les pédiatres (donc des personnes éloignées de sa maladie)... et allait voir un pédiatre auquel il payait des honoraires, en lui disant : « *Voilà, j'ai telle maladie. Qui iriez-vous voir si vous l'aviez ?* » Il y en avait 3 ou 4... « *Untel est dans mon hôpital, je veux être bien avec lui, untel il prend cher, untel est une crapule mais très compétent...* » *Mais encore, lequel des 4 choisiriez-vous ?* » Et le pédiatre, de bon sens, comme s'il avait la maladie, désignait toujours une personne compétente.

La connaissance que nous avons dans nos réseaux locaux peut-elle être formalisée ? **La tentation administrative** est évidemment de mettre en place des labels, de faire des listes de compétences et de « **totémiser** » les personnes concernées, mais je crois qu'il faut éviter ces excès.

Elles sont « totémisées » dès leur naissance, et on leur donne un surnom (comme oncologue ou radiothérapeute), mais au quotidien il faut trouver la personne qu'il faut.

Dans nos milieux, dans le cadre de la nouvelle gouvernance administrato-médicale, on veut voir un peu mieux comment les personnes sont choisies, à partir de connaissances très actualisées. Nous voulons donc moins de textes et moins de structures, mais plus de visibilité.

M. Henri VACQUIN. - *L'évaluation des compétences pose le problème du contrôle*, qui est déterminant. Cela recouvre autant le fait d'oser contrôler, pour le corps médical, que d'accepter de l'être à titre individuel.

L'évaluation sans l'établissement de règles de contrôle autres que des indicateurs de performance revus à l'aune des coûts est un peu juste et imposerait aux médecins une réflexion sur le fait d'oser cette forme d'exercice de contrôle, qui d'ailleurs pourrait être un excellent outil préalable à l'amélioration de la formation.

En effet, la formation universitaire et post-universitaire pourrait s'appuyer davantage sur la pratique clinique, y compris entre collègues. Il pourrait s'agir d'une formation continue fondée sur le contrôle, avec une forme d'évaluation qui aurait beaucoup d'intérêt.

Pr Yves MATILLON. - Le travail que nous faisons avec les chirurgiens est très intéressant, car il tourne autour de ce qu'ils font, qui leur paraît naturel, c'est-à-dire le métier !...

Ils s'interrogent sur la formation et se demandent notamment - c'est une question à laquelle, je pense, nous sommes tous sensibles - si les modes de **sélection dans les écoles de médecine** sont appropriés.

Ne laisse-t-on pas partir des personnes qui feraient de très bons chirurgiens parce qu'elles sont sélectionnées dans le cadre d'un mécanisme qui ne repose que sur une appréciation par QCM de données fondamentales qui n'ont rien à voir avec la pratique du métier de chirurgien ? Cette question est potentiellement pertinente et est posée de plus en plus souvent, y compris par les Doyens de Facultés de Médecine ... et les chirurgiens !...

M Gérard PARMENTIER. - Nous tournons autour de l'appréciation par des pairs, etc... Resituons l'un de nos anciens combats. Nous avons, en effet, été quelques-uns à croire que le métier de médecin avait des spécificités - impératif d'indépendance, rôle de colloque singulier, asymétrie d'information... - qui justifiaient une institution d'évaluation spécifique qui était l'ANAES, contrôlée par des pairs.

Cela se justifiait aussi par le fait que le code de déontologie évoque un impératif d'indépendance. Nous étions quelques-uns à penser qu'il fallait, en complément, donner corps, de façon institutionnelle, à une défense collective de cette nécessaire indépendance médicale, au sens du code de déontologie bien sûr. Cela rejoignait la question posée tout à l'heure par Henri Vacquin sur la relation entre organisation professionnelle et intérêt général.

Pour nous, quel était le deal dans le dialogue avec la société ? Pour exercer une bonne médecine, nous avons besoin de garantir notre indépendance comme le prévoit le code de déontologie disions-nous. La "société", elle, avait un peu moins confiance en nous et donc voulait mieux nous "contrôler" - sang contaminé, hormone de croissance, peurs des politiques... Et voilà l'arbitrage : la société nous donne une institution, elle la finance et y met tous les acteurs mais donne le pouvoir aux professionnels. Nous gagnons cet instrument de garantie de notre indépendance collective, mais en échange nous donnons à la société les résultats d'une évaluation en termes de résultats médicaux. De très nombreuses années après les semenciers, en vertu de caractéristiques métiers très différentes, nous nous dotons, ou plutôt on nous dote d'une institution interprofessionnelle très proche de la leur, le GNIS, le Groupement National Interprofessionnel des Semences et plants et son Service officiel de contrôle et de certification (SOC). C'est la reconnaissance, pour ces métiers précis, que la qualité offerte est mieux évaluée et garantie par les professionnels eux-mêmes que par des tiers.

L'expérience a montré que nous avons été incapables de donner à la société ce qu'elle attendait : une évaluation en termes de résultats médicaux. Surtout, cette analyse s'est avérée fautive. Nous avons tort puisque, comme vous le savez, le navire ANAES a sombré dans le silence absolu de tous nos pairs, et, dans la procédure de certification, notre légitimité professionnelle est au-

jourd'hui remplacée - ce que tout le monde approuve de fait - par une légitimité politique. Il s'agit non plus d'une évaluation par les pairs mais d'un contrôle dans le cadre d'une légitimité politique.

Il y a deux ans, on a, dans le silence, changé de paradigme, et il faut se résigner par rapport à cela, car cela nous interroge : comment faisons-nous fonctionner cette nouvelle légitimité dans l'exercice de nos métiers ?

Pr Yves MATILLON. - La remarque est intéressante. Je la projette sur le plan de la compétence. Ce qui me frappe beaucoup, aux Etats-Unis comme d'ailleurs en Angleterre ou dans d'autres pays, y compris en France, c'est la double tentative d'efforts d'amélioration de la compétence dans le cadre de la responsabilité professionnelle.

A cet égard, une bataille, que je juge féroce, a lieu **en Angleterre** entre le National Health Service et les organisations professionnelles. Pour ceux qui lisent le British Medical Journal, je vous rappelle que Dame Janet s'insurge contre la capacité laissée ou la responsabilité donnée au General Medical Council, en disant que le GMC conduit par corporatisme professionnel à un mécanisme dénué de sens et d'intérêt.

La lutte d'influence consiste à savoir si c'est le NHS qui va gérer cela ou les organisations professionnelles.

J'ai une vision plus constructive, car je pense que la responsabilité doit, dans le cadre de l'organisation professionnelle, être exercée de manière appropriée et contre-balançée par une responsabilité complémentaire à travers une responsabilité publique de l'Etat.

Nous avons le même type de problème en France, une bataille ayant lieu entre tous les acteurs potentiels. C'est en cela que je pense souvent à Lewis Carroll, car la question est de savoir qui commande ou qui joue à quoi !...

Dans la salle. - Qui est Dame Janet ?

Pr Yves MATILLON. - Dame Janet est une personne qui a participé à l'enquête relative à l'affaire Shipman. Cette personnalité britannique a suggéré une revalidation pour les médecins, tous les cinq ans, en dénonçant la mise en œuvre par l'organisation professionnelle (GMC).

La gestion des compétences est aussi assurée par les hôpitaux. Les directeurs d'établissements jouent un rôle actif dans ces mécanismes.

Il faut faire en sorte que la réflexion progresse parmi les directeurs d'établissements publics et privés pour voir comment ils peuvent contribuer, à leur niveau, à cette régulation.

Nous allons inviter des directeurs et des médecins hospitaliers en février pour travailler ici en France, avec les quatre Fédérations hospitalières (FHF - FHP - FEHAP - FNCLCC)

Dr Guy BAZIN. - Vous dites, Monsieur Vacquin, qu'**une excellente compétence peut être perdue dans un système complètement désorganisé**, et que l'on ne peut strictement rien y faire. Il faut donc régler le problème de l'organisation. Or une des fonctions premières de l'organisation est de savoir qui commande.

Le schéma qui existe dans les hôpitaux et cliniques, qui concerne en particulier l'activité chirurgicale, dans le cadre de laquelle chacun a une responsabilité, voire même une autorité ou un pouvoir propre par rapport à sa salle d'opération, existe-t-il dans les structures que vous voyez, et comment cela est-il géré ?

M. Henri VACQUIN. - Vous m'avez entendu : j'ai dit qu'il ne fallait pas confondre **la qualification et la compétence**. Un acteur qualifié ne peut pas, dans des situations inappropriées, exprimer son potentiel de compétences. Cela signifie que, penser le contenu du travail, comme la relation de travail, est déterminant.

Dans certaines situations, il ne s'agit pas de faire de la « démocrasouille » pour savoir quelle décision prendre à l'instant T. Il n'empêche que tout ce qui conditionne le fonctionnement de la salle d'opération n'est pas indifférent.

Le fait que l'infirmière ait bien dormi la veille ou que le chirurgien en soit à sa énième opération n'est pas indifférent. On sait bien que dans le monde du travail les accidents se produisent plus à la fin des horaires de travail.

Il faut aussi tenir compte de toute **l'organisation de l'hôpital**, ce qui rejoint le **rôle du Directeur** d'établissement. Ce dernier, que l'on considère souvent, dans tout corps médical, comme un « ehm... », car c'est de lui qu'émanent les interdits, les limites ou certaines difficultés, peut-il être incompetent et inqualifié dans le domaine médical tout en jouant pour autant un rôle essentiel dans l'élaboration de la prise de décisions, la saisie des données et la mise en œuvre ?

Je vais vous raconter une anecdote, car je pense que les métaphores passent mieux que les développements théoriques. Je suis intervenu un jour après un conflit dans une entreprise de métallurgie de 200 à 300 personnes.

Je me suis rendu compte en faisant le diagnostic a posteriori de ce conflit qu'un Directeur d'usine et un Directeur Général en avaient ensemble profité pour faire sortir quelques dizaines de camions pour leur compte.

J'en ai donc informé le Président, et j'ai dû - sachant que je suis totalement incompetent en matière de mécanique - diriger l'établissement pendant trois mois et demi, le temps de retrouver un Directeur d'établissement.

Je travaillais essentiellement, avec des personnes qui étaient compétentes, dans les ateliers, à la recherche, au marketing ou ailleurs, sur l'élaboration de la saisie des données, la contribution de l'ensemble des acteurs, le fait de tester les décisions, en concertation avec leurs collègues et le contrôle de l'Etat, l'avancement pour la réinterrogation des processus initiaux, de la prise de décision.

A condition de penser le management autrement que par rapport à la conformité, au contrôle et aux procédures, il existe une place tout à fait déterminante pour la contribution effective d'un Directeur d'établissement, quand bien même ne serait-il pas médecin, sur le seul terrain des processus de saisie, d'élaboration des données et de prise de décisions.

De plus, je ne suis pas sûr que l'on ne puisse pas être un excellent médecin et un très mauvais manager ; il n'y a pas de mal à cela.

Dr Bernard COUDERC. - Roland Bugat est Professeur d'oncologie médicale à Toulouse, et Directeur du département enseignement, formation et éducation à l'Institut National du Cancer. Il est également Président du pôle de compétitivité Cancer Bio-Santé de Toulouse, qui est très spécialisé en cancérologie.

Roland, nous t'écoutons sur cette question importante : "Peut-on former à un métier ?".

Peut-on former à un métier ?

↳ *Pr Roland BUGAT*

(Institut National du Cancer - Boulogne-Billancourt)

Pr Roland BUGAT. - Merci. Bonjour. En essayant d'éviter d'être redondant, je vais vous apporter quelques éléments de connaissance technique pour enrichir le sujet traité, qui est un souci partagé.

Je vais également vous faire une proposition introductive, à savoir réfléchir ensemble, dans le périmètre de la cancérologie et des métiers du cancer, aux « offres de service » que peut représenter l'Institut National du Cancer.

Je suis là, en relais du discours introductif de Dominique Maraninchi, pour vous dire, au regard de ce qui a déjà été évoqué, notamment par Yves Matillon, qu'entre les corporations de métiers et le poids extrêmement prégnant des autorités publiques, l'INCa peut servir de relais ou de pièce intermédiaire susceptible de rassembler un certain nombre de préoccupations communes aux différents métiers du cancer.

Il est important de réfléchir ensemble au fait que l'INCa pourrait être non seulement la maison qui porte le souci de la cause de la prise en charge des cancers mais aussi celle des étudiants en formation, en constituant un socle pour les sociétés savantes et académiques supposées rassembler le polymorphisme qui caractérise l'exercice de la pluridisciplinarité.

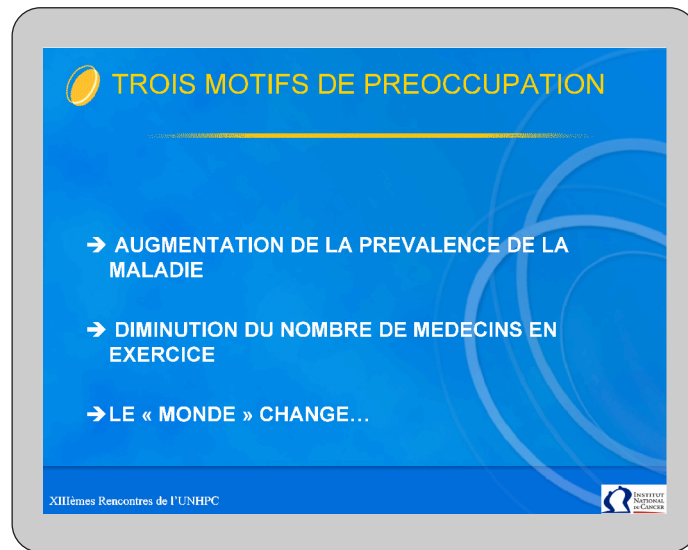
Ceci étant dit, je souhaiterais vous quitter, peut-être avant la fin de l'après-midi, en ramenant à l'INCa quelques propositions de votre part qui soient en conformité avec les attentes que nous partageons.



Un métier est une habileté technique que confère l'expérience. Une expression courante est que « l'on a du métier ». Cela se gâte très vite pour les universitaires dont je fais partie. Il s'agit en effet d'une activité sociale définie par son objet. On sort des universités sans métier, ce qui est très ennuyeux !

Sur les deux versants de la montagne, entre les formations diplômantes, qui ne donnent pas forcément accès à des métiers, et les formations professionnalisantes supposées en garantir un dans le domaine de la cancérologie, je répète fortement que l'INCa peut être une chambre de réflexion et d'intervention vis-à-vis des autorités publiques.

Un métier est caractérisé par une spécificité exigeant un apprentissage et de l'expérience et entrant dans un cadre légal. A cet égard, nous ne pouvons pas nous soustraire non seulement aux lois en général mais, en particulier, à celles qui sont établies actuellement dans le cadre de la réglementation des métiers. Les conventions collectives et les masses salariales font également partie du champ de nos réflexions et de nos responsabilités.

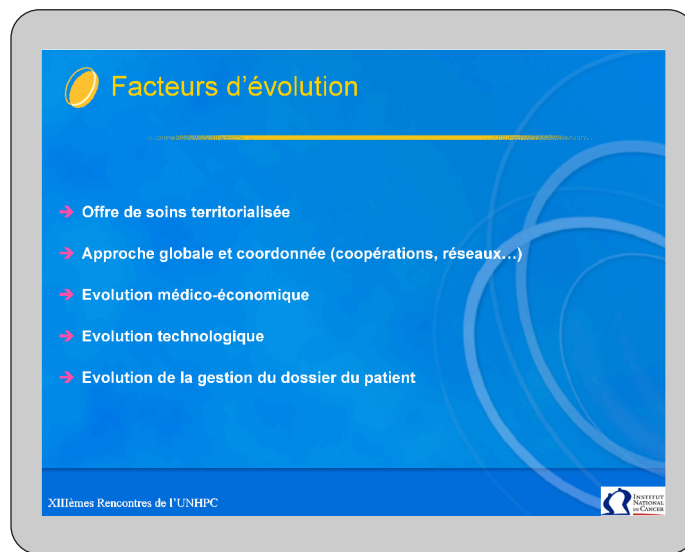


Les **motifs de préoccupation** sont au nombre de trois en cancérologie. Il s'agit tout d'abord de l'augmentation de la prévalence de la maladie ; c'est un sujet qui a été évoqué. Il faut également tenir compte de la diminution du nombre des médecins et acteurs de soins en général en exercice.

Que faire par rapport à cette réalité ? Faut-il exacerber les réflexes corporatistes ou réfléchir à de nouveaux modes organisationnels ? Je crois que si cette alternative existe il faut retenir l'option 2.

En effet, comme on le dit, le monde change.

Or, dans la mesure où nous sommes vivants, nous changeons avec lui chaque jour, parfois sans nous en rendre compte. Accompagnons le changement. Dispensons-nous d'aggraver le diagnostic, et apportons, très modestement, quelques éléments de réponse.



Les facteurs d'évolution

En cancérologie, nous sommes tous d'accord pour une offre territorialisée (réseaux de soins régionaux et territoriaux). Nous sommes tous d'accord, quel que soit notre mode d'exercice, public ou privé.

Ce ne sont pas les acteurs de soins qui, les premiers, souhaitent une approche globale et coordonnée, ce sont les malades qui le demandent. La conséquence, en matière d'organisation des soins, étant la coopération au sein des réseaux.

Concernant l'évolution médico-économique, nous avons vécu, dans un passé récent, les effets pervers de la double logique de tarification (dotation globale de fonctionnement et tarification à l'acte). Aujourd'hui, la T2A est compliquée et prend du temps. Mais c'est une nouvelle règle et nous devons essayer d'en maîtriser le sens et de l'associer à la dynamique d'uniformisation des pratiques de soins.

La radiothérapie est un exemple fantastique des évolutions technologiques. Les radiothérapeutes sont pris par la définition balistique des volumes cibles et l'environnement informatique, si bien qu'ils ne voient plus de malades. De plus, s'ils veulent garder leur cœur de métier, qui consiste justement à en voir, ils manquent de radio-physiciens.

Comme cela a déjà été évoqué ce matin, il y a, entre la qualité affichée et celle produite, des éléments à mesurer, et ce sont les usagers qui vont nous le demander. Préparons-nous à cette évolution des métiers.

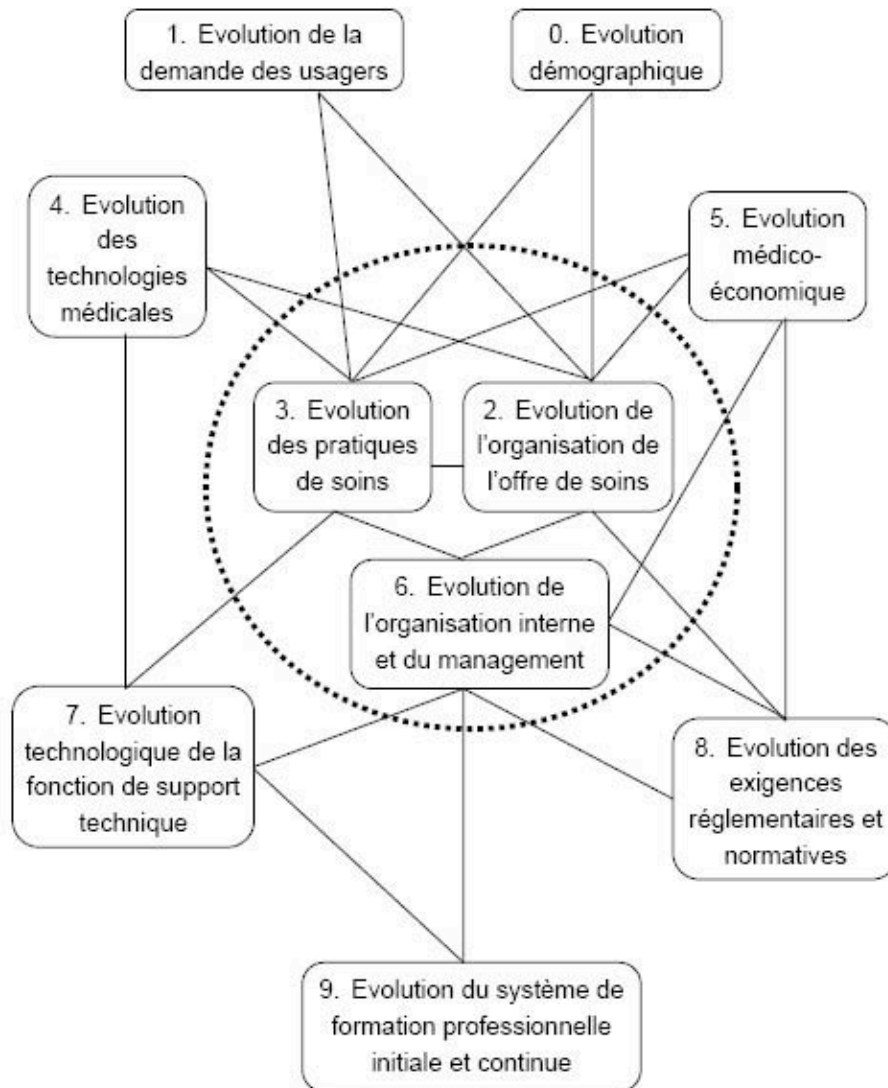
Comme cela a également été signalé ce matin, le dossier communiquant de cancérologie (DCC) est un sous-ensemble constitutif du DMP. Or ce dernier

représente un important dispositif, très difficile à absorber. Le GIP constitutif a d'ailleurs signalé qu'il ne lui serait pas possible d'honorer le calendrier à marche forcée imposé par les pouvoirs publics.

Dans le domaine de la cancérologie, l'exemple du DCC, déjà opérationnel dans plusieurs régions, permet de faire des « travaux pratiques », de manière immédiate. Inventons, travaillons ensemble et - comme Dominique l'a dit, ainsi que d'autres - décloisonnons. « *C'est toujours dans les cloisons qu'habite le diable* ». Nous savons tous de qui est cette expression.

Oui, l'évolution peut se mettre en musique d'une façon qui peut irriter les voies technocratiques.

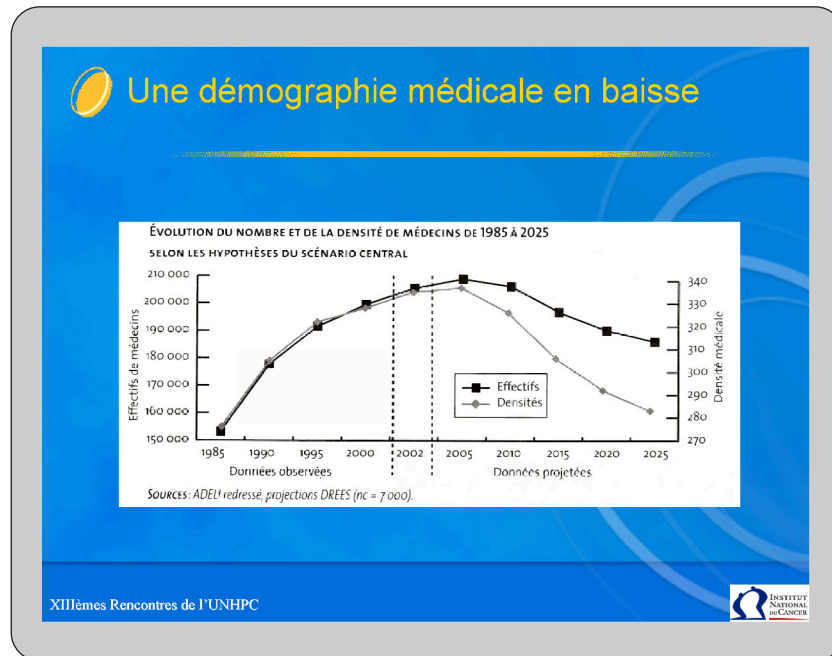
Facteurs d'évolution, enjeux et impacts R.H.



Vous voyez ici l'inventaire normalisé ou, en tout cas, mis en équation logique de tous les facteurs d'évolution.

La démographie

On dit que la cancérologie manque de cancérologues : tout le monde sait que dans cinq ans il n'y aura plus de pédiatres dans le privé. Les métiers évoluent, et pas seulement la cancérologie.



Pour être crédibles, évitons de cultiver de manière excessive la discrimination positive. Les soucis de la cancérologie sont ceux d'un monde qui évolue. C'est valable pour tout mais, si nous voulons travailler ensemble pour avoir un discours commun et un « socle de revendications » vis-à-vis des pouvoirs publics, il faut avoir ce type d'approche, en le simplifiant.

Concernant l'évolution des technologies médicales, peut-on faire de la radiologie sans avoir le permis de conduire les isotopes à vie courte ? Peut-on continuer à se doter de TEP-Scan et considérer que la médecine nucléaire n'est pas consubstantielle au DES de radiologie ?

Je dois aussi mentionner l'évolution de l'organisation interne, du management, l'évolution technologique de la fonction de support technique (interfaces, directeurs d'usine, etc...), et l'évolution des exigences réglementaires et normatives.

Oui, il faut des permis de conduire, avec des systèmes de points, pour réduire le nombre de morts sur les routes. L'excès de normes tue la norme, mais un

minimum de normes est nécessaire. Nous sommes tous volontaires pour nous conformer aux dispositions réglementaires ; nous ne sommes pas là pour transgresser la loi.

Enfin, l'évolution du système de formation professionnelle initiale et continue est indispensable et incontournable.

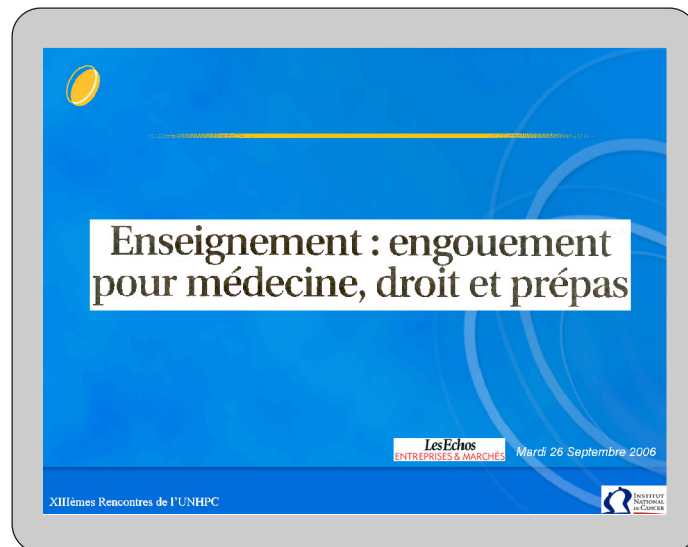
On n'a donc aucun souci à se faire pour l'avenir du département enseignement, formation et éducation de l'INCa ; cela va durer très longtemps.

Oui, les effectifs baissent, cette chute étant encore plus drastique rapportée à la notion de densité, qui est, elle-même, fonction de l'évolution démographique du pays. C'est encore plus grave.

A l'INCa, nous nous préoccupons d'un certain nombre de problèmes, et nous sommes dépositaires du souci de la cause que nous partageons.

Au cours de l'année écoulée, nous avons commandé une étude à la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) : "*Etude sur les professionnels et formations en cancérologie*". Elle conforte le diagnostic qui a été fait, à savoir que l'on est de moins en moins nombreux et de plus en plus expérimenté, pour ne pas dire vieux, avec une disparité territoriale qui contrarie quelque peu le grand dogme républicain de l'égalité d'accès aux soins. C'est donc sans doute un point qu'il faudra également voir.

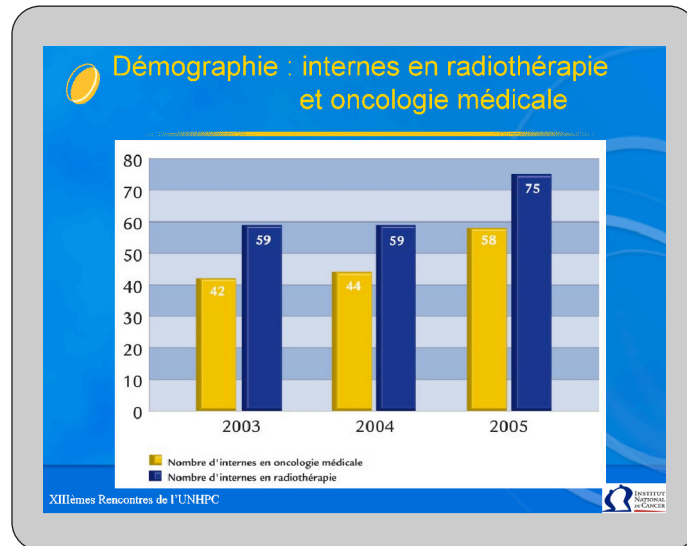
Quelles sont les raisons d'espérer un renversement de tendance pour la démographie médicale et l'évolution des pratiques ?



Les Echos du 26 septembre titraient : « *Enseignement : engouement pour la médecine, le droit et les prépas aux grandes écoles* ».

Bien sûr, nous sommes un peu victimes de tout ce qui a été fait il y a 15 ou 20 ans, mais nos enfants, même s'ils seront les héritiers d'une planète un peu polluée, vont quand même essayer de vivre.

Voilà les résultats consolidés de la dynamique du Plan Cancer.

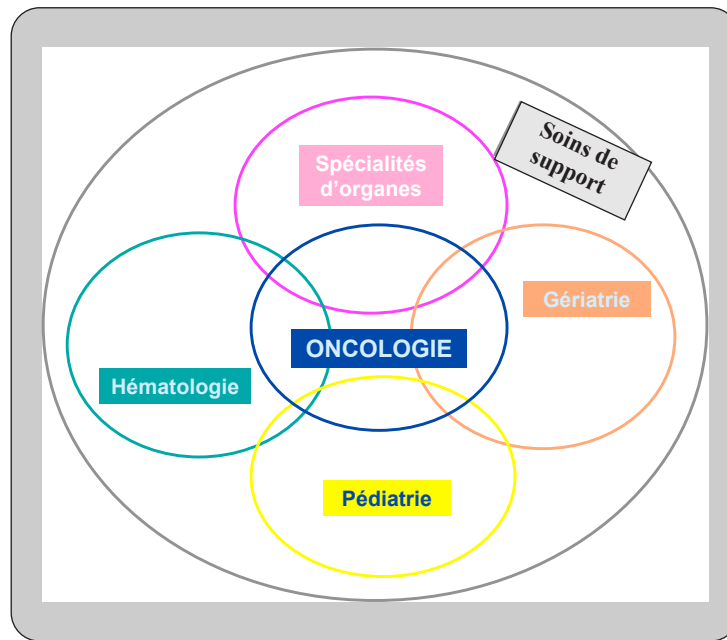


Vous pouvez voir le nombre d'internes en formation pour ce qui concerne l'oncologie médicale et la radiothérapie, en 2003, 2004 et 2005. Leur nombre augmente régulièrement depuis 2003.

Le Dr Franck Bürki a dit ce matin qu'il ne fallait pas augmenter le nombre d'internes. Je dis qu'il faut augmenter le nombre de permanents professionnels, ce qui est lié. Il faut sans doute rendre les filières attractives, personne ne pouvant contester le service rendu par l'évolution quantitative.

L'évolution des métiers

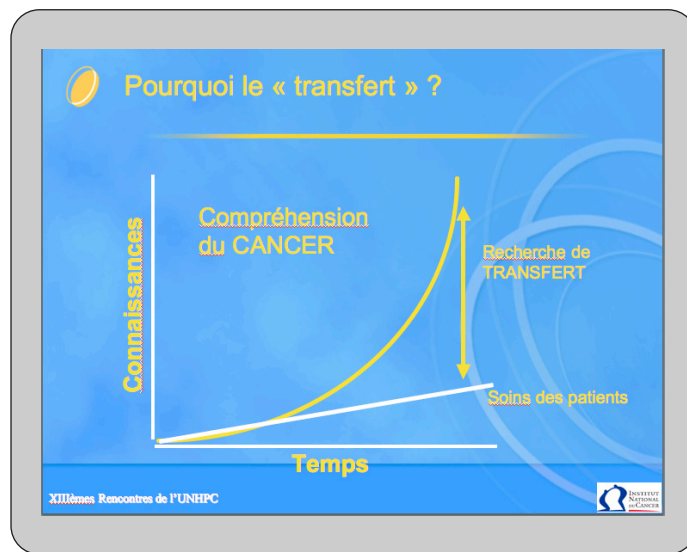
Nous sommes tous d'accord sur le fait que l'évolution des données de la connaissance modifie les référentiels pratiques et que le Plan Cancer continue à faire évoluer le comportement des soignants.



Le cancérologue ne traite pas seul les cancers.

S'il y a un problème de santé publique, c'est le problème des affections malignes, et pour ne pas décevoir l'attente des populations et de l'opinion, indiscutablement, la leucémie myéloïde chronique, les tumeurs mésoenchymateuses de l'estomac même combat, non seulement pour des raisons patentes d'espérance sanitaire, mais aussi parce qu'en termes de connaissances cela se traite par les mêmes protéines qui contrarient quelques facteurs de fusion. Œuvrons donc de manière affichée pour la convergence de l'hématologie maligne et de la prise en charge des affections cancéreuses solides.

Par rapport aux attentes de la population, les clivages universitaires entre professeurs de cancérologie et d'hématologie aux responsabilités pédagogiques communes, doivent être estompés.



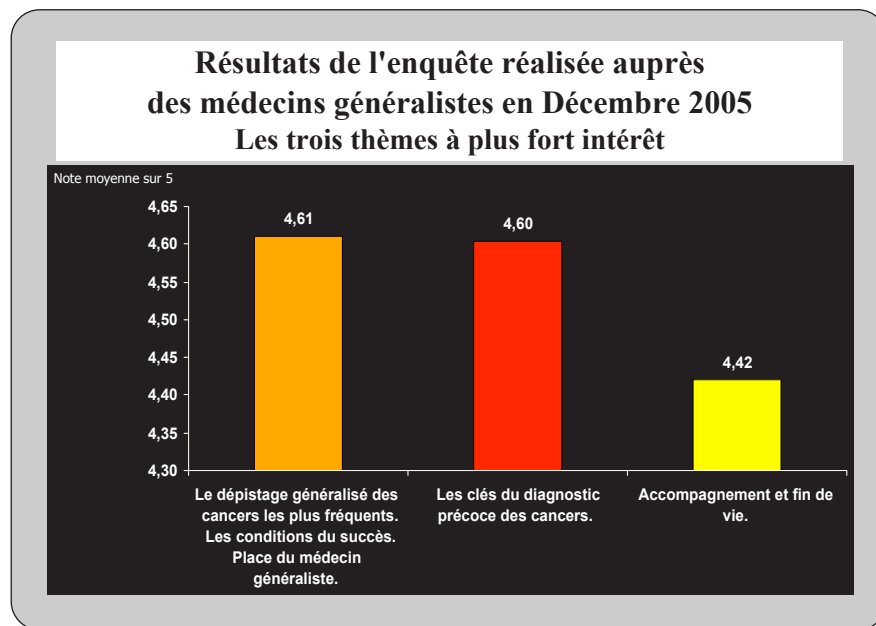
Tout le monde parle du **transfert**, s'en empare et veut y contribuer. Qu'est-ce que le transfert ? Il s'agit d'une relation entre les connaissances accumulées en fonction du temps. On peut constater de manière extrêmement simpliste une croissance exponentielle du savoir, de la connaissance et de la recherche cognitive, avec un impact beaucoup plus lent dans le domaine des pratiques de soins.

Le transfert consisterait à faire passer dans les pratiques, après avoir évalué l'innovation, un certain nombre de faits nouveaux hérités de la connaissance, mais quand on parle de double formation (médicale et à la recherche), cela recouvre de nouveaux métiers et évidemment des gisements de métiers.

Dans l'intérêt du malade, on valorise son prélèvement biologique, puisque le code barre de la tumeur permet un traitement ciblé, à la carte et personnalisé. Or personne n'apprend le métier qui consiste à être gestionnaire d'un patrimoine biologique.

On n'a jamais appris à Dominique Maraninchi, à la Faculté de médecine de Marseille, à être gestionnaire de patrimoines biologiques, et pourtant il est un grand expert de l'organisation territoriale et de l'organisation des centres de ressources biologiques.

Cela veut bien dire que, dans nos carrières, à nos niveaux de qualification et de compétence, notre crédibilité est susceptible d'évoluer, heureusement. Cela signifie que la formation initiale est une clef et que la suite de notre existence professionnelle doit en partie nous appartenir.



Non au transfert de compétences, mais oui à la **délégation des tâches**. Les médecins généralistes sont « mis à toutes les saucés ». Nous les avons interrogés au cours de l'année écoulée, à l'INCa, en leur demandant ce qui, peu importe la méthodologie, les intéressait ou non dans le Plan Cancer.

Vous voyez là le « tiercé » de ce qui les intéresse le plus. Je ne ferai pas de commentaire, mais je dis simplement que, si nous voulons nous allier pour optimiser les principes fondateurs de la pluridisciplinarité, nous avons des clefs.

Nous avons pris la température de nos confrères, nous les respectons, nous réfléchissons ensemble et nous organiserons le chaînage des compétences.

La formation est un outil indispensable, pour des raisons évidentes.

Nous parlons des critères d'autorisation. Dominique Maraninchi a dit que ce seraient les livrables les plus importants, dans l'avenir le plus immédiat, pour ce qui concerne les travaux produits par l'INCa, en relation avec la Haute Autorité de Santé et les Tutelles.

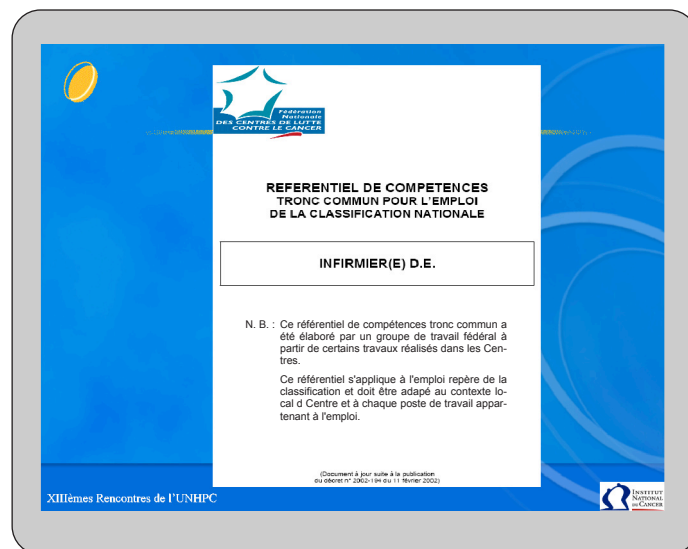
Concernant les critères d'autorisation et la **qualification des personnels**, à quoi sert-il que la DGAC (la Direction Générale de l'Aviation Civile) certifie les Airbus et les Boeing si nous montons en qualité d'usagers à bord d'un aéronef dont le personnel navigant n'est pas qualifié ? Vous comprenez bien que l'avenir de la formation est extrêmement essentiel.

Si les médecins sont des artisans indépendants, il arrive, même dans le privé, qu'ils aient des employeurs. Or l'employeur a, dans le cadre du Code du travail - je parle sous le contrôle de M. Vacquin -, la charge de maintenir la compétence dans l'emploi. Vous imaginez ce que cela représente !

Dans un passé défunt, un cobalt s'amortissait en 25 ou 30 ans, et on pouvait calmement l'utiliser pendant toute sa carrière. Maintenant, on amortit les nouvelles technologies contemporaines, dont on dit qu'elles sont plus performantes en termes de services rendus aux populations, en 5, 6 ou 7 ans, mais le mode d'emploi est écrit en japonais ou en anglais.

Que pensons-nous de la **qualification des équipages** ? En parlerons-nous un jour, ou en ferons-nous l'économie derrière un voile de pudeur, en nous mettant dans une situation d'évitement ? Il faut aborder ce problème plutôt que d'attendre des normes drastiques que nous aurions à nouveau à subir.

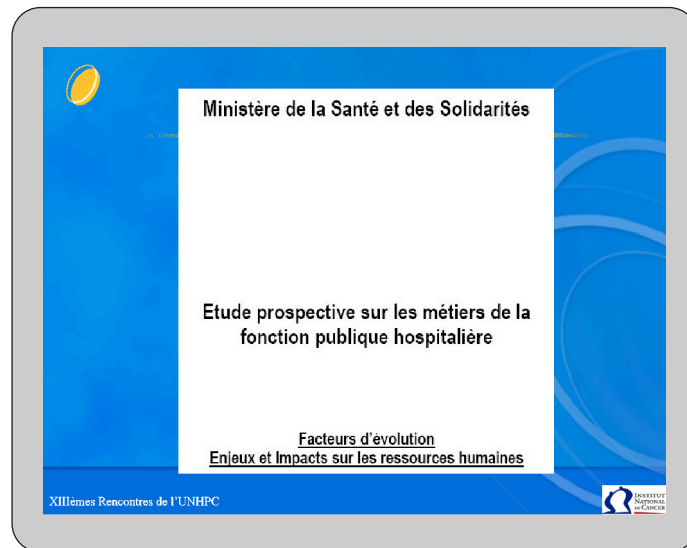
Les référentiels de compétences vont nous inspirer, avec quelques-uns ici présents, pour établir les référentiels de formation.



La Fédération des centres de lutte contre le cancer a créé un observatoire sur un **référentiel de compétences** tronc commun pour l'emploi de la classification nationale infirmière.

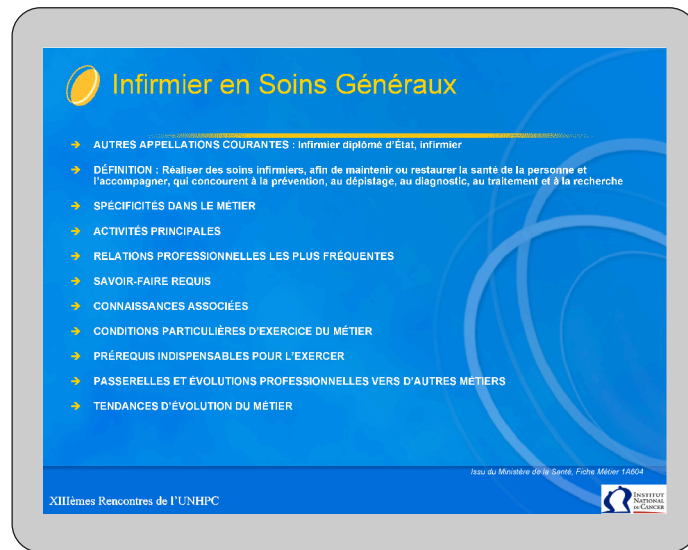
Je passe sur le Code du travail, les dispositions conventionnelles et l'impact que peut avoir un référentiel de compétences sur les statuts ou non avec la masse salariale....

Alors, soyons raisonnables : toujours plus avec des infirmières Bac+5, M2P...
M. Laugier va vous arrêter en chemin et vous demander où vous allez trouver l'argent !



Le Ministère de la Santé mène une étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière : nous invitons, dans le domaine de la cancérologie, les experts de la FHF, et nous les associons d'ores et déjà.

Je n'ai fait ici que résumer la fiche de compétence pour un infirmier en soins généraux dans le domaine de la fonction publique hospitalière, en retranscrivant les items qu'elle contient.



Deux d'entre eux me paraissent très intéressants : les passerelles et évolutions professionnelles vers d'autres métiers ainsi que la tendance d'évolution du métier.

Il existe un gisement de réflexions et de connaissances qui ont déjà été élaborées par la fonction publique pour son personnel soignant sur la question de savoir comment faire dans **une carrière** pour éviter d'atteindre son seuil de compétence tout en étant en situation de développer un projet de carrière qui soit managérialement un sujet de satisfaction.

Nous attendons à l'INCa que vous veniez enrichir notre travail.

La fonction publique hospitalière, la Fédération des centres et l'UNHPC sont trois des piliers qui administrent l'INCa.

Comparatif métiers		
Fonction publique hospitalière	FNCLCC	UNHPC (FHP)
Fiches métier	Emplois convention collective nationale En vert, les référentiels de compétence des emplois nationaux. En rose, les référentiels de compétence des postes locaux.	Emplois convention collective
Sous-famille des métiers de l'assistance aux soins Aide soignant Agent de service mortuaire Agent de stérilisation Assistant dentaire Assistant de puériculture Brancardier	Aide-soignant <i>Non spécifié N'existe plus (réorganisation)</i> Brancardier Aide de laboratoire	Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Brancardier Aide-médecin psychologique ASH Moniteur de maison d'enfants Ambulancier Auxiliaire de vie Moniteur éducateur Educateur sportif Surveillant de baignade
Sous-famille des métiers de l'ingénierie technique et de l'appareillage Orthoprothésiste Radiophysien en radiothérapie Ingénieur en biologie médicale	Physicien	
Sous-famille des métiers médico-techniques Manipulateur d'électroradiologie médicale Préparateur en pharmacie hospitalière Technicien de laboratoire en biologie médicale	Manipulateur Préparateur pharmacie Technicien de laboratoire Technicien de recherche clinique Technicien biologiste Tech Hsut. Quasi. de transfert Psychologue Cadre hygiéniste	Manipulateur Préparateur en pharmacie Technicien de labo

Comparatif métiers		
Fonction publique hospitalière	FNCLCC	UNHPC (FHP)
Fiches métier	Emplois convention collective nationale En vert, les référentiels de compétence des emplois nationaux En rose, les référentiels de compétence des postes locaux	Emplois convention collective
Sous-famille des métiers du management et de la formation	Principalat chef d'équipe	
		Infirmier responsable adjointe US Responsable unité de soins Kinésithérapeute responsable d'unité Responsable pédagogique Responsable d'unité manipulateur
Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales	<i>pas de référentiel</i>	Non spécifié
Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales	<i>Pas de référentiel</i>	Non spécifié
Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales	Cadre soignant	Non spécifié
Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales	Infirmière générale adjointe	Non spécifié
Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales	<i>pas de référentiel</i>	Non spécifié
Directeur des soins et des activités paramédicales	<i>pas de référentiel</i>	Non spécifié
Sous-famille des métiers de rééducation		
Dietéticien	Dietéticien	Dietéticien
Ergothérapeute		Ergothérapeute
Masseur-Kinésithérapeute	Masseur-Kinésithérapeute	Kinésithérapeute
Orthophoniste	Personnel extérieur au centre	Orthophoniste
Orthoptiste		
Pédicure-Podologue		
Psychomotricien		Psychomotricien
		Educateur spécialisé
Sous-famille des métiers des soins infirmiers		
Infirmier en anesthésie-réanimation	IADE	IADE
Infirmier en bloc opératoire	IBODE	IBODE
Infirmier en puériculture		ICE puéricultrice
Infirmier en soins généraux	IDE	IDE
		ICE psy
Sous-famille des métiers du management et de la formation en gynécologie obstétrique		
Directrice d'école de sages-femmes		
Cadre formateur en gynécologie obstétrique		
Cadre d'unité de gynécologie obstétrique		
Cadre de secteur de gynécologie obstétrique		
Sous-famille des métiers de la gynécologie et de l'obstétrique		
Sage-femme		Sage-femme
		Prothésiste-orthésiste
		Assistante sociale
		Instituteur titulaire du CAP pédagogique
		Educateur de jeunes enfants

Prenons les fiches métiers pour chacun d'entre eux, regardons les sous-familles des métiers de l'assistance aux soins, des métiers de l'ingénierie technique et de l'appareillage et des métiers médico-techniques, et essayons de voir les correspondances entre ces piliers : nous avons du travail à faire si nous voulons homogénéiser la formation, car tout n'est pas optimalement concluant.

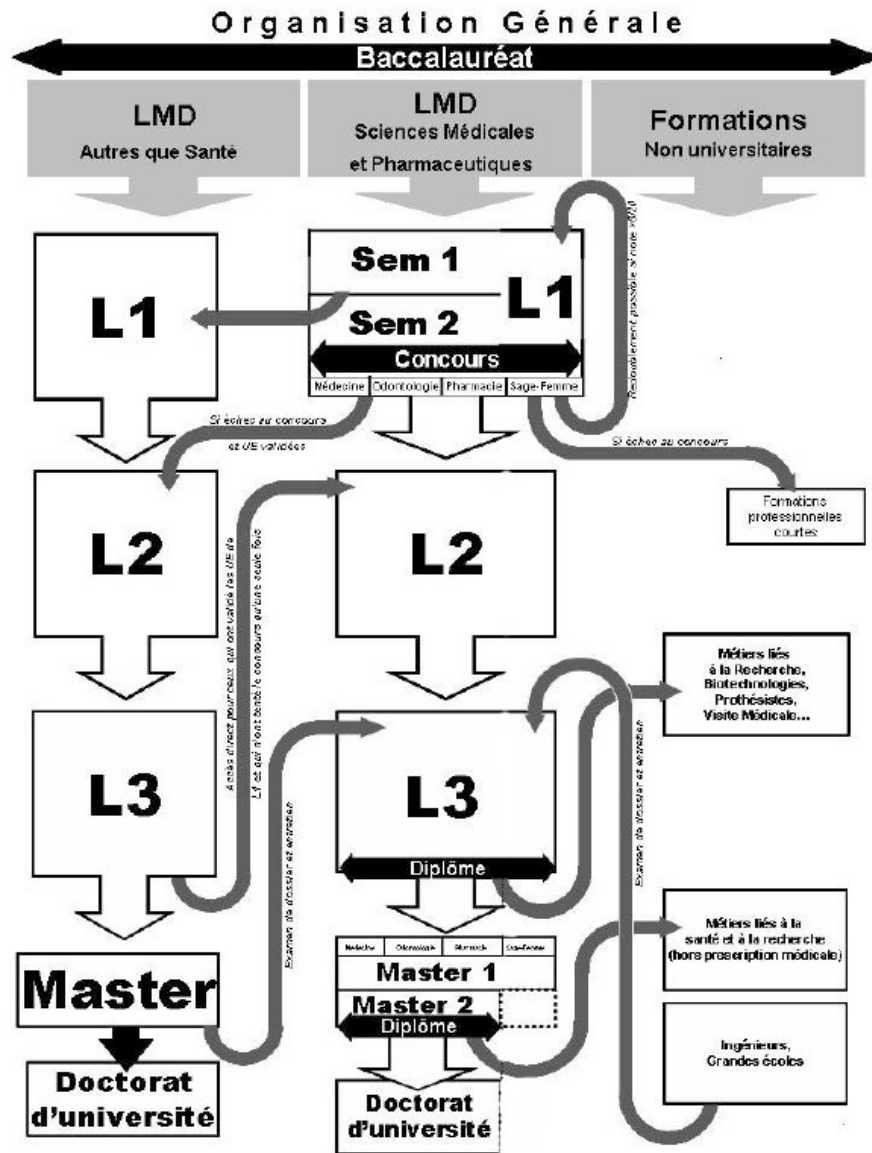
En l'occurrence, il s'agit des métiers des soins, mais - je me tourne de manière très fraternelle vers un ancien Directeur de CLCC - je peux vous dire que les documentalistes des centres ont quelques soucis vis-à-vis de la convention collective. Or il faut, si l'on veut favoriser les métiers, que l'on puisse avoir accès au savoir. Il faut donc des documentalistes, etc...

Je passe sur le détail, car c'est d'une complexité extrême.

Il faut travailler ensemble, avec les représentants des différentes fédérations, dans le domaine de la formation professionnelle.

Pour terminer, je voudrais évoquer le "licence master doctorat" (**LMD**) et la "validation des acquis de l'expérience" (**VAE**). J'ai le plaisir de vous dire que je ne suis que la vedette américaine de Martine Burdillat, Secrétaire Générale de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, avec lequel nous avons engagé conventionnellement des travaux sur ce qui concerne justement le sujet que nous traitons, c'est-à-dire les métiers du cancer ou de la cancérologie.

Concernant la "Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD", le rapport Thuillez de juillet 2006, qui fait 25 pages, aboutit au schéma suivant (p. 18) :



Pour faire simple, cela s'applique à l'ensemble des professions de santé qui ont un ordre, c'est-à-dire les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmières, depuis quelques jours.

Il faut savoir que les accords de Bologne font que, pour des raisons de **normes européennes**, nous devons envisager de faire évoluer le cursus médical vers le **LMD**, ce qui veut dire que la Conférence des Doyens est confrontée à

l'impérieuse nécessité de réduire d'un an la durée des études médicales, avant l'entrée dans le 3^e cycle.

La conséquence de l'application de ces normes européennes est que l'on ne pourra pas échapper à la règle des 5 ans après le Bac, et nous allons observer une augmentation de la durée du troisième cycle. La majorité des responsables de DES les font passer de 4 à 5 ans.

Alors, quand on nous dit, à longueur de journée, qu'il faut introduire plus de sciences humaines et sociales et de savoir-être parmi les étudiants *under graduates*, c'est-à-dire au-dessous de la maîtrise et de Bac+5, que voulez-vous que nous fassions ? Pas grand-chose, à part faire le constat de positions et signalements sympathiques mais un peu incantatoires.

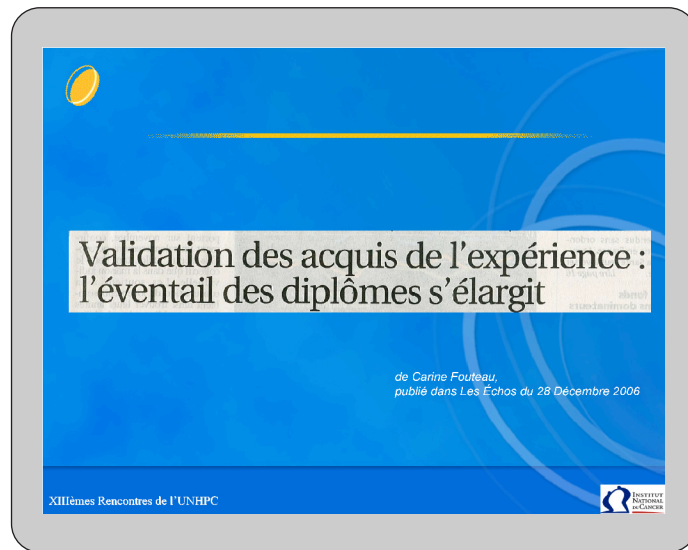
Cependant, on peut faire des choses. J'étais hier avec Marie de Hennezel, qui m'a dit qu'elle avait vécu une expérience fantastique. Elle a demandé à un Doyen de médecine de province de venir parler de ce qui nous préoccupe, c'est-à-dire la fin de vie et la notion de mort, à de jeunes étudiants en première année.

Cela a eu beaucoup de succès, en partie parce que c'est elle, et aussi par le sujet traité. On peut effectivement dire que dans le module de connaissance générale du P1 on peut mettre 3 heures de savoir supplémentaires en sciences humaines. Très bien ! Mais à part cela, on ne pourra pas faire grand-chose.

En revanche, nous devons sans doute travailler - c'est en tout cas ce que nous pensons à l'INCa - sur le troisième cycle des études médicales et le DESC. Je ne fais que poser le décor, sans entrer dans le contenu de ce que nous pouvons faire.

Concernant la **validation des acquis de l'expérience**, je voudrais simplement porter à votre connaissance le fait qu'elle est diplômante, ce qui est très important. En effet, quand on veut réactiver des DESC option 1, pour des raisons que nous partageons, c'est une responsabilité qui dépend des instances ordinaires. Or le conseiller du Ministre de l'Enseignement supérieur n'entend pas ce discours, parce qu'il n'a qu'une logique de type diplômante.

Il est donc possible de travailler sur les deux versants, et tout d'abord avec l'Ordre pour régulariser l'ancienne compétence à délivrer des seuils cancérologiques à des spécialistes qui ne sont pas universitairement en règle parce qu'ils sont passés entre deux réformes hospitalières.



Nous nous y employons. Philippe Thibeau nous reçoit et nous écoute, mais il dit que ce n'est pas l'affaire de ses services, qui donnent des formations diplômantes, et que nous devons réfléchir sur la VAE, ce que l'INCa fait dans le domaine du troisième cycle des études médicales. C'est passionnant.

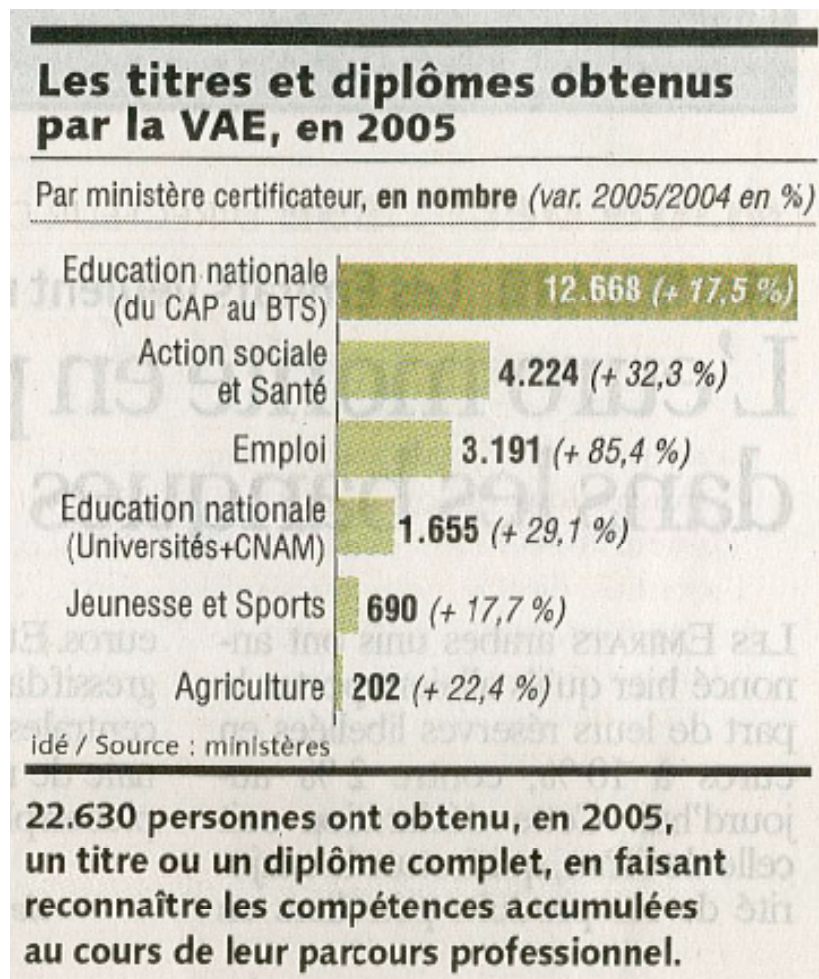
La VAE, qui existe depuis janvier 2002, permet à toute personne d'obtenir la totalité d'un diplôme ou d'un titre grâce à l'expérience acquise à travers des activités salariées, ou non, ou des activités bénévoles. J'aimerais bien que la Ligue contre le cancer me parle un jour de VAE. Pour l'instant, j'écoute mais n'entends rien.

VAE, mode d'emploi

La validation des acquis de l'expérience, instituée par la loi de modernisation sociale du **17 janvier 2002**, permet à toute personne d'obtenir la totalité d'un diplôme ou d'un titre grâce à l'expérience acquise au travers d'activités salariées, non salariées ou bénévoles. La durée d'expérience considérée est **au moins de trois ans**. Les modalités diffèrent selon les ministères, mais elles comportent **trois étapes** : après avoir fait une demande, le candidat doit préparer un dossier de synthèse, qu'il soumet à un jury.

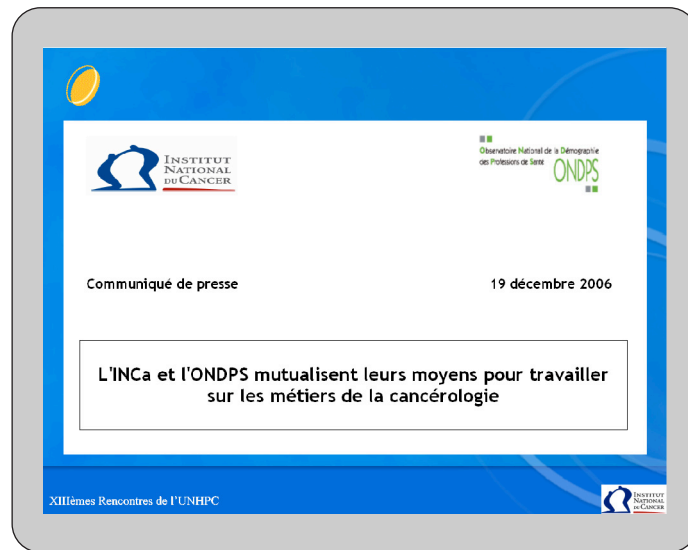
Les Echos du 28 décembre 2006

La durée d'expérience est d'au moins trois ans. Les modalités diffèrent selon les ministères, mais elles comportent trois étapes : avoir fait une demande, préparer un dossier et le soumettre à un jury. Ce sont les règles habituelles dans le domaine du savoir.



Les Echos du 28 décembre 2006

Le bilan de la VAE 2005 révèle plus de 30 % de croissance dans le domaine sanitaire et social : exploitons-la et, à défaut de pouvoir faire passer toutes les infirmières à Bac+5 M2 professionnel, normalisons au niveau L et éventuellement faisons la différence avec la VAE.



L'INCa et l'Observatoire national de la démographie des professions de santé mutualisent leurs moyens pour travailler sur les métiers de la cancérologie. C'est affiché. Cela a fait l'objet d'une dépêche APM, et je suis très heureux que Martine Burdillat ait été invitée par les organisateurs de ces journées, que je remercie à titre personnel.

(Applaudissements)

Débat

Dr Franck BÜRKI. - Il y a 7 ou 8 ans, les médecins étaient, très officiellement, incités financièrement à partir à la retraite de façon anticipée parce que soi-disant ils étaient beaucoup trop nombreux.

Concernant le problème des **effectifs**, certes le nombre d'internes augmente peut-être, mais les chiffres de l'Ordre en termes d'inscriptions par an - qui sont un reflet très fiable - ne dépassent pas ceux des départs à la retraite.

D'une année sur l'autre, ce sont 3 à 4 inscrits supplémentaires qui apparaissent. Peut-être cela sera-t-il suivi d'une vague très importante, sous la forme d'une sorte de tsunami oncologique, mais je l'ignore.

Enfin - c'est à mon avis très important -, nous vivons dans un système où il n'existe pas de reconnaissance effective du médecin en tant que tel, qu'il soit privé ou public, dans quelque discussion que ce soit. Il y a tout ce qui est technique, les établissements et la recherche, mais, entre les deux, le soignant, qu'il soit infirmier, infirmière ou médecin, n'existe pas.

Je remercie M. Rouëssé. C'est grâce à vous que nous sommes intervenus dans les critères d'autorisation, mais quand il s'agit d'aborder des questions de terrain et les pratiques au quotidien...

Des médecins du public interviennent au nom de la Fédération des centres, des CHU et des CH, mais quelle est leur marge de discussion ?

Nous intervenons parfois grâce à l'UNHPC. Mais la question demeure. Pourquoi n'a-t-on pas de représentation directe et institutionnalisée ? Peut-on s'exprimer correctement et librement dans un tel contexte ?

Nous aimerions, comme l'a indiqué Gérard Auclerc par rapport au texte que nous avons co-signé, que quelques soignants fassent partie du Conseil d'Administration de l'INCa.

Dr Raymond DESPAX. - Pour revenir sur ce que vient de dire Frank Bürki, nous avons vu la courbe des effectifs et la chute de la démographie. J'interpelle M. Roland Bugat sur les rapports que peut avoir **l'INCa avec l'assurance maladie**.

Certaines professions médicales du privé sont en crise ou risquent de l'être mais d'autres ne le sont pas du tout, en grande partie parce que les étudiants qui sortent de la faculté et de postes d'internes ou de chefs de cliniques recherchent une **carrière** correctement rémunérée et une **qualité de vie** correcte.

Or ces deux conditions sont actuellement assez bien réunies dans les carrières proposées à l'hôpital public et dans les centres anticancéreux, mais ce n'est pas le cas dans beaucoup de spécialités en libéral et notamment en cancérolo-

gie et en oncologie médicale, comme l'a dit Franck Bürki précédemment. Il me paraît essentiel d'appréhender cette dimension, car elle est très concrète et évidente.

Il est consternant pour nous, au sein du Syndicat des oncologues médicaux, de constater que ce problème n'est pas du tout appréhendé par les Tutelles, auxquelles nous essayons pourtant de faire passer le message.

Il n'y a qu'une explication à la très grande forme de certaines équipes dans les domaines de la cardiologie, de la chirurgie spécialisée, etc..., dans les établissements toulousains privés : si l'assurance-maladie joue le jeu d'une rémunération correcte des médecins, elle leur permet de se développer, d'affiner leurs compétences et d'étoffer leurs équipes, tout simplement parce que les moyens sont plus importants et que cela crée une dynamique positive, enrichissante dans tous les sens du terme et pas seulement dans celui du porte-monnaie.

Un réel pouvoir d'influence de l'INCa vis-à-vis de l'assurance-maladie sera manifestement nécessaire - et je voudrais que tu nous éclaires sur ce point -, si certains des items du Plan Cancer aboutissent, pour cibler la répartition des enveloppes budgétaires.

En effet, nous savons tous que l'on ne manque pas d'argent en France pour soutenir le système de santé, et qu'il s'agit surtout de questions d'**arbitrage** et de courage politique.

Pour arbitrer sur les 20 ans d'exercice que je partage avec Franck Bürki, nous avons observé que le budget accordé par l'enveloppe "pharmacie anticancéreuse", a été multiplié par 10 ou 15 alors que celle des honoraires des médecins oncologues médicaux a complètement stagné, voire diminué.

C'est notre vécu sur le terrain en tant qu'oncologues médicaux libéraux, et nous attendons des arbitrages courageux pour consolider et attirer vers une filière qui en a besoin.

Des spécialités se portent très bien et d'autres non, alors que dans les hôpitaux, que l'on soit radiothérapeute ou oncologue, le profil de carrière, les rémunérations et les avantages sociaux sont les mêmes. Tout ceci devrait être mieux pris en compte par l'assurance-maladie.

Pr Jacques ROUËSSÉ. - Pour revenir sur ce qui vient d'être dit, tu as indiqué au début de ton exposé que l'INCa devait être porteur des préoccupations des cancérologues. Cela rejoint ce qu'a dit M. Vacquin : ne faudrait-il pas une forme de syndicat des personnes de **terrain** ?

Qui va exprimer leurs préoccupations ? On nous dit que l'on manque de temps, ce qui est vrai, mais, en même temps, on voit arriver les consultations d'annonce, qui sont une très bonne chose, et des financements pour des ré-

seaux qui, par exemple en Ile-de-France, ont peut-être un intérêt discutable et en tout cas sont extrêmement chronophages.

Qui va représenter les besoins pratiques des personnes du terrain en oncologie ? Nous ne pourrons pas tout faire en termes de méthodes et de hiérarchie. Je ne suis pas tout à fait de votre avis : il existe des limitations financières.

L'INCa a-t-il par ailleurs réfléchi à la féminisation très importante de notre métier ? Cela ne posera pas de problème dans les centres anti-cancéreux et dans les établissements hospitaliers, car les femmes sont aussi compétentes que les hommes, voire souvent plus, mais, dans le privé, quelle femme voudra commencer à 8 h et terminer à 20 h en élevant en même temps ses 3 enfants ?

80 % des médecins seront des femmes dans 10 ans. C'est ce qui nous attend ; ce n'est pas une extrapolation.

Pr Roland BUGAT. - Nous avons déjà tout vu, y compris une Directrice Générale de l'AP-HP ! J'espère que nous verrons bientôt des Directrices Générales de CLCC !

M. Henri VACQUIN. - Si j'ai bien compris, tout à l'heure, votre Président a conduit la réflexion menée jusqu'à aujourd'hui jusqu'au point final que serait la création d'un Institut.

Il est vrai qu'un Institut n'est pas une fin en soi, mais, à vous écouter, j'entends beaucoup de souhaits qui me semblent peu réalistes. Comment voulez-vous ne pas vous inscrire, d'une certaine manière, entre la prise de décisions et leur élaboration, ne pas être dans le champ d'une offre de propositions qualitatives ?

Le risque est que l'institution aille directement auprès des acteurs en se substituant à leur corps intermédiaire. Cela renvoie, Monsieur le Président, à votre rôle en la matière. Est-il possible que votre **syndicalisme professionnel** puisse être catalysé par cette institution nouvelle ? Ne faudrait-il pas qu'il monte en puissance, en étant, non pas sollicité directement dans le cadre de l'élaboration des saisies et des données, mais en étant lui-même un outil et une force de proposition, en amont des décisions ?

Pr Roland BUGAT. - M. Vacquin a tout compris : mon seul objectif, en prenant la parole, était de suggérer cette réflexion. Je dis bien « suggérer » ; nous ne résoudrons pas le problème aujourd'hui.

Il me semble, Monsieur Vacquin, que vous amplifiez le champ de réflexion que nous devons - au sens noble du terme, sans contraintes -, explorer, car nous avons à faire du chemin ensemble. Il n'existe en effet pas de jurisprudence en la matière.

Pr Alain LAUGIER. - Le Ministre Allègre rappelle très bien que les **accords de Bologne** ont été créés à la Sorbonne deux ans auparavant. Il faut rétablir la vérité. Parler des accords de Bologne est une erreur ; parlons des accords Sorbonne-Bologne.

VAE : j'allais jouir en disant que cela veut dire vice-amiral d'escadre et, dans mon domaine - j'aime bien les militaires -, on va avoir la quatrième colonne des cent tableaux des métiers. Il manque la gestion des métiers aux **armées**.

Or l'entreprise militaire a montré l'exemple d'une gestion on ne peut plus dynamique des grades et des corps, avec énormément de souplesse et une adaptation parfaite aux nouvelles technologies.

Il faut absolument prendre langue avec nos collègues du service de santé des armées, qui montreront très bien comment ils ont réglé les problèmes de souplesse dans le corps paramédical.

J'ai une grande défiance à l'égard des petits ensembles et des **statuts** multiples. L'Assistance Publique m'a, dans sa sagesse, il y a 20 ans, battu parce que je voulais un statut des radio-physiciens.

Elle a refusé et leur a donné un statut de spécialistes scientifiques, ce qui a permis d'intégrer, dans un corps très flou, des informaticiens, des chercheurs opérationnels, des statisticiens et des radio-physiciens.

Ils en sont contents et se retrouvent, au bout d'un certain nombre d'années de fatigue dans leur carrière, dans d'autres métiers. C'est rendu possible à l'intérieur d'un unique statut de spécialistes scientifiques, qui leur a permis de grimper tout en changeant de sous-profession et de sous-métier.

Méfions-nous par conséquent des demandes statutaires pointues pour de petits corps, et constituons des ensembles beaucoup plus vastes.

Pr Roland BUGAT. - J'utilise souvent la notion de plus petit commun multiple pour ce qui fait la spécificité des métiers du cancer.

Pr Alain LAUGIER. - Le cancer n'est pas un métier ! Il faut supprimer les centres anti-cancéreux et les transformer en CHU !

On parle du cancer dans la rue. Des femmes qui ont des cancers du sein le racontent partout. Le cancer est une maladie comme les autres et doit être traité à l'hôpital général, j'en conviens avec des personnes formées à la mentalité des CLCC.

M. Gérard PARMENTIER. - J'ai compris qu'il nous fallait un militaire pour l'an prochain ! Quant à la disparition des CLCC, je resterai très prudent, pas simplement par humour ou par vertu ! En termes d'organisation, il est sain que quelqu'un porte le souci d'une activité spécifique. Il n'a pas besoin d'être

forcément le plus gros, le meilleur ou le plus actif. Simplement, le fait qu'il porte le souci d'une activité exclusive apporte une vision, une acuité, une attention aux problèmes, une capacité d'initiatives qui sont spécifiques. L'histoire des CLCC témoigne que c'est vrai chez nous aussi. Il en est de même aux USA dans les centres spécialisés en cancérologie.

Dr Jean-Marie CHEULA. - Je voudrais demander à Roland Bugat à quel niveau se situent les réflexions qu'il a pu avoir concernant la validation de l'expérience avec le **Conseil de l'Ordre** ? Ce dernier prend-il en compte cette validation dans le cadre de sa commission de qualification des spécialités ?

Pr Roland BUGAT. - A question technique, réponse technique. Je vais en dire un peu plus sur le sujet très spécifique, dont je pense qu'il sous-tend votre question et sa pertinence, qui est celui des spécialistes d'organes qui ne sont pas habilités à délivrer des actes de cancérologie au motif que, les DESC option 1 ayant été supprimés, on ne peut plus être un spécialiste d'organes **compétent** en cancérologie. On ne peut qu'être **qualifié** en oncologie.

Quand dans les commissions paritaires ordinaires, les spécialistes d'organes viennent, avec tous les diplômes nécessaires, pour faire valoir leur droit à la cancérologie, on leur dit qu'il faut choisir entre le fromage et le dessert.

Soit, par exemple, ils restent pneumologues et ne pratiquent pas d'actes de cancérologie, soit ils ont tout ce qu'il faut pour être qualifiés en oncologie mais dans ce cas ils ne sont pas pneumologues.

Un effectif non négligeable de confrères est dans cette situation intermédiaire, dans une sorte de distorsion entre la réalité de leur pratique et, d'une certaine manière, l'illégalité de cette dernière.

Ce débat a été porté auprès de l'**Ordre** par l'**INCa**. Avec le Conseil national de l'Ordre, nous avons rencontré le conseiller du Ministre de l'Enseignement Supérieur.

Les deux logiques ne sont, à la fois, ni contradictoires ni totalement compatibles. L'Ordre est délibérément sur le versant de la montagne qui concerne les métiers, les cartes grises et les permis de conduire, alors que le Ministère est du côté des formations diplômantes, ces deux points de vue étant difficilement conciliables.

L'**INCa** est en situation de pouvoir, sur une ligne de crête, mettre en équilibre ces deux sensibilités, et nous sommes en train, avec la DHOS, la Conférence des Doyens, le Président Charpentier et l'Ordre, de réactiver les commissions paritaires de compétences pour ces confrères.

Cependant, dans le même temps, les autorités ministérielles nous saisissent pour que nous réfléchissions à la VAE dans le domaine précis du troisième cycle des études médicales. Nous allons nous y engager, mais pas seuls. Nous

le ferons, comme je l'ai indiqué, avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Nous pourrions ainsi proposer, après-demain matin, à ces confrères et à d'autres, une **alternative**, positive dans les deux cas : s'adresser aux commissions paritaires de l'Ordre afin de régulariser leur exercice professionnel, soit jouer le jeu de la VAE, son intérêt étant puisqu'elle est diplômante de leur permettre de reprendre un cursus de type universitaire dans d'autres domaines, ce que ne permet pas la régulation ordinale.

Je peux vous dire, en tout cas, que des travaux pratiques sont largement engagés avec l'Ordre, la DHOS et le Ministère de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. Cela va être régularisé.

Dr Bernard COUDERC. - Je voudrais répondre à la question de savoir ce qui peut être fait en amont pour essayer de modifier les décisions prises.

A la demande des Tutelles, en fait du Ministre et du Président de l'INCa, nous avons proposé une réforme de la gouvernance de l'INCa. Notre proposition consistait à créer, de façon statutaire, un conseil qui rassemblerait les professionnels, les réseaux, les cancéropôles et d'autres associations que la Ligue, qui siège déjà à l'INCa, afin, entre autres, que son Conseil d'Administration ne compte pas qu'un représentant du secteur privé - en l'occurrence moi-même -, comme c'est le cas actuellement. Cela pourrait permettre un échange un peu plus constructif entre la base et le terrain, pour infléchir les décisions qui pourront être prises. Peut-être faut-il en rappeler la genèse ?

M. Gérard PARMENTIER. - Vous avez notre proposition dans votre dossier ; c'est le dernier document².

Le Ministre, Xavier Bertrand, est venu en personne siéger trois heures avec nous au Conseil d'Administration, en juillet, ce qui est rare en France et donc assez remarquable. C'était après le rapport d'audit sur l'INCa. Il en a confirmé les conclusions.

Il nous a dit convenir du fait que l'objet de l'INCa n'était pas clair. Il nous a dit que l'Etat n'était pas en capacité, début juillet, de choisir entre les deux grandes options confirmées par tous : soit une "maison commune des cancérologues, des chercheurs et des patients" - vous vous souvenez des discours et des engagements répétés de MM. Raffarin, Douste-Blazy et de Mme Pascale Briand -, soit une agence d'Etat.

Xavier Bertrand nous a demandé de travailler durant l'été pour faire des propositions. Il nous a assuré que l'Etat trancherait en septembre, au vu de ces propositions, sachant que c'est bien à lui de le faire dans la mesure où il est nettement majoritaire au sein du Conseil d'Administration de l'INCa.

² Cf. ici les documents 13.1 et 13.2

Il nous a indiqué qu'il nous demanderait de nouveau de nous remettre au travail en septembre, une fois ce choix fait, pour que nous lui fassions, si besoin était, des propositions d'adaptation de la gouvernance de l'INCa à cette orientation alors clarifiée.

Il a ajouté ensuite qu'il nommerait un nouveau Président puisque David Khayat avait dit qu'il démissionnerait alors.

La démarche était ordonnée : il était logique de commencer par clarifier l'objet de l'Institut, puis d'adapter sa gouvernance à cet objet, et enfin de nommer un Président, en cohérence avec les orientations décidées.

Cela s'est finalement fait dans un ordre complètement différent. Pourtant, un séminaire a eu lieu fin novembre, ainsi que deux Conseils d'Administration en décembre, et il nous a finalement été dit officiellement par le nouveau Président, Dominique Maraninchi, que l'INCa était dorénavant une agence d'Etat.

Lors du séminaire et de ces deux Conseils, les représentants de l'Etat et le Président de l'INCa nous ont sollicités, en tant qu'administrateurs, pour faire des propositions en termes de gouvernance.

Nous en avons une. Nous avons repris des idées que beaucoup avaient développées, Gérard Ganem par exemple, qui nous a souvent interpellés sur le sujet.

Puisque l'INCa est une agence d'Etat, le Conseil d'Administration doit fonctionner en conséquence. Or aujourd'hui tout se passe lors d'un pré-CA qui n'a rien de statutaire, mais qui est l'instance de prise de décision. On ne s'en cache pas. On nous a par exemple dit, pour nous en féliciter, que le dernier avait duré beaucoup plus longtemps que le CA. Bien sûr, c'est là que les débats ont lieu, entre représentants de l'Etat. Mais c'est aussi très significatif.

Autrement dit, les représentants de l'Etat se réunissent en pré-CA et décident, sachant que nous, les professionnels, nous sommes ultra-minoritaires au sein du Conseil d'Administration et que, quand il se tient, les décisions sont déjà prises.

De plus, nous sommes, quelle que soit notre opinion, tenus au secret des délibérations. C'est la loi pour tous les Conseils d'administration. Comme vous le voyez, nous n'attendons pas à la dignité de cette institution en disant que c'est un théâtre d'ombres. On sait qui commande.

Puisqu'on nous le demande, clarifions donc les choses pour renforcer l'institution - c'était bien la demande du Ministre et de ces deux premiers Présidents -, en faisant en sorte que le pré-CA devienne un vrai CA, étant entendu qu'il s'est déjà entouré des avis précieux d'un conseil scientifique international statutaire et de haut niveau. Il peut y avoir débat sur sa composition : les deux ministères de Tutelle ou, les mêmes plus les organismes de Sécurité Sociale, ou les mêmes plus les organismes de recherche officiels. Tous sont déjà au

CA. Le choix serait intéressant et significatif de l'orientation qu'on veut donner à cette "Agence d'Etat".

Mais, puisque l'Etat nous dit qu'il veut absolument que l'INCa soit aussi un lieu de confrontations et de mise en cohérence des expressions de tous les acteurs de la lutte anti-cancer, nous disons : chiche ! Un certain nombre des grands acteurs de la cancérologie tape à la porte depuis longtemps.

Pourquoi ne pas mettre en place un pendant statutaire du comité scientifique - appelons-le comité sociétal ou consultatif, peu importe -, dans lequel tous les acteurs de la lutte anti-cancer seraient présents, et en particulier les absents d'aujourd'hui ?

Pourquoi ne pas inclure les cancéropôles et les réseaux régionaux, qui sont eux aussi des acteurs majeurs ? Pourquoi ne pas l'ouvrir à d'autres représentants des patients puisque ces derniers sont au cœur du système ? Plus encore, même si cela fait débat, pourquoi ne pas poser la question de la présence de l'industrie ? Il s'agirait non pas d'un Conseil d'Administration qui décide, mais d'un lieu de rassemblement des acteurs. La question doit donc être posée.

L'Etat nous dit qu'il a très peur d'être critiqué sous prétexte d'un manque de concertation. Nous ne pourrions plus nous en plaindre s'il met les questions importantes touchant au cancer à l'ordre du jour d'un comité statutaire tel que nous le proposons.

A l'inverse, l'Etat nous dit qu'il faut débattre, mais les débats en Conseil d'Administration sont soumis au secret des délibérations, et, encore une fois, nous y sommes ultra-minoritaires, sans aucune influence. Nous n'avons pas droit au chapitre ; tout est décidé avant.

Dans un tel comité consultatif, nous pourrions avoir des débats très enrichissants, tous les points de vue étant là, et si nous ne sommes pas tous d'accord ce ne sera pas un drame. De plus, nous n'y serions pas soumis au secret des délibérations, ce qui signifie que ces débats seront formalisés par les porte-parole de tous les intervenants de la lutte anti-cancer et mis sur la place publique, étant entendu que l'Etat jouera son rôle : il tranchera et arbitrera. A chacun d'entre nous d'assumer ses prises de position publiques lors des débats sur l'intérêt général.

L'institution serait ainsi consolidée et pourrait avoir, pour soutenir ses décisions et orientations, l'avis éclairé d'un conseil scientifique et celui d'un conseil sociétal. Imaginez la force que cela donnerait à son Président dans ses rapports avec l'Administration. Quel est le chef de service qui pourrait contester la parole d'un Président qui pourrait s'appuyer sur l'avis positif d'un conseil scientifique international et d'un comité sociétal consultatif regroupant tous les acteurs de la cancérologie ? A l'inverse, que pèsera un Président d'agence face aux grands chefs de service qui considèrent qu'ils sont légitimes à pren-

dre les décisions. Or c'est bien cela la demande du Ministre : renforcer l'institution en donnant à chacun son rôle légitime.

Voilà donc notre proposition. Nous la croyons d'autant plus utile et constructive qu'à ce jour elle n'a pas beaucoup de concurrents. Nous l'avons fait distribuer officiellement par le Président Maraninchi, à chacun des administrateurs. Le Président Couderc l'a explicitée en CA de l'INCa. Vous l'avez en main. Il faut en débattre rapidement, y compris pour s'assurer de sa réelle prise en compte.

Le problème, dans ce genre d'institution, est que tout est toujours très long, comme nous l'avons vu avec les décrets d'autorisation, et, qu'en même temps, il faut toujours agir dans l'urgence absolue. Je précise que, sur exigence de l'INCa, cette note a, par exemple, été rédigée en deux soirs.

Cela va maintenant aller très vite puisque, théoriquement, ces questions seront tranchées lors du prochain Conseil d'Administration. Il devrait avoir lieu en janvier et il faut compter avec les délais de convocation.

Par conséquent, nous avons probablement quinze jours devant nous. Ceux que cela intéresse devront donc réagir très vite. Quant à ceux qui trouvent que cela n'a pas d'intérêt, merci aussi de nous faire part de votre opinion. Il faut en débattre vite.

Dr Bernard COUDERC. - Je voudrais saluer la venue de M. Serge Larüe-Charlus, qui nous fait l'honneur d'être là, et de M. Serfaty, que je salue très amicalement.



M. Gérard PARMENTIER. - Je précise que Serge Larüe-Charlus n'est plus Conseiller du Ministre mais qu'il est maintenant Président de la Commission des nomenclatures. Nous allons lui donner la parole puisque la CNAM a été interpellée.

Dr Serge LARÜE-CHARLUS. - Merci. Je me défends bien de prendre la parole au nom de l'Assurance-maladie ; je n'en ai aucunement l'autorité. Je me suis cependant senti un peu interpellé quand il a été question de la **rémunération** des oncologues-médicaux et de la réévaluation financière de leur activité.

Je vais répondre extrêmement rapidement sur deux ou trois points. Tout d'abord, je crois que tout le monde est d'accord pour dire que les Français consacrent suffisamment d'argent à leur santé. **Ce n'est donc pas un problème de finances**, mais de réallocation entre les enveloppes.

Cela veut dire que la responsabilité n'est pas uniquement celle de l'assurance-maladie. Pour beaucoup, il s'agit de celle de l'avenue de Ségur, car dès qu'il faut faire passer des montants d'une enveloppe à une autre c'est bien elle qui dirige l'opération.

L'assurance maladie n'est pas insensible aux problèmes de l'oncologie médicale. Comme je l'avais dit à Carcassonne quand j'ai été reçu par les oncologues médicaux - j'en ai un souvenir ému -, l'assurance maladie est bien consciente du problème de leur rémunération.

Je fais d'ailleurs remarquer à Franck Bürki que, depuis, il a reçu une **lettre du Directeur Général de l'URCAM** lui indiquant qu'il est en effet d'accord pour réactiver le groupe de travail sur l'oncologie médicale, qui nécessite un élargissement de façon à revoir le problème à travers la nouvelle donne de la loi d'août 2004, le parcours de soins et les différentes régulations mises en place. Ce sont là des éléments tout à fait positifs.

Dr Bernard COUDERC. - Je vais maintenant donner la parole à Mme Martine Burdillat, Secrétaire Générale de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

Que nous dit la démographie ?

↳ Mme Martine BURDILLAT
(Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé -
Ministère de la Santé et des Solidarités - Paris)

Mme Martine BURDILLAT . - Je vous remercie d'avoir invité l'Observatoire et vous prie d'excuser l'absence du Président Berland, qui n'avait pas la possibilité d'être parmi nous aujourd'hui.

Comment fonctionne l'Observatoire ?

Bien que l'heure m'incite à me presser un peu, je voudrais préciser comment fonctionne l'Observatoire, car, depuis ce matin, je vois que la question de la gouvernance anime beaucoup vos débats.

L'ONDPS est constitué de 26 comités régionaux et d'un conseil national dans lequel siègent 10 personnalités qualifiées. Cela veut dire que tout le monde n'y est pas, ni tous les professionnels de santé ni toutes les institutions représentatives.

Cependant, depuis trois ans, date de sa création, cela ne nous a pas empêché de travailler avec un grand nombre d'interlocuteurs, aussi bien sur le plan national que régional. En particulier sur le plan régional, la présence de doyens n'avait pas été mentionnée dans les textes, mais nous avons constaté que tous les comités les avaient associés en tant que personnalités qualifiées. De même, nous nous sommes assez rapidement aperçus que les élus avaient des prérogatives en matière de formation notamment et qu'il était important qu'ils participent également aux travaux. Ils sont maintenant associés dans la plupart des comités régionaux.

Notre expérience - pourvu que cela dure - est, de façon pragmatique, que toute institution qui a quelque chose à apporter peut trouver l'occasion de contribuer à la réflexion collective qui est menée.

Que nous dit la démographie ? C'est la question que vous m'avez demandé de traiter. Je vais aborder des points un peu généraux, mais qui font cependant écho à de nombreuses réflexions que j'ai entendues ce matin.

Les objectifs de l'approche démographique de l'Observatoire

Je voudrais d'abord préciser les objectifs de l'approche démographique de l'Observatoire. Notre première mission est de faire le point sur les données actuelles, en essayant de prévoir les effectifs autant que faire se peut. Nous

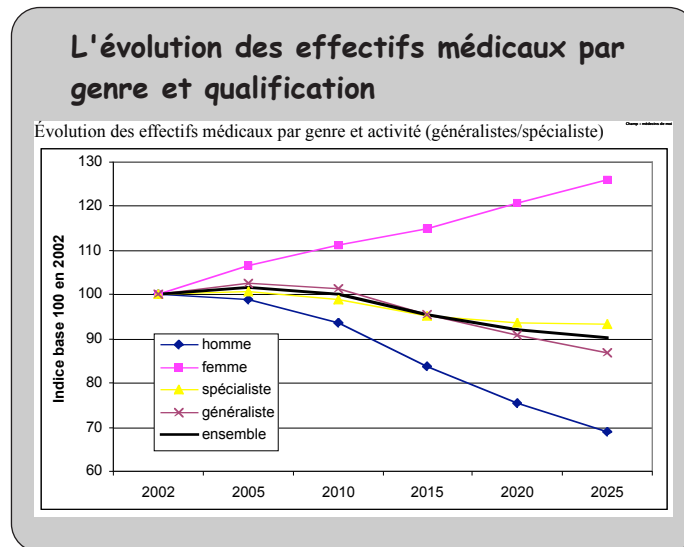
pouvons, grosso modo, prévoir le nombre de médecins dans les dix ans à venir.

Le second objectif est d'anticiper. Des projections d'effectifs sont réalisées, toutes choses égales par ailleurs, ce qui est assez audacieux car des évolutions se produisent dans toutes sortes de domaines. Toutefois, cet exercice permet d'envisager ce qui se produirait par exemple si les médecins arrêtaient de travailler avant l'âge observé actuellement, ou bien s'ils commençaient plus tardivement leur activité et prolongeaient leurs études, comme cela a été évoqué ce matin. Ces projections servent non pas à prévoir l'avenir mais à se poser des questions sur les comportements, et sur leurs incidences en matière démographique et de répartition de l'offre de soins.

Anticiper oblige aussi à travailler avec les jeunes, qui feront le système de demain, et à accorder la plus grande importance à l'évolution des comportements et à tout ce qui peut les faire évoluer dans le temps.

Les données marquantes de nos observations sont les suivantes :

- Un vieillissement et une diminution des effectifs médicaux.
La part des 55 ans et plus est de 26 % au 1er janvier 2005, contre 29 % au 1er janvier 2006. On peut dire, bien que la formule ne soit pas très heureuse, que le vieillissement s'accélère. Les effectifs situés dans la tranche 50-55 ans sont tellement nombreux que les photographies construites à partir de la tranche des 55 ans et plus évoluent très rapidement.
- Une répartition hétérogène des ressources soignantes.
La répartition des ressources médicales est aujourd'hui très fortement hétérogène.
Cela veut dire que la plus grande attention doit être portée à ce phénomène puisque, dans la période qui va suivre, le nombre de médecins va diminuer. Les problèmes de disparité de la répartition des effectifs pourraient donc s'accroître.
- La complémentarité des professionnels en matière de prise en charge des patients.
Il nous semble important, dans notre approche démographique, de ne pas raisonner seulement spécialité par spécialité et métier par métier, mais de considérer que c'est ensemble que les professionnels interviennent dans la prise en charge des patients. Leur présence conjointe est donc nécessaire.
- La féminisation du corps médical. Vous avez posé quelques questions sur ce point.
La part des femmes était, au 1er janvier 2005, de 38 %, elles sont actuellement plus nombreuses que les hommes en formation.
De ce fait, les projections des effectifs médicaux par genres et qualifications, font apparaître la diminution relative très importante des effectifs masculins.

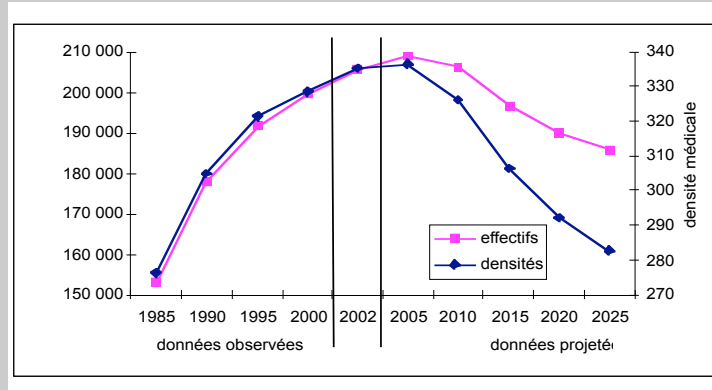


Quels en seront les effets ? Nous observons, pour l'instant, que l'exercice libéral est moins souvent choisi par les femmes. Si ces comportements perdurent, il sera nécessaire d'accorder la plus grande vigilance aux évolutions, non pas seulement de la démographie globale, mais secteur d'exercice par secteur d'exercice et aussi de façon très localisée.

- Un renouvellement problématique des ressources médicales.
Le nombre total de médecins a augmenté d'environ 1.000 personnes entre le 1^{er} janvier 2005 et le 1^{er} janvier 2006.
Nous savons à peu près anticiper combien de médecins vont cesser leur activité et, en fonction des numerus clausus antérieurs, nous pouvons prévoir jusqu'en 2015 combien vont rentrer en activité.

Evolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025

Source DREES Hypothèses : NC à 7 000 en 2006 puis constant et départ à la retraite à 64 ans



On peut observer que le nombre d'entrées et de sorties sera à peu près équivalent jusqu'en 2007-2008. Suivra ensuite une période qui sera assez longue, et qui sera marquée par un nombre de sorties supérieur au nombre d'entrées.

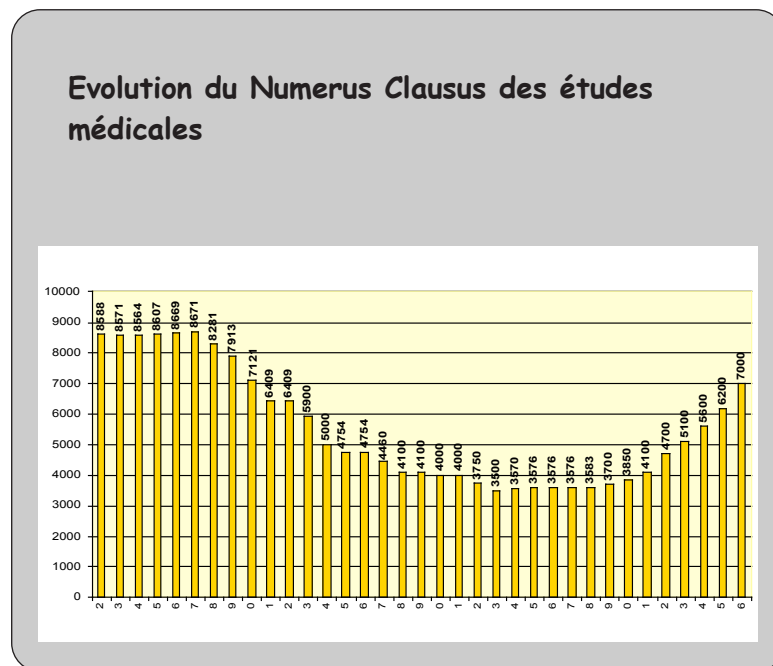
Aucune politique ni décision ne pourra modifier cela, sauf si l'on demande aux médecins de travailler jusqu'à 70 ans, ce qui ferait effectivement diminuer le nombre de sortants : c'est le seul levier dont nous disposerions jusqu'en 2015 pour éviter que le nombre de sorties soit supérieur au nombre d'entrées.

La densité de médecins va diminuer encore plus fortement que leur nombre du fait de l'augmentation prévisible de la population d'ici 2025. La densité serait alors, grosso modo, celle que nous avons connue en 1985.

Les faits que je viens d'évoquer sont le résultat de l'évolution des *numerus clausus*, les générations qui partent correspondant à la génération pour laquelle il était très élevé.

L'année dernière, nous avons analysé les cessations d'activité par modes d'exercices, car les chiffres globaux en termes d'effectifs médicaux recouvrent des réalités qui ne sont pas les mêmes selon les secteurs d'exercice.

Les cessations d'activité seraient les plus importantes pour les médecins libéraux, du fait de l'âge moyen qui est plus élevé pour cette population.



Les évolutions qui influencent les besoins démographiques

Concernant les évolutions qui influencent les besoins démographiques, tous les points qui sont importants à mentionner ont déjà été évoqués ce matin.

Toutes les études confirment le souhait des jeunes générations de consacrer moins de temps au travail. Les échanges très réguliers, à l'Observatoire, avec les représentants des étudiants en médecine, font également apparaître cette tendance. L'attrait pour le salariat semble aussi, parmi les jeunes générations, une tendance montante.

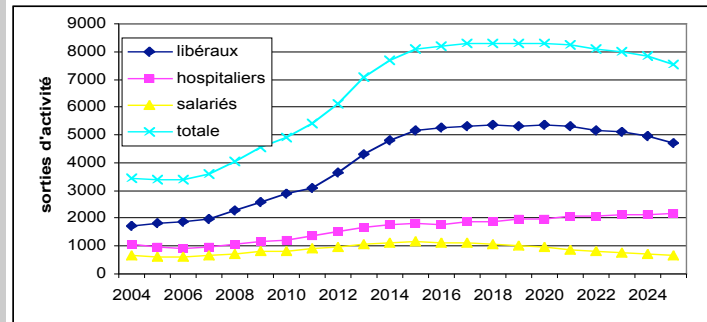
Le souhait se fait également sentir de diversifier les parcours professionnels. C'est une donnée nouvelle et importante, qui provient également des formations et des opportunités offertes par la diversité et la multiplicité de l'offre en la matière.

La diversification des parcours ne veut pas forcément dire changer de spécialité. Elle caractérise surtout la situation des médecins généralistes, qui quittent cet exercice à peu près au bout de 20 ans pour se spécialiser dans la gériatrie, l'urgence, etc..., ce qui va s'accroître avec l'accès à la spécialité de la médecine générale.

C'est aussi changer de mode d'exercice ou avoir un exercice mixte, avec un peu d'hôpital et un peu de libéral, afin d'enrichir et de maintenir sa compétence ; c'est en tout cas ce qui semble ressortir des études menées.

Les cessations d'activité par mode d'exercice

Effectif des cessations d'activités par mode d'exercice



Source : ADELI redressé, projections Drees (variante 3 : le ratio entre le nombre de postes de spécialistes)

Plus fondamentalement, l'exercice isolé n'est plus envisageable, l'exercice mixte permettant de faire partie de collectifs, de maintenir sa compétence et de rencontrer ses pairs.

Une évolution provient ensuite de la transformation des modes de prise en charge des patients, qui aura un effet très important sur la demande de temps médical. Les attentes grandissantes des familles et des patients, le développement de la prise en charge ambulatoire, la prégnance des normes de sécurité et de qualité et le souci d'égalité des soins constituent des éléments qui contribuent à modifier le contenu du temps de travail médical.

La prise en charge de nouveaux éléments

Les médecins auront à prendre en charge de nouveaux éléments et devront se former. On note d'ores et déjà qu'ils passent un temps certain à renseigner des systèmes d'information nombreux.

Le temps médical devient, en effet, une question extrêmement importante. C'est le sens des interventions et travaux de M. Berland sur les « transferts/délégations de compétences ».

Le transfert ou la délégation des compétences n'est pas un problème principalement sémantique. La question est de savoir si l'utilisation que le médecin fait de son temps correspond aux compétences qu'il a acquises. Il s'agit, en quelque sorte, de la mise à plat de ce qu'il fait.

Le médecin fait-il bien ce que ses 10, 12 ou 14 ans de formation lui ont appris à faire ? Là est la question. Est-ce à lui de le faire et n'a-t-il pas mieux à faire ?

Les enseignements que nous tirons après ces quelques années d'observation

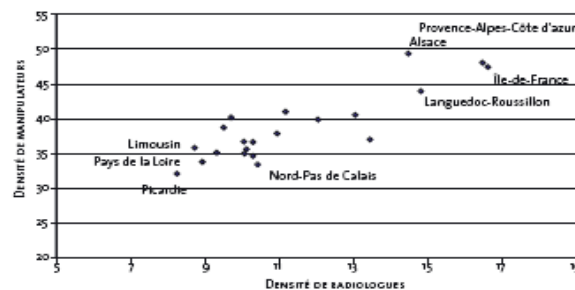
En conclusion, je dirais quelques mots sur les enseignements que nous tirons après ces quelques années d'observation. Comment interroger la démographie ? Il ne suffit pas de regarder chaque année le nombre de médecins et d'observer qu'il va diminuer. Il faut, me semble-t-il, absolument - et c'est ce qui est engagé cette année avec l'INCa et la médecine générale - prendre en compte l'interdépendance et les complémentarités des professionnels dans le cadre de la prise en charge des patients.

On sait, par exemple, que s'il y a des chirurgiens en nombre suffisant mais pas assez d'anesthésistes, l'activité chirurgicale ne peut pas se dérouler de façon satisfaisante. Il nous semble très important de développer cette approche démographique, disons plus globale, par domaine de prise en charge des patients.

Le dossier de la cancérologie est celui sur lequel nous allons travailler avec l'INCa, à partir d'un ensemble de métiers complémentaires et d'éléments qui ont été évoqués durant toute la matinée mais qui seront plus précisément développés.

Les disparités régionales : la densité des manipulateurs en électroradiologie est corrélée à celle des radiologues

Les densités régionales de manipulateurs et de radiologues en 2003



SOURCE: ADELI.

La diapositive que vous voyez fait apparaître la co-présence des radiologues et des manipulateurs radio, c'est à dire la complémentarité de leurs métiers. Il y a des manipulateurs radio là où il y a des radiologues.

Elle fait également apparaître, au-delà de cette corrélation en termes de présence, des disparités absolument considérables.

Ces disparités doivent conduire à des diagnostics très fins et localisés, qui devront être faits, non seulement par les instances régionales, mais aussi par les employeurs comme cela a été évoqué ce matin.

Enfin, il faut porter la plus grande attention au renouvellement des ressources. Je voudrais à cet égard simplement vous indiquer que le nombre d'internes va considérablement augmenter dans les années qui viennent.

Nous avons creusé ce sujet en 2005 et en 2006. Des problèmes se posent déjà s'agissant du nombre de stages et de leur financement. En effet, pendant la période durant laquelle les internes étaient moins nombreux, beaucoup de postes d'internes ont été transformés pour assurer le fonctionnement des services et, par exemple, en gynécologie obstétrique et en pédiatrie, des tensions se font déjà sentir par rapport à la disponibilité des stages.

Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements)

Débat

M. Gérard PARMENTIER. - Vous avez parlé de diagnostic et d'hétérogénéité, mais faut-il imaginer un *numerus clausus* régional en vue d'une plus grande liberté des installations ?

Par quels moyens les disparités en radiothérapie et en médecine oncologique, telles qu'elles existent, pourraient-elles être évitées ?

Le marché ne se régulera pas de lui-même ; plus les médecins seront nombreux, plus la demande de soins croîtra, dit-on. Existe-t-il des pistes en matière régulation ?

Dr Gérard GANEM. - Je suis oncologue au Mans. Je rappelle tout d'abord que le meilleur médicament des malades est le docteur. Même si vous nous montrez des courbes sur la démographie médicale, il faudrait voir si ces médecins voient réellement des malades. En effet, je me doute bien qu'ils en voient parfois, mais en voient-ils suffisamment ? Autrement dit, **y-a-t-il adéquation entre le travail humain, le nombre de malades vus et les courbes démographiques ?**

En Mayenne, par exemple, il existe deux anapath pour 500.000 habitants, et 14 à Nantes, pour 1.200.000 habitants.

Cela veut bien dire, qu'avec l'aggravation de la démographie, la médecine de campagne sera totalement désertée, ce qui a déjà commencé par rapport à il y a 10 ans.

On trouvait alors des médecins généralistes, mais c'est terminé. Ce sont les mêmes qui vont en gériatrie et aux urgences, parce qu'ils veulent être tranquilles et n'en peuvent plus.

Ce type de médecine n'existera plus du tout, et les jeunes étudiants iront, à la fin de leurs études, beaucoup plus à Nantes qu'en Mayenne, puisque, de toute façon, c'est à Nantes qu'ils auront une meilleure qualité de vie et un meilleur équipement, et c'est là que les professionnels se regrouperont.

Ce sera une catastrophe dans les régions et villes de province de moyenne importance, car plus personne ne voudra y travailler, sachant, que malgré tout, il faudra bien que les malades soient vus.

Je rebondis à cet égard sur ce que j'ai indiqué au début : il faudrait aussi que les médecins voient les malades. Or j'ai la sensation qu'en libéral on en voit beaucoup plus que dans le secteur hospitalo-universitaire, sans parler de tous les médecins de santé publique.

J'ai l'impression qu'il y a pléthore de médecins de santé publique alors que d'autres manquent cruellement pour les malades, sachant que leur meilleur médicament est le médecin. C'est Ballint, qui l'a dit ; ce n'est pas moi...

Dr Patrick PEUVREL. - Vous avez parlé de démographie et de la féminisation de la profession, mais je n'ai pas vu, dans les courbes que vous avez présentées, la prise en compte du **temps partiel**.

Par ailleurs, concernant les **transferts de charges** - je n'ose pas dire de compétences -, qui va payer ? Ces activités sont aujourd'hui prises en compte sur un certain type de budget, mais comment fera-t-on demain ?

Dr Pierre de ANDOLENKO. - A l'appui de ce qui vient d'être dit, j'ai lu récemment que 60 % des médecins généralistes exercent à temps plein et 40 % à **temps partiel** ou pas du tout : quelles en sont les causes exactes et quel est le remède ? Le temps partiel est visiblement réservé à d'autres spécialités, moins contrôlées et éventuellement non reconnues.

Mme Martine BURDILLAT. - Concernant la désertification des zones rurales, les médecins généralistes ne peuvent pas accepter d'aller là où il n'y a ni la Poste, ni aucun service collectif...

En matière de mesures prises, **des Conseils généraux financent des études** en contrepartie d'un certain temps passé dans des zones dites déficitaires, et cela fonctionne.

L'Ille-et-Vilaine et la Vendée ont adopté ce système, qui va se développer, avec un risque de surenchère entre les communes ou les régions. C'est pourquoi, ces dispositions devront donc vraisemblablement faire l'objet d'une évaluation afin que les médecins ne soient pas victimes de « chasseurs de têtes ». C'est de la responsabilité du politique.

Concernant **l'évolution de la médecine générale**, il n'est pas nouveau que les médecins généralistes ne l'exercent pas pendant toute la durée de leur carrière. En revanche, ce qui est nouveau est que les jeunes étudiants ne veulent plus la choisir.

900 postes sont restés non pourvus en 2005, tous en médecine générale. La situation s'est améliorée en 2006, car l'adéquation entre le nombre de postes et de candidats a été meilleure, et seulement 300 postes n'ont pas été pourvus, mais tous également en médecine générale, les étudiants redoublant pour pouvoir choisir une spécialité, ce qui a un effet sur la période de rentrée en activité, le redoublement allongeant la durée des études.

De plus, dans la mesure où la médecine générale est maintenant une spécialité, les généralistes vont pouvoir et sans doute vraisemblablement vouloir suivre des DESC. Par exemple, un DESC "douleur" vient d'être créé.

Nous allons justement travailler cette année à l'Observatoire, dans le cadre d'un groupe de travail, sur les raisons qui poussent les généralistes à abandonner l'exercice de la médecine générale, sur les modalités qui permettent ces sorties ainsi que sur la revalorisation du métier et son attractivité.

Par exemple, un grand nombre d'observateurs ou d'acteurs pensent que l'avenir est dans les regroupements de médecins généralistes et de professionnels de santé, au-delà des médecins, ce qui permet notamment de meilleures conditions de travail. Il en existe déjà un certain nombre, et l'on peut souligner, en effet, que ces organisations permettent d'assurer les gardes, le nombre de médecins permettant un roulement et de bonnes conditions de travail et d'exercice professionnel, avec des médecines un peu spécialisées.

Une personne est plutôt en charge de la gynécologie, sachant que dans de telles zones rurales il n'y a pas de spécialistes, le médecin généraliste peut avoir une offre de soins spécialisée, évidemment en relation avec des spécialistes. Par exemple, le suivi des grossesses est assuré par les médecins généralistes, quand elles ne sont pas à risque.

La question de savoir **qui va payer** est en effet une question qui est au centre du dossier des transferts ou délégations de tâches et de compétences. Une évaluation des expérimentations lancées dans ce domaine est en cours à la Haute Autorité de Santé et à l'Observatoire, cette question des aspects économiques et financiers faisant partie des points d'évaluation, ainsi que celle de la formation nécessaire pour accompagner cette transformation des métiers.

Les premières évaluations montrent en effet que des glissements de tâches ou des délégations sont possibles, mais au prix d'une redéfinition des formations. A travers l'expérimentation de transfert qui concerne les manipulateurs en électroradiologie, il est par exemple apparu que leur formation en anatomie est très insuffisante. Ce n'est pas toutes choses égales par ailleurs.

Concernant la diminution du temps passé au travail, du fait de la **féménisation** de la profession, certains médecins nous ont dit, lors des auditions organisées à l'ONDPS, que de toute façon il y aura féménisation des comportements masculins. C'est donc aussi une hypothèse de travail à envisager.

La séance, suspendue à 13 h 05, est reprise à 14 h 20.

Quel avenir pour nos métiers ?

**Le Plan Cancer bouscule nos métiers.
Les refonde-t-il ?**

**L'oncologie se dissout-elle
dans la multiplication des spécialités
ou constitue-t-elle un métier
aux multiples compétences ?**

Que voulons-nous ? Que pouvons-nous ?

-II-

**Président : Dr Bernard COUDERC
Modérateur : M. Gérard PARMENTIER
Questionnement : M. Henri VACQUIN**

Dr Bernard COUDERC. - Nous avons le plaisir d'accueillir le Dr Daniel Nizri, Conseiller du Ministre, qui nous avait déjà fait l'honneur l'an passé de venir nous apporter de bonnes nouvelles. Je crois qu'aujourd'hui encore il a des informations très intéressantes à nous donner et je lui laisse la parole sans tarder, en le remerciant encore d'être venu.

Dr Daniel NIZRI. - Bonjour. J'ai eu le plaisir de vous rencontrer l'année dernière, il y a exactement un an, quand j'étais venu vous lire un message de M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités³.

Cette année, afin d'accélérer la transmission, j'ai apporté deux courriers, aux Docteurs Lipinski et Bürki, concernant l'oncologie-radiothérapie et l'oncologie médicale.

En effet, Xavier Bertrand avait tenu l'année dernière à vous faire part de son engagement personnel dans la mise en œuvre du Plan Cancer et du fait qu'il avait pris acte des préoccupations des professionnels de santé en cancérologie, en particulier s'agissant des deux filières oncologie-radiothérapie et oncologie médicale.

Un certain nombre d'inadéquations rendaient difficile la mise en œuvre des mesures du Plan. Je ne vais pas les évoquer ici ; vous les connaissez comme moi. Elles concernaient entre autres, pour faire très simple, l'augmentation de la charge de travail et la démographie médicale.

Le Ministre avait souhaité que soient organisées très rapidement un certain nombre de réunions avec les représentants de l'oncologie-radiothérapie et de l'oncologie médicale.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui pour les remercier pour leur engagement et leur disponibilité lors des nombreux échanges que nous avons pu avoir au cours des réunions au Ministère ou par téléphone.

Je souhaite également remercier les services du Ministère et, en particulier, la DHOS, et je ne peux pas ne pas remercier personnellement Mmes Aoustin et Bami, qui ont été les chevilles ouvrières de cette réflexion.

Il ne m'appartient bien sûr pas de vous donner communication des courriers que M. Xavier Bertrand vient de signer pour vos représentants ; ils le feront s'ils le souhaitent.

Je peux vous dire que les discussions qui ont eu lieu cette année débouchent sur un certain nombre de décisions par rapport à l'organisation de ces deux filières et en particulier sur une réflexion sur la tarification concernant l'oncologie-radiothérapie et sur la nomenclature s'agissant de l'oncologie médicale.

³ Note UNHPC : cf. ci-après la reprise de l'extrait des actes des Rencontres 2006, en document 1.2, p. 227

Je vais, dans quelques instants, après vous avoir quittés, retourner au Cabinet pour finaliser une première réunion avec l'assurance-maladie et les services, qui devrait nous permettre d'avancer très rapidement.

Le Ministre nous a donné pour consigne que les discussions commencent au plus tard dans dix jours. Je vais laisser MM. Lipinski et Bürki faire état de ces courriers⁴.

Dr Francis LIPINSKI. - Merci beaucoup Monsieur le Conseiller. Je vais, non pas lire ces courriers, mais les résumer.

Le PMSI va être mis en place rapidement dans les différentes structures de radiothérapie, dont malheureusement le statut n'est pas évoqué ici. Nous aurions pu l'espérer. Nous aurions bien sûr souhaité que le terme "établissement de santé" apparaisse. Ce n'est pas le cas, mais cela viendra peut-être un peu plus tard.

Il est acté que des investissements économiques seront possibles, ce qui est bien ce que nous souhaitions, et nous nous engageons bien sûr à mettre en place les régulations demandées. Nous sommes donc prêts à reprendre contact avec vous ainsi qu'avec la CNAM pour la poursuite des négociations.

Encore une fois, merci !

Dr Franck BÜRKI. - Merci pour ce document, qui reprend ce que nous souhaitions et qui avait été transcrit dans le Plan Cancer. Le fond de notre travail, avec Michèle Brami et Martine Aoustin, est, depuis 7 ans, de faire évoluer l'acte de surveillance d'une chimiothérapie vers un acte intellectuel de supervision d'un protocole de chimiothérapie dont le tarif doit être incitatif à la pratique pluridisciplinaire. Il s'agit de sortir d'un paiement à l'acte pervers.

Nous attendons la première réunion, sachant qu'un travail de mise à jour de ce que nous avons fait il y a quelques années devra être entrepris.

Dr Bernard COUDERC. - Merci beaucoup. Y a-t-il des questions dans la salle ?

Dr Gérard GANEM. - Ce sont des disciplines différentes, alors que nous faisons le même métier. Nous sommes théoriquement hors-la-loi.

Dr Francis LIPINSKI. - Non, pas avec des SCP, qui permettent de partager les honoraires.

M. Gérard PARMENTIER. - La structure fait bien partie du sujet. La question sera certainement reposée.

⁴ Ces deux courriers sont reproduits intégralement ci-après en "Documentation", documents n° 1.4 et n° 2.6

Dr Daniel NIZRI. - A partir du moment où une discussion doit être menée avec les partenaires, qui jusqu'à présent n'étaient pas associés, et en particulier avec l'Assurance Maladie... Nous n'allons pas utiliser entre nous la langue de bois.

Jusqu'à présent, nous avons cherché à regarder ce qui était dans le champ du possible, mais aujourd'hui nous allons regarder ce qui peut être réellement acté.

Le Ministre ne pouvait pas être plus précis aujourd'hui, mais le sujet que vous évoquez fait partie de ceux qui seront abordés dès la semaine prochaine.

Dr Bernard COUDERC. - Merci beaucoup.

(Applaudissements)

Après cet important intermède ministériel, nous allons poursuivre notre programme. Nous écouterons successivement M. Malicot, de l'Association des compagnons du devoir, le Dr Bazin, anesthésiste, le Dr Vallancien, chirurgien, et le Pr Hœrni, qui terminera la session de l'après-midi en abordant le sujet suivant : « L'oncologie a-t-elle déjà une histoire ? ».

Que transmettre :
ce que l'on sait ou ce que l'on est ?

↳ **M. André MALICOT**
(Association des Compagnons du Devoir - Paris)

M. André MALICOT. - Bonjour. Je me sens un peu étranger dans cette assemblée. Je suis venu ce matin, à un moment donné, écouter et ressentir l'ambiance, et j'ai entendu des propos très savants. Pour ma part, je vais vous parler d'un autre monde.

Je suis toujours un peu inquiet avant de prendre la parole dans la mesure où ce n'est pas mon métier. J'ai principalement en charge des actions de formation. Mon métier n'est pas de faire des interventions.

Je vais vous parler d'un monde qui est certes loin du vôtre de par les métiers et la culture ; ce n'est donc pas évident. Je vais essayer de vous conduire dans notre monde pour que vous puissiez comprendre ce que nous sommes et faisons.

J'ai cependant volontiers accepté de venir, parce que le thème de votre journée de travail porte sur **les notions de métier et de transmission**, qui sont au centre de la démarche du compagnonnage.

Nous avons la prétention d'avoir quelque chose à en dire, mais pas de manière savante, car nous ne sommes pas des chercheurs, ni des intellectuels.

Nous travaillons plus de nos mains, mais nous avons une expérience des métiers et de la transmission et, en regardant tout ce que l'histoire nous a apporté, je pense que nous pouvons donner quelques petits signes sur ce que sont les métiers et ce que peut être une action de transmission.

Je vais d'abord essayer de vous présenter ce que sont les compagnons. J'aborderai ensuite les aspects fondamentaux, la notion de métier - comment les compagnons l'abordent - et comment nous développons notre démarche de transmission.

Ce que sont les compagnons

Cette diapositive me paraît assez symptomatique. Vingt siècles se sont écoulés entre ces deux constructions, qui ont une même fonction : franchir une vallée pour permettre à des éléments de circuler ; il s'agissait pour le Pont du Gard de l'eau et ce sont maintenant des voitures.

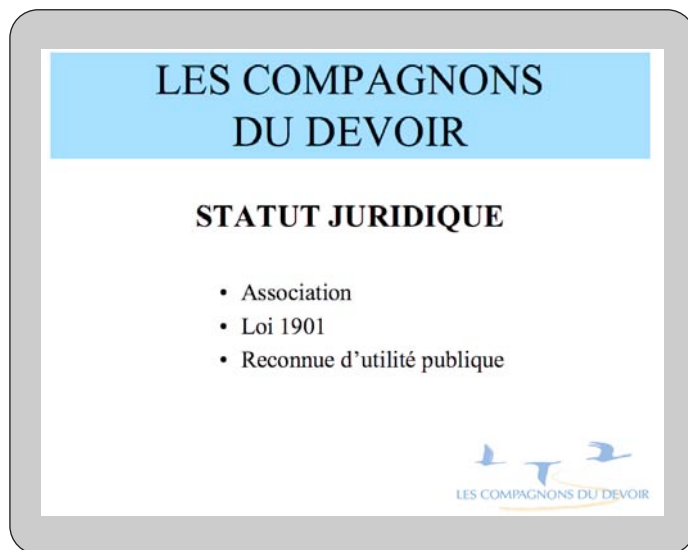


Ces deux monuments sont symboliques de ce que peut être le compagnonnage, en essayant, à chaque époque, de faire au mieux en termes de réalisation. Ce sont, à chaque fois, des prouesses et des innovations, qui traduisent certainement la volonté de qualité des hommes et des femmes qui essaient de réaliser ces ouvrages, le compagnonnage étant de plus - en partie dans l'image populaire - très lié au bâtiment et à la construction.

Je vais vous montrer quelques diapositives pour illustrer les propos que je vais tenir. Vous pouvez voir tout d'abord ce qui est en quelque sorte notre carte d'identité. On nous appelle « *les Compagnons du devoir* », mais notre titre officiel est « *Association ouvrière des compagnons du devoir du tour de France* », notre logo étant représenté par des oiseaux qui symbolisent le voyage et la migration.



Beaucoup ont entendu parler du compagnonnage, et beaucoup en parlent, mais au passé, comme d'une chose dont on ne sait plus si elle a encore une existence.



Le compagnonnage existe à travers **trois mouvements** et le nôtre en particulier, qui est une association de loi 1901 reconnue d'utilité publique.



Elle a en fait des **origines** très lointaines puisque le compagnonnage remonterait au XII ou XIII^{ème} siècle, au moment de la construction des villes et des cités.

A cette époque, il s'est constitué à partir des métiers. Il existait un compagnonnage des charpentiers, des tailleurs de pierre, des métalliers, etc...

Le compagnonnage qui se constitue à cette époque a une origine beaucoup plus ancienne selon la légende. Je ne vais pas m'attarder sur celle-ci, mais il est toujours intéressant de la connaître, ainsi que l'histoire. L'**histoire** dit l'existence des choses et la **légende** leur essence, c'est-à-dire ce qu'elles veulent traduire.

Je vais passer sur la légende - j'y reviendrai si besoin est tout à l'heure -, car je sais que le temps est limité et que je peux être malheureusement bavard.

AU COURS DE L'HISTOIRE...

Trois préoccupations principales :

- transmettre les savoir-faire
- rester libre
- entretenir une solidarité




Au cours de l'histoire, trois préoccupations ont été constantes dans le compagnonnage : transmettre les savoir-faire, rester libre et entretenir une solidarité.

Cela a toujours été permanent dans le compagnonnage, qui a une histoire très mouvementée. Il a été interdit à certaines périodes, et il a existé de manière clandestine.

Il a été florissant au XIX^{ème} siècle, avec 400.000 compagnons en France. Il était un moyen de défense sociale des personnes qui travaillaient.

Transmettre les savoirs a toujours été chez nous une exigence. L'homme de métier se dit chez nous qu'il a un métier et du savoir parce qu'un jour quelqu'un le lui a donné, qu'il en est momentanément dépositaire et que sa mission va être de le redonner à quelqu'un d'autre s'il veut que ce métier et que ce savoir perdurent.

L'idée de **rester libre** a toujours été forte parmi les compagnons. Le compagnon est un homme qui s'est affranchi et qui est libre de passer.

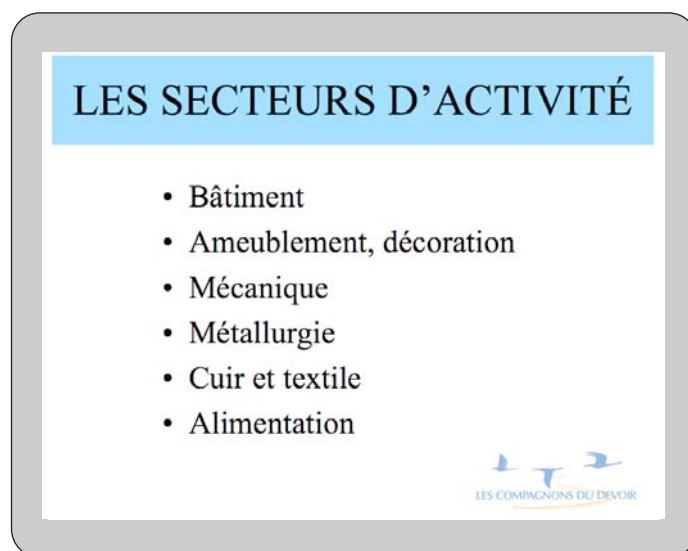
On est au XII et XIII^{ème} siècles à l'époque du servage. On était rattaché à un seigneur ou à un maître, et ce groupe d'hommes tenait à pouvoir se libérer.

On assimile souvent compagnonnage et corporatisme : il faut savoir que le compagnonnage s'est constitué en luttant contre les corporations et l'esprit corporatif pour libérer la personne.

Entretenir la solidarité. Il est vrai que le compagnonnage a été, entre autres, à l'origine des mutuelles. Celle des compagnons, qui s'appelle « le ralliement », existe d'ailleurs toujours. Elle a été très fleurissante à une époque.

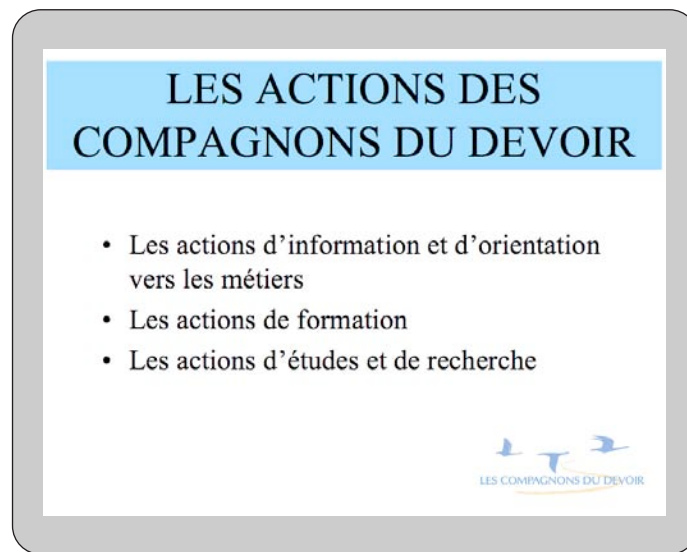
Vous voyez une photo en noir et blanc : c'est celle d'un café-restaurant, « Chez la mère Legeay ». Les compagnons allaient dans des auberges quand ils voyageaient, et ils ont été les fondateurs de la SPA qui n'est pas celle que vous pensez. Il s'agit de la "*société protectrice des apprentis*" comme vous le voyez sur le fronton de l'auberge, sur la diapositive.

En 1911, les compagnons se sont souciés des jeunes qui venaient vers les métiers, pour les valoriser et faire en sorte qu'ils soient mieux. Ils ont créé, cette année-là, à Tours, la première SPA.



Aujourd'hui, les compagnons interviennent dans des métiers comme le bâtiment, l'ameublement, la décoration, la mécanique, la métallurgie, le cuir, le textile, l'alimentation, etc...

Ils sont maçons, tailleurs de pierre, plombiers, couvreurs, menuisiers, ébénistes, tapissiers-décorateurs, selliers, tonneliers, maréchaux-ferrants, etc...



Notre association regroupe **25 métiers**. Le compagnonnage développe pour eux trois types d'actions, et en premier lieu des actions d'**information** et d'**orientation**.




Vous avez évoqué ce matin les problèmes démographiques. Ils sont chez nous également cruciaux par rapport aux besoins. Il faut intéresser les jeunes à nos métiers, d'autant que ces derniers - ce n'est pas à vous que je vais l'apprendre - n'ont pas une image de marque très porteuse. On les exerce souvent quand on y a été condamné et que l'on a été exclu d'un autre système.

C'est néanmoins de moins en moins vrai, car de plus en plus de jeunes viennent par choix personnel, avec un niveau d'études relativement élevé. Le nombre de bacheliers ou de jeunes qui ont fait une ou deux années d'université qui viennent exercer ces métiers augmente nettement.

Les actions d'information et d'orientation ont eu, chez nous, un effet tout à fait positif. Nous comptons il y a dix ans 1.000 apprentis contre 6.000 aujourd'hui. De même, 1.500 jeunes participaient au tour de France contre 3.500 aujourd'hui, et nous formions 900 stagiaires dans le cadre d'une formation continue contre 6.000 aujourd'hui.

Nous sommes plus connus pour nos actions de **formation**. Nous développons quatre grands types d'actions de formation, et en premier lieu une formation initiale pour les apprentis qui vont passer un premier niveau de qualification (CAP ou BEP).

COMMENT ?

<ul style="list-style-type: none"> • L'accueil • L'adoption • La réception 	<ul style="list-style-type: none"> L'entreprise Le voyage La durée L'engagement et l'apprentissage de la transmission 	  
---	--	--

Comme je vous le disais, nous en comptons à peu près 6.000 dans nos différents centres sur l'ensemble de la France, à raison d'une centaine de maisons de compagnons dont une cinquantaine sont des centres de formation pour les apprentis.

La seconde action est le fameux **perfectionnement par le tour de France** des compagnons. 3.500 jeunes font leur tour de France au sein de notre association dans les métiers que je viens de citer.

Ce tour de France est caractérisé par une **formation** essentiellement basée sur la présence en entreprise. Pour nous, il est clair qu'un métier s'apprend là où il se pratique, autrement dit auprès de ceux qui l'exercent, en entreprise. Tous nos jeunes ont un contrat de travail lié à l'entreprise.

Bien sûr, côtoyer ceux qui savent est indispensable, mais ce n'est pas suffisant, et nous apportons une formation complémentaire à travers des stages et des cours du soir, voire le samedi, qui sont en général donnés par des professionnels praticiens.

La deuxième caractéristique du tour de France est qu'il s'agit d'une formation par le **voyage**. Cela signifie que les jeunes voyagent concrètement et physiquement. Ils font ce que l'on appelle leur tour de France.

Tous les six mois ou tous les ans, selon les métiers, ils changent de ville, donc d'entreprise, en restant dans le même métier.

Dans un tour de France, ils vont donc pouvoir vivre à peu près dix expériences différentes, dans un même métier mais dans des entreprises et des envi-

ronnements professionnels différents, à travers des activités pouvant être différentes.

Par exemple, un charpentier pourra être à un moment dans une entreprise spécialisée dans les maisons à colombages, six mois après dans une entreprise de charpentes pour pavillons, encore six mois après dans une entreprise de charpentes qui fabrique des poutres pour les tribunes de salles de sport ou les supermarchés, etc..., et ensuite dans une entreprise qui fabrique des escaliers, car c'est également une spécialité des charpentiers.

Ils vivent dans leur métier des expériences et activités différentes et peuvent occuper des fonctions différentes. Ils peuvent être, à un moment donné, exécutants sur des chantiers et à un autre, chefs d'équipes ou membres du bureau d'étude, pour calculer le prix de revient, etc...

Enfin, la troisième caractéristique de ce tour de France est une formation qui s'inscrit dans la **durée**. Un métier s'apprend avec du temps, un tour de France pouvant durer 4, 5 ou 6 ans selon les personnes. C'est un parcours personnalisé après une première formation initiale de base.

3.500 jeunes sont concernés dont 500 sont en permanence hors des frontières, à l'étranger. En effet, le tour de France est devenu depuis 8-10 ans au moins un tour d'Europe, voire du monde, ces 500 jeunes étant répartis dans 45 pays sur les cinq continents.

C'est très important, car il s'agit de jeunes qui ont parfois été rejetés ou ont rejeté le système scolaire. Non seulement ils suivent, à travers ce **voyage**, une formation professionnelle, mais en plus ils font beaucoup d'acquisitions culturelles.

Ce voyage, à partir du métier, est un moyen d'apprendre. Ils font de la géographie et de l'histoire en direct, apprennent des langues étrangères et se cultivent, ce qui est très important.

Par ailleurs, le fait d'accepter de se dépasser et de voyager signifie que l'on accepte de se remettre en cause. Au moment où vous pouvez vous installer parce que vous maîtrisez bien la situation, vous acceptez de remettre cela en jeu pour aller voir plus loin, car c'est en allant voir plus loin que vous apprendrez quelque chose de nouveau, et c'est en apprenant quelque chose de nouveau que vous vous enrichirez.

C'est très important dans la démarche du voyage, qui est pour nous fondamentale. De plus, cela répond aux besoins de l'économie actuelle. Aujourd'hui, si l'on n'est pas adaptable et mobile, même en ayant des compétences solides et fermement ancrées, le risque est de rencontrer plus de problèmes en termes d'emploi.

Nous menons également des actions de **formation continue**, en étant prestataires de services vis-à-vis des entreprises.

Le quatrième domaine d'action est le plus important : nous menons des **actions à l'international**.

Nous sommes aujourd'hui sollicités par un certain nombre de pays, qu'il s'agisse d'organisations professionnelles, d'associations ou de gouvernements, pour contribuer à la mise en place de **dispositifs professionnels**.

Nous intervenons au Brésil pour 4 ou 5 métiers, ainsi qu'aux Etats-Unis, en Hongrie, au Maroc et en Lituanie. Nous envoyons dans ces pays des compagnons qui, en tant qu'experts, accompagnent pendant deux ou trois ans une organisation professionnelle pour l'aider à mettre place un dispositif de formation.

Par ailleurs - cela peut paraître un peu surprenant -, nous prétendons, nous hommes des métiers manuels, mener des actions d'**études** et de **recherche**. C'est fondamental.

Le compagnon Jean Bernard, qui a relancé l'association, avait dit que la formation sans la recherche était condamnée au piétinement. C'est une phrase que nous gardons toujours en tête, les actions d'études et de recherche étant en effet fondamentales.

Quelles actions d'études et de recherche pouvons-nous mener dans notre métier ? Je vais vous citer trois exemples. Tout d'abord, nous avons eu l'audace de nous lancer, dans les années 1960, dans la rédaction d'une **encyclopédie** des métiers, avec la folie de Diderot et d'Alembert, mais en pire. C'est en effet un travail énorme.

Par exemple, onze volumes sont consacrés au métier de charpentier. Ils comprennent chacun dix cahiers, chaque cahier faisant 50 pages, soit 5.500 pages au total sur le savoir-faire du charpentier.

Nous allons terminer cette année nos onze volumes sur la maçonnerie et la taille de pierre. Nous avons commencé à traiter la menuiserie, après la plâtrerie, la couverture, etc...

Ces ouvrages sont aussi volumineux que l'encyclopédie de Diderot et d'Alembert, mais j'ai dit que c'était pire car nous les faisons écrire par des personnes de métier.

Ce sont des compagnons issus d'ateliers et de chantiers qui viennent pendant six mois, un an ou deux ans rédiger une étude, parce qu'ils maîtrisent parfaitement leur savoir-faire.

Cependant, ils ne savent pas toujours très bien le dire. Nous organisons donc des équipes avec des universitaires qui les aident à s'exprimer, mais il est très important que ce soient les praticiens qui viennent dire ce qu'ils savent faire.

M. Henri VACQUIN. - Il faut aussi tenir compte de l'intégration de toutes les évolutions technologiques.

M. André MALICOT. - Je vais y arriver.

La notion de métier

Nous avons commencé à mener en 1998 une réflexion sur le devenir des métiers. Nous avons un passé parce que notre métier a été en devenir. A cet égard, le mot « *devenir* » est intéressant, car il signifie également « *venir de* ». Nous venons de quelque part et allons donc vers autre chose.

Nous n'avons pas voulu engager une réflexion sur l'avenir des métiers, car cela voudrait dire que nous nous demandons s'ils en ont un ou non. En revanche, on est optimiste sur ce que sera demain quand on parle du devenir, mais c'est à nous de le construire.

Nous menons tout un travail sur ce thème, à notre manière. Nous écoutons des sociologues, des syndicalistes, des politologues, des spécialistes des matériaux, et..., et nous allons voir sur le terrain certaines expériences.

Depuis un an et demi, nous faisons un tour d'Europe. Nous sommes allés à Barcelone, en Irlande, à Helsinki, Budapest et Prague - nous irons sans doute bientôt à Saint-Petersbourg -, pour voir comment les métiers vivent et quels problèmes ils rencontrent. En effet, nos métiers se pratiquent maintenant tous en Europe, et il faut absolument être en contact avec tous les lieux où ils sont exercés.

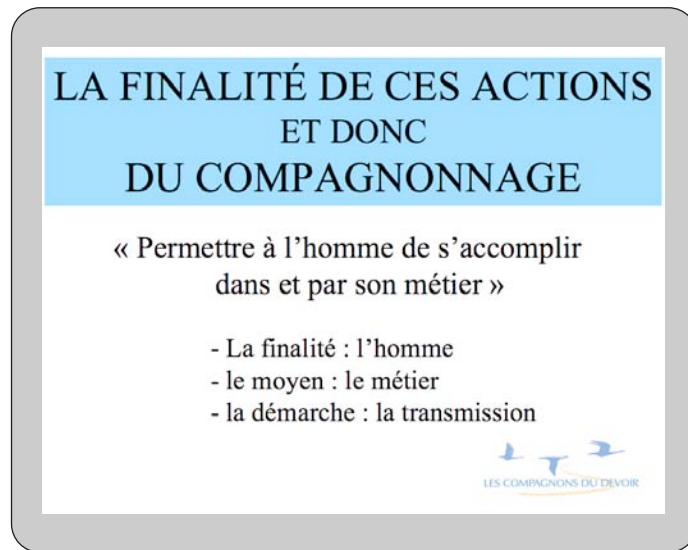
Nous avons à cet effet mis en place des **instituts de métiers** - ils sont actuellement au nombre de douze et seront seize fin 2007 - qui se préoccupent de prendre en main le devenir des métiers.

Ils sont organisés autour de quatre missions : la rencontre, la recherche, l'emploi et la formation. Il faut toujours maintenir ces différents aspects.

Pourquoi toute cette action et tous ces siècles d'agitation ? Ce qui motive le compagnonnage est le fait que les compagnons sont convaincus que par le métier, l'homme peut **s'accomplir** et s'épanouir. C'est la finalité profonde de la démarche du compagnonnage.

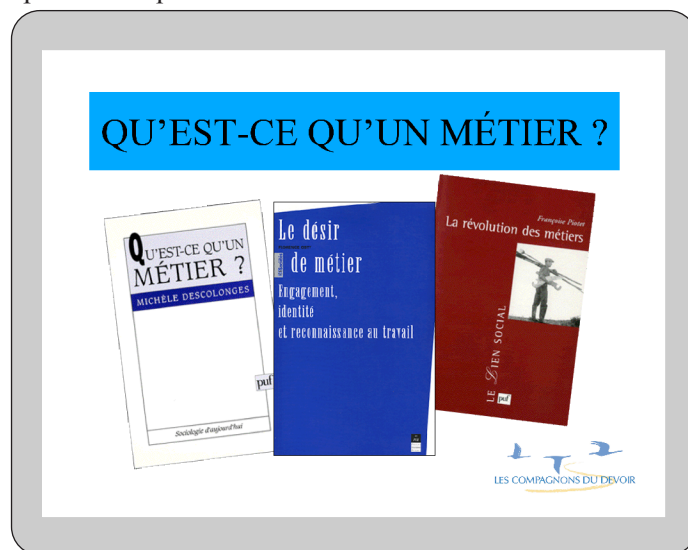
C'est une formule qui met les choses à leur juste place : **la finalité** est l'homme et la personne. Entre nous, nous n'irions pas travailler si nous n'en avions pas besoin pour vivre et nous épanouir, mais nous pensons que le métier est un moyen de nous réaliser nous-mêmes.

Un autre élément à prendre en compte est le fait que le métier, qui est très important pour nous, n'est pas une fin en soi. Il est un moyen, pour se réaliser et s'accomplir.



Enfin, la démarche est celle de la transmission pour acquérir le métier. Il faut en disant cela essayer de répondre à la question suivante, à savoir « **qu'est-ce qu'un métier ?** ».

L'histoire récente montre que toute la sociologie du travail a complètement ignoré le mot métier. Il a été rayé du vocabulaire de la fin de la dernière guerre jusqu'à 1990-1995, et aujourd'hui, on ne peut pas lire un document qui évoque les personnes qui travaillent sans trouver le mot métier.




Michèle Descolanges se demande dans son livre, en 1995, ce qu'est un métier. Je citerai également « *Le désir de métier* » de Florence Osty, paru en 2003, et « *La révolution des métiers* » de Françoise Piotet, paru en 2005.

On a donc retrouvé le mot métier que tout à fait récemment. Il était auparavant « ringard », évoquait le passé, etc..., mais aujourd'hui on l'utilise à nouveau.

Pourquoi - c'est une question à laquelle Henri Vacquin répondra - ce retour du métier ? Pour quelle raison a-t-on eu besoin de retrouver ce concept ?

LE MÉTIER

- Il ne se réduit pas à des techniques.
- Il ne se confond pas avec l'emploi ou la fonction.


Nous pensons que c'est parce que le métier est une réalité qui embrasse toute la personne. Un métier ne se réduit pas pour nous à des techniques. Or on a souvent voulu que ce soit le cas.

Il existe bien sûr des techniques, mais elles sont toujours vécues dans un environnement, **l'homme de métier** étant celui qui sait faire vivre ses techniques dans l'environnement.

Je vais prendre un exemple simple. Un menuisier et un charpentier utilisent tous deux le matériau qu'est le bois et ont quasiment les mêmes machines pour le travailler, mais ils ne travaillent pas du tout dans le même environnement, et ce ne sont pas les mêmes hommes.

On peut être un très bon menuisier et un piètre charpentier, et inversement. Il y a toujours, dans la pratique d'un métier, des techniques mises en œuvre dans un environnement, avec des contraintes économiques et sociales.

Vous ne pouvez pas être un homme de métier si vous n'acceptez pas les contraintes économiques et sociales. Je peux connaître parfaitement les techniques de la menuiserie, mais je suis un bricoleur si je ne peux pas faire une chaise en tant de temps, pour qu'elle soit vendable.

M. Henri VACQUIN. - Il faut quand même qu'il existe quelques synergies entre les uns et les autres pour que le client puisse avoir en dernier lieu son produit : comment le prenez-vous en compte dans la formation ?

M. André MALICOT. - Un **métier** est un ensemble unique de compétences. Elles peuvent être communes à plusieurs métiers et évoluent en permanence. A cet égard, on a vu des métiers voler les compétences d'autres métiers et prendre leur place.

Par exemple, quand la menuiserie aluminium est arrivée, le menuisier bois n'en a pas voulu parce qu'elle n'était pas noble pour lui, et c'est le serrurier métallier qui s'en est servi, alors que c'est le menuisier qui a les compétences en matière d'ajustement.

Comment essayons-nous de résoudre ce problème ? Nous pensons qu'avoir un métier peut être structurant pour la personne, qui a une identité et existe dans un monde.

Nous avons vraiment de la chance de regrouper 25 métiers dans notre association, car en faisant appel aux meilleures compétences dans chacun d'entre eux pour former un homme de métier, il deviendra très compétent.

Nous n'excluons pas qu'un menuisier, pour un stage d'ajustement, s'adresse non seulement à des menuisiers mais aussi à des serruriers métalliers, voire à des charpentiers.

Il est important de **mêler**, au sein d'une équipe de formation, les meilleures compétences. Entre parenthèses, nous sommes en train de mettre en place des parcours internationaux de formation.

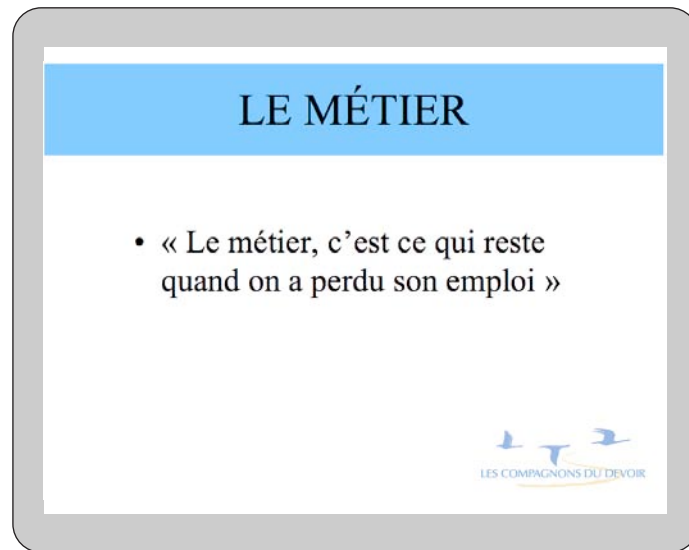
Il existe par exemple en France, parmi les tailleurs de pierre, d'excellentes compétences en stéréotomie et en restauration du patrimoine. Nous sommes certainement les meilleurs sur le plan européen. En revanche, le Portugal est, en termes de design de mobilier urbain, nettement meilleur que nous, et nous avons vu, en Croatie, des écoles de sculpture remarquables.

Le **métier** ne se réduit pas à des **techniques**, et il ne se confond pas non plus avec l'**emploi** ou la **fonction**, ce qui est souvent le cas.

Par exemple, notre Président est couvreur. Quand il a voulu faire refaire son passeport, il est allé à la Préfecture où on le connaît bien car il a créé dans le Périgord une entreprise de charpentiers-couvreurs.

On lui a dit d'indiquer sa profession, c'est-à-dire Directeur d'entreprise, mais il a répondu que son métier était couvreur. Il l'a été dans une équipe pour po-

ser des ardoises et des tuiles, puis en étant chef de chantier et d'équipe, et aujourd'hui il l'est en étant chef d'entreprise, mais il ne faut pas confondre son métier et sa fonction.



A ce propos, j'aime utiliser la formule selon laquelle le métier est souvent ce qui reste quand on a perdu son emploi. Quand on a effectivement un métier, on peut perdre son emploi et en retrouver un beaucoup plus facilement. En revanche, on n'a plus rien quand on a été formé à un emploi et que celui-ci disparaît.

Cela n'explique pas les problèmes de chômage, mais c'est souvent lié. Des personnes ont été formées par rapport à des emplois. Or les emplois évoluent très rapidement. Par exemple, on ne demande pas du tout la même chose à une secrétaire aujourd'hui qu'il y a 15 ans.





Un métier ne s'enferme pas dans une définition. Nous pensons qu'il se vit plutôt dans une **histoire**. Quant un carrossier vous parle de son métier, vous pouvez être sûr qu'il évoquera l'histoire de ce dernier au bout de dix minutes.

De même, nous formons des mécaniciens de maintenance des systèmes automatisés, alors que nous ne regroupons que des métiers que certains disent traditionnels.


Or ces mécaniciens vous diront, qu'autrefois, ils étaient forgerons dans les villages, qu'après la guerre, les tracteurs sont arrivés avec le plan Marshall, et qu'ils sont devenus mécaniciens agricoles puis fabricants de machines spéciales, ces dernières servant aujourd'hui, avec tous les systèmes d'automates, à faire des chaînes de montage.

LE MÉTIER

- Il ne s'enferme pas dans des mots, dans une définition.



- Il se raconte dans une histoire et dans un espace



M. Henri VACQUIN. - Quel est l'apport des compagnons du devoir dans ce qu'ils appelleraient une formation universitaire permanente ? Qu'apportez-vous à l'évolution des métiers de vos compagnons ?

M. André MALICOT. - Il faut être en prise avec l'évolution de son métier. Le métier est pour nous en devenir, et nous suivons actuellement **six facteurs qui impactent l'évolution et le devenir du métier**. Nous ne les avons pas inventés. Ils sont issus du groupe Prométhée du Commissariat Général au Plan.

LE MÉTIER

- Il est en devenir.



M. Gérard PARMENTIER. - Ce que vous dites nous interpelle mais suscite aussi chez nous des échos. Le Pr Roland Bugat, qui était présent ce matin, nous a montré une diapositive extrêmement savante mais qui recouvre exactement celle que vous nous proposez ici. Il est dommage qu'il ne soit plus là.

M. André MALICOT. - Des groupes ont été constitués par métiers, qui rassemblent chacun six compagnons qui suivent chacun un des facteurs d'impact. Ils recueillent des informations à ce sujet et cela leur donne peu à peu de la matière.

En effet, par rapport aux facteurs démographiques, culturels et sociaux, le comportement du client n'est pas le même aujourd'hui qu'il y a 30 ans.

De même, les facteurs organisationnels - je pense notamment à l'incidence des 35 heures sur les métiers - sont importants et il faut les suivre.

On pense fatalement aux **facteurs technologiques** quand on parle des métiers : ce ne sont pas forcément les plus importants, mais il faut aussi les suivre.

Par exemple, il faut se demander en amont quelle sera la place du charpentier par rapport à l'arrivée du robot de taille dans la charpente. Le robot devra-t-il être conduit par un mécanicien ou par un charpentier ? Parce que c'est son savoir-faire qui est intéressant et qu'il maîtrise le matériau bois, le charpentier pourra commander la machine et rester maître de son métier.

M. Henri VACQUIN. - Il s'agit de mettre la technologie au service de son métier, non l'inverse.

M. André MALICOT. - Nous avons un partenariat avec le département architectural de l'Ecole polytechnique de Bari, dans le sud de l'Italie. Il voulait travailler sur la remise en place de la construction en pierre massive de logements sociaux.

Il est venu nous voir - parce que nous avons travaillé avec lui sur l'encyclopédie -, et il nous a dit qu'il voulait des tailleurs de pierre pour travailler avec lui : des spécialistes des systèmes automatisés et de la logistique pour gérer les containers, des architectes spécialisés dans la construction, et des tailleurs de pierre spécialistes du matériau pierre, afin de construire demain à bas prix des maisons pour la population, mais en pierre massive.

C'est le genre de démarche qui nous intéresse, étant entendu que **si l'on veut traverser les siècles il faut toujours être dans le sien**, et il faut, pour ce faire, vivre avec son temps. C'est important.

Nous suivons également les facteurs réglementaires, et notamment la réglementation relative aux économies d'énergie, à la pollution, etc... Il faut savoir que la construction de bâtiments est ce qui pollue le plus, ce dont il faut se préoccuper. Nous savons bien que cela jouera énormément.

De même, nous tenons également compte des facteurs économiques. Par exemple, le prix du métal a tellement monté ces derniers temps que cela change la donne.

M. Henri VACQUIN. - Des groupes mélangent-ils des métiers pour travailler sur ces sujets ?

M. André MALICOT. - Nous sommes tout d'abord partis de groupes sur le devenir des métiers, avec deux représentants de chacun d'entre eux, puis chacun s'est approprié une méthode, mais nous travaillons toujours ensemble.

Par exemple, les charpentiers se disent qu'ils ont de l'avance dans la mesure où ils peuvent construire des maisons en bois RT 2010, mais cela impacte aussi les maçons, car s'ils restent à RT 2005, ils seront dépassés. Chaque métier peut avoir un impact sur l'autre.



Par ailleurs, quand un boulanger parle de l'évolution de son métier à un charpentier - c'est un peu ce que nous faisons aujourd'hui -, ce dernier, parce qu'il a plus de recul que si on lui parlait de son propre métier, voit les incidences que cela a sur son métier. Le métier fait pour nous partie de la **culture** et du **patrimoine**. On peut rendre le même service, mais avec des conceptions, des modes et des pratiques totalement différentes dans un même métier.

Quand on parle d'un métier, on parle non seulement des techniques, aussi des **hommes** et des **valeurs**. Le charpentier n'est pas le même homme que le menuisier. Le menuisier fait de menus travaux. Il est plus solitaire, plus personnel, et très pointilleux. Inversement, il faut avoir l'esprit d'équipe pour pouvoir être charpentier. Une charpente se monte en groupe.

De même, le tailleur de pierre est très concentré et très personnel. En effet, il peut tailler la pierre pendant un mois, mais le dernier coup de ciseaux pourra tout gâcher.


La transmission


Le métier est constitué d'hommes, de valeurs, etc..., et il est porteur d'**identité**, car on existe dans un monde. Il est un objet de transmission et une réalité pérenne.

La **transmission** est le moyen utilisé pour transmettre un métier. Quand j'ai pris mes fonctions de direction, un vieux compagnon m'a dit que chez nous ce n'était pas comme ailleurs et que nous transmettions. Je lui ai demandé ce que signifiait transmettre. Il m'a répondu que c'était naturel, mais cela m'a paru un peu court, et je me suis dit qu'il fallait réfléchir à la transmission.

LA TRANSMISSION

- Définition du dictionnaire :
- Transmettre :
 - « céder, mettre ce que l'on possède en la possession d'un autre »
 - « faire passer ce que l'on possède en la possession d'un autre ».





La définition du dictionnaire du mot transmettre est la suivante : « *céder, mettre ce que l'on possède en la possession d'un autre* ». J'ai trouvé cela très intéressant, car céder et mettre ce que l'on possède en la possession d'un autre suppose en premier lieu - même si c'est une évidence - que l'on possède quelque chose. Or je sais que je possède quelque chose quand quelqu'un me l'a reconnu.

Des personnes occupent, dans nos métiers, des fonctions malheureusement un peu basses, et elles n'ont pas le sentiment d'avoir quelque chose à transmettre parce qu'elles ne sont pas reconnues ; elles ne transmettent donc rien. **Transmettre suppose d'être reconnu.** Il n'y a pas transmission sans reconnaissance de compétences ou d'un savoir spécifique.

Le savoir est la valise que l'on peut donner à un autre, alors que l'on naît avec la connaissance. Elle est ce que l'on s'est réellement approprié et ce que l'on possède.




Transmettre est mettre ce que l'on possède en la possession d'un autre. Or il faut, pour ce faire, qu'il existe **un lien** avec lui. C'est un point important : la transmission n'est pas une distribution automatique. Elle sous-entend la notion de communauté et d'appartenance à un même ensemble. C'est assez fondamental.

Je vais prendre un exemple très simple. Comme je vous l'ai dit, des gens de métier travaillent à notre encyclopédie, des personnes reprenant les textes pour vérifier leur cohérence.

Je dis souvent aux correcteurs qu'ils ont beaucoup de chance. En effet, une fois qu'ils ont travaillé sur certains volumes, ils connaissent parfaitement les techniques, peuvent faire des choses, etc... Or ils me répondent tous immanquablement qu'après avoir travaillé sur l'encyclopédie ils ont envie d'apprendre.

LA TRANSMISSION

- Régis Debray
 - Communiquer, c'est l'acte de transporter une information dans l'espace,
 - Transmettre, c'est transporter une information dans le temps.



Ce livre n'est pas pour eux une transmission, car ils appréhendent le texte qu'ils lisent non pas du point de vue de la communauté du métier mais avec un regard extérieur, en tant que correcteurs. On n'y arrive pas si le lien avec celui qui transmet n'existe pas.

Régis Debray a écrit un livre très intéressant intitulé « *Transmettre* ». Il dit que l'homme est un animal qui a largement autant d'**héritage** que d'**hérédité**, et il est vrai que l'on est souvent ce que l'on nous a transmis. Je pense bien sûr à la transmission génétique, mais aussi à la transmission culturelle.

Il dit surtout que communiquer est transporter une information dans l'espace et que transmettre est le faire dans le temps.

On enseigne la **communication** alors, qu'en fait, transmettre est transporter une information dans le temps, en faisant en sorte que ce l'on a soit donné à quelqu'un d'autre et puisse continuer à durer, sachant que nous ne savons pas maîtriser le temps. La preuve en est qu'il nous fait vieillir tous les jours.


La formation est une **transmission** dans le temps, alors que l'information est le transport de messages dans l'espace. Une réflexion fondamentale est à mener sur ce sujet.


De grands groupes s'interrogent sur la transmission, sachant que l'on vit une perte de compétence avec le "papy boom". En fait, on sait communiquer des informations, mais on ne sait pas forcément transmettre le savoir-faire des personnes. Il va au-delà puisque le **métier** est toujours porté par une personne. Il n'existe plus si personne ne l'exerce. A cet égard, il faut se demander, quand on parle du métier d'entreprise, s'il s'agit bien du métier ou de **produits**.

LA TRANSMISSION

- Compagnon Jean Bernard,
la fidélité d'Argenteuil

« Transmettre,
c'est une manière d'aimer.
Aimer ce que l'on transmet
et aimer celui à qui
on transmet ».



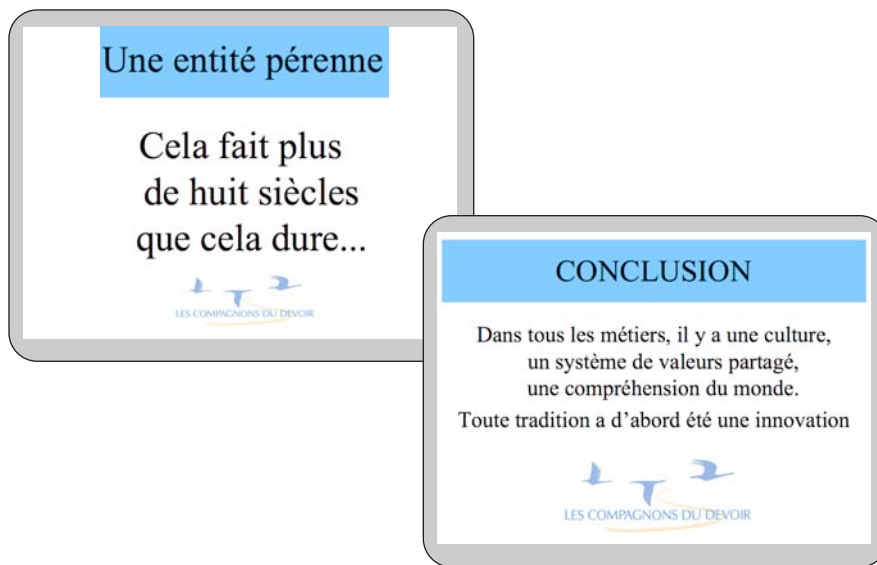


Enfin, un dernier point m'a influencé dans ma réflexion sur la transmission. Le compagnon Jean Bernard, qui a redynamisé notre association, disait que transmettre est une manière d'**aimer**, aimer ce que l'on transmet et aimer celui à qui l'on transmet.

C'est fondamental : on ne transmet que ce que l'on aime. Si par exemple vous avez un appartement dans une banlieue moyenne et que vous voulez faire plaisir à votre petit-fils, vous essaieriez de le vendre le mieux possible et vous lui donneriez de l'argent pour aller où il veut, alors que si vous voulez vraiment lui déplaire vous lui direz d'y habiter.

En revanche, si vous avez sur la côte une maison de famille dans laquelle vous avez passé de très bons moments, il est important que quelqu'un de la famille la reprenne.

De même, quand on veut faire plaisir à quelqu'un dont on connaît mal les goûts et la sensibilité, on lui offre en général quelque chose que l'on aime. On donne un peu de soi.



Il faut aimer ce que l'on transmet et celui auquel on transmet. C'est très important. Il n'y a pas transmission sans acte de confiance. Quand je transmets quelque chose à quelqu'un, je lui donne quelque chose qui m'est cher car cela vient de moi. Je ne le fais pas parce que je sais ce qu'il en fera, mais je sais que, parce que c'est lui, il en fera quelque chose de bien, mais sans doute de différent de ce que j'en aurais fait moi-même, car il sera dans un contexte et dans un environnement différents. C'est fondamental.

Excusez-moi d'avoir été un peu long.

(Applaudissements)

Débat

M. Gérard PARMENTIER. - Merci beaucoup Monsieur. Grâce à vous nous avons pu prendre un peu de recul et beaucoup de hauteur. Une fois de plus vous justifiez notre choix à l'UNHPC de demander à des personnalités extérieures à notre monde de la médecine de venir nous entretenir de leur vision du monde. En effet, quasiment toutes vos diapositives valaient interrogation pour nous. Très stimulantes, elles constituent une bonne introduction à nos débats. Grand merci donc d'avoir bien voulu accepter de faire cet exposé devant nous. Tel que vous les présentez, vos charpentiers ont quelque chose d'exemplaire pour nous, leur histoire porte sens pour nos métiers.

Je suis certain que les thèmes de la transmission, de la liberté et de la solidarité, de la culture, de l'identité vont, par exemple, interroger l'ancien Président du Conseil de l'Ordre, le Pr Hœrni.

Chez nous, on ne voyage pas, on s'installe, et je suis certain que le Pr Vallancien a des idées à ce sujet.

On ne parle pas de formation dans le privé car on nous l'interdit, mais cela nous interroge de plus en plus.

La recherche est un bon sujet. Chez nous aussi c'est un critère de bonne pratique. Mais cela reste un sujet difficile, en devenir. En tout cas, nous y travaillons.

La question de notre évolution face aux progrès des techniques est de pleine actualité, en particulier en radiothérapie. Tous ne font pas le choix que vous décriviez comme le bon pour le charpentier face au robot.

Nous connaissons les référentiels métiers. Ils se développent chez nous aussi.

Nous sommes quelques-uns à essayer, modestement, d'avoir une réflexion sur le devenir du métier de cancérologue, ces Rencontres et nos intervenants en témoignent, mais il reste beaucoup à faire.

Ceci étant, je me suis demandé aussi, en vous écoutant, si nous n'étions pas une génération un peu « ringarde », les témoins d'un vieux monde. Nous venons d'un monde où il s'agissait de libérer le travail et de se libérer dans le travail. Beaucoup de jeunes, surtout parmi ceux qui ont du travail disent vouloir surtout s'en libérer. La communication l'emporte sur la transmission. Comment transmettre un métier alors que franchement, pour eux, la vraie vie est ailleurs ?

M. Henri VACQUIN. - Je vais faire une citation de Brassens qui est très importante pour la relation au travail : « *la bandaison ne se commande pas ; tout au plus se catalyse-t-elle* ».

Il est vrai que l'une des questions clés, en ce qui nous concerne chacun dans nos métiers - c'est vrai pour les sociologues comme pour les médecins - est de savoir ce que nous transmettrons, dans l'enfermement dans lequel nous nous trouvons ou dans la répétition de notre métier, comme *bandaison* aux futurs jeunes, qui le rejoindront ou non. Les enjeux sont colossaux en la matière.

Quelle leçon tirer de la dévalorisation colossale de ce travail, qui en fait n'est pas intellectuel ? En effet, un chirurgien est en fait un plombier très élaboré sur un terrain très compliqué.

La transmission du savoir est un sujet très important. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai beaucoup insisté auprès de vous pour que vous fassiez venir un compagnon du devoir.

M. Gérard PARMENTIER. - Il y a un paradoxe, car ceux d'entre vous qui se sont inscrits ont été cette année beaucoup plus nombreux à indiquer qu'ils viendraient l'après-midi et non le matin parce qu'ils ne pourraient pas rester toute la journée. Or la salle témoigne du contraire. Nous sommes moins nombreux cet après-midi - j'en suis désolé et je m'en excuse pour les orateurs - que ce matin.

Nous pouvons donc écouter rapidement une ou deux questions avant de donner plus de temps ensuite à nos trois orateurs pour replonger dans nos métiers et avoir des débats avec eux.

Pr Alain LAUGIER. - Mon maître Jean Bernard a été nommé à l'Internat en 1930, ce dernier ayant été créé en 1802, sachant qu'auparavant il n'y avait pas d'assistant entre le patron et l'interne. Il était en circuit court, alors qu'aujourd'hui l'interne est confié au chef de clinique

Quand les actes de la séance d'aujourd'hui paraîtront, ainsi que la revue de l'Internat de Paris et de l'Association des anciens internes, on pourra éventuellement transformer les termes plombiers en urologues et tailleurs de pierre en orthopédistes, plus les rituels de salles de garde, le compagnonnage et le rôle de la mer... on s'y retrouvera !

M. André MALICOT. - J'ai, dans mon bureau, un livre qui n'est plus édité, intitulé « *L'étudiant et l'apprenti* ». C'est une thèse d'un docteur en médecine sur la comparaison entre nos métiers et ceux du secteur médical...

Dr Bernard COUDERC. - Je vais maintenant donner la parole au docteur Guy Bazin, fidèle de nos Rencontres, anesthésiste qui compte parmi les meilleurs connaisseurs de nos blocs opératoires. "Médecin entrepreneur", très impliqué à la SFAR et fondateur de l'AFCA, il a vu naître ou plutôt il fait partie de ceux qui se sont battus pour faire reconnaître un nouveau métier, celui d'anesthésiste.

Que peut nous apporter l'histoire de l'anesthésie ?

↳ Dr Guy BAZIN
(Anesthésiste - Le Mans)

Dr Guy BAZIN. - Passer après les compagnons du devoir et avant un chirurgien ne manque pas d'humour pour un anesthésiste, d'autant plus que les similitudes sont nombreuses entre l'un et l'autre.

Je vais essayer, dans la mesure du possible, comme Gérard Parmentier me l'a demandé, de vous parler de l'histoire de l'anesthésie car, comme l'a expliqué M. Malicot, c'est effectivement à partir de son histoire que l'on peut comprendre un métier comme celui d'anesthésiste, qui n'existait pas au XIXème siècle. Il semble en effet, que la question sur les valeurs qui véhiculent le mot métier interroge de nombreux confrères posant ainsi avec acuité le problème du devenir voire de la survie de leur spécialité. Les questions que se posent aujourd'hui les oncologues-médicaux sur la reconnaissance de leur spécialité semble trouver des réponses dans l'histoire de l'anesthésie française.

Si la première anesthésie générale date de 1846, pratiquée par Thomas Morton à Boston, ce n'est vraiment que très récemment que l'identité des anesthésistes est apparue. Le balayage rapide de l'évolution de la spécialité de l'anesthésie depuis 30 ans, sur deux ou trois critères tels que la sécurité, l'organisation et l'identité, permet d'en tirer quelques leçons utiles.

Brève histoire de l'anesthésie française

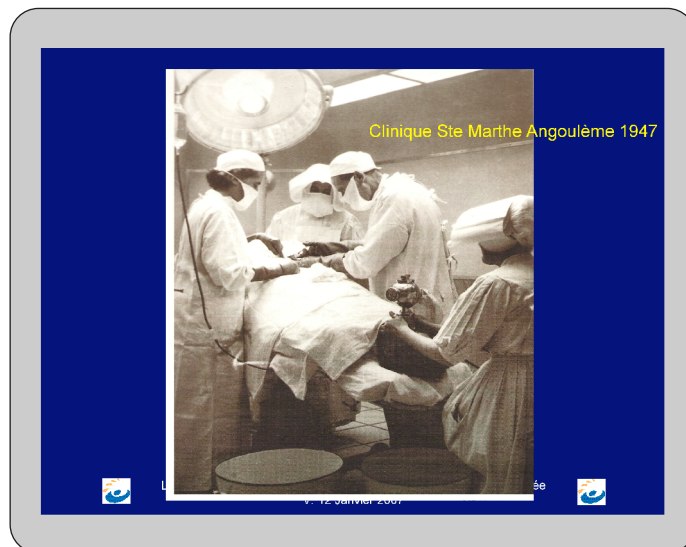
- Monsieur 10 % héritier du chauffeur et des sœurs
- Organisation centrée sur le chirurgien
- Contradiction entre règles ordinales et NGAP
- Condescendance générale



1 - Les années identitaires



Regardez cette photographie d'un bloc opératoire. Elle date de 1898, 40 ans après la première anesthésie générale pratiquée en 1846 par Thomas Morton à Boston avec du protoxyde d'azote. Regardez bien le matériel et les personnages. Les religieuses étaient dans la salle ainsi qu'un anesthésiste. C'était à Dawson City dans le Yukon, près du cercle polaire.



Regardez maintenant celle-ci. Hormis la cornette qui a pris la place de l'anesthésiste, voyez vous une grande différence ? Nous sommes en 1947 dans une clinique française.

Aussitôt après la dernière guerre, avec l'apport des appareils d'anesthésie dans les bagages des troupes américaines, la pratique de l'anesthésie s'est étendue dans les établissements de santé. Les praticiens exerçant dans les cliniques privées étaient désignés avec le sobriquet de « Monsieur 10% », pourcentage correspondant à leur rémunération et pris sur les honoraires des chirurgiens. Ils héritaient du statut des religieuses.

L'organisation était centrée sur le chirurgien. La salle d'opération était le prolongement du cabinet médical dans la maison bourgeoise la plus grande du secteur. Il ne faut pas oublier que la première chaire d'anesthésie, créée à Paris, fut attribuée au Professeur Jean Baumann, un chirurgien.

Ce lien de subordination des anesthésistes aux chirurgiens ne gênait personne, pas même l'Ordre National des Médecins dont les présidents furent en majorité chirurgiens, mais pas non plus la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La nomenclature générale des actes professionnels ignorait, avec superbe, l'identité médicale des anesthésistes. Enfin, les patients n'avaient pas une idée très précise du métier qu'ils attribuaient le plus souvent à celui d'une infirmière. Cette condescendance générale a probablement marqué d'un sceau décisif et infamant toute une génération d'anesthésiste dont les effets persistent encore aujourd'hui dans les comportements.



J'ai eu l'honneur, au début de mon installation d'anesthésier la fille d'une impératrice très connue. Dans les suites de son intervention, qui fut particulièrement houleuse, elle fit malheureusement une embolie pulmonaire, nécessitant des soins constants et prolongés. Le prince, conscient des efforts mis en œuvre pour sauver sa mère, offrit un plateau d'argent aux armes de sa dynastie... au chirurgien. Sans aucune gêne, conscient de mon rôle dans le rétablissement de l'impératrice, celui-ci me proposa de venir admirer le plateau chez lui autant de fois que je le souhaiterais.

Aujourd'hui ce chirurgien est décédé et sa descendance s'est définitivement attribuée le présent en ignorant probablement toute son histoire !

Première leçon

**La naissance d'un métier nouveau
est souvent dystocique¹**

¹ **Note UNHPC** : "dystocique" : se dit d'un accouchement laborieux, pénible

 Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée 
V. 12 Janvier 2007

La première leçon est que la naissance d'un métier prend beaucoup de temps et qu'elle est, le plus souvent, dystocique.

2 - La valorisation par le médico-légal

La mort en 1967, au cours d'une anesthésie générale, d'Albertine Sarazin, célèbre romancière ayant notamment écrit « *L'astragale* » fut le détonateur qui a déclenché bruyamment la reconnaissance de l'anesthésie dans l'opinion.

La valorisation par le médico-légal

- Le détonateur : Albertine Sarazin
- Le chirurgien responsable mais pas coupable
- 20 ans pour prouver l'implication du chirurgien dans l'affaire Bianchi
- Conflit chirurgien/anesthésiste
- Le poids de l'assureur



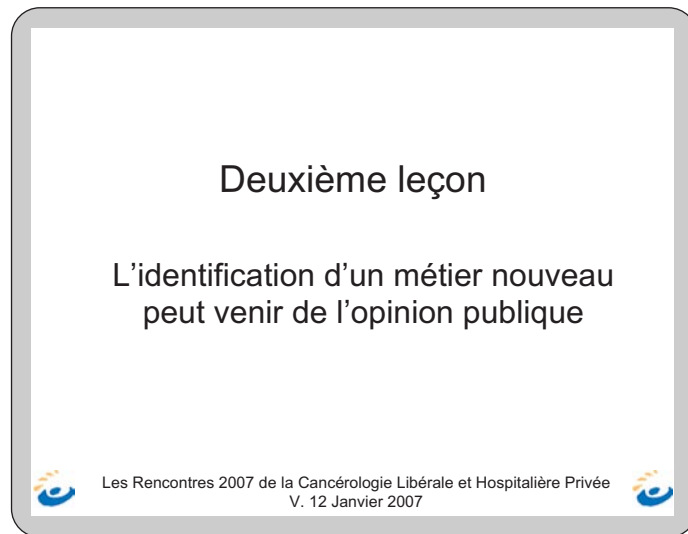
Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007



L'anesthésiste (non diplômé) ne l'avait jamais vue et ne connaissait ni son groupe sanguin, ni son poids. De plus, elle n'avait pas été surveillée en salle de réveil, salle qui n'existait pas à l'époque. L'affaire fut classée sans suite au début par le parquet. Puis, elle fut reprise, sur l'insistance de son mari et l'anesthésiste et le chirurgien furent condamnés à 2 mois de prison avec sursis et 90.000 francs d'amende, peine légère mais amende lourde pour l'époque. La condamnation conjointe traduisait la dépendance de l'anesthésiste au chirurgien.

C'est seulement au cours de l'affaire Farcat qu'une véritable responsabilité propre à l'anesthésiste, indépendante de celle du chirurgien, a été reconnue. La mort du fils de ce haut fonctionnaire, suite à une opération des amygdales, sans surveillance post-opératoire, a servi de puissants leviers à la profession du fait de la portée médiatique du procès.

C'est alors que sont apparus les premiers conflits entre chirurgiens et anesthésistes en même temps qu'un autre personnage a fait son entrée dans la salle d'opération : l'assureur.



La deuxième leçon, qui est importante, est que l'identité d'un métier peut être déclenchée par l'opinion.

3 - Les années de solitude et soumission

Les procès se sont multipliés pendant que le nombre d'actes a suivi une courbe exponentielle et que les sites opératoires ont augmenté tout en se diversifiant.

La fin des années 70 fut particulièrement difficile. La démographie des anesthésistes ne permettait pas de couvrir la demande. Le secteur libéral fut le mieux servi. Les hôpitaux généraux ont vécu une véritable pénurie, que seule une réquisition auprès des établissements privés pouvait palier. Certains préfets ont été tentés par la démarche. Les conflits croissants entre chirurgiens et anesthésistes ont pourri la situation d'autant que les Directions d'établissements n'avaient pas encore pris la mesure des risques liés à l'anesthésie. Le poids décisionnel de la profession ne pesait pas bien lourd dans les contrats. De nombreux anesthésistes ont été délibérément sacrifiés au profit des intérêts bien compris des comptes d'exploitation nourris par l'activité chirurgicale.

Les années de solitude et de soumission

- Multiplication des procès
- La chaire d'anesthésie : Pr Baumann (chirurgien)
- Multiplication des sites et pénurie d'anesthésistes
- Anesthésistes dédiés et pas de notion d'équipe
- Comportement à risque permanent
- Sous-prolétariat : K15 plancher



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007



Au regard de ces situations instables, les anesthésistes n'ont pas su répondre en termes d'organisation. La plupart étaient "pacés" à un chirurgien. Ils ont globalement négligé la notion d'équipe, chacun travaillant pour son propre compte avec un engagement solitaire privilégiant des comportements individuels le plus souvent à risques.

Dans le même temps, à la sous-représentativité s'associait un sous-prolétariat de la profession. Le K15 plancher ne permettait pas l'émancipation indispensable au développement d'un métier fragile d'implantation.

Troisième leçon

Il ne faut pas compter sur les autres
acteurs de soins pour pallier spontanément
aux déboires d'une spécialité naissante.



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007





La troisième leçon est qu'il ne faut pas compter sur les autres acteurs de soins pour pallier spontanément aux déboires d'un métier naissant.

4 - Les années "salles de réveil"

En 1974, une circulaire recommande l'ouverture de salles de réveil. Cette circulaire, dictée par les affaires qui touchent les milieux politiques, est plus l'expression d'une volonté de l'opinion qu'une demande claire des professionnels. Elle n'a pas un caractère normatif. Du reste, les structures de soins chirurgicaux en construction dans les années 80 ne prévoyaient toujours pas de réserves foncières suffisantes pour installer cet outil sécuritaire fondamental. Un bloc opératoire était une succession de chantiers sans coordination. L'organisation restait centrée sur l'acte chirurgical avec cette persistance aveugle dans la négation de toutes les actions transversales.

Les années "salle de réveil"
25 ans pour une évidence

- 1983 : première enquête des anesthésistes
- 5 millions d'actes. L'anesthésiste se prétend généraliste de la structure
- Mortalité : 10^{-4} par hypoxie
- Arrêté Poniatowski : création des salles de réveil
- Inconscience coupable des acteurs
- Les assureurs augmentent les primes
- K25 : une surprise

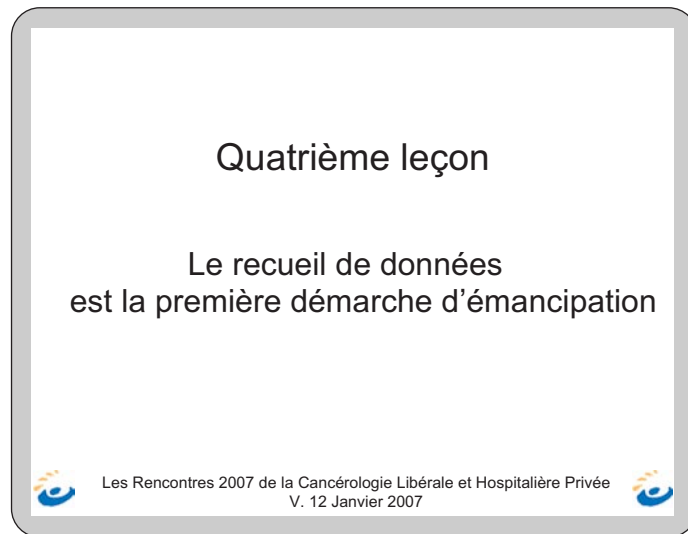
 Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007 

En 1983, une première enquête Inserm est publiée. Cette première photographie est le point de départ et le fait générateur de toute la politique d'émancipation menée par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation pendant les 20 années suivantes. Cinq millions d'actes et une mortalité à 10^{-4} , avec comme cause principale l'hypoxie per et post-opératoire, sont les conclusions communément retenues de cette enquête. L'arrêté Poniatowski permettant l'installation de salles de réveil, est alors mis en œuvre.

Cependant, dès lors qu'il ne s'agissait que d'un arrêté et non d'un décret, cela a donné lieu à une inconscience coupable de la majorité des acteurs y compris les anesthésistes, qui ne comprenaient pas à certains endroits la nécessité d'une salle de réveil, et dès lors qu'elle n'était pas imposée personne ne la mettait en place.

Deux faits marquants impactent alors les anesthésistes sur le terrain :

- Une surprise : le K 25 plancher est un succès que s'attribue aussitôt le Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs Français. Ce réajustement partiel sur les honoraires des chirurgiens a rendu le secteur libéral plus attractif aux dépens des petits hôpitaux publics qui ont aggravé leur sous-effectif.
- L'augmentation significative des primes d'assurance ajustée sur la multiplication des procès





La quatrième leçon est que le recueil de données est la première démarche d'émancipation d'un métier.

5 - Les années "coercition"

La SFAR publie une série de recommandations. Rédigées par des comités dans lesquels toutes les composantes publiques et libérales ont été intégrées, elles sont consensuelles. L'impact est important. Sans être normatives, elles appuient les circulaires et deviennent opposables en termes de responsabilité. Elles nourrissent rapidement les argumentaires des anesthésistes qui tentent de deserrer leur position pour s'introduire dans les organisations et faire valoir leurs besoins spécifiques.

**Les années "coercition"
et enquêtes**

- Les recommandations de la SFAR
- Décret sécurité Décembre 1994
 - SSPI, Consultation pré-anesthésie, mise à la norme du matériel
 - Prise de conscience générale du poids des anesthésistes
- Les effets pervers sont immédiats
 - Revanche et terrorisme
 - Coût élevé d'un changement unilatéral
 - Organisation centrée sur l'anesthésiste (spécialité la mieux payée)
 - Les assureurs font du décret une condition d'obtention des contrats

 Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007 

De façon concomitante, un rapport du Haut Comité de Santé Publique sur la sécurité en anesthésie, sort fin 1993, provoquant la rédaction d'un décret fondateur, fin 1994, sur la sécurité du patient anesthésié.

La salle de surveillance post-interventionnelle, nouvelle dénomination pour la salle de réveil, est rendue obligatoire. Notons qu'il a fallu 20 ans, quasiment une vie professionnelle, pour ratifier et valider la première circulaire. S'ajoute ensuite la consultation d'anesthésie, au minimum 48 heures avant l'intervention. La question a été posée ce matin de savoir si la consultation pluridisciplinaire en oncologie doit être faite pour tous les patients, et elle s'est posée également pour les anesthésistes.

Enfin le texte impose une mise à la norme du matériel en trois ans.

Cela fut une avancée considérable, mais les réactions, dont certaines assez perverses, furent immédiates.

Globalement l'ensemble de la profession accepte le décret. Seule la consultation pré-anesthésique pose un problème aux équipes à forte activité en chirurgie de proximité dès lors que cette contrainte impose la mise en œuvre immédiate d'une organisation coûteuse en effectifs.

Ce changement, unilatéral et brutal, a coûté très cher aux cliniques, avec une inversion totale des rapports. Il a fallu si mes souvenirs sont exacts se mettre en conformité en trois ans, et rattraper quasiment quinze ans de retard d'investissements. Cela a été très lourd.

Par contre, le décret est utilisé sur le terrain comme un outil de pouvoir et une vague de revanche déferle inexorablement sur toutes les anciennes positions

dominantes. L'organisation est progressivement centrée sur les anesthésistes qui se comportent parfois en véritables "terroristes".

M. Henri VACQUIN. - Dans cette situation, la clinique ou l'hôpital n'ont-ils pas la possibilité d'**arbitrer** ?

Dr Guy BAZIN. - Un bloc opératoire est un lieu fermé qui devient rapidement un champs clos, dès lors que la Direction de l'établissement n'y met pas les pieds aisément. L'arbitrage n'est pas possible et l'autorité s'identifie entre les acteurs du bloc avec des attributs variés et donc autant de facteurs d'influence comme la quantité d'action, la notoriété, la sonorité ...

M. Henri VACQUIN. - Il a été question tout à l'heure de la compétence. J'ai repris l'un de vos collègues, qui confondait à mes yeux la qualification et la compétence, la compétence étant selon moi ce en quoi l'organisation permet une mise en situation de la pleine utilisation d'une qualification quelconque.

Quand vous parlez de bloc fermé, le sujet n'est plus le même entre une délégation d'urgence offerte à quelqu'un et plus généralement un fonctionnement d'ensemble, l'évolution de la situation à l'instant T pouvant amener une responsabilité à se déplacer. En termes mécaniques, quand on fabrique une pièce, l'ajusteur est le patron, mais ensuite un fraiseur est nécessaire, et c'est lui qui reprend la main.

C'est par excellence un mode de management, tel que l'on en institue dans la gestion au quotidien de l'entreprise, mais quand on est en situation des « coups durs » se produisent, il faut savoir reprendre la main, etc...

En revanche, je pose **la question de l'arbitrage distancié de l'enfermement**. Comment une situation d'enfermement peut-elle trouver un lieu où un tiers arbitre ?

Dr Guy BAZIN. - Il y a le côté pratique et le côté réel. Ce qui est réel est l'actionnaire. Vous avez dit ce matin de façon très juste qu'une compétence ne peut être exercée que dans un milieu parfaitement bien organisé.

De toute évidence, la difficulté est souvent de gérer les conflits et les situations d'urgence. Dans cette situation, la compétence n'est d'aucun secours, c'est la qualification qui assure la continuité de l'activité.

On vit comme un pilote dont l'avion aurait été très abîmé et qui engage essentiellement sa responsabilité et ses capacités personnelles pour s'en sortir. C'est une vision purement romantique de la réaction par rapport à l'urgence.

Le chef de bloc pourrait avoir ce rôle d'arbitrage. Les vieux chirurgiens gardent avec nostalgie, le souvenir de leur vieilles chefs de bloc charismatiques, autoritaires et... affectueuses. Elles ont disparu. Le chef de bloc est un soi-

gnant, sans qualification spécifique, qui possède autant de donneurs d'ordre que de praticiens.

M. Henri VACQUIN. - Le propre des **règles organisationnelles** est qu'elles ont pour objet d'instaurer le droit. Je suis d'accord sur le fait que les us et coutumes finissent par dire le droit, mais fonder un quelconque mode de management pertinent sur le charisme d'un acteur...

Le charisme vous fait reconnaître dans votre légitimité, mais cela ne vous empêche pas de faire des bêtises, tout charismatique que vous soyez. C'est la raison pour laquelle les sociologues des organisations sont très sensibles au fait que dans cette dimension l'**arbitrage** soit clairement institutionnalisé dans les règles organisationnelles. Dans ce cas, on n'est victime non plus de la qualité de la personne qui arbitre, mais de la situation dans laquelle on la place pour qu'elle puisse arbitrer.

Dr Guy BAZIN. - Je suis très heureux de vous entendre sur cette question, mais on rentre dans le technique.

La notion d'arbitrage nous est inconnue. Au regard du schéma d'organisation, il faudrait effectivement pouvoir utiliser une procédure d'arbitrage telle qu'on le voit dans la société civile.

Or les structures d'arbitrage sont peu nombreuses. Il y a bien l'Ordre des Médecins. Il ne peut pas intervenir en temps réel. Il faut donc faire appel à des structures intermédiaires. Le Comité Médical d'Etablissement en est une qui joue rarement son rôle.

M. Henri VACQUIN. - Une instance élective n'arbitre pas. Tout ce qu'elle peut faire est fixer les règles en matière d'arbitrage.

Dr Guy BAZIN. - Nous sommes d'accord. Les règles d'arbitrage doivent être fixées. Un bloc opératoire doit faire l'objet d'une règle d'arbitrage écrite.

Malheureusement, dans notre environnement, elles varient selon les opportunités. Par ailleurs, les acteurs sont le plus souvent incapables de les définir clairement. C'est le plus souvent le chef de bloc avec l'aide de son Directeur, qui lui-même ignore le fonctionnement du bloc, qui les rédige. Quant à savoir qui doit les faire respecter, il s'agit souvent du chef de bloc, qui l'a écrite avec son Directeur. Il se trouve alors dans une situation inconfortable où il est à la fois juge et partie.

Cinquième leçon

- Une spécialité doit établir ses propres recommandations.
- L'utilisation de l'arme réglementaire fait effet cliquet mais elle est brutale, dangereuse, et parfois régressive



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007



La cinquième leçon à retenir est qu'une spécialité doit établir ses propres recommandations, et non demander à quelqu'un d'autre de le faire à sa place. L'utilisation d'un décret pour faire appliquer ces recommandations est toujours d'une grande brutalité et peut s'avérer dangereuse.

6 - Les années "preuve"

Les années "preuves"

- Enquête « 3 jours d'anesthésie en France » 1998
- 8 millions d'actes. Photographie de la chirurgie française
- Enquête démographique 1999 (pas de pénurie immédiate, mais mauvaise répartition)
- Enquête mortalité 2003 : de 10^{-4} à 10^{-5}
- Forte implication dans la CCAM
- Le métier d'anesthésiste-réanimateur est définitivement institutionnalisé



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007



Malgré la certitude que le Décret sur la sécurité du patient anesthésié était bénéfique, des fissures sont apparues dans la belle unité qui s'affichait chez les anesthésistes.

Quelques contestataires pragmatiques et historiques ont, imprudemment, inconsciemment ou courageusement selon les situations, soupçonné les universitaires d'avoir incité à cette forme d'ingérence institutionnelle.

En même temps, les institutionnels, conscients d'avoir fait un cadeau conséquent, ont voulu être assurés que les mesures étaient justifiées.

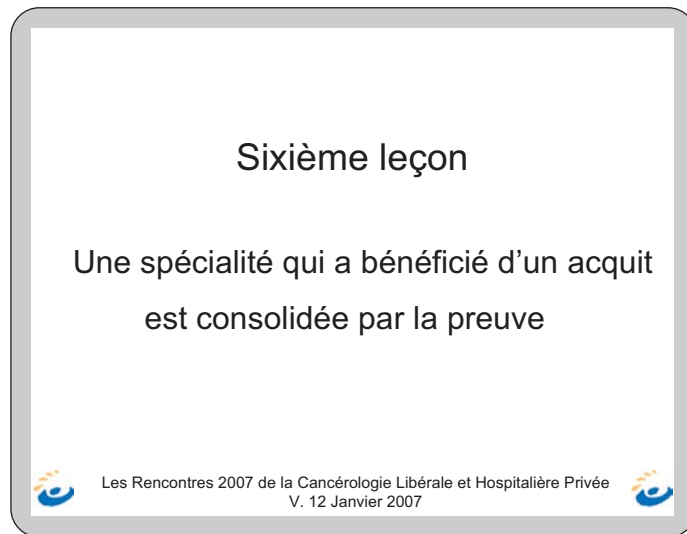
Pour réduire ces deux réactions, il fallait que la SFAR organise une procédure de la preuve. Celle-ci ne pouvait avoir une réelle portée qu'en opposant une étude sur la mortalité liée directement à l'anesthésie pour la comparer avec la première enquête de 1983 et montrer ainsi que les progrès réalisés en termes de sécurité étaient explicites.

Cette enquête fut immédiatement interrompue sur le constat de carence à établir le nombre d'anesthésies faites en France sur la base de données fiables, que personne ne pouvait fournir, pas même les Caisses d'Assurances Maladie.

C'est ainsi qu'en partenariat avec l'Inserm, la SFAR produisit, en 1996, l'enquête « trois jours » qui a non seulement fourni le dénominateur nécessaire à la future enquête mortalité qui sortira en 1999, mais également une photographie fidèle de l'état de la profession. Cette phase de notre évolution fut réellement décisive pour institutionnaliser le métier.

Le nombre d'actes a presque doublé en 15 ans et la mortalité est passée de 10^{-4} à 10^{-5} en 20 ans. La mort par hypoxie per-opératoire et en SSPI disparaissait. La cause semblait entendue.

Très intelligemment, la SFAR ne se contenta pas de ce résultat. Elle remit en jeu son concept sécuritaire centré sur l'amélioration de l'environnement pour l'étendre à la modification du comportement des acteurs en faisant sienne toutes les théories d'analyse et maîtrise du risque en usage dans tous les systèmes complexes.



La sixième leçon est qu'un métier qui a bénéficié d'un avantage compétitif est toujours consolidé par la preuve.

Un intervenant. - C'est grâce à cela que la chirurgie ambulatoire a pu démarrer.

Dr Guy BAZIN. - Probablement.

M. Henri VACQUIN. - Un acquis est toujours une donnée fondamentale dans les rapports sociaux. Je dis cela pour pointer l'importance que vous accordez au décret. Le problème est que cet acquis devient ensuite éternel, sa défense en l'état de la part des camarades syndiqués étant la meilleure façon de suicider les revendications qu'ils présentent.

L'acquis est la matérialisation de quelque chose qui à un instant T apporte une contradiction à la mise en œuvre d'un principe, mais il devient mortifère s'il n'est pas actualisé et que peu à peu des acquis de substitution ne sont pas abondés pour l'actualiser.

Dr Guy BAZIN. - Nous sommes en effet en phase. La suite de mon exposé confirme votre remarque.

7 - L'architecture institutionnelle du métier d'anesthésiste-réanimateur

En théorie, trois structures bien distinctes charpentent un ensemble cohérent.

L'architecture institutionnelle

Trois structures bien distinctes :

- La Société Savante (SFAR) en amont de la décision politique (CA et Bureau éligibles)
- Les syndicats. En aval de la décision politique (CA et bureau éligibles)
- Le collège (CFAR). Validation de la FMC et de la position des anesthésistes au regard de l'accréditation et des EPP. Bureau et CA mi-éligibles mi-nommés par la SFAR et les syndicats. Le Président est nommé par le Bureau de la SFAR



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007



La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) doit sa légitimité avec l'élection, par des membres adhérents, d'un Conseil d'Administration et d'un Bureau. Elle prend la forme juridique d'une association dite "savante" bénéficiant du statut d'utilité publique. Le Président est nommé par le Conseil d'Administration. Elle est forcément indépendante et se doit d'être en amont des décisions politiques

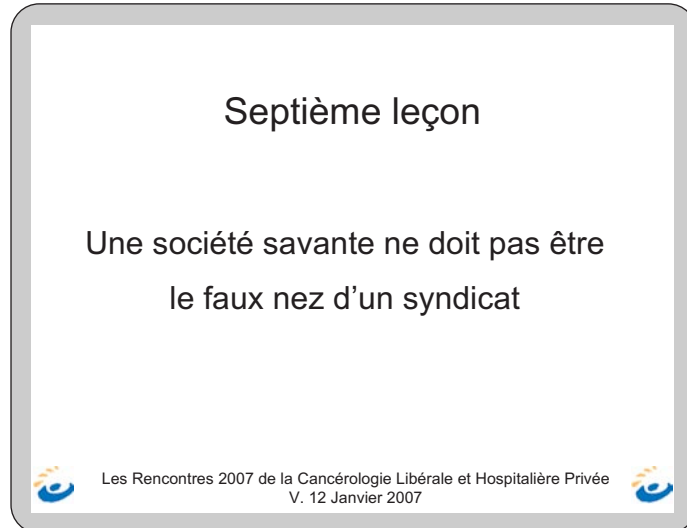
Le site de la SFAR est en général systématiquement contrôlé, avec des votes par le Bureau au mot près. Il est une référence générale aussi bien pour les institutionnels que pour des personnes lambda ; il est ouvert au public.

Les syndicats médicaux des anesthésistes sont aussi nombreux qu'il y a de statuts professionnels. Ils sont également constitués en association avec Conseil d'Administration et Bureau. Ils doivent en principe rester en aval de la décision politique et défendre le plus largement les revendications de leurs mandants.

Ce sont deux instances totalement différentes, avec des structures très séparées, ce qui n'est pas le cas pour d'autres spécialités, qui confondent parfois la société savante et le syndicalisme.

Le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) a très brièvement pour objectif la validation de la Formation Médicale Continue et la définition de la position des anesthésistes-réanimateurs au regard de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Les membres du Conseil d'Administration et du Bureau sont pour partie élus et nommés par la SFAR et les syndicats. Le Président du CFAR est nommé par la SFAR.

Ce montage qui s'adapte bien à la variété des acteurs, est probablement la garantie de la cohésion de la profession qui évite le mélange des genres. En effet, la plupart des spécialités ne font pas la distinction entre l'affichage des recommandations et les revendications professionnelles. Dans quelques rares occasions, la SFAR a elle-même entamé la solidité de ce tripode, très envié, en osant une connivence avec le syndicalisme pour la nomination de ses membres.



La septième leçon est qu'une société savante ne doit pas être le faux nez d'un syndicat.

8 - Et maintenant...



La profession est au plus fort de sa notoriété. Les congrès nationaux déplacent 5.000 soignants sur Paris. Le congrès mondial fut un événement qui a dépassé les espérances des organisateurs. La dimension donnée à l'enseignement, le respect du sachant, l'implication de la profession servent le métier. Les observateurs extérieurs constatent l'ampleur du phénomène et n'opposent aucune objection à l'identité de ce métier qui devient une référence pour de nombreuses autres spécialités.

Indiscutablement la grandeur de ce métier et l'histoire de la SFAR sont étroitement liées. Avoir pu maintenir une dynamique fédératrice sur le long terme n'est pas l'effet du hasard. Même si la convergence des idées s'est parfois confondue avec les convergences d'intérêts, la profession a montré qu'elle avait pu surmonter tous ses handicaps en faisant preuve d'imagination et d'esprit de corps.

L'épisode du décret n'était pas sans risques et aurait probablement mérité plus de prudence tant son utilisation a été mise à toutes les sauces.

Et maintenant...

- 6.000 anesthésistes dans les hôpitaux pour 5.000 dans le secteur libéral (DREES 2005)
- Les anesthésistes du secteur public cherche à sortir des blocs (douleur, réanimation, DIM...). Forte concentration d'IADE et de mercenaires...
- Les anesthésistes du secteur privé se réfugient dans les blocs et instrumentalisent les textes réglementaires. Peu d'IADE
- On ne meurt plus dans le bloc opératoire mais ailleurs et autrement
- L'anesthésie se dissout progressivement dans les autres métiers


 Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
 V. 12 Janvier 2007
 

Un malaise semble naître devant le décalage entre les transformations de notre système de soins et ceux qui s'estiment dépositaires des acquis définitifs du décret, même s'ils savent que l'application à tous n'est pas possible ou qu'elle sera néfaste aux structures les plus fragiles.

Cette dichotomie est maintenant visible entre les secteurs privé et public.

Selon la DRESS, plus de 11.000 anesthésistes exerçaient en France en 2005. 6.000 d'entre eux sont dans le secteur public alors que l'activité chirurgicale est, sans contestation, nettement moindre que dans le secteur libéral. Les parts de marché de l'hôpital public, en chirurgie ambulatoire, (80 % de la chirurgie de proximité avec un potentiel de 5 millions d'actes) ne dépassent pas 15 %.

Pour un observateur éclairé du terrain, les conséquences comportementales sont sans équivoques et tranchées.

Dans un établissement privé, un patient peut subir une intervention chirurgicale sans qu'il ait vu physiquement un anesthésiste autre que celui qui lui a consacré 10 minutes pendant la consultation pré-anesthésique. Très impliqués dans l'organisation et n'hésitant pas à instrumentaliser le décret pour arriver à leur fin, les anesthésistes libéraux ne disposent pas des effectifs suffisants pour quitter le bloc opératoire. La plus petite complication post-opératoire nécessitant leur implication non programmée, est une faute d'évaluation. L'approche médico-légale est la règle. Et pourtant, jamais autant qu'aujourd'hui, le sentiment de lassitude et de fatigue n'a été autant ressenti dans cette catégo-

rie d'individus qui subit pleinement la saturation des flux croissants et l'incertitude de leur structure en proie, depuis une décennie, aux déstabilisations des mutations qui se succèdent. Ils semblent pourtant aimer ce métier. Ils ne supportent plus le rythme et la routine. Pour beaucoup d'entre eux, peuvent-ils encore prétendre à être des réanimateurs ?

À l'inverse les CHU et les grands hôpitaux généraux disposent d'effectifs médicaux permettant aux anesthésistes une diversification plus reposante de leur métier. Doublés par un contingent d'infirmières aides-anesthésistes qui est loin d'avoir le même équivalent dans le secteur privé, les anesthésistes-réanimateurs peuvent dépenser plus de temps dans des activités externalisées telles l'évaluation, la qualité, la réanimation, le traitement de la douleur, les urgences... Ils participent, autant que les chirurgiens, au ralentissement des flux et la départementalisation aggrave le phénomène. Ils sont fondamentalement opposés à la culture de la productivité et s'investissent dans le particularisme qui les éloigne de la standardisation et de la modélisation. Ils ne connaissent pas l'arbitrage et privilégient la culture de l'uniformité référencée sur la procédure la plus lourde et la moins fréquente, applicable à toutes les autres, qui nécessiteraient pourtant un niveau de prise en charge plus adapté et plus économique.

Notre métier est en phase avec ce qui existait. Le sera t-il avec ce qui va se produire ?

Dernière leçon...

Acquérir sa légitimité ne justifie pas
pour autant une identité figée



Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007



La dernière leçon est qu'il faut acquérir sa légitimité, sachant que cela ne garantit pas pour autant une identité figée.

Je réponds au Compagnon du devoir : si les anesthésistes ne s'adaptent pas à l'évolution de leur environnement, ils perdront la reconnaissance qu'ils ont durement obtenue.

Conclusion



L'insertion d'une spécialité est une lutte de pouvoir

La légitimité par la tarification est illusoire

La démonstration de son apport est un préalable

L'évènementiel et l'opinion sont des leviers

Aussi longtemps que l'identité n'est pas acquise,
il faut taire les dissensions

 Les Rencontres 2007 de la Cancérologie Libérale et Hospitalière Privée
V. 12 Janvier 2007 

En **conclusion**, l'insertion d'une spécialité est une lutte de pouvoir, la question étant de savoir qui commande. La légitimité par la tarification est illusoire. On obtient son identité non pas par un meilleur tarif, mais essentiellement par la qualité du travail que l'on fait, sa compétence et sa qualification. La démonstration de son utilité sociale est un préalable à toute spécialité, l'évènementiel et l'opinion étant alors forcément des leviers.

J'espère que ce résumé de situations vécues pourra nourrir votre réflexion, en particulier sur l'oncologie médicale car mon expérience m'aide à comprendre vos angoisses. Je crois, en vous écoutant, revivre une part de ma jeunesse. Bon vent donc !

Je vous remercie.

(Applaudissements)

Débat

M. Gérard PARMENTIER. - Merci. Nous avons demandé au Dr Bazin de nous parler de l'histoire de l'anesthésie pour nous aider à mieux comprendre les difficultés et l'histoire en devenir de l'oncologie médicale.

Vous avez vu que, sans qu'ils se soient concertés, il rejoint M. Vacquin sur la nécessité d'avoir des données objectives et donc sur le scandale absolu que constitue le fait que 60 % de la radiothérapie française ne soit toujours pas soumise au PMSI. Nous découvrons aussi que ce qui est scandale du point de vue des Tutelles qui veulent jouer les autruches et ne pas savoir "qui fait quoi et où" est, en plus, gravement préjudiciable au bon fonctionnement du métier. De même, il se pose des questions sur l'existence d'un chef d'orchestre, sur la fonction de coordination et d'arbitrage dans une médecine concertée, etc...

Merci Guy. L'histoire de l'anesthésie est intéressante parce qu'elle est récente, qu'elle se déroule dans un environnement proche du nôtre et nous interroge sur ce qui nous attend si nous ne voulons pas que l'oncologie médicale soit mort-née.

M. Henri VACQUIN. - Le processus que vous faites émerger avec l'institution de la société savante et ensuite du Collège correspond à la mise en place du profil d'une organisation syndicale que je trouve, par essence, pertinente.

On peut se demander ce qui, dans l'institution, a failli et vous amène aujourd'hui à rentrer dans le débat tarifaire.

Toute cette phase de **l'institutionnalisation de pratiques syndicales se fonde sur les finalités**. Que se passe-t-il au bout d'un moment dans l'institution, par rapport à la société savante, au Collège et au Conseil d'Administration, qui fait que la synergie du questionnement ne fait plus partie de l'anticipation dont a parlé votre collègue compagnon du devoir, raison pour laquelle vous retombez d'une certaine manière dans un débat sur les procédures ? Mon hypothèse est que la poursuite des finalités a cessé.

Dr Guy BAZIN. - Bien joué ! Vous avez parfaitement analysé la situation. Ce qu'il s'est passé est qu'il y a eu conflit entre deux statuts complètement différents au sein de la société savante, et opposition entre les PUPH et les anesthésistes de terrain.

Le conflit chirurgiens-anesthésistes n'existe plus. On est dans un autre monde, et on voit bien que la santé évolue considérablement.

Par rapport aux réformes actuelles, en particulier par rapport à la tarification, aux fusions d'établissements, aux problèmes contractuels, etc..., les personnes sont merveilleuses en situation de calme, mais quand la situation est difficile

elles retrouvent leur vraie nature et ne défendent pas la profession, le consensus habituel n'étant pas au rendez-vous, de même que lorsqu'on est sur un bateau dans la tempête on a envie de mettre à l'eau le skipper parce que le bateau remue trop !

On voit bien que rien n'est définitif - c'est la leçon primaire -, et je reste très intéressé par les réflexions du compagnon du devoir sur la transmission.

M. Gérard PARMENTIER. - Le Plan Cancer nous a-t-il apporté une période de sérénité qui nous permet de faire évoluer correctement nos métiers et nos prestations, ou a-t-il déclenché des phénomènes de lutte de pouvoir et de captation d'argent qui paralysent la consolidation collective de nos métiers ? Il y a là une vraie angoisse.

Dr Guy BAZIN. - Le contre-pouvoir des anesthésistes a été le consensus.

Pr Alain LAUGIER. - Pour compléter votre péroration : en fait, sur les 72 grands hommes de la Légion d'honneur, depuis la mort de mon maître Bernard, il n'en restait plus que trois ; deux étant les prix Nobel Monod et Jacob, et le Président vient de nommer Lassner, anesthésiste, grand résistant qui, avec Kern et Vourc'h a créé l'anesthésie moderne, avec Baumann. Lassner est Grand Croix depuis deux mois, l'autre Grand Croix étant un radiothérapeute.

Dr Guy BAZIN. - On a décoré Jean Lassner par rapport à la période durant laquelle Guy Vourc'h a pris la charge d'anesthésie à la suite de Jean Baumann. Peut-être aurai-je donc la chance d'être la Grande Croix dans vingt ans ?... (rires).

M. Henri VACQUIN. - Indépendamment des attachements identitaires à chacune des disciplines, qu'est-ce qui fait que vous n'êtes pas capables de leur porter un intérêt général vous permettant de vous réinterroger autrement ?

Après tout, l'histoire des chirurgiens et de l'anesthésie telle que vous venez de nous la raconter est un très bel exemple d'un dépassement porté par les événements qui a « fini par »...

Etant donné les enjeux qui nous attendent et la crise institutionnelle que nous traversons, qui dépasse très largement le domaine de la santé, avec des élections présidentielles dont on peut difficilement penser qu'elles vont recrédibiliser les politiques demain matin...

La vulnérabilité des corps intermédiaires syndicaux, qu'ils soient composés de salariés ou de professionnels, est également une réalité lourde face à des opportunités comme le Plan Cancer, qui est une sorte de Don Quichotte.

Après tout, ce sont les opportunités qui font les événements. Où sont les capacités citoyennes que vous avez potentiellement de vous mobiliser au sein d'un syndicat au-delà d'une journée par an ?

M. Gérard PARMENTIER. - Bonne pioche comme dirait Bazin ! Vraie question. La stratégie de l'UNHPC depuis sa création en 1975 correspond à vos vœux concernant l'articulation avec l'intérêt général. Il y a sur cette orientation continuité entre tous ses Présidents successifs : Cojan, Saris, Bergerot et maintenant Bernard Couderc. Par contre malgré un changement de nature en 2.000 avec la création d'une structure permanente, nos moyens restent assez dérisoires si on les compare à ceux de nos concurrents. Notre Président est bénévole. Nous sommes passés en 6 ans de 0 à 1 puis à 2 salariés - c'est une explication, non une excuse -, et la question de la structure se pose aussi. Nous réfléchissons à une plate-forme commune plus structurée et donc plus forte, etc... Le chemin est devant nous ; beaucoup reste à créer. Notre vulnérabilité est à la hauteur de capacités citoyennes qui ne sont pas supérieures à celles des autres corps de métier dans la santé, et en plus nous fédérons de libéraux et des établissements de santé à "but lucratif" ! Je ne sais pas si vous vous rendez compte du handicap, ou plutôt du challenge que cela représente vis-à-vis des Tutelles qui sont les nôtres, malgré l'articulation de notre stratégie avec l'intérêt général, articulation conçue dès l'origine comme fondatrice de notre avenir. Mais je parle ici sous le contrôle de mon Président !

Dr Bernard COUDERC. - J'écoutais avec attention, mais la réponse est correcte. Pourtant, la question de M. Vacquin demeure, c'est pourquoi je n'hésiterai pas à être toujours plus exigeant envers mon Secrétaire National !

Je donne la parole au Pr Guy Vallancien, chirurgien urologue à l'Institut Montsouris, membre entre autres du Conseil national de la chirurgie, auteur de rapports célèbres et de livres importants, bien connu aussi pour son franc-parler. Vous allez nous parler d'un sujet difficile mais d'actualité, en chirurgie tout particulièrement : celui de la relation entre métier, volume, délégation et qualité.

Métier, volume, délégation ... et qualité ?

↳ **Pr Guy VALLANCIEN**
(Institut Mutualiste Montsouris - Paris)



Dr Guy VALLANCIEN. - Je ne vais pas vous parler de la chirurgie en soi. Le titre de la journée (« Quel avenir pour nos métiers ? ») m'a frappé. Je ne vois aucun rapport avec le Plan Cancer. Ce n'est pas parce qu'il existe un Plan qu'il faut se mettre tout à coup à réfléchir à ce que l'on fait.

Il aurait fallu le faire plus tôt, et je pense que nous en sommes là aujourd'hui parce que nous ne l'avons pas fait. Nous avons continué à vivre sur une tradition hippocratique de médecine de diagnostic qui concernait à une certaine époque les oreilles, les mains, le nez et les yeux, alors qu'il s'agit aujourd'hui d'imagerie et de biologie.

Nous avons été totalement dépossédés, et **nous sommes passés d'une médecine de diagnostic à une méta-médecine curative**, les conséquences de ce choc étant mesurées uniquement aujourd'hui. Nos métiers ne seront plus les mêmes, et le seul médecin qui restera demain sera le généraliste.

Est-il utile d'être un médecin pour être un cardiologue ? Certainement pas. Il faudrait qu'il existe des ingénieurs en cardiologie.

Est-il utile d'être chirurgien pour faire ce que je fais ? En termes de robotique, je suis allé former une équipe américaine à la sénologie : elle a acheté un robot quand elle a vu qu'elle était incapable de s'y mettre. Un mauvais chirurgien peut faire de la bonne robotique.

Voilà les enjeux auxquels nous sommes confrontés, et, pendant ce temps, j'entends que l'on manque de médecins et que l'on parle de la crise de 2001, de la désertification, etc... Tous les maires s'affolent et appellent les ministres

et les sénateurs. Une sorte d'individualisme ambiant politico-sanitaire désastreux nous empêche de réfléchir à nos métiers. **Le seul qui restera sera celui qui aura l'avis global des malades**, car le « saucissonnage » tel que nous l'accélérons est dramatique.

Les vraies questions que je me pose sont celles de la délégation d'acte et de la rémunération. Nous finirons par en mourir si l'on ne se penche pas sur le fait que le médecin puisse déléguer des actes et le mode de rémunération.

Le système conventionnel est arrivé au bout de sa course sans que nous nous en soyons rendu compte. L'aspect polycatégoriel de la défense a abouti grosso modo à 21 € pour une consultation de généraliste.

Si nous voulons reprendre la main face à la Tutelle, nous devons, nous poser en interlocuteurs sérieux, c'est-à-dire **utiliser d'autres paradigmes** pour dire que nous sommes prêts à faire notre métier autrement et plus entièrement.

Nous en sommes là, et nous devons continuer à nous battre pour défendre le misérable émolument à l'acte, ce dernier n'ayant en fait aucun sens puisqu'il ne recouvre plus, en termes financiers, tout ce que nous faisons au-delà du geste.

Je suis de ceux qui considèrent que le médecin est cher s'il est bon et rare, et tout notre débat portera sur le fait de maintenir cette cherté au prix de la qualité.

Pourquoi déléguer ? Quelle est l'utilité de faire 12 ans d'études pour - je l'ai déjà dit plusieurs fois - faire lire ZU à deux mètres à un enfant de 12 ans afin qu'il puisse avoir un certificat pour aller faire du foot ? Cela n'a plus de sens, et cela n'en a d'ailleurs jamais eu. Nous aurions dû dire depuis longtemps que c'est le travail d'une infirmière, peut-être avec une formation particulière, non le nôtre.

Dans notre service, nous avons mis en place des assistantes en pathologie transmétrique qui jouent déjà le rôle de nos externes. Elles font l'examen complet, toucher rectal compris, et l'échographie ; l'échographe étant le stéthoscope d'aujourd'hui et n'appartenant pas au radiologue. Par ailleurs, elles prescrivent des examens complémentaires d'imagerie et de biologie et nous montrent leurs observations.

Ainsi, quand le médecin arrive face au malade, toute une partie est déjà faite, et **le temps médical devient de la véritable expertise**. Il a le temps de le ré-interroger, il a réfléchi à ce qui lui arrive, et il optimise totalement son métier.

De plus, ces personnes peuvent suivre les patients en alternance avec le médecin à partir de protocoles définis. Nous sommes de plus en plus à travailler selon des critères de qualité de vie quantifiés, et, en quantifiant la qualité de vie, on peut très bien déléguer en partie le suivi des malades, prescriptions thérapeutiques comprises, si les indicateurs n'ont pas changé.

Nous savons, par nos amis anglo-saxons, que la délégation d'acte - je ne parle pas du transfert de compétence, qui conduit à la déresponsabilisation de celui qui transfère - maintient la **responsabilité** des médecins, qui donnent des tâches à assumer à des personnes formées et en lesquelles ils ont confiance.

Cela donne lieu à un important **débat dans le corps infirmier**, qui cherche à s'autonomiser, et vous savez qu'il va exister un Ordre infirmier. Il faut faire très attention et rester maîtres de la situation, un vrai responsable l'étant non pas de lui-même mais des autres, ce que l'on a beaucoup de mal à comprendre.

J'opère avec des aides, et je suis le responsable de ceux qui m'aident. Il faut bien l'avoir en tête. La délégation d'acte est inéluctable, et elle n'est pas liée au **faux problème de démographie**. Comme vous le savez, nous sommes 200.000 ; nous n'avons jamais été aussi nombreux.

Simplement, 40 % des généralistes parisiens font de la mésothérapie, de l'acupuncture ou autre chose. 15 % d'entre eux s'occupent d'autre chose que de médecine générale, et quelques anesthésistes font autre chose que de l'anesthésie.

On ne devrait pas pouvoir s'inscrire sans dire ce que l'on fait. Cela permettrait en quelques minutes de savoir ce que font les 200.000 médecins de France, ce qui nous permettrait, en termes de politique de santé publique, de savoir où il existe des manques.

Pour l'instant, nous sommes dans une sorte de nébuleuse, les associations savantes faisant de plus en plus de lobbying, ce qui est un vrai problème. La qualité de la représentativité en subit les conséquences.

Sur le fond, non seulement nous ne savons pas ce que nous faisons, mais, en plus, nous sommes répartis de façon extraordinairement disparate, et nous sommes payés de façon très différente selon que nous faisons partie du public ou du privé, ce qui n'a pas de sens, en tout cas pour les chirurgiens.

Nous travaillons, au sein du Conseil National de la Chirurgie, sur la voie de la répartition sur le **territoire**, et je suis de ceux qui sont pour la parité obligée.

En politique, si on ne dit pas à travers la loi à des députés masculins qui se sont battus pendant 20 ans pour garder leur circonscription qu'ils doivent partir parce qu'il faut des femmes, ils restent.

L'incitation n'est pas suffisante. Nous le savons, car ce n'est même pas l'argent qui amène des généralistes à ne pas avoir de successeurs. Par exemple, ils sont deux fois mieux payés dans le Périgord, où j'ai une maison, qu'à Paris, mais ils recherchent un art de vivre différent.

Les femmes avec lesquelles je collabore, travaillent énormément, et je ne suis pas inquiet quand on parle de 70 % d'activité en moins du fait de leur pré-

sence. Ce sera beaucoup moins compte tenu de l'extraordinaire productivité féminine par rapport à la nôtre.

Concernant **la rémunération**, il existe entre le système à l'acte - qui a sa perversité, que nous connaissons tous - et le système salarial - on le voit bien à l'hôpital public dans certains métiers - une forme intermédiaire qui est celle du contrat.

Le contrat a l'avantage d'établir une signature entre le payeur et l'acteur sur la base d'un volume d'activité et sa qualité, et on s'aperçoit que les bons résultats immédiats sont, dans notre métier, presque toujours corrélés à de bons résultats à long terme. Le rapport entre le payeur et l'acteur change dans le cadre d'un paiement en fonction du volume d'activité et de sa qualité.

Un chirurgien libéral coûte à la collectivité 8 M€, hors formation, dès qu'il est sur le marché du travail. Il commence à 36-37 ans, termine à 65,5 ans et vit jusqu'à 83 ans, soit 17 ans de retraite. Sa retraite est assez faible mais il a des émoluments solides.

Il s'agit de la moitié pour un chirurgien public. Il a une meilleure retraite mais il est moins bien payé en dehors du secteur privé hospitalier. Cependant, l'un réalise au minimum deux fois plus d'actes que l'autre.

Le coût de l'acte est pour la société grosso modo de 400 €. La globalisation de l'acte (qui comprendrait les consultations, l'intervention et le suivi) rendrait extraordinairement vertueux le métier dans le sens où ce sont ceux qui le font bien qui s'en sortiraient le mieux, car celui qui doit revoir ses malades sans arrêt serait vite "mouché" par son Directeur.

Il faut penser à des modes de raisonnement et de reconnaissance du métier autres que ceux qui existent aujourd'hui et dont nous ne tenons pas les rênes, qui sont tenus par les Tutelles. C'est capital.

Nous ne sommes pas obligés d'opter pour le forfait - je suis de ceux qui pensent qu'il faut garder l'existant -, mais si nous voulons une forme de secteur optionnel qui se dessine et sur lequel on travaille, cela aboutira, au mieux, à rien et, au pire, à une sorte de faux semblant qui n'attirera personne, et nous repartirons dans le système conventionnel, la déception, la désespérance, etc...

Les chirurgiens sont de plus en plus intéressés par ce genre de pratiques, car l'usure du métier fait qu'un chirurgien travaille vraiment pendant 12 ans. Il monte très vite en puissance, mais à 50-52 ans il n'en peut plus.

Nous voulons proposer aux médecins non pas des émoluments mais **une carrière**, et tant que l'on ne sera pas prêt à les payer pour les former en leur demandant de rendre quelques années quand il le faudra... Je viens d'arrêter d'opérer, à 61 ans, parce que je commence à moins bien voir. Il faut savoir dire stop. Dans les métiers médicaux et chirurgicaux, la partie technique, qui

est en général la première, est la plus fascinante, pendant 10 ou 15 ans, mais arrêtons de croire que nous ferons toute la vie toujours la même chose. C'est à nous d'y penser.

Si nous ne prenons pas notre destin en main, en termes d'organisation, de proposition de délégation, de mise en place sur le territoire et de formations, il ne faudra pas nous plaindre.

Pourquoi nous gargarisons-nous de nos études ? Quand vous regardez en France on est parfois mieux payé que nous après seulement 4 ou 5 ans d'études. Je rêve de grandes écoles de médecine. Il est possible de former un carabin en 8 ans, à condition qu'il soit dans un CHU où il y a du débit et de la pratique...

L'université dont je fais partie ne forme pas au métier ; c'est le drame. Quand on demande à un généraliste ce qu'il connaît de la spécialité d'urologie, il n'a rien appris.

Les avocats plaident pour un **certificat d'aptitude** à la profession d'avocat, et je rêve de la même chose pour les médecins, qui sont lancés dans le métier à partir de données scientifiques sans connaître la réalité concrète de notre action au quotidien.

Pour finir, je ne sais pas ce que je vais devenir en tant que chirurgien demain ; **l'avenir est aux généralistes.**

Les techniques étant de plus en plus faciles, la délégation le sera d'autant plus, et il faudra bien sûr de la recherche médicale, mais le reste pourra être confié à des ingénieurs.

(Applaudissements)

Débat

M. Gérard PARMENTIER. - Pourriez-vous aller un peu plus loin sur la rémunération et nous dire un mot sur votre proposition ?

Dr Guy VALLANCIEN. - Nous discutons d'un **forfait global** pour les professions alliant activité et qualité. Nous nous engagerions annuellement en chirurgie sur 500 actes à 400 €, étant entendu qu'au-dessous de 400 nous serions moins payés et que nous ne serions plus chirurgiens au-dessous de 300. Nous serions en revanche mieux payés en réalisant plus, jusqu'à un certain stade, car nous savons très bien qu'il est par exemple impossible d'en effectuer 2.000 par an.

La CCAM nous aide, sachant que les actes lourds pèseront plus dans le panier. Nous garderions ainsi notre liberté d'action à la fois en termes de volume et d'organisation de notre production.

Pr Alain LAUGIER. - Si je comprends bien, quand je voudrais voir mon ami Thibault pour lui transmettre des messages syndicaux, j'aurai affaire à son assistante !

Dr Guy VALLANCIEN. - Ce sera une machine !

Pr Alain LAUGIER. - Cela créait pourtant des liens !

Dr Guy BAZIN. - Les chirurgiens ont pris de l'avance sur les anesthésistes parce que la vision qu'ils ont de leur avenir est beaucoup plus pertinente.

Dr Guy VALLANCIEN. - L'**anesthésie** est emblématique. Elle s'est automatisée, avec des progrès liés à l'organisation, aux thérapeutiques, aux drogues et aux instruments.

La protocolisation maximale du métier entraîne progressivement une dénatura-tion et une possibilité de transfert vers des corps intermédiaires non méde-cins.

Il en va de même pour l'**oncologie**. La cancérologie existe, mais, en toute franchise, je ne sais pas ce qu'est un oncologue. S'agit-il d'un chimiothéra-peute ou d'une personne qui connaît une maladie de A à Z ?

Vous avez tout faux en isolant les différents oncologues. On est puissant quand on est un corps d'élite qui sait où il veut aller. C'est préférable à une « armée de gueux » qui se fait mener par la Tutelle.

J'ai été invité à l'IGR il y a deux ans, à un grand show. J'ai dit que je croyais que l'erreur de l'oncologie était de s'être enfermée. En effet, les CAC, nés il y a une quarantaine d'années, étaient une bonne idée à l'époque, mais ils sont

très en danger aujourd'hui, et les remparts créés profession par profession, dans des métiers de plus en plus transversaux où l'on se partage l'expérience, sont dramatiques.

Il est intéressant de s'occuper de tumeurs. On apprend autant sur le cancer quand on s'occupe de l'adénome et vice-versa, et pour le fibrome et le cancer de l'utérus... Il ne faut pas parler de cancer. Vous avez la chance que sur votre fronton le mot cancer soit écrit - c'est la raison pour laquelle on vient vous voir -, mais il n'est pas certain que votre production soit vraiment meilleure.

La vision qui consiste dans des spécialistes d'organes d'une part et des transversaux d'autre part, est mauvaise. Il faut s'occuper d'une pathologie cancéreuse de A à Z et non suivre des protocoles, ce qui est d'ailleurs fait par les infirmières.

M. Philippe LOIZELET. - Je suis conseil du SNRO, mais de beaucoup de centres libéraux. Je suis juriste de formation.

J'ai été extrêmement surpris, quand j'ai commencé à travailler pour les radiothérapeutes, de me rendre compte qu'à mon sens ils ne maîtrisaient rien, ni l'environnement juridique, ni l'environnement concurrentiel, ni leurs partenaires, ni leurs apporteurs d'affaires, ni leurs patients.

J'ai travaillé aussi pour des radiologues, et quand j'ai vu la création des **réseaux** je me suis dit, en tant que juriste, que c'était génial parce que cela permettrait à mes clients de prendre en charge la cancérologie au sens large, à travers les chirurgiens, l'oncologie médicale, les soins de suite et l'hospitalisation, les ARH demandant de contractualiser.

En effet, le fait de s'occuper de toute l'offre de soins, **pour un bassin de population**, permettrait de sortir des guerres fratricides entre des cliniques qui ont leurs propres objectifs et leurs propres actionnaires, et des petites guerres entre des hôpitaux dirigés par des élus qui ont leur propre politique, de même pour la rémunération.

Il faudrait tenir compte de la pyramide des âges, et décider de former tant de jeunes et de spécialistes, de façon transversale, pour établir des liaisons.

Or les réseaux qui se sont constitués sont, depuis quelque temps, en train de se bureaucratiser. Ils vont devenir un étage supplémentaire par rapport à d'autres institutions, de même pour l'INCa.

Encore une fois, les médecins avancent en ordre dispersé, par spécialités, et à chaque fois ils se font « avoir » sur la nomenclature, alors qu'ils pourraient prendre en charge tel marché.

Par exemple, un chirurgien pourrait très bien s'occuper d'un réseau de cancérologie, effectuer 50 actes dans cette spécialité, et être parallèlement membre d'un autre réseau.

Les médecins ont eu une opportunité. J'ai déjà assisté à vos séances plusieurs fois, et j'y prends énormément de plaisir, mais je suis toujours surpris de cette approche dispersée, alors qu'au cours de ces séances annuelles on ne cesse de dire qu'il faut des liaisons et de la transversalité, sachant que vous avez énormément de réservoirs, de savoir-faire et de technique.

Dr Guy VALLANCIEN. - Vous avez raison, mais le métier est individualiste au départ parce que personnel en termes de rapports et de par son paiement. Il est donc très difficile de faire collaborer les hommes et les femmes entre eux, parce qu'il y a **concurrence**, sachant qu'une forfaitisation limerait cette concurrence et permettrait aux acteurs de travailler pour le bien commun. C'est la raison pour laquelle je dis que nous sommes vraiment responsables tous collectivement.

Dr Jean-Jacques BRETTEL. - Il faut nuancer. En effet, des chirurgiens font tout. Je travaille dans un centre spécialisé où cela fonctionne de façon plus horizontale, mais, au quotidien, nous travaillons dans le secteur libéral avec des personnes qui font tout à fait autre chose, que ce soit en gynécologie, en urologie, en pneumologie ou dans d'autres domaines. Il ne faut pas confondre les unités de base et ce que l'on veut en faire au-delà.

L'organisation est au niveau correspondant à la prise en charge du malade favorable, mais c'est différent au-delà. A chaque fois, des super-structures sont créées qui sont gênantes, ont un autre but et finalement n'ont pas la même définition.

Dr Guy VALLANCIEN. - Je suis d'accord, mais on va vers un **regroupement**, comme je le vois dans ma spécialité ; plus personne ne s'installera seul.

Les hommes se regroupent à 5, 10 ou 15 sur de vrais plateaux techniques, et les autres spécialités devront faire de même, ne serait-ce que par rapport aux investissements matériels.

J'ai ma tête et mes mains. Le chirurgien pense son acte. Il existe deux dangers pour lui : avoir la main facile et ne pas penser, ou penser mais en étant incapable de transmettre ce que pensent ses neurones à sa main, ce qui tue dans les deux cas.

Il faut que le geste soit coordonné ; c'est très important. Ceci dit, nous ne pouvons pas rester dans notre coin, et je pense qu'en nous regroupant et en déléguant un maximum de tâches à des ingénieurs et assistantes nous garderons le seul temps médical, qui est celui du contact et de la vraie médecine, que nous avons totalement perdu à travers la technisation. Nous nous sommes fait enfermer à la fois par l'administration omnipotente et nos rêves techniques, qui nous cachent **l'essentiel du métier**.

Cela nous permettra de voir nos malades avec un œil neutre par rapport à la technique. Le généraliste fait aujourd'hui le travail de l'infirmière ; il prend la tension. L'infirmière fait le travail de l'aide-soignante et change les draps, et le spécialiste fait le travail du généraliste, c'est-à-dire la plupart des diagnostics. On a totalement dégradé la chaîne de soins, tout cela pour rien, et il faut maintenant la remonter, en valorisant les cœurs de métier.

Dr Guy BAZIN. - Il n'existe pas d'instance de gestion des métiers ; c'est chacun pour soi.

M. Gérard PARMENTIER. - Sur l'articulation entre la tête et les mains, je vous signale plusieurs passages tout à fait passionnants sur ce point dans le dossier qui vous a été remis.

Pr Jacques ROUËSSÉ. - Je ne pense pas que les **oncologues médicaux** soient à l'état de diplodocus, car nous n'avons jamais été bien gros, mais nous avons malgré tout une utilité complémentaire.

La rivalité entre les spécialistes d'organes et les oncologues n'a pas de sens, et des spécialités transversales sont nécessaires, ainsi que le contact avec les malades.

Je ne parle pas des traitements adjuvants, qui peuvent être effectivement délégués, mais l'oncologue médical est un généraliste qui connaît les inconvénients et les avantages des traitements, un peu la famille, et sait par exemple qu'il faut faire une pause thérapeutique, etc...

C'est de la médecine, non de la technique, et peut-être est-ce à déléguer uniquement à des généralistes qui seront spécialisés en oncologie médicale. Il est certain qu'il faut réfléchir à cela.

Dr Bernard COUDERC. - Je suis étonné de votre intervention sur l'irresponsabilité totale juridique des gestionnaires et des **radiothérapeutes**. Pour ma part, je n'ai pas encore déposé le bilan, et je suis dans un groupe de radiothérapie où les chiffres d'affaires sont importants.

Je suis également Président d'un réseau de la Région Midi-Pyrénées. Les réseaux ne sont pas si incompetents que cela, et ils mettent à disposition des moyens quand ils ne sont pas pyramidaux mais transversaux. Ce sont des sociétés de services qui fournissent aux territoires de proximité les outils dont ils ont besoin pour travailler. Je ne partage donc pas votre pessimisme.

M. Philippe LOIZELET. - Ce qui m'étonne est le fait que l'on constate en radiothérapie une relative pénurie. Les centres sont peu nombreux en France, et vous avez, à mon sens, les moyens de maîtriser vos flux d'affaires et vos modes de développement.

Or je vois que, dans beaucoup de centres, on court après tel projet de l'hôpital que l'on n'a pas vu venir ou que l'on n'a pas pressenti. On passe son temps à subir, avec, dans certaines régions, un jeu d'autorisations s'agissant des installations, alors que l'on pourrait travailler très en amont, ce qui vous permettrait de beaucoup mieux maîtriser votre environnement juridique. Le terme « irresponsable » est mauvais, mais **vous n'agissez pas assez en amont** pour ce faire.

Dr Bernard COUDERC. - Je suis d'accord avec vous, mais nous faisons ce que nous pouvons. Nous essayons d'être en permanence les interlocuteurs des ARH au plus haut niveau, mais nous ne sommes pas responsables de nos Tutelles et de l'organisation administrative qui nous soumet à de nombreuses contraintes. Je vous renvoie à l'article de M. Vacquin, intitulé « *Les tutelles tuent-elles ?* ». Il est dans vos dossiers.

Je vais maintenant passer la parole au Pr Bernard Hœrni, qui a été longtemps Directeur de l'Institut Bergonié à Bordeaux. Il a été, pour nous qui sommes du Sud-Ouest, l'un de nos maîtres, et il continue à l'être car il écrit beaucoup d'ouvrages. Il a notamment publié un dictionnaire du cancer qui fait toujours autorité.

C'est une excellente suite aux propos de M. Vallancien.

***Nouveaux métiers en cancérologie.
Étiologie, généalogie.***

↳ **Pr Bernard HCERNI**
(Institut Bergonié - Bordeaux)



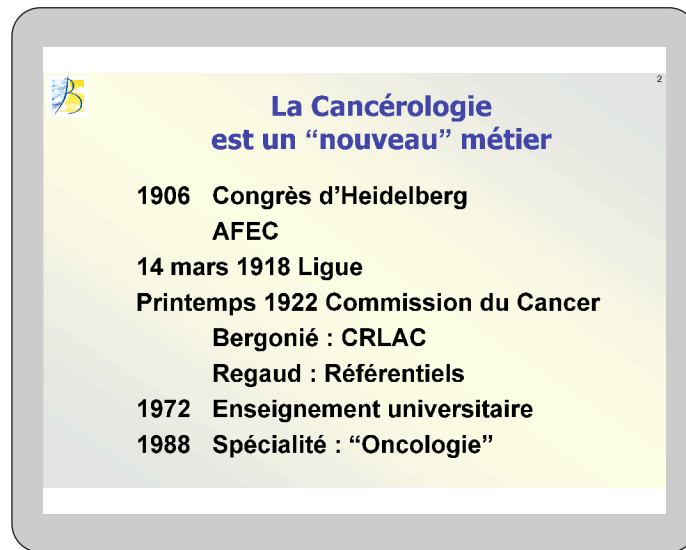
Pr Bernard HCERNI. - Merci Monsieur le Président. Je remercie les organisateurs de cette réunion de m'avoir invité. Contrairement à ce que certains pourraient attendre, je ne suis pas du tout frustré de disposer d'un temps limité du fait des développements qui ont eu lieu avant que j'intervienne, car j'ai été très intéressé par tout ce qui s'est dit, en particulier cet après-midi.

Je trouve, comme les organisateurs, un peu décevant que beaucoup de nos collègues soient partis et ne soient pas restés pour écouter tout ce qui éclaire notre avenir.

Gérard Parmentier m'a demandé de travailler sur la question de savoir si la cancérologie a une histoire, mais je me suis permis, dans la mesure où il s'agit des nouveaux métiers, de changer un peu le titre.

J'espère que ce que je vais vous présenter est cohérent et homogène avec ce que nous venons d'entendre sur les Compagnons du devoir, l'urologie et l'anesthésie-réanimation.

J'ai intitulé mon intervention « étiologie, généalogie », pour voir, en évoquant le passé mais en se projetant toutefois dans l'avenir, **de quelle façon apparaissent de nouveaux métiers.**



Je vous rappelle tout d'abord que la cancérologie est un nouveau métier. Parler de nouveaux métiers en cancérologie serait presque un pléonasme, car il n'y a guère que depuis une centaine d'années que le premier congrès international sur les cancers s'est tenu à Heidelberg.

Jean Bergonié⁵, dont je me permettrai de vous parler à plusieurs reprises, a dit, à la fin de ce congrès, qu'il serait bien qu'il existe des hôpitaux pour le cancer et rien que pour ce dernier, ce qui peut se discuter.

L'Association française d'étude du cancer - qui est devenue la Société française du cancer - en est sortie, et sans attendre la fin de la guerre, se créait la Ligue contre le cancer, en réunissant trois catégories de personnes : des médecins bien sûr (mais peut-être pas les premiers), des politiques (le Plan Cancer ne date pas de la dernière présidence) et des personnes de la société publique (des philanthropes et des femmes du monde de l'époque).

Au printemps 1922, Paul Strauss met en place la Commission du cancer et charge, en particulier, MM. Bergonié et Régaud de deux rapports.

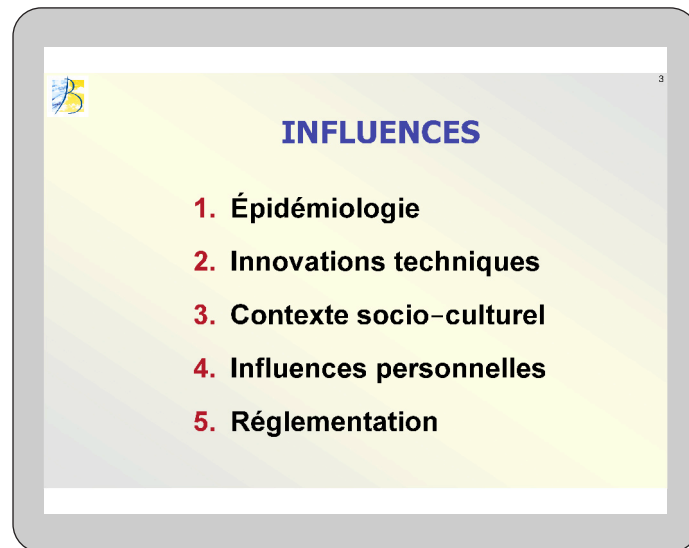
Jean Bergonié en publie un sur les centres régionaux de lutte anti-cancéreuse, et c'est à ce titre qu'il est considéré comme le père des centres anti-cancéreux.

Quant à Claudius Régaud, il a été, à ma connaissance, le premier à établir des référentiels positifs et négatifs - en 15 points dans son rapport -, en indiquant que faire ou ne surtout pas faire dans telle ou telle situation.

⁵ Note UNHPC : cf. Bernard Hœrni : Jean Bergognié, Editions Glyphe, Société, histoire et médecine, septembre 2007. Préface de Claude Huriet, postface de Josy Reifers - ISBN 978-2-35285-015-1

Nous sommes en 1918. Il a fallu attendre 50 ans pour que l'université arrive à enseigner, en association avec l'hématologie et l'immunologie - grâce à quelqu'un que nous connaissons tous, Georges Mathé -, un peu de cancérologie identifiée.

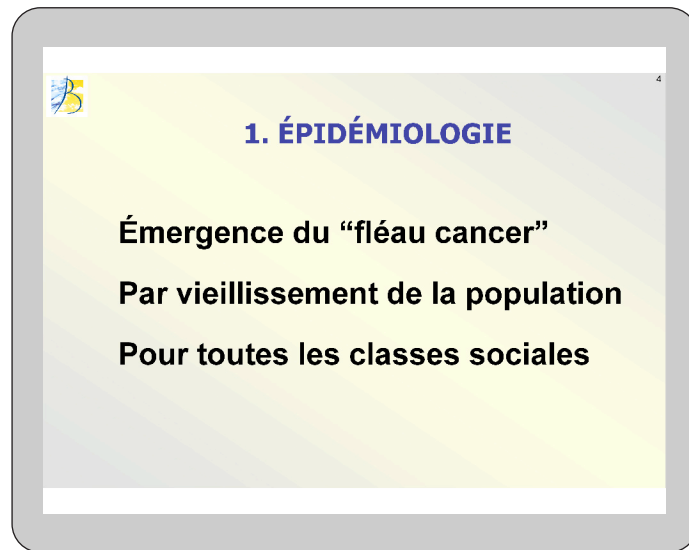
De même, il a fallu attendre 1988 pour que la spécialité qu'est l'oncologie soit identifiée, tout en gardant le nom de cancérologie, qui n'a pas démerité, et en reconnaissant, un peu plus tard, que la radiothérapie - qui devait devenir oncologique - s'était individualisée un peu avant.



Sous quelles influences une nouvelle spécialité ou de nouveaux métiers se constituent-ils ?

1 - L'épidémiologie

Il faut tenir compte **d'influences épidémiologiques**. Même si la peste n'a pas donné naissance à des « pestologues », la tuberculose a donné naissance à des phtisiologues.



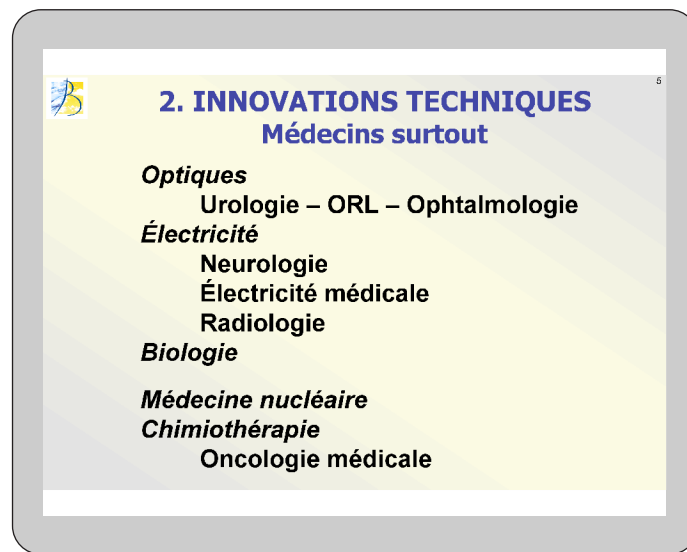
Il faut également citer les innovations techniques - dont il a été question et qui peuvent être effectivement soumises à délégation -, le contexte socio-culturel et politique et les influences personnelles, tout cela s'étant terminé par une réglementation.

Patrice Pinel, sociologue et médecin, a consacré un livre intéressant et toujours d'actualité, il y a une quinzaine d'années, à l'émergence du fléau cancer.

Il émerge au début du XXème siècle du fait du vieillissement de la population et touche toutes les classes sociales, avec, néanmoins, une nuance importante : les pauvres sont beaucoup plus nettement touchés que les personnes favorisées.

Vous avez dû voir les dernières publications : les ouvriers meurent 4 fois plus de cancers, peut-être parce qu'ils fument plus, que les médecins ou professeurs d'université.

Cependant, les personnes favorisées vivent plus longtemps et, de ce fait, ont plus de cancers, avec quelques années de retard. Cela touche donc toutes les classes sociales.



2 - Les innovations techniques

Les innovations techniques ont été à l'origine (surtout pour les médecins, parce que c'est la profession la plus ancienne) de miroirs et de tuyauteries pour l'urologie et l'ORL, un médecin émanant d'une famille de chanteurs ayant à Madrid inventé le miroir pour regarder la gorge.

De même, l'électricité a été à l'origine non seulement de la neurologie, mais aussi de l'électricité médicale, qui a, en France et de façon très particulière, annexé la radiologie. J'y reviendrai.

Les métiers dérivant des techniques biologiques sont innombrables, la médecine nucléaire et le développement de la chimiothérapie ayant quasiment obligé à créer la spécialité d'oncologie médicale.



Le terme « électroradiologie » comportait au début un trait d'union, car il s'agissait surtout d'électricité. A ce titre, Jean Bergonié a joué, à Bordeaux, avec les *Archives d'électricité médicale*, un rôle prépondérant en faisant de la radiologie une application indirecte de l'électricité et en quelque sorte en annexant la radiologie naissante et l'électroradiologie, un journal d'électroradiologie ayant existé jusque dans les années 1960.

Cela a servi au diagnostic et à l'imagerie, avec les développements que nous connaissons : l'IRM et l'échographie, qui ne diffusent plus vraiment de rayons ionisants, la médecine nucléaire - Roland Bugat a, ce matin, très bien parlé de l'avenir, qui ne sera pas vraiment autonome, de la médecine nucléaire sous la houlette de l'imagerie - et la radiothérapie.



Je reviendrai sur les manipulateurs. Les physiciens sont apparus dans les années 1950, principalement dans les établissements hospitaliers. En 1960, ils ont été imposés aux accélérateurs linéaires d'abord, et en 1977 leur formation-qualification a été précisée par voie réglementaire.

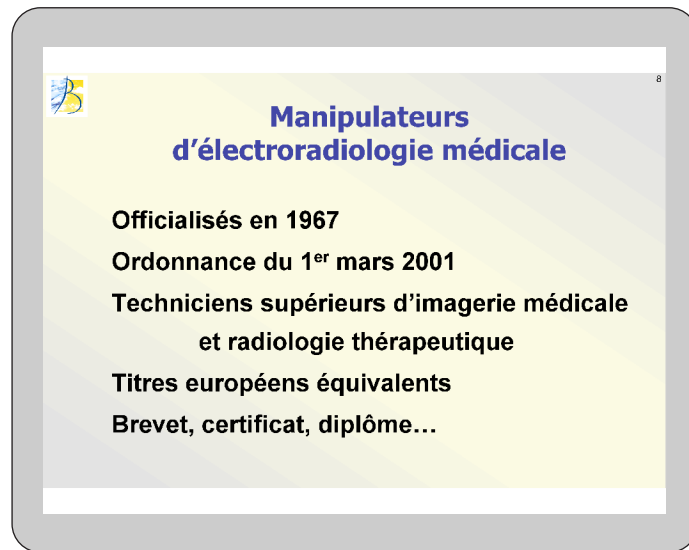
Je dois ces précisions à l'article que notre ami le regretté Jean-Paul Le Bourgeois a écrit et qui figure dans le dictionnaire des cancers cité auparavant⁶.

Je vais revenir sur les infirmières.

Il a fallu presque 100 ans pour individualiser les manipulateurs d'électroradiologie.

Il faut également citer les aides-soignantes et les psychologues, vaste profession qui n'est pas dite paramédicale mais qui s'intéresse à l'oncologie et au sevrage tabagique et travaille souvent en équipe.

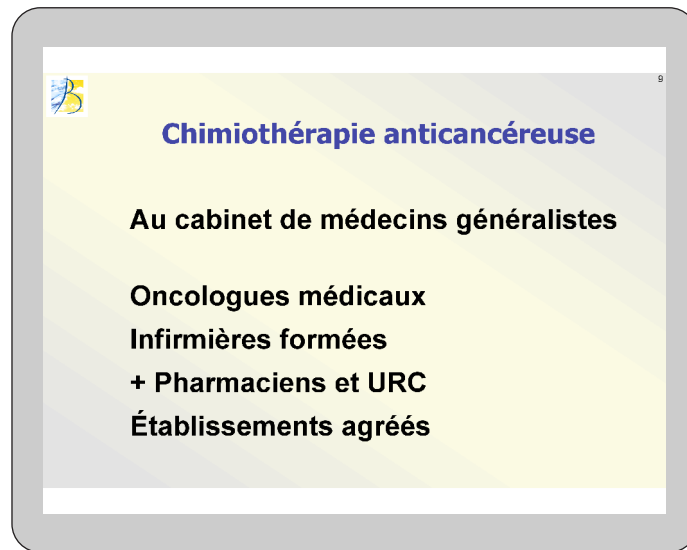
⁶ Note UNHPC : Dictionnaire des cancers - Bernard Hœrni - Préface du Pr Maurice Tubiana - 3e édition - Editins Frison Roche - consultable sur www.fnclcc.fr



Les manipulateurs d'électroradiologie ont été, à ma connaissance, officialisés seulement en 1967, alors que 60 ans plus tôt M. Bergonié les appelait de ses vœux en formant des infirmières qui, une fois formées, étaient mutées pour aller dans un autre service pour faire autre chose.

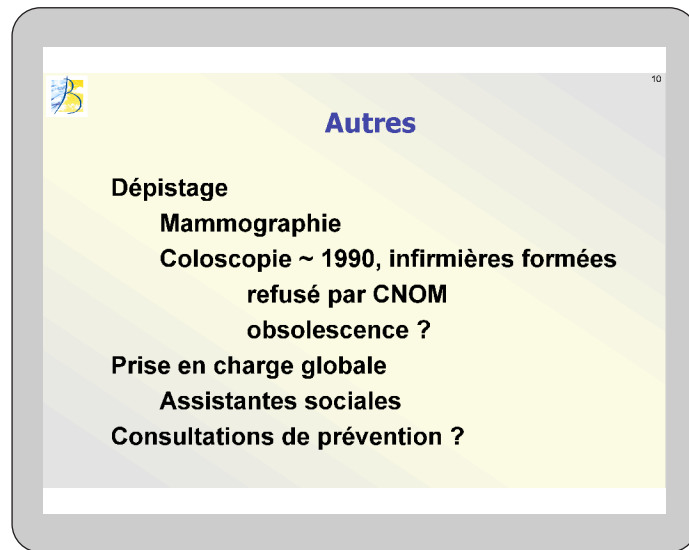
Cette profession a été aménagée par l'Ordonnance du 1^{er} mars 2001 et complétée par des techniciens supérieurs d'imagerie médicale et de radiologie thérapeutique.

Je cite le Code de la santé publique, avec des équivalences de titres européens et toute une série de diplômes, certificats et brevets.



La chimiothérapie anti-cancéreuse se faisait, à nos débuts, au cabinet du médecin généraliste. Cela a donné lieu ensuite à toutes sortes d'organisations, jusqu'à ce qu'apparaissent, à partir de 1988, les oncologues médicaux.

En 1992-1993, les infirmières ont été formées spécialement à la chimiothérapie, et plus récemment sont apparues les unités de reconstitution de chimiothérapie et les pharmaciens, qui doivent contrôler ce qui est prescrit, tout cela dans des établissements agréés pour pratiquer la cancérologie, comme il en existe d'autres pour la génétique, les transplantations, la chirurgie esthétique, etc...



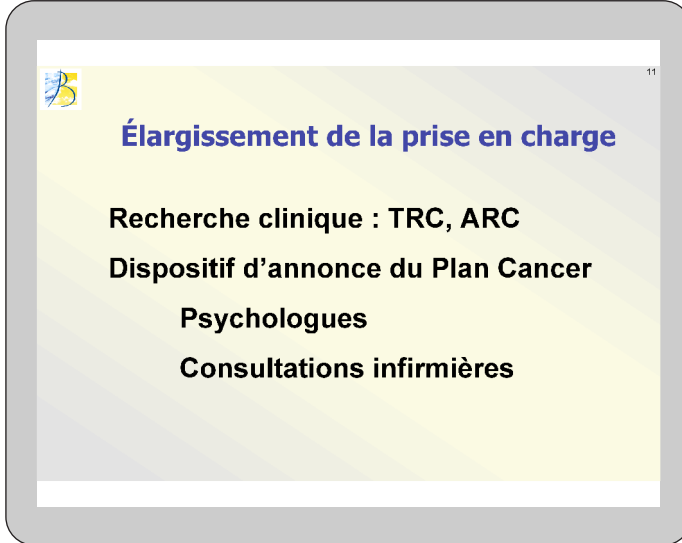
D'autres activités existent, comme le dépistage. N'avons-nous pas tous dans notre voisinage des manipulateurs d'électroradiologie qui ne font plus que des dépistages mammographiques, dont on peut se demander ce qu'ils deviendront le jour où l'on ne fera plus de mammographies, ce qui n'est pas totalement exclu ?

Guy Vallancien a évoqué la délégation d'actes. En 1990, j'ai été frappé par des publications anglo-saxonnes indiquant que des infirmières étaient formées en six mois pour effectuer des coloscopies, avec des résultats validés, évalués et supérieurs à ceux enregistrés pour celles faites par des médecins.

Comme vous pouvez l'imaginer, je me suis heurté à un refus massif du CNOM, qui m'a rétorqué qu'une coloscopie ne pouvait pas être faite autrement que par un gastro-entérologue ayant fait 10 à 12 ans d'études.

Devant cette opposition massive, j'ai abandonné, et je me demande aujourd'hui si, dans d'autres pays, des techniciennes de ce genre ont été formées, ce qu'elles deviendront quand on ne fera plus de coloscopies de dépistage, ce qui est quasiment imminent.

La prise en charge globale fait intervenir d'autres professions, sachant que les assistantes sociales étaient inscrites dans l'Ordonnance du 1^{er} octobre 1945 fondant le statut actuel des centres de lutte contre le cancer, qui devaient tous en compter deux, et on peut imaginer des consultations de prévention ne relevant pas forcément d'un médecin.



11

Élargissement de la prise en charge

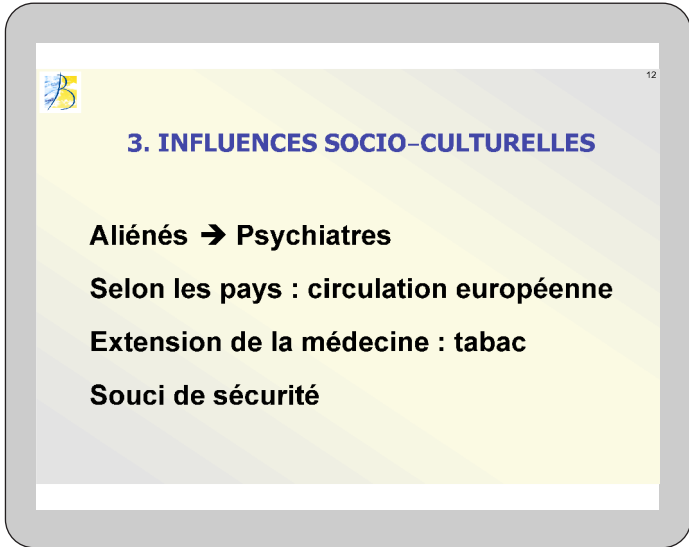
Recherche clinique : TRC, ARC

Dispositif d'annonce du Plan Cancer

Psychologues

Consultations infirmières

L'élargissement de la prise en charge a fait émerger des professions tout à fait nouvelles pour la recherche clinique, comme des techniciens ou assistants de recherche clinique. Dans le cadre des dispositifs d'annonce du Plan Cancer, interviennent des psychologues, et il existe maintenant de plus en plus de consultations infirmières.



12

3. INFLUENCES SOCIO-CULTURELLES

Aliénés → Psychiatres

Selon les pays : circulation européenne

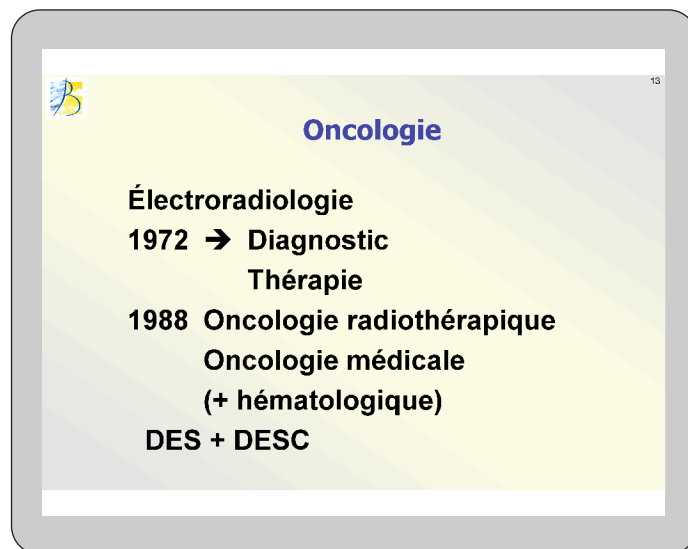
Extension de la médecine : tabac

Souci de sécurité

3 - Le contexte socio-culturel

J'en arrive aux **influences socio-culturelles**. Après l'épidémiologie et la technique, le contexte a fait que les premiers spécialistes médecins ont été des psychiatres, le jour où notre société a consenti à reconnaître que les aliénés méritaient peut-être mieux que d'être enfermés, avec des variations, selon les pays, favorisées par la circulation européenne.

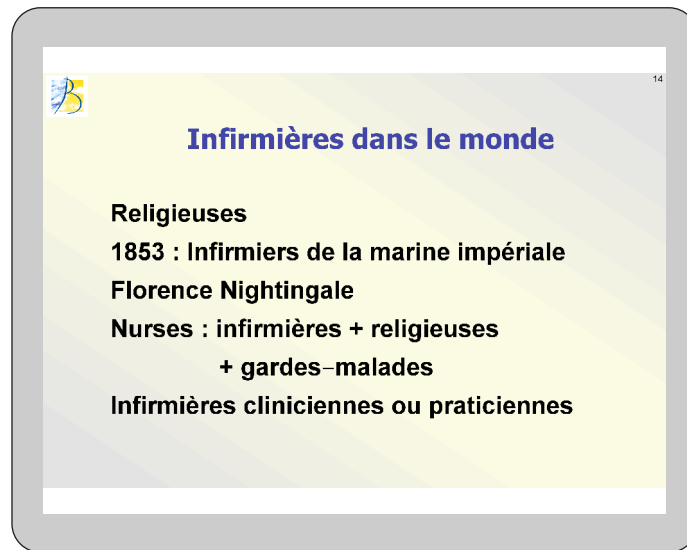
On a assisté à l'extension de la médecine. Par exemple, un médecin généraliste voit, parmi 20 malades, un tiers de fumeurs, donc un tiers de personnes à qui il faut parler de tabac, dont quelques-unes qu'il faut prendre en charge très spécifiquement.



En 1972, l'électroradiologie a été divisée entre le diagnostic et la thérapie, et en 1988, elle a donné naissance à l'oncologie médicale, l'accouchement n'ayant pas été dystocique.

Actuellement, elle est complétée par l'oncologie hématologique, avec des DES d'oncologie, les DESC correspondant à des compétences qui viennent se greffer sur une autre spécialité.

Le système est souple, susceptible d'évoluer, et, me semble-t-il, assez pragmatique. Un pneumologue cancérologue est susceptible de devenir spécialiste d'oncologie médicale, et il existe beaucoup d'autres exemples.



Les infirmières ont, dans le monde, d'abord été des religieuses. Le premier corps infirmier laïque a été celui de la Marine impériale en France, en 1853. Tout le monde connaît Florence Nightingale.

En 1902, dans un article des archives d'électricité médicale, un médecin de Nantes (un certain Stéphane Leduc) parle des nurses en disant que c'est intraduisible parce qu'elles sont à la fois des infirmières, des religieuses, des gardes-malades et beaucoup mieux que ces trois catégories.

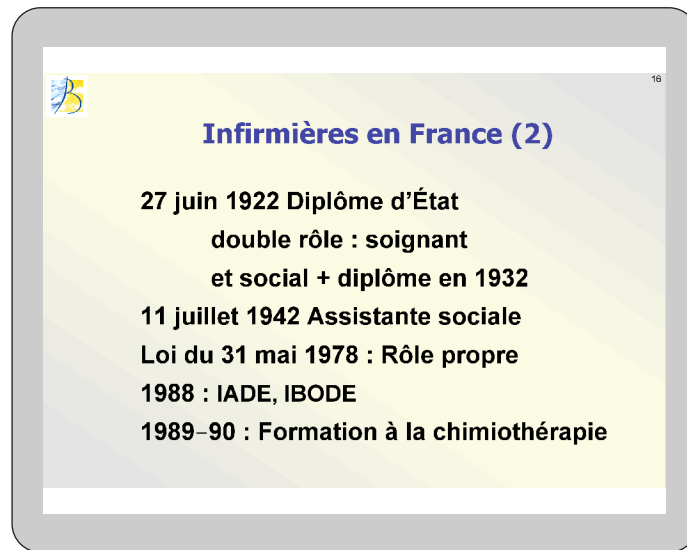
Aujourd'hui, dans les pays anglo-saxons, des infirmières cliniciennes privilégient la relation en tête-à-tête - si l'on peut dire - avec le malade, et des praticiennes piquent, ponctionnent, posent des tuyauteries, injectent des médicaments, etc...



En France, la loi de séparation des Eglises et de l'Etat de 1905 a été un élément très important pour favoriser l'apparition d'infirmières laïques, qu'il fallait préparer pour la guerre qui s'annonçait.

Pendant la Grande Guerre, elles ont connu un développement important qui a quasiment obligé, en 1922, à reconnaître un diplôme d'état d'infirmier.


C'est le 27 juin 1922 que ce décret qui fonde le diplôme d'état, en donnant aux infirmiers et infirmières un double rôle, soignant et social, qui a fait l'objet d'un diplôme particulier en 1932 et qui finalement a abouti à un éclatement du rôle d'infirmière, puisque le 11 juillet 1942 a été créée la profession d'assistante sociale, qui a, en quelque sorte, dépouillé les infirmières du rôle social qu'elles avaient précédemment.



La loi du 31 mai 1978 leur a donné un rôle propre, c'est-à-dire la possibilité de faire des actes sans avoir besoin de passer par la prescription d'un médecin.

Les IADE et les IBODE sont apparus en 1988, et, en 1989-1990, la formation à la chimiothérapie a été décrétée et organisée.

Aux Etats-Unis, il existait en 2005 - c'est le chiffre le plus récent que j'ai pu trouver - un peu plus de 19.000 « *oncology certified nurses* » de base, et 1.500 « *avancées* », c'est-à-dire ayant suivi une formation supplémentaire en cancérologie.



**Infirmières aux États-Unis
(2005)**

19.132 Oncology Certified Nurses “de base”
1.514 Oncology Certified Nurses “avancées”


Deux certificats spécialisés :

- Advanced Oncology Nurse Practitioner**
- Advanced Oncology Clinical Nurse Specialist**

Oncology Nursing Society : 32 000 membres

Il existe deux certificats spécialisés, pour les *practitioners* et les *clinical*, l'Oncology nursing society comprenant 32.000 membres. Pour faire une comparaison avec la France, je ne pense pas que 5.000 infirmières émargent à la Société d'infirmières de cancérologie française.

Nous avons assisté à une valorisation des infirmières, qui, quand elles sont en formation sont non plus des élèves mais, depuis quelques années, des étudiantes.



Divers

Valorisation des Infirmières

Physician Assistants

Counsellors

**Échographie par médecins
ou manipulateurs**

Aux Etats-Unis, il existe des *physician assistants* (des assistants de médecins) qui préparent et prolongent l'activité essentielle des médecins. On ne sait pas si ce sont des « mini-médecins » ou des « super infirmières » ; ce n'est pas tout à fait le même métier.

Les *counsellors* commencent à apparaître en France via les sociétés d'assurances pour guider des malades qui sont parfois un peu perdus dans le maquis de l'organisation de la santé.

De même, certaines questions (comme pour l'échographie) ne peuvent pas être traitées, en France, autrement que par des médecins imagiers, alors qu'aux Etats-Unis elles le sont - très bien - par des manipulateurs. Je n'ai pas étudié les raisons de ces discordances, mais on peut les imaginer assez facilement.

4. INFLUENCES PERSONELLES

Bergonié (+ d'Arsonval)
Médecin physicien + électricien
Électroradiologie
Écartant les physiciens

**Berlin 1905 : "L'emploi des rayons Röntgen
chez l'homme est uniquement du ressort
médical".**

Radiologues "assistants" de chirurgiens

4 - Influences personnelles

Les influences personnelles, par lesquelles je terminerai, me paraissent encourageantes. En effet, nous ne sommes pas dans un système qui avance coûte que coûte et broie les initiatives individuelles.

Il est encore possible d'influencer les évolutions si nous nous en donnons les moyens. A cet égard, je partage l'avis donné tout à l'heure sur le fait que les médecins ne savent malheureusement pas très bien se donner les moyens d'évoluer. Je ne parle pas particulièrement de la cancérologie.

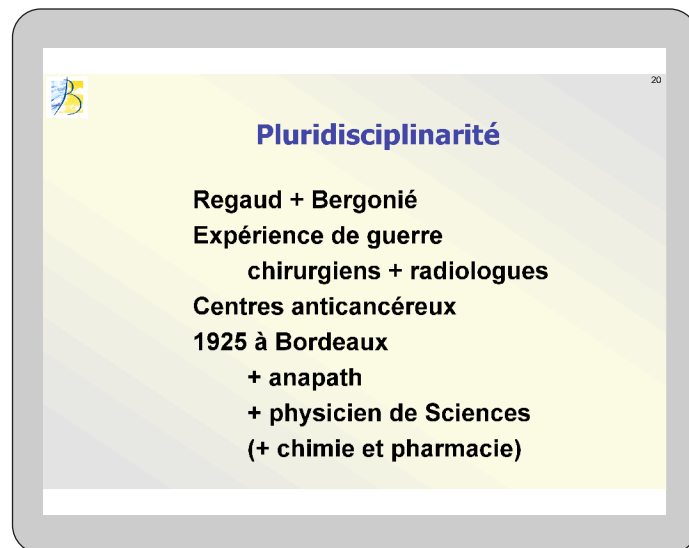
Les médecins physiciens sont devenus des médecins électriciens sous l'influence de Jean Bergonié, qui a annexé l'électroradiologie.

Elle a eu beaucoup de mal à être acceptée pour deux raisons : parce que d'une part les physiciens et d'autre part les photographes voulaient faire les radiographies, et parce que les autres médecins ne voulaient pas voir apparaître de nouveaux spécialistes qui les concurrenceraient.

De même, quand les cancérologues se sont un peu émancipés, nous nous sommes heurtés à des oppositions massives de tous les spécialistes, qui ne voyaient pas pourquoi des cancérologues étaient nécessaires ; et certains n'ont toujours pas compris.

Lors du Congrès du 10^{ème} anniversaire de la découverte de Röntgen, en 1905, à Berlin, il a été dit que l'emploi des rayons Röntgen chez l'homme était uniquement du ressort médical.

Il faut cependant relire - comme je l'ai fait récemment pour d'autres raisons - le compte rendu des discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine en 1906-1907 pour voir à quel point cette observation a eu du mal à s'imposer.



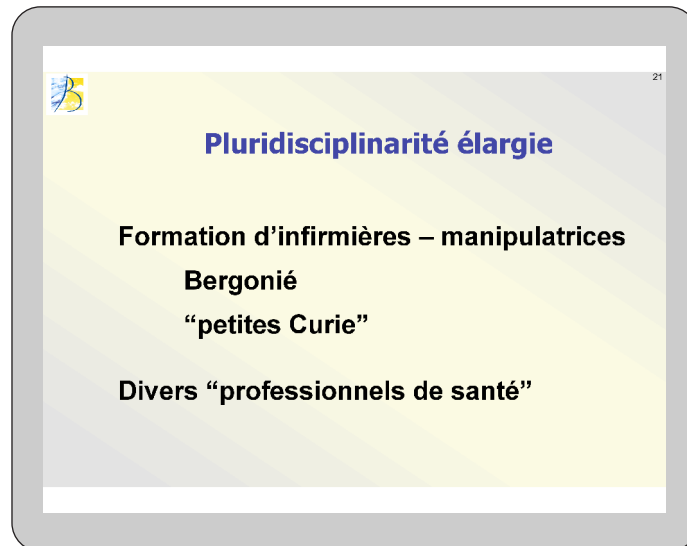
Il a fallu attendre la fin de la guerre pour que l'électroradiologie soit reconnue, d'abord par les militaires, qui ont été évoqués ce matin. Il est dommage que notre radiothérapeute soit parti.

Les chirurgiens les plus malins flairant que la radiologie pouvait être intéressante, ont fait appel - comme cela a été dit - à des mercenaires pour celle-ci, les diagnostics ou la curiethérapie.

La guerre a obligé les chirurgiens et les radiologues à travailler ensemble et leur a appris que c'était possible sans conflit permanent.

Les centres anti-cancéreux sont apparus, avec une grande diversité, en 1923 à Bordeaux.

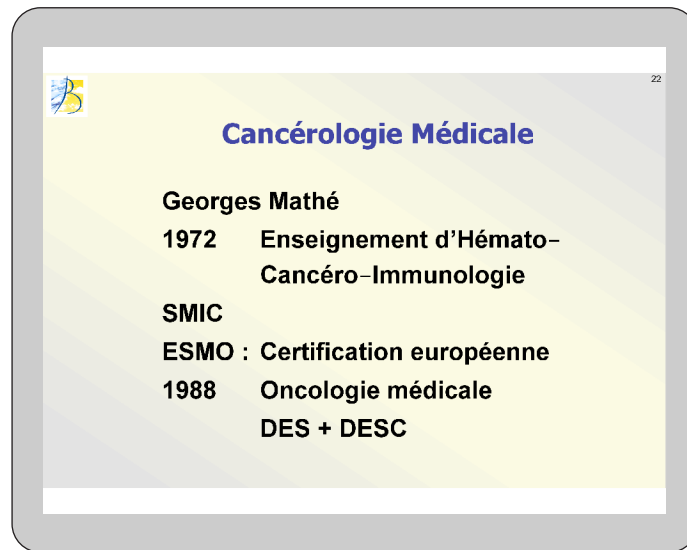
En dehors d'un chirurgien et d'un radiologue, ils comptaient un anapath et un physicien pour les installations techniques (qui était un professeur de physique des sciences). Cette organisation a, 10 ans plus tard, été complétée par un biologiste pour la chimie et la pharmacie.



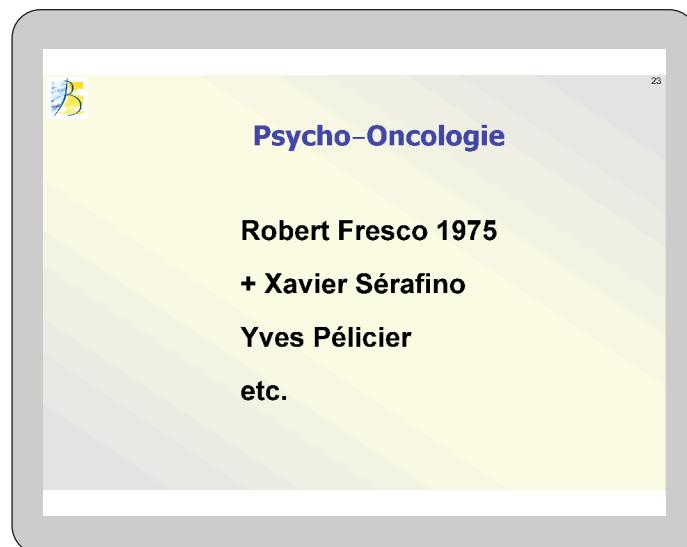
La pluridisciplinarité a été élargie, notamment avec les formations d'infirmières manipulatrices, pour commencer. Elles ont été formées par Mme Curie, qui n'était ni médecin ni radiologue.

Elle a formé des infirmières pour qu'elles effectuent des radiographies au moyen de petites Curie, qui étaient des voitures équipées d'installations qui pouvaient s'approcher du front pour radiographier les blessés.

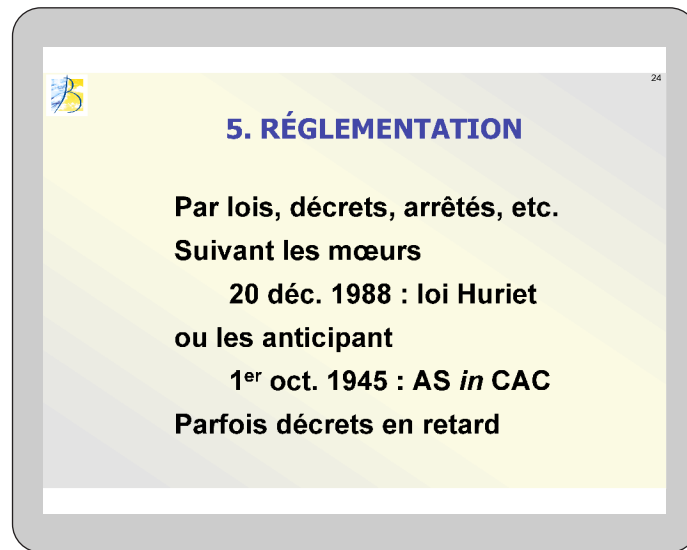
L'expression « *professionnels de santé* » est apparue dans la loi du 4 mars 2002, le rôle que j'ai joué dans son accouchement m'ayant été fort préjudiciable.



Concernant la cancérologie médicale, je ne pouvais pas ne pas évoquer le souvenir toujours présent de Georges Mathé, qui a introduit au ministère un conseiller d'enseignement d'hémo-cancéro-immunologie, en 1972, et qui a été à l'origine de la fondation de la *Société de médecine interne cancérologique*, qui a donné naissance, par la suite, à l'*European society of medical oncology*, qui donne une certification européenne pour d'autres pays où cette spécialité n'existe pas.



La psycho-oncologie a été fondée en 1975 à Marseille par Robert Fresco, le Directeur du centre Xavier Serafino, le psychiatre Yves Pelicier ayant par la suite joué un rôle important.



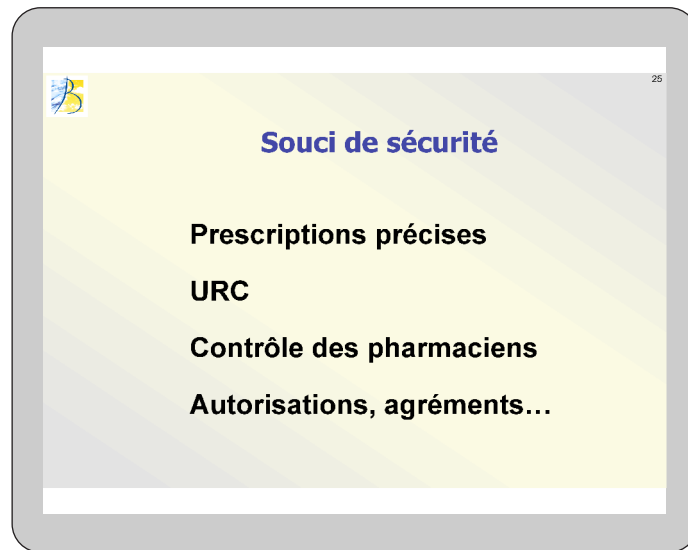
5 - Les réglementations

Enfin, tout cela se termine par les réglementations, qui sont indispensables et peuvent suivre les mœurs.

Les oncologues, qui par l'intermédiaire d'organisations européennes étaient largement engagés dans des recherches cliniques bien conçues, bien faites et bien suivies, ont été, moins que d'autres, choqués par la loi Huriet relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale du 20 décembre 1988.

Elle a été, un peu comme le décret d'anesthésie, très traumatisante pour beaucoup de médecins, mais un peu moins pour les oncologues. Elle se montre aujourd'hui extrêmement positive, même indispensable, et a beaucoup fait évoluer les mœurs, car la France n'était pas en avance.

Les « anticipants » sont les assistantes sociales dans les centres anti-cancéreux, du fait de l'ordonnance d'octobre 1945, et certains décrets sont en retard, comme ceux qui traînent actuellement pour valider en France la formation d'abord et la pratique ensuite de l'ostéopathie et des chiropracteurs, qui étaient justement incluses dans la loi du 4 mars 2002.

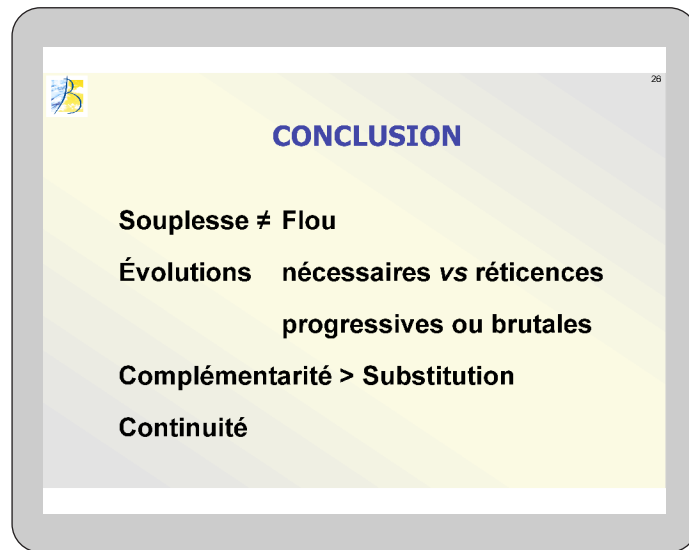


Les prescriptions sont précises. J'ai en tête une prescription à la volée, au cours d'une visite, à une infirmière à laquelle il avait été dit qu'elle devait administrer au malade tant de milligrammes d'iphosphamide. Elle ne connaissait que le cyclophosphamide et a failli le tuer.

Cela passe aujourd'hui par des signatures, des autorisations, et toutes sortes de précautions tout à fait indispensables à la sécurité que tout le monde revendique à juste titre.

Les unités de reconstitution de chimiothérapies (URC) offrent des sécurités plutôt pour les infirmières, qui par conséquent n'en préparent plus comme elles ont appris à le faire il y a 12 ou 15 ans.

Les pharmaciens contrôlent, et les établissements sont soumis à des autorisations, agréments, certifications et accréditations par rapport auxquels les centres de lutte contre le cancer ont été un peu en avance en matière d'obligations réglementaires.



En conclusion, il me paraît souhaitable de garder un peu de souplesse pour faire évoluer la situation, dans une optique dynamique et dans le cadre d'un changement permanent.

Cette souplesse ne doit pas aboutir à un flou dont des personnes indélicates savent parfois profiter. Ces évolutions sont absolument nécessaires, même si elles sont confrontées à des oppositions violentes ou au moins à des réticences.

Faut-il qu'elles soient progressives ou brutales ? Les deux sont quelquefois nécessaires.

La complémentarité des nouveaux métiers est beaucoup plus importante que la substitution. Plusieurs études menées aux Etats-Unis il y a 4 ou 5 ans ont montré que les nouveaux métiers ne réduisaient pas les anciens à la misère, et je pense qu'aucun d'entre vous n'a été réduit à la misère du fait de l'intervention de manipulateurs en électroradiologie.

Tout cela devrait idéalement s'établir dans une certaine continuité, qui ne sera au mieux assurée qu'avec une prospective d'excellente qualité et une volonté d'en tirer les conséquences.

Je vous remercie.

(Applaudissements)

Débat

M. Gérard PARMENTIER. - Comment voyez-vous la suite de cette évolution ?

Pr Bernard HCERNI. - Des cercles cancérologiques organisent des consultations infirmières institutionnalisées. Je ne sais pas si c'est tout à fait légal, mais cela se fait de plus en plus, sachant que des registres du cancer ont été tenus dans l'illégalité pendant 20 ans.

De nouveaux métiers apparaissent aussi en radiothérapie, domaine que je connais moins bien que la plupart d'entre vous, pour la préparation. J'ai parlé des physiciens, mais il y a aussi tous ceux qui préparent le matériel radioactif, les caches, etc...

Tout cela me paraît devoir être expérimenté et évalué. La loi de 2004 établit clairement que les expérimentations de collaborations entre les médecins et les professions paramédicales sont fortement encouragées, seront évaluées et que l'on en tirera les conséquences.

Je pense qu'il faut innover mais que l'innovation ne doit pas être lâchée librement. Il faut, comme dans un protocole de recherche, déterminer ce que l'on va faire, comment, et s'en donner les moyens. Des organisations comme les PHRC ou les STIC, selon les cas, peuvent y aider.

Il faut ensuite évaluer, ce qui débouche toujours forcément, dans certains cas, sur des échecs.

Par exemple, quand la streptomycine est apparue, on faisait, depuis 24 ans, des sels d'or pour traiter la tuberculose, sans savoir si cela fonctionnait, alors que l'on aurait pu s'en dispenser.

Aujourd'hui, on ne peut plus se permettre de pérenniser des attitudes infondées ou insuffisamment évaluées, et l'on ne peut qu'y gagner en évaluant ce que l'on fait, en rejetant ce qui ne fonctionne pas, et au contraire en allant dans le sens de ce qui fonctionne.

Un célèbre radiothérapeute mort l'an dernier à l'âge de 100 ans, qui est, si je me souviens bien, à l'origine de lois de radiobiologie, disait que pour avoir de bonnes idées il faut en avoir beaucoup, les tester et retenir celles qui fonctionnent.

M. Didier PLUCHON. - Je représente ici un industriel de l'imagerie médicale qui s'intéresse beaucoup à l'oncologie et à la cancérologie.

La recherche et le développement sont très importants dans l'imagerie, notamment dans la lutte contre le cancer, comme cela a été dit ce matin. Or, nous constatons qu'il est plus difficile aujourd'hui, pour les industriels, de trou-

ver des partenariats, des collaborations et des projets de développement dans le milieu libéral et privé que dans le milieu public ou universitaire.

Dans la mesure où le privé est complètement impliqué dans les cancérologues et dans la recherche contre le cancer et où il participe à tous les événements, ne trouvez-vous pas que c'est préoccupant ? Pensez-vous que cela peut s'améliorer ?

Je précise que, dans le domaine de l'imagerie, les publications sont intéressantes pour les industriels.

Dr Bernard COUDERC. - C'est un sujet qui nous tient à cœur puisque nos Rencontres ont été, il y a deux ans, consacrées à la recherche. Le Plan Cancer prévoit qu'il faut arriver à un taux d'inclusion de 10 % des patients dans la recherche clinique, qui fait pour moi partie intégrante de l'exercice quotidien de la cancérologie. On ne peut pas ne pas aller dans ce sens.

Des efforts sont faits pour inclure des patients dans la recherche clinique avec la mise à disposition d'attachés de recherche clinique, etc..., il faut poursuivre et encourager les changements culturels dans le secteur privé en se donnant les moyens de le faire.

Quant aux industriels, je comprends que vous soyez surpris, mais nous savons bien qu'ils préfèrent s'adresser aux Universitaires de la cancérologie quand il faut promouvoir un produit. On peut comprendre aussi que, dans le rapport que nous avons au malade, il est souvent difficile de dire à celui qui se confie à nous que nous allons l'inclure dans un essai clinique, car, en général, il n'est pas venu nous voir pour cela.

Nous avons de gros progrès à faire et cela demande beaucoup de pédagogie. C'est pour moi un chantier extrêmement important. Vous avez raison de le souligner. Dans le privé, nous allons, je l'espère, prouver notre capacité à réagir rapidement dans ce domaine.

M. Gérard PARMENTIER. - Je voudrais simplement rappeler que le premier appel à projets qui a été lancé sur la question de la recherche (avec le financement d'attachés de recherche clinique) sera clos le 30 janvier. Nous avons quelques angoisses dans la mesure où nous ne voyons pas le terrain bouger. Il faut absolument s'y mettre.

Dr Bernard COUDERC. - Les débats ont été intéressants, tout ce que j'ai entendu m'encourage à rester fidèle à **la conception que j'ai de mon métier.**

J'ai été formé en radiothérapie et en oncologie médicale, et je me considère comme un oncologue médical qui fait aussi, et habituellement, de la radiothérapie. Cela ne m'empêche pas de considérer le métier d'oncologue médical. Il est d'un apport très important au groupe de radiothérapie dans lequel j'ai l'habitude de travailler, les oncologues médicaux étant de plus en plus souvent in-

tégrés aux groupes d'oncologues radiothérapeutes. C'est la solution pour accélérer leur **reconnaissance**, car c'est historiquement autour des plateaux techniques en radiothérapie que s'est organisée, en France, la cancérologie.

L'**articulation** avec les autres spécialités, en particulier la chirurgie oncologique, ne peut être effective que dans la pluridisciplinarité. Les RCP en sont l'exemple. Elles débouchent toujours sur une proposition thérapeutique. Celui ou celle qui a la responsabilité de sa mise en œuvre doit s'inscrire dans l'exercice d'un art alliant conception, recherche, essais cliniques, réalisation et résultats.

Celui ou celle qui a la responsabilité de leur mise en œuvre doit s'inscrire dans l'exercice d'actes alliant conception, réalisation et résultat, et... évaluation. Il faut savoir se concerter, surtout pour la mise en œuvre de protocoles de recherche ou d'associations thérapeutiques. L'**ouverture** à de nouvelles fonctions et à de nouveaux métiers de soignants doit pouvoir nous y aider, et j'espère que la délégation d'actes va pouvoir se développer dans l'avenir.

Nous sommes des médecins entrepreneurs, ce qui est une charge importante.

Nous avons évoqué les nouveaux moyens qui sont autant d'impératifs. Les dispositifs d'annonce, la fiche informatisée de RCP, le DCC, la formalisation de programmes personnalisés de soins, les procédures et les cahiers des charges édités par nos Tutelles ("*les Tutelles tuent-elles ?*" s'interroge Henri Vaccuin) ne doivent pas, pour moi, effacer les vertus du colloque singulier ni nous faire oublier notre **responsabilité** de dire au patient, considéré dans sa globalité et dans son milieu, ce que nous pensons être pour lui la meilleure conduite thérapeutique.

Comme l'intervention de M. Vallancien le montre, je pense que nous avons un bel avenir dans les sciences humaines dans la mesure où les robots vont bientôt nous remplacer en totalité.

Je sais qu'il est actuellement de bon ton de laisser le choix au malade seul, mais je dirais, pour ma part, « au malade esseulé ». Ce n'est pas ma conception.

Pour ce patient qui se confie à nous pour le meilleur et pour le pire, gardons la vision humaniste du rôle de médecin. Cela est certes difficile dans le contexte actuel de contraintes techniques, de charges de plus en plus lourdes, de démographie médicale préoccupante et parfois de "burn out", mais c'est, après tout, ce qui fait la grandeur de notre métier.

Je vous remercie tous pour la qualité des interventions et pour votre présence à tous. A l'année prochaine, et tous mes vœux pour l'année qui vient.

(Applaudissements)

La séance est levée à 17 h 20.

- III -

DOCUMENTATION

Documents n° 1 : Quelques documents concernant l'Oncologie-radiothérapie :

- 1.1 **SFRO : Proposition d'équipements pour un plateau technique de radiothérapie type « standard »** Version du 19 décembre 2006.
- 1.2 **Extrait du livre des actes des Rencontres 2006** (pp. 49 à 51) - Discours d'ouverture - Intervention du Dr Daniel Nizri (Cabinet du Ministre)
- 1.3 **Lettre de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée à M. J.-M. Spaeth** au sujet de l'arrêté du 22 septembre 2003 remettant en cause la conception du métier d'oncologue
- 1.4 **Lettre de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé au Dr Francis Lipinski, Président du SNRO**, à l'occasion des Rencontres de l'UNHPC du 12 janvier 2007

Documents n° 2 : Quelques documents concernant l'Oncologie médicale :

- 2.1 **G. Auclerc, F. Bürki : La formation médicale en cancérologie libérale** - Article à paraître dans la revue *Oncologie*
- 2.2 **Lettre de M. F. Van Rookeghem aux Présidents du SFOM et du SNRO** (14-12-2006)
- 2.3 **Dépêche APM du 7 novembre 2006** - Titre : *Rémunération de la chimiothérapie : les oncologues médicaux accusent la CNAMTS de laisser "pourrir" la situation*
- 2.4 **Lettre des Présidents du SFOM et du SNRO à M. F. Van Rookeghem** (2-11-2006)
- 2.5 **Problématique « Oncologie médicale » en 2006**, Dr Franck Bürki Président du SFOM - 20 mars 2006 - Ce document a été signé de l'ensemble des organisations de la Plateforme de la cancérologie libérale et hospitalière privée et par la FFOM
- 2.6 **Lettre de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé au Dr Franck Bürki, Président du SFOM**, à l'occasion des Rencontres de l'UNHPC du 12 janvier 2007

Documents n° 3 : Quelques schémas pour aider à la réflexion :

- 3.1 **Qu'est-ce qu'un métier ?** - Quelques schémas pour illustrer et soutenir la réflexion ...

- 3.2 **Les nomenclatures traduisent-elles des conceptions différentes d'un même métier ?** - Schémas UNHPC (Décembre 2006)
- 3.3 **Qu'est-ce qu'un métier ?** - Michèle Descolonges - Paris, PUF, 1998
- 3.4 **Le "métier" de chirurgien. Deux approches parmi d'autres ...** - Selon Yves Chapuis, Président de l'Académie nationale de Chirurgie et selon la campagne publicitaire du Ministère (Octobre 2006) : "les métiers hospitaliers - des professions au service de la vie".
- 3.5 **Les métiers hospitaliers - Des professions au service de la vie** : Le Ministère de la Santé et des Solidarités lance une campagne nationale de valorisation des métiers hospitaliers.
- 3.6 **Indépendance - Métier - Statut...** : Les "trois figures de la liberté" de Philippe d'Iribarne
- 3.7 **La Direction d'un établissement de santé** : typologie ou âges d'une "fonction" encore largement en devenir ?
- 3.8 **Qualité médicale** : influence de l'environnement **sur la qualité** : modèle général - National Academy Press 2000
- 3.9 **Qualité médicale** : la médecine évolue ...
- 3.10 **Qualité médicale** : maladie aigüe - maladie chronique
- 3.11 **Qualité médicale** : le système de tarification
- 3.12 **Qualité médicale** - Figures du soin : trois figures du respect
- 3.13 **Assurance maladie : la preuve par neuf** - Réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie - Gilles Johanet ; Commentaire Volume 29/N° 116 - Hiver 2006-2007, pp. 981-992
- 3.14 **La décision médicale** selon Martin Buxton
- 3.15 **Cartographie des métiers de l'intelligence économique** - Annexe à la liste des métiers et des compétences de l'intelligence économique - Septembre 2006 - réalisée par l'ADBS

Documents n° 4 : Pr Yves Matillon : documents supports de l'exposé :

- 4.1 **Rapport de mission** - Pr Y. Matillon - Mars 2006 : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales
- 4.2 **Dossier de presse** relatif à la parution de ce rapport
- 4.3 **Nouvelle lettre de mission** envoyée au Pr Matillon par Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, en date du 10 juin 2006

- Documents n° 5 : Pr Roland Bugat** : document support de l'exposé :
- 5.1 **Dépêche APM du 19 décembre 2006** : Titre : *Collaboration entre l'INCa et l'Observatoire de la démographie des professions de santé*
- Documents n° 6 : Rapport présenté par le Pr Yvon Berland** :
- 6.1 **Le "Rapport Berland"** : Mission « Démographie médicale hospitalière »
- 6.2 **Dossier de presse** relatif à la parution de ce rapport
- Documents n° 7 : Dr Guy Bazin** : document support de l'exposé :
- 7.1 **Le métier d'anesthésiste-réanimateur peut-il évoluer ?** - Dr Guy Bazin - Nantes, le 25 mai 2007
- Documents n° 8 : Pr Guy Vallancien** : documents supports de l'exposé :
- 8.1 **Actualité - Opinions : Offrons à tous les Français l'accès à une chirurgie d'excellence**, par Guy Vallancien, François Aubart, Jacques Domergue, Philippe Cuq, Henri Guidicelli, chirurgiens, membres du bureau du Conseil national de la chirurgie - Le Figaro du 27 décembre 2006
- 8.2 **CNC 4-5-2006 : Rapport du groupe de travail - L'évaluation de la chirurgie oncologique et les seuils d'activité**
- Documents n° 9 : Pr Bernard Hørni** : document support de l'exposé :
- 9.1 **Réglementation de la pratique médicale clinique - Perspectives évolutives ; gestions hospitalières** - Avril 2004, n° 435, pp. 256-262
- Documents n° 10 : Quelques études récentes de la DREES** :
- 10.1 **Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé** - Nicolas Jouin - Loup Wolff, n° 64 - Octobre 2006
- 10.2 **La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004**. Une application de la méthode des régressions quantiles - Anne-Laure Samson, n° 62 - Août 2006
- 10.3 **De « faire médecine » à « faire de la médecine »**. Sous la direction scientifique d'A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa, n° 53 - Octobre 2005
- 10.4 **Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés** (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie). Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Vega Anne, n° 51 - Juin 2005

- 10.5 **Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux.** Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (4/5). Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller. Avec la participation d'Anne-Marie Arborio (Lest), n° 50 - Juin 2005

Documents n° 11 : Trois livres récents :

- 11.1 **Petite philosophie de la chirurgie** - Philippe Hubinois
11.2 **Le métier de médecin - Entre utopie et désenchantement** - Vannotti Marco
11.3 **La crise des professions de santé** - Collectif (sous la direction de Jean de Kervasdoué)

Documents n° 12 : Quelques articles supplémentaires :

- 12.1 **Exercice libéral : comment sortir de la déprime ?** - *Bulletin de l'Ordre des Médecins* n° 10 - décembre 2006
12.2 **La passion impossible de l'égalité ceras**, Philippe D'Iribarne - *La Revue Projet*, Réformer sans modèle, n° 295, novembre 2006
12.3 **La légitimité au quotidien, l'idéologie dans le discours managérial**, Patrick Smets. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales auprès de la Faculté des sciences sociales, politiques et économiques de l'Université Libre de Bruxelles sous la direction du Professeur Alain Eraly. Année académique 2004-2005. Téléchargeable sur : <http://student.ulb.ac.be/~psmets1/these.html>. Chapitre 3 - Légitimité et organisations, Le métier
12.4 « **Les Tutelles tuent-elles ?** », Henri Vacquin. *Le Monde Initiatives* - Octobre 2003, Arguments & réflexions, p. 27
12.5 **Il faut revoir le contenu du métier de médecin**, Gilles Johanet (CNAM), propos recueillis par Agnès Bourguignon, *Le Quotidien du Médecin* du 30/10/2001
12.6 **The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy** - *J Natl Cancer Inst* 2007;99: 1171 - 7 jnci.oxfordjournals.org

Documents n° 13 : Documents complémentaires :

- 13.1 **Gouvernance de l'INCa** - Note de proposition préparatoire au Conseil d'Administration du 21 décembre 2006 - Contribution FHP-UNHPC
13.2 **Dépêche de presse APM du 21.12.06** titrant : *L'INCa se positionne comme une agence d'Etat.*

- 13.3 **Haute Autorité de Santé** - Communiqué de presse du 24 mai 2007 : **La Haute Autorité de Santé lance une enquête auprès de tous les professionnels de santé sur les nouvelles modalités de coopération.**

Documents n° 14 : Dépêches de presse APM relatives aux
Rencontres 2007

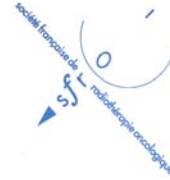
Documents n° 1

Quelques documents concernant l'Oncologie-radiothérapie

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants :

- 1.1 SFRO : Proposition d'équipements pour un plateau technique de radiothérapie type « standard »** Version du 19 décembre 2006
- 1.2 Extrait du livre des actes des Rencontres 2006** (pp. 49 à 51) - Discours d'ouverture - Intervention du Dr Daniel Nizri (Cabinet du Ministre)
- 1.3 Lettre de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée à M. J.-M. Spaeth** au sujet de l'arrêté du 22 septembre 2003 remettant en cause la conception du métier d'oncologue
- 1.4 Lettre de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé au Dr Francis Lipinski, Président du SNRO**, à l'occasion des Rencontres de l'UNHPC du 12 janvier 2007

1.1



M. BOLLA, Président

J.M. ARDIET

J. BOURHIS

B. CHAUVET, Trésorier

J. DROUARD

F. ESCHWEGE, Directeur Administratif

J.P. GERARD

G. KANTOR

C. LAFOND

O. LE FLOCH

F. LIPINSKI

P. MAINGON

P. MARTIN

J.J. MAZERON

F. MORNEX, Secrétaire Générale

Email : sfro@wanadoo.fr

Site Internet : www.sfro.org

PROPOSITIONS D'ÉQUIPEMENTS POUR UN PLATEAU TECHNIQUE

DE RADIOTHÉRAPIE TYPE « STANDARD »

Version du 19 Décembre 2006

Les différents types de matériel à acquérir pour constituer un plateau technique de radiothérapie externe peuvent être classés en trois catégories :

- appareils de traitement de radiothérapie externe
- équipements nécessaires à la préparation des traitements

- matériel de physique et de dosimétrie pour la métrologie des rayonnements et le contrôle de qualité des équipements

Un réseau technique reliant ces divers matériels aux 4 systèmes informatiques décrits au paragraphe 2.3 est indispensable.

Il convient en outre d'acquérir comme pour tout plateau technique, les équipements relatifs aux postes d'accueil, au secrétariat, et le dossier informatisé communiquant en réseau.

1 Appareils de traitement de radiothérapie externe :

Deux accélérateurs linéaires au moins, 3 ou plus si l'activité le justifie en respectant un maximum de 500 traitements par an et par accélérateur, avec un objectif à terme, souhaitable, de 400 traitements par accélérateur et par an. Il y a lieu d'insister sur les points suivants :

- A défaut de disposer de machines et de salles de traitement identiques, il est souhaitable que les machines soient « interchangeables » pour permettre une permutation de leur utilisation pour la majorité des traitements en cas d'arrêt de l'un des accélérateurs : panne, maintenance, contrôles...
- Les accélérateurs seront de type standard « dernière génération » et doivent produire des faisceaux de photons (RX) de 2 énergies différentes⁷ au moins (dont 1 supérieure à 15 MV et 1 inférieure ou égale à 6 MV) et des faisceaux d'électrons de 5 énergies différentes (dont 1 supérieure à 20 MeV et 1 inférieure ou égale à 6 MeV).
- Les accélérateurs seront équipés d'un collimateur multilames et d'un système d'imagerie de contrôle du champ d'irradiation (« *portal imaging* ») intégré. Ils doivent pouvoir accepter un système d'imagerie « embarquée » permettant le contrôle du positionnement et du mouvement de la tumeur nécessaire aux traitements délivrant des doses élevées. Il s'agit là d'une option onéreuse dont il faut préserver la possibilité d'installation et conseiller son implémentation d'origine.
- La réalisation pratique des traitements des patients nécessite une série d'accessoires (table de traitement avec plateau carbone et 3 mouvements asservis au minimum et possibilité d'asservissement ultérieur de 3 mouvements supplémentaires, lasers de repérage et de positionnement, moyens de contentions,

⁷ Par convention, les énergies s'expriment en MV (méga-volts) pour les RX et en MeV (méga-électrons-volts) pour les électrons.

vidéo surveillance, interphone, etc...) dont l'acquisition est obligatoire lors de l'achat de la machine.

2 Equipements nécessaires à la préparation des traitements :

Ces équipements comprennent :

- un dispositif de simulation au moins (simulateur, scanner dédié).
- et ou un accès au scanner au sein de l'établissement (à défaut de scanner dédié, présence indispensable d'un simulateur classique dans le service de Radiothérapie)
- un réseau sécurisé de transfert de données
- un logiciel de dosimétrie permettant la gestion des images, le contour des organes cibles et des organes à risque, la planification du traitement et le calcul de dose.

2.1 Simulateur

Le simulateur permet de réaliser une imagerie de la région à irradier dans les mêmes conditions géométriques que celles du traitement. La simulation du traitement a pour but de repérer les volumes cibles et les organes à risques et de préparer la balistique des champs d'irradiation.

L'évolution des techniques de radiothérapie, l'importance de l'imagerie en coupes dans le diagnostic des cancers et la préparation des traitements de radiothérapie, les délais d'accès à l'imagerie et l'application des principes de radioprotection et d'optimisation conduisent à privilégier lors du remplacement d'un simulateur l'acquisition d'un scanner dédié.

2.2 Scanner

Les principes de radioprotection et d'optimisation de la dose imposés par le Code de Santé Publique, nécessitent la connaissance en tout point des doses délivrées (plus particulièrement aux organes à risque) : dans cette perspective, l'accès à un scanner ou l'usage d'un scanner dédié devient obligatoire.

La « simulation virtuelle » à partir d'images scanner est indispensable pour réaliser une radiothérapie de précision.

Son caractère incontournable explique son développement rapide et conduit de nombreux services de radiothérapie ayant une activité importante à acquérir un scanner dédié, installé dans les locaux des services de radiothérapie.

A défaut, le centre de radiothérapie doit avoir accès à un service d'imagerie.

Le scanner mis à disposition pour la préparation des traitements de radiothérapie doit être impérativement sur le même lieu géographique que le service de radiothérapie, et si possible dans des locaux rapprochés (radiothérapeutes et radiophysiciens se rendent au scanner avec les patients pour la simulation). Le

centre de radiothérapie doit en outre avoir un accès sécurisé à l'image multimodale comportant l'IRM et le TEP scanner, ce d'autant que les consoles de planimétrie et de simulation virtuelle permettent aisément la fusion d'image

2.3 Systèmes informatiques

L'équipement informatique d'un service de radiothérapie est complexe et coûteux, tant au niveau des matériels que des logiciels.

Dans la configuration du plateau technique standard proposée ici, il faut prévoir 4 systèmes si possible compatibles et interconnectés :

1. système d'imagerie balistique et de contournage (2 stations de simulation et un poste de contournage par médecin) ;
2. système de dosimétrie et de calcul de dose (2 consoles de calcul au moins) ;
3. Système d'enregistrement et vérification des paramètres (Record and Verify) : une console par accélérateur, 2 pour la physique au moins ;
4. réseau dossier médical (1 poste pour l'accueil, 1 par secrétaire médicale, 1 pour le planning des traitements, 1 par médecin).

Ces postes doivent être agencés en réseau, en nombre suffisant, avec accès sécurisé aux différents programmes selon les postes : salle de physique et de dosimétrie, bureau de médecin, secrétariat, postes de traitement, simulateur...

Le système informatique principal (n° 2 ci-dessus) permet la planification et la définition des faisceaux: simulation virtuelle, optimisation de la balistique des traitements, calculs des distributions de dose. Il doit être connecté avec un système permettant l'archivage (soit PACS hospitalier, soit archivage de longue durée pour répondre aux obligations médico-légales).

A ce système est associé un système de transfert et de vérification des données vers les appareils de traitement (n° 3 ci-dessus).

Un réseau dossier médical (n° 4 ci-dessus), où le dossier du patient est informatisé et où la fiche de traitement de radiothérapie est intégrée, en liaison avec la facturation, et le codage des actes selon le PMSI et la CCAM.

3 Matériel de physique et de dosimétrie pour la métrologie des rayonnements et le contrôle de qualité des équipements

L'équipe de physique médicale (composée au moins d'un radio physicien, d'un technicien et d'un dosimétriste) doit disposer d'un matériel approprié pour effectuer l'étalonnage des faisceaux de photons et d'électrons et toutes les mesures dosimétriques nécessaires au contrôle de qualité des machines, des programmes informatiques, et du bon déroulement des traitements. Ce matériel doit être évolutif et permettre de s'adapter aux évolutions de la législation en matière de contrôles de qualité internes et externes. Cela suppose d'acquies :

- des détecteurs appropriés et les électromètres associés : divers types de chambres d'ionisation, détecteurs à semi-conducteurs pour la dosimétrie « in vivo »,
- des fantômes dits « équivalent-tissus » : fantômes solides et « cuve à eau » au minimum, fantôme anthropomorphe éventuellement.
- Les systèmes informatiques spécifiques associés à ces équipements.
- Un système permettant la dosimétrie in vivo.

Du matériel d'électronique et de l'outillage de « base » doivent être prévus pour les opérations de maintenance dites de « premier niveau » sur les machines (ne nécessitant pas l'intervention d'un technicien extérieur).

1.2



Extrait du livre des actes des Rencontres 2006 (pp. 49 à 51)

Discours d'ouverture

↳ *Intervention du Dr Daniel NIZRI (Cabinet du Ministre)*

Dr Daniel NIZRI. - Bonjour. Chers confrères et chers amis, M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, vous prie, en effet, d'excuser son absence ce matin. Il aurait aimé être présent mais l'actualité, en particulier virale⁸, le retient et il participe actuellement à une réunion organisée par le Premier Ministre. Il m'a demandé de le représenter et m'a autorisé à faire devant vous un très rapide point sur l'état d'avancement du Plan Cancer.

Avec 150.000 décès annuels, le cancer représente la première cause de mortalité prématurée en France. Pour lutter contre ce fléau, qui n'épargne aucune famille, le Président de la République a initié le Plan Cancer en mars 2003. En collaboration étroite avec l'Institut National du Cancer et avec l'aide du ser-

⁸ Note UNHPC : Premiers cas de grippe aviaire en Europe, en Turquie

vice du Ministère et des agences de l'Etat, nous mettons en place progressivement les 70 mesures de ce plan quinquennal.

Comme l'a rappelé le Ministre hier soir à l'occasion de la présentation de ses vœux aux forces vives de la Nation, nous accentuerons en 2006 nos efforts pour la prévention des cancers évitables et en particulier ceux en rapport avec les consommations de tabac et d'alcool pour la montée en charge des dépistages organisés des cancers du sein et colorectaux. Nous finaliserons également la réorganisation de l'offre de soins en cancérologie ainsi que l'accès à la recherche clinique et à l'innovation technique pour tous. Enfin, nous attachons la plus grande importance à la prise en charge globale des patients et de leurs proches au cours et au décours des traitements, et, en lien constant avec les associations, nous prendrons très prochainement des initiatives. Pour de nombreuses mesures du Plan, cette mise en place se fait en coordination avec l'Union Européenne dans le cadre de l'Alliance européenne contre le cancer, dont la première réunion s'est tenue à Paris le 13 décembre 2005.

Je souhaiterais revenir quelques instants sur la réorganisation de l'offre de soins en cancérologie. Elle doit se faire pour et autour des patients et leur garantir un accès aux soins et à l'innovation technique égal et permanent pour tous quels que soient le lieu et la structure de soins. La mise en œuvre des mesures 29 à 32 du Plan (réseaux et pôles de cancérologie, concertations pluridisciplinaires, centres de coordination en cancérologie, dossiers communicants cancer) et de la mesure 36 concernant les autorisations pour la pratique de la cancérologie doit permettre cette réorganisation. Elle doit se faire de façon dynamique, avec la participation active, sincère et efficace de tous les soignants en cancérologie, dans le respect des modes d'exercice de chacun, et nous serons attentifs à prévenir toutes les tentations hégémoniques.

Le secteur libéral a sa place, toute sa place, dans cette réorganisation, et je souhaiterais, avant de vous laisser travailler, évoquer la situation de l'oncologie-radiothérapie libérale, qui nous tient particulièrement à cœur. 60 % des 260.000 nouveaux patients cancéreux que nous prenons en charge chaque année bénéficient d'une irradiation réalisée à des fins curatives ou palliatives, et 60 % de ces patients irradiés le sont dans le cadre de l'exercice libéral.

Le respect de la nomenclature ne permet pas aujourd'hui, en dépit d'un premier rattrapage de 30 M€ en 2002, de poursuivre la relance des investissements et d'améliorer la qualité des plateaux techniques, c'est-à-dire, en clair, de respecter les objectifs du Plan.

Vos représentants ont attiré l'attention de M. Xavier Bertrand sur la situation de l'oncologie-radiothérapie libérale et le risque que cette situation fait prendre au Plan Cancer. Ils ont sollicité la possibilité de mettre en œuvre en radiothérapie et dans les structures à caractère libéral un recueil d'information mé-

dicalisé de type PMSI, sur le modèle de ce qui existe d'ores et déjà dans les secteurs hospitaliers publics et PSPH, de sorte de parvenir à terme à une description des activités qui soit identique.

Le Ministre a retenu cet argumentaire. En effet, une information de cette nature nous fournira une connaissance complète de l'activité de radiothérapie sur la base d'un modèle d'information commun entre tous les secteurs. Par ailleurs, il a pris acte de l'intérêt de faire converger des modalités de tarification sur un même champ dans les secteurs publics et privés libéraux.

Ce projet va nécessiter, pour être opérationnel, un examen attentif des conditions, notamment réglementaires, dans lesquelles pourraient s'inscrire ces évolutions, en particulier du fait du statut de vos structures. Par ailleurs, la mise en place opérationnelle doit être précédée par une expérimentation visant à la faisabilité du recueil d'informations au niveau des structures, ce qui justifie que soient analysés les divers sujets ayant trait à l'implantation du dispositif informatique, aux modalités de remontées d'informations à l'ATIH et au retour d'informations en direction des professionnels. Nous vous proposons donc que soit engagé un programme qui, au cours du premier trimestre 2006, c'est-à-dire dès la semaine prochaine, verrait se dérouler des réflexions relatives à la définition du lien juridique entre votre profession et l'Etat qui puissent asseoir ce dispositif.

En parallèle, donc en même temps, devront être menés les travaux visant à la mise en œuvre opérationnelle (définition et circuit des informations, conditions de mise en place informatique et éventuellement formation des professionnels). Ce calendrier permettrait que soit déployée au plus tôt une expérimentation permettant de tester la faisabilité du dispositif et de procéder à sa généralisation.

Afin de mettre en œuvre ce projet, le Ministre a demandé à la Direction de la Mission Tarification à l'Activité de prendre avec vos représentants les premiers contacts nécessaires à l'organisation de sa gestion. Tout cela sera bien sûr mené en lien avec l'ensemble des acteurs concernés.

Je m'engage à titre personnel à veiller à la définition, dès la première réunion de travail, d'un calendrier et d'un contenu et à leur respect.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une bonne journée de travail.

1.3



Syndicat National
des Radiothérapeutes Oncologues



Syndicat Français
des Oncologues Médicaux



UNHPC
Union Nationale Hospitalière
Privée de Cancérologie



FCLH
FEDERATION DE LA CANCEROLOGIE
LIBERALE ET HOSPITALIERE

Monsieur Jean-Marie SPAETH
CNAMTS
66, avenue du Maine
75694 PARIS Cedex 14

Objet : Interprétation de l'arrêté du 22 septembre 2003 - Oncologie

Copie pour information :

Dr Michel Chassang, Président de la CSMF
Dr Jean-François Rey, Président de l'UMESPE
Dr Denis Aucant, Président de la FNMR
Dr Jean-Gabriel Brun, Président de l'UCCSF-Alliance
Dr Michel Ducloux, Président du Conseil National de l'Ordre
Pr François Eschwege, Président de la SFRO
M. Daniel Lenoir, CNAMTS
Dr Hubert Allemand, CNAMTS

Samedi 1^{er} Novembre 2003

Monsieur le Président,

L'Arrêté du 22 septembre 2003 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels prévoit une majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste lorsque le médecin spécialiste appartient à une des spécialités mentionnées dans la liste énumérée dans le même arrêté. Cette liste mentionne la spécialité "oncologie".

D'après ce que nous pensons savoir, la sélection se fera sur le code "spécialité" tel que présent sur nos feuilles de soins.

Nous sommes répartis, en fonction de l'histoire, sur plusieurs codes, en particulier les codes :

- 73 : oncologie médicale
- 74 : oncologie radiothérapique
- 76 : radiothérapie

Nos mandants nous signalent que certaines CPAM auraient déjà réduit l'application de l'Arrêté au seul code 73. Nous pensons qu'il s'agit d'une erreur. Tous les médecins réunis sur les codes ci-dessus sont des oncologues, ils pratiquent "l'oncologie".

Au-delà même des montants concernés il s'agirait pour nous d'une discrimination résultant d'une méconnaissance de l'exercice quotidien de nos spécialités, méconnaissance lourde d'évolutions graves pour le devenir de nos spécialités.

- Le motif invoqué serait celui de la revalorisation récente de la nomenclature de la radiothérapie. Or il s'agit d'un autre sujet. Cette revalorisation était justifiée par l'impératif de remise à niveau des plateaux techniques de la radiothérapie et de comblement du retard de notre pays. De plus cette revalorisation n'est qu'une étape car il reste à permettre l'accès aux forfaits techniques indispensables au paiement ou à l'amortissement des scanners lors du recours à un scanner dédié dans le cadre de la radiothérapie.
- La plus grave serait d'oublier que le radiothérapeute est d'abord et avant tout un oncologue. A terme cela conduirait à réduire le rôle des radiothérapeutes à celui de techniciens de la radiothérapie. Cela est contraire aux bonnes pratiques et à tous les efforts qui sont faits pour considérer le malade comme une personne malade et non comme un simple organe malade pris en charge au moyen d'une technique ciblée. C'est de toute façon un contresens par rapport à la réalité de la pratique quotidienne des oncologues radiothérapeutes et cela n'aurait pas non plus de sens dans le contexte de pénurie de praticiens qui est le nôtre.
- Mais d'autres difficultés ne manqueraient pas de surgir à la suite d'une telle discrimination. La cancérologie libérale s'est organisée autour des plateaux techniques de radiothérapie en regroupant radiothérapeutes, chimiothérapeutes, hématologues... au sein d'équipes le plus souvent «en masse commune».

2 / 2

Cette organisation est formalisée par des contrats soumis obligatoirement à l'approbation du Conseil de l'Ordre. Elle est souvent gage d'une bonne collaboration entre praticiens. Elle incite à la qualité des prises en charge au sein d'un même établissement par l'effet de lissage des revenus qu'elle opère, permettant ainsi de gommer les effets pervers potentiels de la nomenclature. De la même façon ces pratiques permettent de mutualiser la charge des fonctions dites "transversales" qui, vous le savez, ne font pour la plupart l'objet d'aucune rémunération (c'est le cas par exemple des réunions de concertation pluridisciplinaire).

Comment dans un tel contexte accepter que certains, à compétence égale, pour une même consultation concernant le même malade, au sein du même groupe médical, soient rémunérés de façon différente en vertu du hasard d'une classification administrative sans lien avec le sujet qui nous préoccupe ? Comment ne pas imaginer alors le développement d'un autre effet pervers, celui de la tentation d'un passage unilatéral de l'intégralité des ces équipes en "secteur 2" afin de réparer cette discrimination injuste et infondée dont le caractère «transitoire» n'atténue pas le caractère vexatoire ?

Bref, on touche là à la conception même que nous nous faisons de notre mission d'oncologues, tant dans la conception de la prise en charge du malade, plus encore que de la maladie, que dans les rapports qui sont les nôtres au sein d'une même spécialité, avec des compétences complémentaires fondées sur le même et nécessaire tronc commun.

Ceci explique aussi notre signature commune : le syndicat des oncologues médicaux (SFOM) se sent aussi concerné que celui des oncologues radiothérapeutes (SNRO), que les membres de l'UNHPC (représentant les cliniques des sites privés de cancérologie et les praticiens y exerçant) ou que les membres de la FCLH qui regroupe tous les intervenants dans la prise en charge des malades du cancer, privés sous OQN et libéraux.

Encore une fois une telle conception discriminante irait à l'encontre des efforts de tous pour sortir la cancérologie d'une approche par trop "organe" ou "technique". Or, vous le savez le secteur libéral, qui prend en charge la moitié des malades concernés, est plutôt en avance sur cette nécessaire approche "globale" de la pathologie, toutes disciplines confondues. La pluridisciplinarité constitue une des principaux critères de bonne pratique en cancérologie. Elle est reconnue comme indispensable par le plan cancer. Notre signature commune porte sens de ce point de vue aussi. La consultation oncologique est une, l'organisation concrète de la pluridisciplinarité en est le signe.

Nous voulons donc croire qu'il s'agit d'une erreur d'interprétation de la part de CPAM mal informées. Il nous semblerait alors indispensable que vous fassiez connaître officiellement l'interprétation correcte qu'il faut assurément donner à l'Arrêté concerné. Certains de nos interlocuteurs nous ont dit le souhaiter.

Compte tenu de l'urgence, nous demandons à M. G. Parmentier, Secrétaire national de la plateforme commune constituée par nos organisations, de prendre directement contact avec votre Cabinet pour envisager les suites à donner à ce dossier.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de notre considération distinguée.

Dr Philippe MARTIN
P/O Dr Jean-Jacques BRETEL
Président du SNRO
Centre Radiologique de Charlebourg
65 avenue Foch
92250 LA GARENNE COLOMBES

Dr Franck BÜRKI
Président du SFOM
Nouvelle Clinique de l'Union
Boulevard de Ratalens
31240 SAINT JEAN

Dr Bernard COUDERC
Président de l'UNHPC
GROP - Polyclinique de l'Ormeau
10, Chemin de l'Ormeau
65000 TARBES

Docteur D. LAMBERT
Président de la FCLH
Domaine d'Erété
64290 BOSDARROS

Correspondance :

M. Gérard Parmentier
4 rue du Château
95300 PONTOISE
Tel. : 01 30 32 43 11 - Portable : 06 07 40 32 57
E-mail : gerard.parmentier@wanadoo.fr

1.4



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le

11 JAN. 2007

Cab BL/CG Me - 511

Monsieur le Président,

Dans mon courrier du 17 janvier 2006, je répondais à votre demande de mise en place d'un recueil d'information médicalisées sur le modèle existant déjà dans le secteur des établissements de santé publics et PSPH, et vous proposais que soit engagé un programme de travail qui permette d'éclairer les évolutions que nous pourrions ensuite mettre en oeuvre.

Ces travaux ont été menés courant 2006 par mes services en étroite collaboration avec vous, ce dont je vous remercie.

Nous pouvons maintenant en tirer un certain nombre d'enseignements.

La mise en place d'un recueil d'information de type PMSI dans vos cabinets est réaliste, même s'il persiste aujourd'hui quelques sujets techniques notamment informatiques et de transmission à résoudre.

Au delà de la réflexion sur le financement que cette information contribuera à situer, elle est importante pour faire la démonstration de l'ampleur de votre concours à l'offre de soins en radiothérapie, et à conduire une planification efficiente des équipements.

L'innovation technologique est dans votre spécialité particulièrement rapide. Elle conditionne la qualité des traitements, et il ne faut pas supporter de retard sur ce point.

Je souhaite donc que le parc d'appareils évolue dans ces conditions, ce qui implique un investissement économique. En effet, le coût du matériel ainsi que sa maintenance ne cesse de croître et de peser sur l'équilibre de vos structures.

Docteur Francis LIPINSKI

Président

Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues

62 Boulevard Latour Maubourg

75007 Paris

2

Il faut donc réfléchir à un dispositif qui permette d'orienter les financements qui seraient consentis vers l'acquisition d'équipements servant l'objectif de qualité et de sécurisation des soins.

Bien entendu, cela ne saurait se faire sans un engagement fort de la part des professionnels et la mise en place d'un contrôle au sein de vos structures sous la forme par exemple de la présence d'un commissaire aux comptes.

Je demande à mes services et au Directeur de la CNAMTS de vous inviter à poursuivre cette réflexion afin d'aboutir dans les plus brefs délais à une solution qui s'inscrit pleinement dans les objectifs du Plan Cancer..

Cette proposition doit dans mon esprit conduire à une dynamique dans l'évolution du parc de radiothérapie que nous souhaitons ensemble. Je vous remercie de me faire part des remarques qu'elle suscite.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Xavier BERTRAND

Documents n° 2

Quelques documents concernant l'Oncologie médicale

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants :

- 2.1 G. Auclerc, F. Bürki : La formation médicale en cancérologie libérale** - Article à paraître dans la revue *Oncologie*
- 2.2 Lettre de M. F. Van Roekeghem aux Présidents du SFOM et du SNRO** (14-12-2006)
- 2.3 Dépêche APM** du 7 novembre 2006 - Titre : *Rémunération de la chimiothérapie : les oncologues médicaux accusent la CNAMTS de laisser "pourrir" la situation*
- 2.4 Lettre des Présidents du SFOM et du SNRO à M. F. Van Roekeghem** (2-11-2006)
- 2.5 Problématique « Oncologie médicale » en 2006**, Dr Franck Bürki Président du SFOM - 20 mars 2006 - Ce document a été signé de l'ensemble des organisations de la Plateforme de la cancérologie libérale et hospitalière privée et par la FFOM
- 2.6 Lettre de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé au Dr Franck Bürki, Président du SFOM**, à l'occasion des Rencontres de l'UNHPC du 12 janvier 2007

2.1

Oncologie (2007) 9: 1-3
 © Springer 2007
 DOI 10.1007/s10269-006-0591-z

La formation en cancérologie

La formation médicale en cancérologie libérale

G. Auclerc¹, F. Bürki²

¹ Président de la Société française de cancérologie privée (SFCP), centre de Charlebourg, F-92250 La Garenne-Colombes, France

² Président du Syndicat français des oncologues médicaux (SFOM), clinique de l'Union, boulevard Ratalens, F-31240 Saint-Jean, France

Correspondance : e-mail : auclerc.francoise@orange.fr

Résumé : Le Plan Cancer a entraîné une dynamique dans la gestion des patients, la relation médecin-malade et la formalisation de la prise en charge thérapeutique qui ne peuvent qu'être félicitées mais la réalité de terrain montre la carence de moyens en particulier humains entraînant un désenchantement certain. Une écoute des cancérologues de base s'impose.

Mots clés : Plan Cancer – Prise en charge du patient – Démographie médicale – Épuisement médical

Medical training for private oncology practice

Abstract: The French Cancer Plan has given a new impulse to the doctor-patient relationship and therapeutic practices, but there remain inadequate resources, particularly with regard to medical professionals, a problem exacerbated by physician burnout. It is crucial to take cues from front-line oncologists.

Keywords: Cancer Plan – Patient management – Physician demographics – Physician burnout

La mise en place du Plan Cancer en 2003 ne pouvait que satisfaire toute la communauté cancérologique d'autant plus facilement que ces mesures ont constitué la base même de notre formation et, depuis de nombreuses années, notre exercice quotidien. L'optimisme régnait pour la mission nationale animée

par Pascale Briand avec convivialité, dynamisme des réunions et pragmatisme.

Qu'en est-il plus de trois ans plus tard ?

L'enthousiasme est retombé, les espoirs un peu déçus par une stagnation certaine due en grande partie à l'importance, et la difficulté de mise en place de l'Institut national du cancer dont le rôle de coordination du Plan cancer n'a été inscrit dans la Loi que le 9 août 2004 en même temps qu'étaient reconstituées les commissions ordinales de qualification suite à l'arrêté du 30 juin et du décret du 19 mars 2004 ouvrant la possibilité d'être spécialistes en oncologie médicale aux médecins ayant une formation équivalente au DES d'oncologie ou au DESC de cancérologie. Depuis lors, la commission s'est réunie à plusieurs reprises permettant de réduire la pauvreté démographique oncologique.

Malheureusement, à l'inverse, se sont majorées les charges d'activité.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) qu'on appelait comités d'organes, staff, réunions de dossiers, « symphagium » riment avec RCP et constituent notre quotidien depuis toujours sauf que désormais, il faut les formaliser autrement, rédiger un compte-rendu pour l'ensemble des médecins qui n'a de valeur que si un représentant de toutes les spécialités concernées est présent. Tout

cela multiplie les RCP qui, du fait de l'activité majeure de consultation des médecins libéraux, les obligent à se réunir le soir une à plusieurs fois par semaine selon que chaque organe ait ou pas sa RCP.

Cela nous avait conduits, bien avant la mise en place du Plan Cancer, avec Philippe Bergerot alors président de l'UNHPC, à proposer que la RCP soit introduite comme élément discriminant dans la rémunération des oncologues médicaux exerçant en libéral. Cette RCP (mesure 31 du Plan Cancer) s'inscrit également dans le cadre du dispositif d'annonce (mesure 40 du Plan cancer) dont elle est un des quatre éléments avec le temps d'accompagnement soignant qui nécessite une infirmière ou un manipulateur de radiothérapie, voire une assistante sociale et une psychologue ; ces derniers intervenants aussi dans l'étape d'accès aux soins de support.

Enfin, dernier élément, l'articulation avec le médecin traitant concrétisée par un travail en réseau. Tous ces éléments doivent figurer dans le dossier médical du patient et il est plus qu'évident que cela pose différents problèmes spécifiques au secteur libéral : d'abord, défaut de personnel déjà aigu pour la seule partie soins (difficulté de recrutement du fait de salaires limités par l'étranglement de la tarification appliquée aux établissements privés et du manque de personnel sur le marché) et parallèlement, l'absence de reconnaissance des actes fournis (la psychologue, l'assistante sociale, le temps pris sur l'activité de l'infirmière ne sont

pas reconnus dans la cotation des actes professionnels !).

De même, cette consultation d'annonce ne se traduit par aucune tarification particulière ; c'est un simple Cs qui dure au minimum trois quarts d'heure sans compter qu'il faut qu'elle ne se passe pas avant une fin de journée, un week-end et sans être dérangé par le téléphone (les patients qui ont besoin d'une information pour les rassurer ou leur indiquer que faire en cas de problème devront attendre...). Bien entendu, celle-ci doit être de la meilleure qualité qui soit ; mais de quelle annonce s'agit-il ? Uniquement, comme nous l'évoquions, de celle que nous devons faire lors du premier diagnostic ou de celles que nous faisons au quotidien tout au long de la prise en charge de ces patients dont la maladie évolue et dont l'espoir peut se réduire au point de devenir inexistant ?

Cette annonce comme le souligne Antoine Spire, si difficile à gérer, nous y sommes confrontés en permanence. Introduire les morphiniques dans la prise en charge de la douleur était encore il y a quelques années une opération difficile : méfiance des soignants, des familles, entraves administratives (toujours présentes), opération que nous avons pourtant menée, introduisant avant l'heure les recommandations du Plan Cancer. Il en est de même des soins palliatifs : pour la plupart d'entre nous, la prise en charge de nos malades ne se comprend que pour le meilleur et pour le pire. Il relève de notre mission d'accompagner ces derniers dans toutes les phases de leur maladie, y compris les plus difficiles, dans les meilleures conditions possibles. Il serait bon que dans le programme personnalisé de soins d'emblée soit évoqué avec le médecin traitant et la famille, dans les cas où le pronostic est péjoratif, un lieu d'accueil de fin de vie (le médecin traitant saurait d'emblée où son patient pourra être dirigé quand il sera nécessaire, ce d'autant qu'une prise de contact aura eu lieu en

amont avec l'établissement concerné).

Si toutes ces propositions partent d'un bon sentiment, il semble que l'on ait oublié la réalité de terrain. Ces quelques remarques ne font pas oublier que la RCP de tous nos patients et le programme personnalisé de soins (PPS) font partie de nos objectifs, avec le souhait que le PPS ne soit pas un simple planning de prise en charge thérapeutique, mais plutôt un véritable outil pédagogique confié au malade et au médecin généraliste. D'ailleurs, la prise en charge de proximité (y compris la chimiothérapie) faisait aussi, il y a plus de quatre ans, partie de nos préoccupations lors de nos discussions, sans suite, avec la CNAM.

Dans cette optique, le SFOM a proposé que des internes en oncologie puissent venir en stage dans des services de cancérologie libérale comme cela commence tout doucement dans d'autres spécialités même s'il ne s'agit pas de stage validant au sens universitaire mais d'une prise de contact avec la réalité de terrain. Il faut encore rappeler que plus de la moitié des internes qui ont choisi un poste en cancérologie était passée comme externe dans un tel service et l'ouverture de stage dans le libéral pourrait renforcer le choix des internes dans ces spécialités déjà démographiquement sinistrées.

Le Plan Cancer prévoit aussi des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés. Là encore, nous avons été des acteurs à part entière avec l'appui de la Fédération française des oncologues médicaux (FFOM) et fait entendre, comme on l'évoquait déjà, quelle était la réalité du terrain : deux tiers des malades pris en charge dans les CHG et

cliniques dans des conditions parfaitement respectables si on se réfère aux conclusions de l'enquête menée par la CNAM en 2002-2005. Dommage que ces critères ne soient pas plus allés dans l'incitation à la restructuration de nos établissements de soins, privés ou publics, favorisant ainsi le développement de la spécialité.

Enfin, deux mesures n'ont fait l'objet d'aucune attention : les mesures 48 et 51 qui évoquent, ou pressentent avec pudeur, la situation de l'oncologie médicale d'en bas.

Il y a quatre ans, on relevait déjà que le temps médecins et soignants était compté, que le système de valorisation des actes était inadapté et ne favorisait pas les meilleures pratiques (ce que nous avions déjà dit et répété à nos tutelles).

La question n'est pas aujourd'hui d'aborder les problèmes spécifiques à tel ou tel mode d'exercice, mais bien de faire un état des lieux de l'oncologie médicale dans son ensemble, privée, publique, exclusive ou non.

Le Plan Cancer, par l'augmentation très importante de la charge en contraintes administratives, par la non-reconnaissance de la spécificité des spécialités dédiées à cette activité, a eu un effet centrifuge sur l'implication des acteurs potentiels.

Où sont les jeunes médecins attirés par la spécialité ? Ils sont plus enclins à s'orienter vers des spécialités moins contraignantes ou mieux rémunérées. Ouvrir des postes d'internes ou de chefs de clinique ne sert à rien sans relance globale de la filière oncologie médicale. Rendre son attractivité à cette spécialité permettra de pallier au déficit actuel des vocations, que cela soit dans le secteur privé, public ou la recherche.

Cet effet centrifuge affecte aussi ceux qui n'avaient qu'une activité partielle en cancérologie. Les contraintes du Plan Cancer, l'augmentation de la demande de soins dans leurs spécialités

respectives les écartent des mesures dont nous venons de parler.

Résultat : une spécialité dont on ne cesse de nous dire le rôle capital qu'elle doit tenir dans la qualité de la prise en charge des malades, exsangue qui n'a fait l'objet d'aucune attention depuis quatre ans. Qu'en est-il de ces dizaines de médecins non qualifiés en oncologie médicale, ou étrangers qui pallient à cette crise démographique ?

Sur ces questions, aucune proposition, aucune étude n'a été faite sur la situation du moment, annonciatrice de périodes difficiles, voire d'une démission progressive. Pourtant, il suffit d'analyser les chiffres fournis par le CNOM pour apprécier la situation en termes d'effectifs et de vieillissement de ceux-ci. La mise en place de la nouvelle gouvernance de l'Institut

national du cancer (INCa) en est une illustration : un Conseil d'administration de 38 voix avec une seule représentant le libéral et, encore, s'agit-il d'une représentation des établissements (Fédération de l'hospitalisation privée) mais rien pour les médecins oncologues (par contre, une voix pour l'ARC et deux pour la Ligue). Pire encore, dans l'organisation de la gouvernance de l'INCa, on trouve un Conseil scientifique international, un Comité des malades et de leurs proches et un Comité de déontologie mais pas de comité des professionnels de santé !

Comment les jeunes générations peuvent-elles se sentir attirés, comment les moins jeunes peuvent-ils se sentir investis et ne pas perdre courage ? Ce problème n'est pas spécifique aux oncologues français, une étude

de Cath Taylor [1] est très révélatrice du malaise puisqu'elle révèle que l'épuisement émotionnel « burn-out » des oncologues médicaux qui touchait déjà 28 % d'entre eux en 1994 est passé à 38 % en 2002 et l'on ne peut que penser et craindre que les choses ne se soient depuis lors aggravées et, vu la situation que nous venons d'évoquer, on ne peut que s'inquiéter pour l'avenir à court terme.

Il faut donc que cette situation change, les acteurs de terrain doivent être enfin entendus.

Référence

1. Taylor C (2005) Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 366: 742-4

2.2



Caisse Nationale
Le Directeur

Date : 04 DEC. 2006

Monsieur le Docteur Franck BURKI
Président
Syndicat Français des Oncologues Médicaux
Clinique de l'Union
Boulevard de Ratelens
31240 SAINT JEAN

Cab. Dir. n° 907 /06

Monsieur le Président,

Votre courrier du 2 novembre 2006 concernant l'inadaptation de la nomenclature d'oncologie médicale a retenu toute mon attention.

A la demande du SFOM¹ de surseoir à la mise en œuvre de la « CCAM des actes techniques médicaux » pour les actes de chimiothérapie ambulatoire, et de privilégier la mise en place de forfaits de chimiothérapie, l'instance d'expertise du comité de pilotage de la CCAM avait souhaité que la CNAMTS étudie la faisabilité d'une forfaitisation des actes médicaux des oncologues pour les traitements par chimiothérapie, pendant la période transitoire de coexistence de la « CCAM des actes techniques » avec la NGAP. Un groupe de travail s'est donc réuni trois fois entre le 9 mars 2004 et le 30 avril 2004, auquel participaient des représentants du SFOM, de la Fédération française d'oncologie médicale, les « consultants CCAM » d'oncologie et d'hématologie représentant leur société savante, un représentant de l'ATIH et la CNAMTS. A l'issue des travaux de ce groupe, un consensus a été obtenu sur la faisabilité d'une forfaitisation de l'activité de chimiothérapie ambulatoire en établissement de santé.

Je vous propose maintenant de mettre en place un groupe de travail élargi, incluant l'INCa, les différentes composantes de votre profession, les services de la CNAMTS concernés, permettant de poursuivre la réflexion, ensemble, sur la base de l'évolution du paysage réglementaire, politique et technique, notamment :

- la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et la négociation d'une nouvelle convention médicale le 12 janvier 2005 mettant en place le parcours de soins coordonnés,

¹ SFOM - Syndicat français des oncologues médicaux
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
50, avenue du Professeur André Lemaître - 75966 Paris Cedex 20
Tél : 01 77 60 10 00 - Fax : 01 77 60 10 10 - www.sfom.fr

- la mise en œuvre du Plan cancer et l'évolution des pratiques dans le domaine de la chimiothérapie, en lien avec l'émergence de nouvelles thérapies.
- la nécessité de rechercher, ensemble, des mécanismes de régulation adaptés au système de prise en charge innovant envisagé ici.

Le Département des actes médicaux (DAct) sera chargé de la mise en place de ce groupe.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Frédéric van ROEKEGHEM

2.3

**APM - Agence de Presse Médicale
Service InfoAPM**

SUJET : CANCER ASSURANCE MALADIE
CHIMIOThERAPIE CLINIQUE

**TITRE : Rémunération de la chimiothérapie : les oncologues médicaux
accusent la CNAMTS de laisser "pourrir" la situation**

PARIS, 7 novembre 2006 (APM) - Le Syndicat français des oncologues médicaux (Sfom) reproche au directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de laisser "pourrir" la situation concernant le système de facturation de l'activité de chimiothérapie.

"La CNAMTS enferme l'activité de chimiothérapie que nous représentons dans une situation insupportable, en l'absence d'alternative au système de facturation pervers lié à la NGAP [Nomenclature générale des actes professionnels] et la CCAM [Classification commune des actes médicaux]", déplorent les présidents du Sfom, le Dr Franck Bürki, et du Syndicat national des radiothérapeutes-oncologues (SNRO), le Dr Francis Lipinski, dans une lettre adressée au directeur général de la CNAMTS, Frédéric van Rookeghem.

Les deux présidents constatent que les multiples courriers adressés à la CNAMTS depuis 2000 sont restés "lettre morte" et prennent l'occasion des procès en cours à Grasse et Nice pour tenter d'attirer l'attention du directeur de la caisse nationale sur le dossier de la nomenclature relative à l'oncologie médicale.

Fin octobre, cinq cancérologues ont été condamnés par le tribunal correctionnel de Nice pour fausse déclaration à l'assurance maladie (cf dépêche APMCOJJP003), mais ils ont fait appel. Dix autres médecins doivent être jugés par le tribunal correctionnel de Grasse.

"La rémunération de l'activité de chimiothérapie au travers d'actes infirmiers est notoirement d'une rare stupidité", dénonce le courrier dont APM a eu copie.

Les oncologues médicaux ne se prononcent pas sur les procès en cours, ne connaissant pas le détail, mais s'inquiètent de leurs répercussions.

"L'activité de chimiothérapie est rémunérée sur la base de l'acte d'administration, c'est-à-dire d'un acte infirmier, et la CCAM a renforcé cette notion d'acte technique incompatible avec notre exercice", regrette le Dr Bürki, joint lundi par l'APM.

"Les oncologues sont en permanence hors la loi et à la merci d'une caisse qui voudrait appliquer strictement les textes. Concrètement, ils ne peuvent être présents aux côtés des malades pendant la séance de chimiothérapie, puisqu'ils sont dans leur bureau en train de voir d'autres patients pendant ce temps-là, ce qui ne les empêche pas d'intervenir en cas de problème", explique-t-il.

"Cette situation permet à vos services toutes les interprétations, y compris les plus discrétionnaires. Surtout, ce système de valorisation est le principal responsable d'une démographie catastrophique en oncologie médicale", poursuit le Dr Bürki dans son courrier. Très peu d'internes s'orientent vers l'oncologie médicale, actuellement, pointe le médecin.

Le Sfof demande ce qu'il est advenu du projet de nomenclature à enveloppe constante établi il y a six ans par les oncologues médicaux et le service médical de l'assurance maladie. Ce projet valorisait la qualité et non la quantité, en supprimant l'effet volume.

Il proposait un forfait pour l'élaboration du protocole, sa rédaction et la surveillance des chimiothérapies, correspondant à la rémunération de l'acte intellectuel. Il pouvait s'adresser à des chimiothérapies administrées dans un établissement, à domicile ou par voie orale.

De plus, "qu'en est-il de la mesure 51 du Plan cancer qui appelle à 'moderniser la cotation de certains actes médicaux ou soignants, lorsqu'elle est inadaptée, afin de favoriser les meilleures pratiques' ", demande le Dr Bürki s'étonnant qu'une mesure "fortement restructurante" ne coûtant rien de plus ne soit pas digne d'intérêt.

Les représentants du syndicat s'inquiètent de savoir ce qu'il va se passer au terme des procès en cours.

Si les médecins sont condamnés, "quel sera alors le directeur de caisse ou le médecin conseil qui pourra prendre le risque de ne pas faire appliquer de la façon la plus stricte la lettre de recommandation en vigueur", demande le président du syndicat. "Les structures de chimiothérapie libérale seront alors toutes bloquées dans leur fonctionnement", écrit-il. Or, près de la moitié des patients atteints de cancer sont pris en charge dans le privé, rappelle-t-il.

Si les médecins ne sont pas condamnés, "c'est la porte ouverte, le plus légalement du monde, aux excès que nous combattons, car ils se font au détriment d'une très large majorité qui a pour seul objectif la qualité", ajoute l'oncologue dans son courrier.

Le tribunal de Nice a établi dans plusieurs cas que les médecins ont facturé des actes alors qu'ils n'étaient pas présents dans l'établissement ou alors que le service était fermé ce jour-là, note-t-on.

"En maintenant une nomenclature notoirement inadaptée, la CNAMTS porte une très lourde responsabilité dans la situation du moment et à venir. Cela fait six ans que tout est clair et rien ne bouge", dénonce le Sfom dans son courrier qui a reçu le soutien de la Plateforme commune de cancérologie libérale et hospitalière privée ainsi que celui de la Fédération française d'oncologie médicale (FFOM).

Le président du Sfom demande donc de revoir le projet bâti conjointement avec l'assurance maladie il y a six ans pour mettre en place un système de valorisation conforme aux bonnes pratiques reposant sur la forfaitisation.

sl/hm/APM polsan

redaction@apmnews.com

SLJK6003 07/11/2006 09:12 CANCER ACTU

2.4



Monsieur Frédéric van Roekeghem
Union Nationale des Caisses d' Assurance Maladie
26-50, av. du Professeur André Lemierre

75986 PARIS Cedex 20

Objet : Oncologie médicale

Jeudi 2 Novembre 2006

Monsieur le directeur,

Force est de constater que les multiples courriers que nous avons adressés à la CNAM depuis 2000 sont restés lettre morte...

Les procès en cours à Cannes et Nice nous donnent l'occasion, une fois de plus, d'attirer votre attention sur le dossier de la nomenclature relative à l'Oncologie Médicale.

Bien sûr, il ne nous appartient pas de commenter par avance une décision de justice. Il s'agit bien, à nouveau, de souligner combien la situation présente est préjudiciable et dangereuse pour tous : patients, professionnels, organismes payeurs.

La CNAM enferme l'activité de chimiothérapie que nous représentons dans une situation insupportable, en l'absence d'alternative au système de facturation pervers lié à la NGAP et la CCAM. Vous le savez, la rémunération de notre activité en chimiothérapie au travers d'actes infirmiers est notoirement d'une rare stupidité. Nous l'avons clairement exprimé lors d'une réunion du COFIL et avons reçu le soutien de son Président, le professeur Richard, et celui du président de la FFOM, le professeur Rouësse, qui participait à cette réunion.

Cette situation permet à vos services toutes les interprétations, y compris les plus discrétionnaires. Surtout, ce système de valorisation est le principal responsable d'une démographie catastrophique en Oncologie Médicale.

La CNAM que vous dirigez prend une lourde responsabilité en laissant « pourrir » la situation.

- Qu'en est-il du travail que nous avons fait avec vos collaborateurs dans le but de sortir de cette impasse, en proposant un projet de nomenclature (à enveloppe constante) qualifié par l'un des conseillers du ministre de l'époque de « première » puisque valorisant la qualité et non, comme d'habitude, la quantité ? Rien !

Docteur Franck Burki
Syndicat Français
des Oncologues Médicaux
Clinique de l'Union
Boulevard de Rataiens
31240 SAINT-JEAN

Secrétariat : 05 61 37 87 67
Portable : 06 84 75 44 64
Fax : 05 61 37 87 61
E-mail : frankburki@free.fr

Docteur Francis LIPINSKI
Syndicat National des
Radiothérapeutes-Oncologues
Centre d'Oncologie
et de Radiothérapie
de Haute Energie
du Pays Basque
14 allées Paulmy
64100 BAYONNE

Standard : 05 59 59 38 71
Fax : 05 59 25 79 28
E-mail : francis.lipinski@oncologie-pays-basque.org

Secrétariat de la Plateforme
M. G. Parmentier
4 rue du Château
95300 PONTOISE
Tel : 01 30 32 43 11
Portable : 06 07 40 32 57
E-mail :
gerard.parmentier@wanadoo.fr

Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée





- Qu'en est-il de la mesure 51 du Plan Cancer, qui appelle depuis 2002 à "moderniser la cotation de certains actes médicaux ou soignants, lorsqu'elle est inadaptée, afin de favoriser les meilleures pratiques" ? Les choses sont pudiquement mais clairement dites. Depuis, rien... Sans doute une mesure fortement restructurante et ne coûtant rien n'est-elle pas digne d'intérêt ?

Que va-t-il se passer au terme des procès en cours qui sont, eux, bien réels et font de nous tous des perdants ?

- Soit les médecins impliqués sont condamnés. Quel sera alors le Directeur de Caisse ou le Médecin-conseil qui pourra prendre le risque de ne pas faire appliquer de la façon la plus stricte la lettre de la réglementation en vigueur ? Les structures de chimiothérapies libérales seront toutes bloquées dans leur fonctionnement. Ce n'est pas rien : près de la moitié des malades sont pris en charge dans le secteur privé selon l'enquête « chimiothérapie » publiée par vos services en 2005. Que deviendront ces malades ? Rien ?

Quelle sera votre attitude et celle des tribunaux pour ce qui est des structures publiques qui devraient logiquement être soumises aux mêmes contraintes puisque soumises aux mêmes critères d'autorisation ?

- Soit les médecins impliqués ne sont pas condamnés et c'est la NGAP (et en même temps la CCAM, cela peut-être au-delà du domaine de la chimiothérapie) qui tombe ! La porte est alors ouverte, le plus légalement du monde, aux excès que nous (vous et nous) combattons, car ils se font au détriment d'une très large majorité qui a pour seul objectif la qualité. Est-ce votre objectif ?

Dans les deux cas, quel gâchis alors que les solutions existent et sont connues depuis des années !

Selon le constat établi avec vos services, ne rien faire n'était plus possible il y a 6 ans. Pourtant, même le Plan cancer reste lettre morte.

Comment continuer à promouvoir un syndicalisme moderne de cogestion alors que manifestement vous n'en voulez pas ?

La CNAM, en maintenant une nomenclature notoirement inadaptée, (NGAP, aggravée par une CCAM qui renforce la notion d'acte technique incompatible avec notre exercice), porte une très lourde responsabilité dans la situation du moment et à venir. Cela fait six ans que tout cela est clair et que rien ne bouge.

Cette lettre a le soutien de toutes les organisations de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée ainsi que de la FFOM.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de nos sentiments inquiets et attristés.

Dr Franck Bürki
Président du SFOM

Dr Francis Lipinski
Président du SNRO

2.5



Syndicat Français
des Oncologues
Médicaux

Membre
de la plateforme
commune de la
cancérologie
libérale et
hospitalière privée



UNHPC
Union Nationale Hospitaliers
Privés de Cancérologie



Syndicat National
des Radiothérapeutes
Oncologues



Syndicat Français
des Oncologues Médicaux



FÉDÉRATION DE LA CANCÉROLOGIE
LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE PRIVÉE



Société Française de
Cancérologie Privée

Problématique « Oncologie médicale »

En 2006

L'Oncologie Médicale, au sens large du terme peut être définie comme regroupant les spécialités affectant l'essentiel de leur activité aux traitements médicaux du cancer. C'est l'approche retenue par exemple par le groupe de travail « chimiothérapie-critères d'autorisation » de l'INCa. La formule arrêtée est la suivante : «*La pratique de la chimiothérapie implique de disposer d'une équipe médicale comprenant :*

- *au moins un médecin qualifié spécialiste en Oncologie Médicale ou en Oncologie Radiothérapie, ou titulaire du DES d'Oncologie;*
- *ou au moins un médecin qualifié compétent en Cancérologie, ou titulaire du DESC de Cancérologie ; ces médecins ne pratiquent la chimiothérapie que dans la spécialité d'organe dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'ordre.»*

L'Oncologie Médicale ainsi définie est confrontée à de multiples défis mettant en cause, à terme, l'implication de la spécialité dans la mise en place des mesures du Plan Cancer, et l'existence même de la spécialité :

- lourdeur de la prise en charge de malades souffrant de pathologies lourdes, en situations d'échecs ;
- lourdeur de situations palliatives dans lesquelles s'intriquent de multiples pathologies englobées par la pathologie cancéreuse souvent prétexte d'abandon de la part des spécialités d'organes potentiellement impliquées ;
- lourdeur d'une prise en charge psychologique face à une situation qui n'est pas à l'image d'une médecine « toute puissante » telle qu'elle est véhiculée par les médias et voulue par la population,
- impérieuse nécessité de la continuité des soins.

Telle est la réalité du quotidien !

Syndicat Français des Oncologues Médicaux
Clinique de l'Union - Boulevard de Ratalens - 31240 SAINT-JEAN

Tel : 05 61 37 87 67 - Fax : 05 61 37 87 61
E-mail : franckburki@free.fr

Cette réalité est aggravée par deux phénomènes supplémentaires :

- un surcroît de travail important au cours des dernières années et au cours des années à venir. Ce surcroît de travail est lié :
 - à la démographie,
 - au vieillissement de la population,
 - à l'augmentation de la demande de soins,
 - à l'élargissement de nos possibilités thérapeutiques,
 - à la création des Cancéropôles,
 - au développement nécessaire de la recherche clinique,
 - aux restructurations annoncées au détriment des régions et des structures les plus démunies,
 - à la multiplication des charges administratives imposées par les réformes en cours,
 - ...
- le Plan Cancer, auquel les oncologues médicaux adhèrent tous sur le fond, n'apporte pas la moindre réponse à ces questions fondamentales. Pire, il ne fait qu'aggraver la situation. Un grand nombre des mesures organisationnelles mises en place par le Plan Cancer ont en effet sur ce point un rôle délétère : RCP, PPS, 3C, CBU, etc... reposent de fait en grande partie, et en particulier du point de vue administratif et de l'animation, sur les oncologues médicaux. Or ces mesures, aussi souhaitables qu'elles soient, sont dépourvues de toute prise en charge réelle au niveau des oncologues médicaux.

La conséquence est paradoxale : première cause de mortalité, le cancer est pourtant un domaine de la médecine délaissé par la plupart des spécialités médicales. L'enquête récente du CNOM sur l'évolution de la démographie médicale est très illustrative de la méconnaissance dont fait l'objet la spécialité quand il parle de la croissance importante en Oncologie Médicale depuis ces 15 dernières années, en se référant à une date où la spécialité n'existait pas !

Aujourd'hui, comme cela est relevé dans de nombreux SROS, nous sommes face à une décroissance annoncée des effectifs alors que la charge de travail est en très forte progression.

Autant de raisons de redouter une situation de crise imminente. L'absence de lisibilité dans l'avenir des spécialités dévouées à ces tâches, est responsable de ce que certains qualifient, à juste titre, de « catastrophe sanitaire » annoncée.

Quelle est la situation sur le terrain ?

La population médicale dédiée à cette activité est constituée de médecins oncologues médicaux, spécialistes d'organes, oncologues radiothérapeutes qui voient les contraintes liées à la prise en charge du cancer augmenter de façon importante sans reconnaissance réelle.

Les chirurgiens et les spécialistes d'organe revendiquent rarement leur place quand il s'agit de l'organisation des RCP, 3C...

Les généralistes, souvent dans des conditions discutables, pallient, sans les remplacer, l'absence d'oncologues médicaux.

Au bout du compte subsiste une spécialité dédiée à la prise en charge médicale des malades cancéreux, asphyxiée par l'application de mesures organisationnelles contraignantes, mal reconnue, dévalorisées au regard de sa hiérarchie hospitalière, spécialité en perte d'effectifs qui peine à faire face à la charge et aux conditions de travail qui lui sont imposées.

Aucun reproche ne peut être fait aux spécialités telles la radiothérapie, pneumologie, gastro-entérologie, médecine interne de ne pas s'investir plus qu'ils ne le font, dans un tel contexte.

Une réponse est pourtant évoquée : qualifier des généralistes présents dans des structures de cancérologie.

Cette idée ne tient pas compte du fait que la commission de qualification en compétence en cancérologie ne fonctionne que peu en raison du manque de demande et de validité des dossiers.

Surtout, élargir les critères d'accès des généralistes à l'Oncologie Médicale consiste en une déévaluation de fait de cette spécialité. Ce serait en conséquence le moyen le plus efficace de faire disparaître toute vocation chez nos jeunes internes. En effet, quel serait l'intérêt de se lancer dans une filière en passant, clinicat, DEA... pour une qualification accessible par la médecine générale et quelques années en « structure de cancérologie » ? Quel serait l'intérêt pour un spécialiste d'organe, un interniste ou un radiothérapeute ? Certainement aucun.

Les conditions de la relance de l'Oncologie Médicale

La relance de l'Oncologie Médicale passe de façon urgente par la mise en place d'une politique volontariste, complexe, étalée dans le temps et touchant à tous les secteurs d'activité. Il y faut une ferme volonté de création-sauvetage d'une spécialité nécessaire à la qualité de la prise en charge du cancer dans les établissements de santé de tous statuts. Les mesures à prendre seraient les suivantes :

- ❖ La première des mesures concerne la lisibilité quant à l'avenir de la spécialité au sein des filières de formation.
A-t-on intérêt, aujourd'hui à opter pour cette filière ? Est-ce justifiable de s'engager dans la séquence internat, clinicat, DEA, post-internat ... si la filière de formation peut-être court-circuitée par d'autres spécialités beaucoup plus courtes (et moins qualifiées) ?
Cette question doit être débattue rapidement par les responsables de l'enseignement, des sociétés scientifiques, d'organismes représentatifs de l'Oncologie Médicale tel l'AERIO¹..., et des syndicats. Des réponses claires, motivantes et positives doivent être données pour que les jeunes s'engagent.
- ❖ La deuxième mesure consiste à rendre plus attractive cette spécialité, avec pour résultat la relance de la filière, et, de façon complémentaire, le passage de spécialistes d'organes vers une activité dédiée à la cancérologie, ou, au moins, leur maintien dans leur activité partielle.
- ❖ Au niveau du secteur public les oncologues médicaux évoquent souvent des conditions de travail dévalorisées par rapport à celles d'autres spécialités, tout particulièrement celles qui se détournent, pour les raisons indiquées plus haut, de la cancérologie. Cette question doit être débattue dès que possible avec les représentants de ces spécialistes, en rappelant la place très importante (cf. enquête CNAM²) que représentent les CHG dans cette activité.
- ❖ Pour ce qui est du secteur privé, dont la part d'activité est dominante (cf. enquête CNAM), le problème est le même. Dévalorisation, désaffection, non-valorisation du temps très important consacré à des tâches d'organisation ou à des tâches administratives...
Dans ce secteur d'activité existe un projet de refonte du système de valorisation basé sur la qualité et non la quantité, introduisant la notion de forfaitisation adaptée aux réformes du moment, et permettant aux médecins d'appliquer une médecine de qualité sans courir le risque de procédures pénales ridicules et dangereuses telles qu'il s'en produit.
Ce projet de réforme officialisé par la mesure 51 du Plan Cancer et élaboré avec la CNAM dort dans les tiroirs de celle-ci depuis plusieurs années !

¹ Association d'enseignement et de recherche des internes en oncologie

² CNAMTS - Direction du Service Médical Mission Hospitalisation et Secteur Médico-Social, Mission Statistique : La chimiothérapie anticancéreuse en France en 2002 : Organisation des soins et qualité de la prise en charge, datée d'Octobre 2005, rendue publique le 18 janvier 2006

- ❖ Le Plan Cancer insiste sur le développement de la qualité de la prise en charge en cancérologie par le développement de la recherche clinique. Dans le secteur libéral l'expérience montre que celle-ci est beaucoup plus développée lorsqu'elle se situe dans un contexte bien particulier : celui des structures regroupant oncologues médicaux et oncologues radiothérapeutes. Cette orientation est cependant souvent freinée par des phénomènes culturels et financiers. Culturel, cela passera, si l'aspect financier est gommé sinon supprimé. Le niveau de rémunération de l'oncologie médicale est aujourd'hui notoirement insuffisant au regard des efforts fournis et pour permettre un sain regroupement de l'oncologie médicale et de l'oncologie radiothérapique. Un rééquilibrage est donc nécessaire pour cette raison là aussi. Elle s'ajoute à toutes celles évoquées. Ce regroupement a pourtant fait la preuve lorsqu'il a pu être réalisé de ce qu'il apporte en termes d'amélioration de la qualité des soins, de synergie entre les spécialités et d'efficience dans l'organisation.
- ❖ Valorisation uniforme de l'organisation et de la participation aux RCP, 3C, CBU, PPS afin d'inciter les spécialités à s'impliquer dans un domaine actuellement trop souvent dévolu à l'Oncologie Médicale, permettant ainsi une meilleure répartition de la charge de travail.
- ❖ Il y a bien sûr des mesures d'urgence à prendre à l'égard des généralistes et des autres spécialités souhaitant exercer la cancérologie.

Comme depuis de nombreuses années, et comme cela a été le cas pour beaucoup d'oncologues médicaux, cette spécialité doit leur être ouverte, à la condition de respecter la démarche réglementaire : compétence en Cancérologie puis qualification en Oncologie Médicale, sans altération des critères de qualification.

Bref, la question du devenir de l'oncologie médicale telle que définie plus haut se pose en urgence. De nombreuses voix, y compris les directions d'établissements privés et publics et les représentants des patients, s'élèvent pour constater l'utilité de cette spécialité et souhaiter qu'elle soit établie solidement pour l'avenir. Il y faut un engagement politique fort afin de mettre autour d'une table tous les acteurs impliqués : les professionnels bien sûr mais aussi l'Université, les Caisses d'assurance-maladie, l'Ordre, l'État (DHOS, DSS). L'INCa pourrait jouer le rôle de coordonnateur des travaux, mais l'expérience montre qu'il ne le fera pas sans impulsion politique. A défaut cette spécialité disparaîtra rapidement.

Dr Franck BÜRKI
Le 20 mars 2006



2.6



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le 11 JAN. 2007

Cab BL/CG Me - 511

Monsieur le Président,

Vous avez attiré notre attention sur l'inadaptation des modalités de tarification de la chimiothérapie au regard des récents développements judiciaires concernant certains professionnels de votre discipline.

Les réflexions menées sur ce sujet avec la CNAMTS sont anciennes, et je crois qu'elles avaient permis de parvenir à un consensus sur les modalités si ce n'est sur les montants.

Le Plan Cancer a également souligné la nécessité de moderniser la cotation des actes de cancérologie libérale et notamment de "faire évoluer l'acte de surveillance d'une chimiothérapie vers un acte intellectuel de supervision d'un protocole de chimiothérapie dont le tarif devra être incitatif à la pratique pluridisciplinaire", ceci afin de favoriser une meilleure pratique.

Je suis très attaché à cette évolution qui devrait conduire à une amélioration de la qualité des soins et à une plus grande sérénité de votre exercice.

Il importe donc, aujourd'hui, que ces travaux soient repris et conduits avec diligence.

Je demande au Directeur de la CNAMTS de vous inviter à reprendre la réflexion en sorte d'aboutir dans les plus brefs délais.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Xavier BERTRAND

Docteur Franck BURKI
Président Syndicat Français des Oncologues Médicaux
Clinique de l'Union- Boulevard de Ratalens
31240 Saint- Jean

Documents n° 3

Quelques schémas pour aider à la réflexion

On trouvera ci-après des documents mis au dossier des participants. Beaucoup sont des schémas. Ces schémas (UNHPC) ne sauraient suffire à résumer le thème de ces Rencontres, ils ne reflètent pas non plus la position de l'UNHPC, mais leur reprise a paru utile ici en tant qu'illustrations, parmi d'autres, de réflexions pouvant enrichir les débats des Rencontres 2007.

- 3.1 **Qu'est-ce qu'un métier ?** - Quelques schémas pour illustrer et soutenir la réflexion ...
- 3.2 **Les nomenclatures traduisent-elles des conceptions différentes d'un même métier ?** - Schémas UNHPC (Décembre 2006)
- 3.3 **Qu'est-ce qu'un métier ?** - Michèle Descolonges - Paris, PUF, 1998
- 3.4 **Le "métier" de chirurgien. Deux approches parmi d'autres ...** - Selon Yves Chapuis, Président de l'Académie nationale de Chirurgie et selon la campagne publicitaire du Ministère (Octobre 2006) : "les métiers hospitaliers - des professions au service de la vie".
- 3.5 **Les métiers hospitaliers - Des professions au service de la vie** : Le Ministère de la Santé et des Solidarités lance une campagne nationale de valorisation des métiers hospitaliers.
- 3.6 **Indépendance - Métier - Statut...** : Les "trois figures de la liberté" de Philippe d'Iribarne
- 3.7 **La Direction d'un établissement de santé** : typologie ou âges d'une "fonction" encore largement en devenir ?
- 3.8 **Qualité médicale** : influence de l'environnement **sur la qualité** : modèle général - National Academy Press 2000
- 3.9 **Qualité médicale** : la médecine évolue ...
- 3.10 **Qualité médicale** : maladie aiguë - maladie chronique

- 3.11** **Qualité médicale** : le système de tarification
- 3.12** **Qualité médicale** - Figures du soin : trois figures du respect
- 3.13** **Assurance maladie : la preuve par neuf** - Réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie - Gilles Johanet ; Commentaire Volume 29/Numéro 116 - Hiver 2006 - 2007, pp. 981-992
- 3.14** **La décision médicale** selon Martin Buxton
- 3.15** **Cartographie des métiers de l'intelligence économique** - Annexe à la liste des métiers et des compétences de l'intelligence économique - septembre 2006 - réalisée par l'ADBS

3.1

Qu'est-ce qu'un métier ?

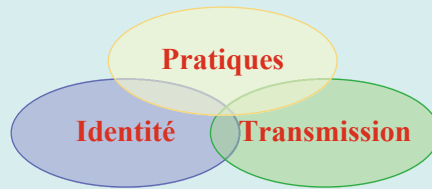
Quelques schémas
pour illustrer et soutenir la réflexion...

Exerçons nous des "métiers" ou des "emplois" ?...
Remplissons nous des "fonctions" ou sommes-nous garants de l'exercice de "métiers" ?...
Quelles conséquences collectives tirons-nous de nos choix, de nos conceptions ?

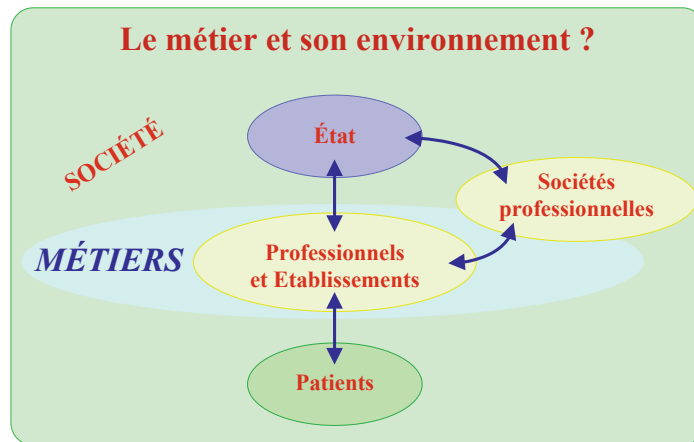
Schémas UNHPC

Qu'est-ce qu'un métier ?

Des pratiques reconnues comme d'utilité sociale, une identité revendiquée, une capacité à transmettre...



Le métier et son environnement ?



3.2

Rappel : déontologie et métiers ne pouvant s'évaluer sur résultat final

« Par la déontologie, la profession cherche à résoudre les deux principaux problèmes qui se posent à tout groupe social :

1. L'harmonie interne - que les pratiques de chacun ne fassent pas éclater la cohésion du groupe ;
2. La reconnaissance , par l'extérieur - que la profession soit reconnue socialement utile.

Tout code de déontologie, qu'il soit médical, financier ou autre, est structuré selon ces deux pôles :

1. La confraternité - qui répond au besoin d'harmonie interne ;
2. Le respect du client - qui répond à l'utilité sociale reconnue.

Ces deux pôles se conjuguent dans ce qui est souvent appelé la « dignité professionnelle ».

L'appréciation de la dignité professionnelle évolue avec les mentalités et selon les sociétés. (...) D'où la nécessaire interprétation par le milieu professionnel lui-même, la « juridiction par les pairs ».

La déontologie professionnelle donne le ton. (...) Sa fonction est de permettre l'harmonie entre des joueurs indépendants. On comprend alors pourquoi la déontologie se développe dans toutes les situations professionnelles où la nature des techniques employées ou la complexité des rapports économiques rend le contrôle difficile. La maladie qui ne guérit pas ne préjuge en rien la qualité du médecin. Les situations professionnelles où le travail ne peut se juger immédiatement au vu des résultats encourage les professions concernées à développer une déontologie. Les métiers qui ne sont pas de pure exécution, ceux qui exigent l'initiative, l'intelligence et le jugement, invitent à des relations de confiance dans les affaires. La déontologie les formalise du mieux qu'elle peut. En fixant un ton commun, la déontologie élargit et enrichit les relations contractuelles. (...)

Mais, aussi nécessaire soit-elle, la déontologie n'est pas suffisante. Il lui manque ce que visait l'ancienne « conscience professionnelle ». Elle n'était pas la soumission bienveillante aux vieilles habitudes d'un milieu professionnel, mais le souci permanent de la satisfaction des clients. »

Etienne PERROT ; Discerner et agir dans la vie professionnelle ; Cahiers pour croire aujourd'hui, supplément au n° 106, septembre 1992 (p. 32 et suivantes) ; Assas Editions

3.3

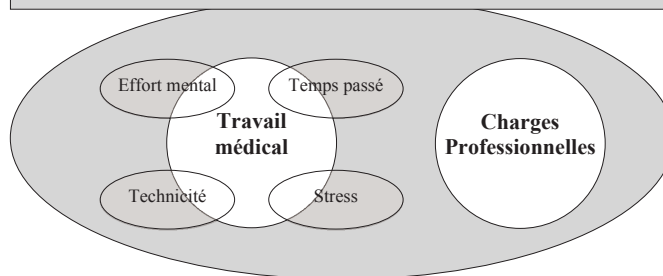
Les nomenclatures traduisent-elles des conceptions différentes d'un même métier ?

Schémas UNHPC (Décembre 2006)

Rappels

La CCAM technique

L'honoraire est estimé en fonction des ressources mobilisées par le praticien, d'une part le travail médical qui recouvre les ressources physiques et intellectuelles que le médecin met en jeu et, d'autre part, les charges professionnelles.



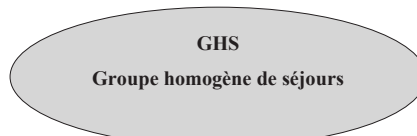
Gammes et nomenclatures sont décrites, déclinées et payées individuellement sauf lorsqu'elles sont indissociables dans la pratique.

Avantage : permet un suivi détaillé et peut faciliter l'évaluation du détail des pratiques.

Risque : freine l'innovation car il faut toujours créer une nouvelle cotation puis la valoriser ce qui est soit inflationniste soit, plus couramment, retardé pour des raisons bureaucratiques ou de maîtrise des coûts.

Le passage à la T2A

Abandon du Budget global (dotation globale de fonctionnement) : la rémunération n'est plus une reconnaissance de type nobiliaire ou ecclésiastique (être payé pour ce que l'on est) mais la reconnaissance d'un service, d'une activité effective (être payé pour ce que l'on fait).



Le paiement se fait selon le groupe homogène de séjours - GHS - de rattachement, sauf cas rares, ou spécifiques.

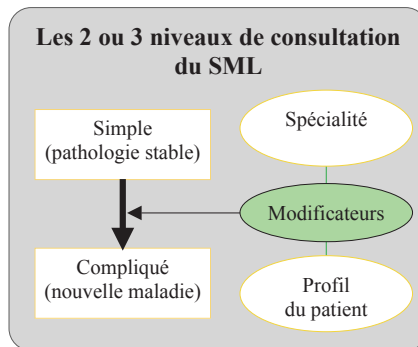
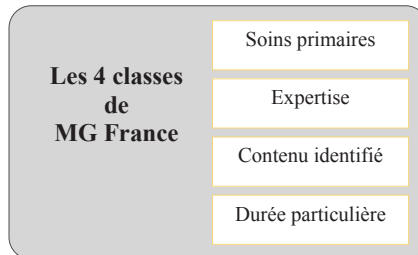
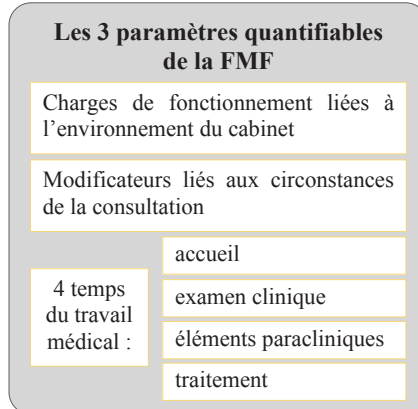
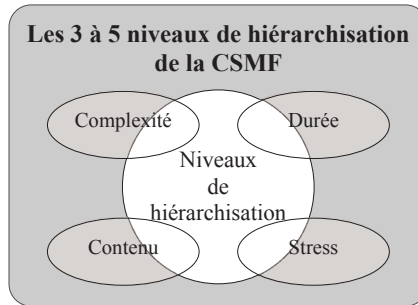
Avantage : le paiement est global et laisse donc aux professionnels une grande part de liberté et de responsabilité en matière d'organisation et d'innovation.

Risque : que l'Etat ne veuille pas ou ne sache pas se servir de cet outil d'orientation et de régulation nouveau dans sa culture et supposant définition d'objectifs et constance dans leur recherche

Les propositions pour la CCAM clinique

"...la bonne alchimie de ces «critères», «niveaux» et autres «paramètres» qu'il convient de trouver pour inventer une nouvelle grille des consultations que tout le monde voudrait... «simple», «lisible» et «facilement applicable»..."

Cyrille Dupuis ; *Réunion Cnam-médecins sur la Ccam clinique : La réforme des consultations à la vitesse de l'escargot ; Le Quotidien du Médecin du 14 Décembre 2006*



3.4

Qu'est-ce qu'un métier ?

Michèle Descolonges
Paris, PUF, 1998.

Les métiers sont souvent vus comme des communautés rétrogrades, freinant le changement de modèle productif, ou dénigrés à cause de leur récupération idéologique par le pouvoir de Vichy. Paradoxalement, une autre vision, aujourd'hui répandue dans les entreprises à la faveur des " redéploiements ", consiste à faire passer les emplois pour des métiers, afin de redonner une certaine noblesse à ces emplois.

L'auteur, à partir de cette ambivalence, observe que, dans et hors les entreprises, le métier perdure comme une valeur et une pratique : c'est ce qui apparaît en analysant les métiers de médecin, de cartographe, de secrétaire, et bien d'autres encore.

Un métier n'est pas réductible à un emploi, à un travail, à un statut économique et juridique - même si ceux-ci font partie du métier -, parce qu'il s'enracine dans l'exercice d'un art. L'invention technique (l'œuvre) est le fil directeur des métiers, elle s'inscrit dans l'histoire des arts, des sciences et des techniques. Grâce à cela, le monde des métiers se perpétue, bien qu'il soit altéré lorsque la technique est fétichisée, ou que l'économie prend le dessus.

Altération à combattre, mais pourtant inhérente à l'exercice du métier, car il est aussi l'expression d'un rapport des groupes humains au monde, d'une recherche de contact et d'une volonté d'imprimer sa marque. Ce marquage social des métiers est un puissant stimulant de leur évolution.

La définition du métier n'est jamais définitive.

L'auteur formule la proposition de considérer le métier comme "le façonnage de la matière qui, par le dire d'une société, devient un objet en projet, c'est-à-dire une œuvre".

Les historiens, les médiévistes rendent compte de l'apparition des conceptions de l'œuvre, de l'action et du travail, et mettent en évidence les filiations des métiers en tant que formes sociales et culturelles. Car travail (production), œuvre (invention technique) et action (l'être en société) sont les "dimensions" du métier, elles sont en interrelation avec le contexte dans lequel le métier se développe et se perpétue.

Un métier n'est pas assimilable à un emploi, à un travail, car "l'essentiel d'un métier est l'exercice d'un art". Il comprend des dimensions économique, technologique et sociologique. "L'œuvre" se trouve au centre des métiers. C'est cette dernière qui, alliant conception, réalisation, résultat tend à l'unité et à la cohérence entre identité et action.

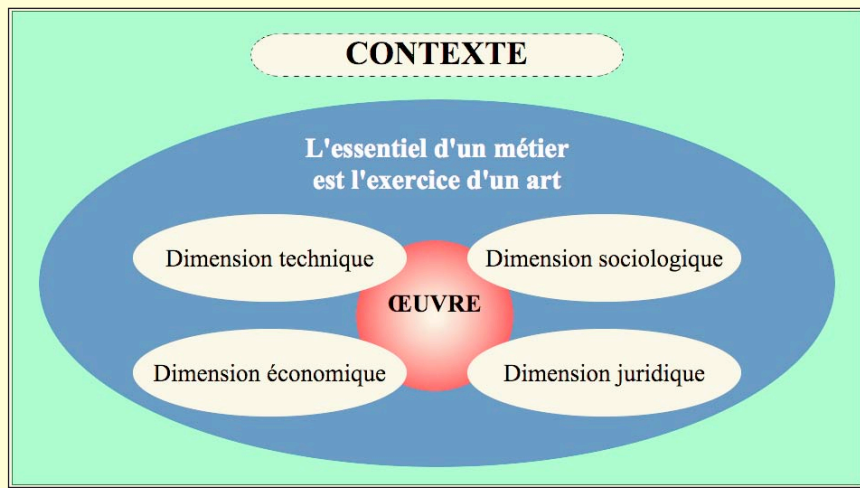


Schéma UNHPC

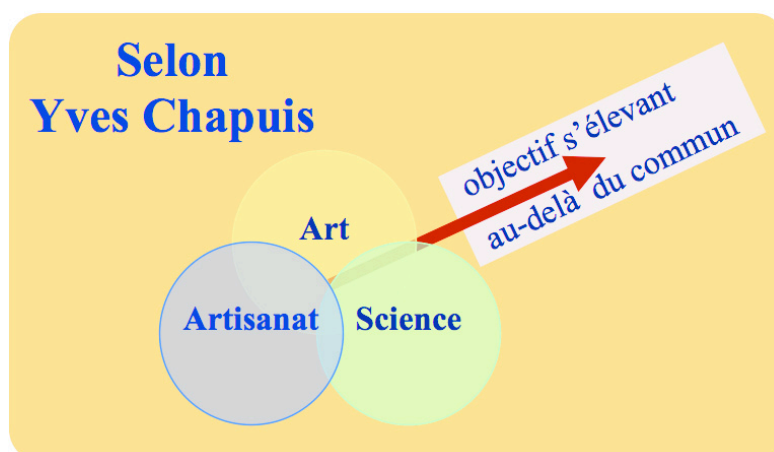
3.5

Le "métier" de chirurgien Deux approches parmi d'autres...

Celle d'Yves CHAPUIS, Président de l'Académie nationale de Chirurgie ; Philosophie et chirurgie ; e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003, 2 (2) : 1-5

« Pour terminer, je voudrais aborder la dimension métaphysique qui s'attache à notre métier. Je dis métier intentionnellement et non art, artisanat ou science. Pour moi en effet, en dépit des parentés avec la recherche de l'esthétique, la poursuite d'un objectif s'élevant au-delà du commun, la chirurgie, qui mélange artisanat, art et science donne avant tout à l'homme, un métier.

La dimension métaphysique de la chirurgie tient à ses relations avec le temps, avec le corps et avec la mort ».



Selon la campagne publicitaire du Ministère
Octobre 2006
« Les métiers hospitaliers - Des professions au service de la vie »
La description du chirurgien :

suscitera-t-elle de vocations durables ? S'agit-il de la description d'un métier ? Du nôtre ?
Cf. la reproduction de l'affiche de la campagne en page suivante.

Schéma UNHPC

Rappel : A propos de héros...

**NOUS SOMMES
2 MILLIONS
DE HÉROS
ORDINAIRES**

Communiqué de presse 8 janvier 2007

**Pour un nouveau regard sur le cancer
« Nous sommes 2 millions de héros ordinaires »**



3.6

Les métiers hospitaliers Des professions au service de la vie

Octobre 2006



Le Ministère
de la Santé
et des Solidarités

lance une campagne nationale de valorisation des métiers hospitaliers.

L'objectif : montrer la diversité et la richesse des métiers hospitaliers auprès du grand public et valoriser le travail quotidien des professionnels exerçant en établissement de santé.

Il y a des gens qui sont des super héros parce qu'ils portent des masques et qu'ils sauvent des vies.

Au bloc opératoire, ce chirurgien, avec l'équipe soignante, opère avec précision dans un contexte de haute technicité. Comme lui, un million de professionnels hospitaliers vous accueillent et vous soignent chaque jour dans les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif, les

centres de lutte contre le cancer et les cliniques. Chirurgien, manipulateur en électro-radiologie médicale, infirmier, anesthésiste-réanimateur, aide-soignant, gynécologue-obstétricien... Plus de 150 professions au service de la vie.

Les métiers hospitaliers. Des professions au service de la vie.

Pour plus d'informations sur ces métiers : www.sante.gouv.fr ou numéro indigo 0825 042 042 0,15 € TTC / MN

Éditions SUDM / CLM BBDO - octobre 2006. Photo : Bernard Mabusakire



Ministère de la Santé
et des Solidarités

3.7

Indépendance - Métier - Statut...

**Selon Philippe d'Iribarne,
il y aurait en Europe "trois figures de la liberté"...**

Ces traditions culturelles influenceraient-elles la conception de nos métiers soumis par ailleurs à l'impératif "d'indépendance"... ?

Les sociétés européennes et celles qui les prolongent au-delà des mers, tels les États-Unis, ont adhéré de concert aux idéaux de liberté et d'égalité, elles n'en ont pas la même conception :

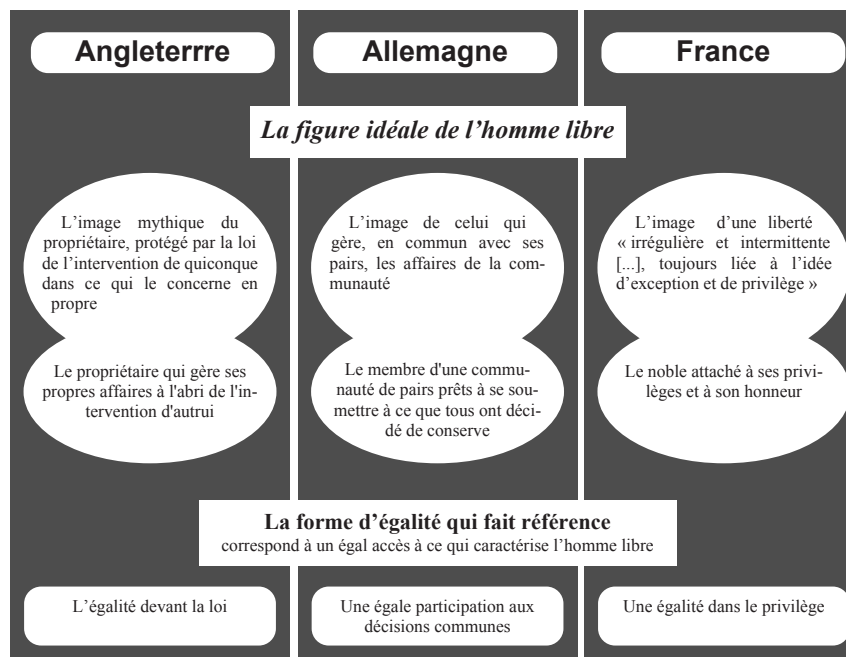


Schéma UNHPC

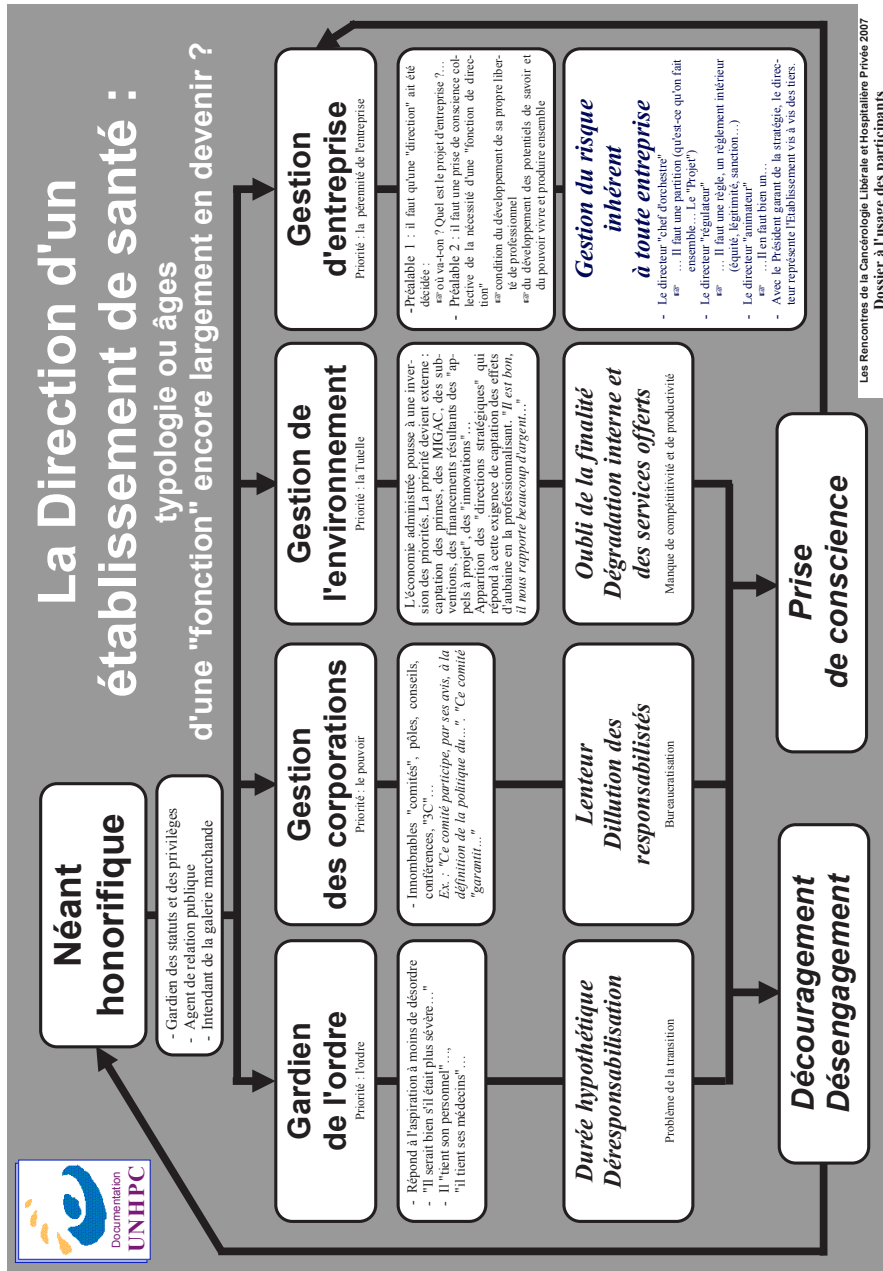
Pour aller plus loin, cf. l'article de la revue *Projet* reproduit ci-après, ou :

Annales
Résumés / Abstracts

58e année
n° 5 septembre-octobre 2003

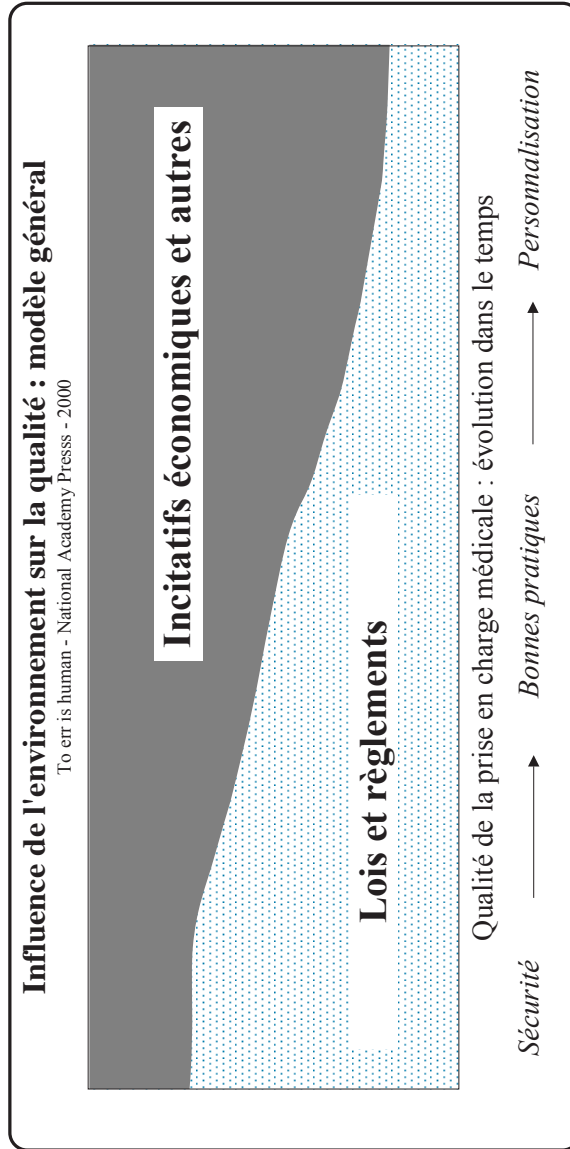
Philippe d'Iribarne
Trois figures de la liberté

3.8



3.9








QUALITÉ MÉDICALE



3.10

QUALITÉ MÉDICALE

La médecine évolue...

Individuelle		Organisée
Colloque singulier		Dossier du malade
Secret		Analyse
Traditionnelle		Scientifique
Savante		Complexe
Accompagnatrice		Interventionniste
Compassionnelle		Risquée

Responsabilité

«Est responsable celui qui peut se porter garant de la qualité de ce qu'il fait et entretient avec son entourage la communication nécessaire».

Copyright : Cédric de la Roche - Interim/Coaching 107 9000

Com pliqué

Complexe

Est complexe une situation où l'on doit articuler des sphères de logiques, de rationalités différentes.

La compétence ne suffit plus...

Il faut de nouvelles bases à la confiance.

3.11

QUALITÉ MÉDICALE

«Les difficultés d'observance des prescriptions ont été analysées et l'on a observé que le paradigme de prise en charge des maladies chroniques était totalement différent de celui des maladies aiguës».

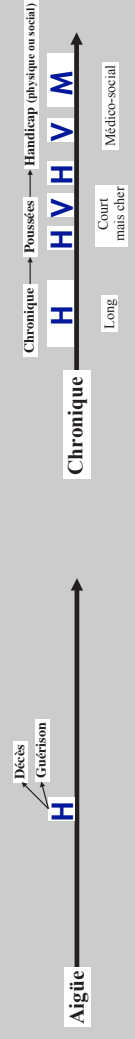
Maladie aiguë



Maladie chronique

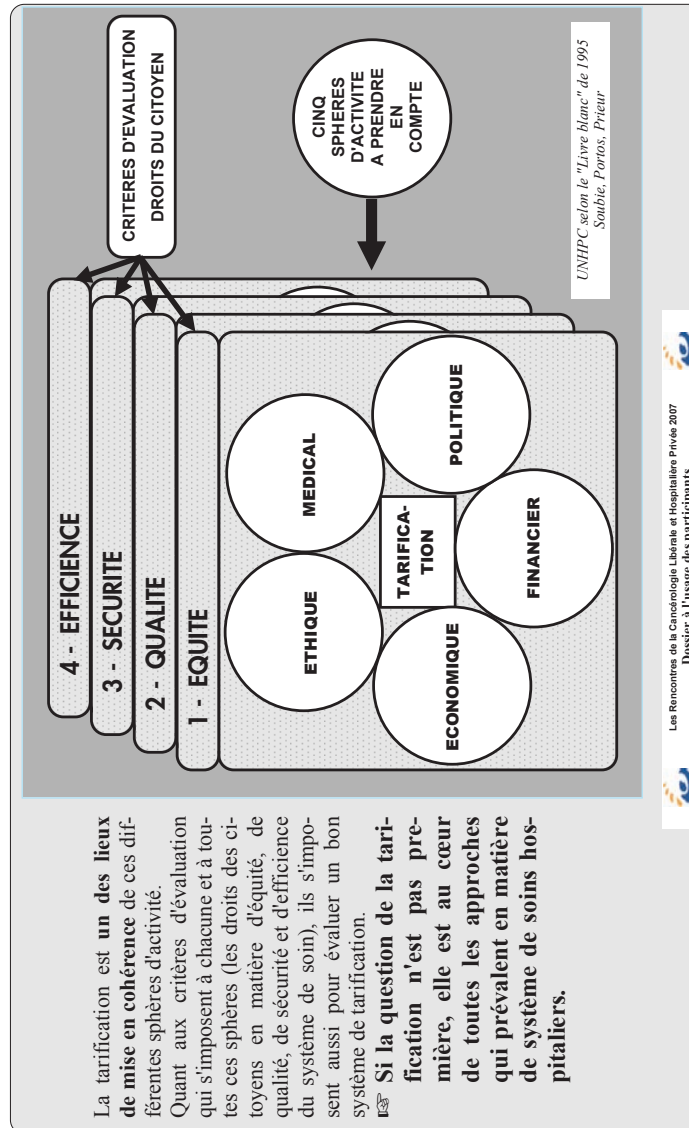
Assal J. PH : traitement des maladies de longue durée ; dans la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. Cité par E. Camiard : rapport à B. Kouchner sur les recommandations de bonnes pratiques - Avril 2002 p. 47

TRAJECTOIRE ET RÉSEAUX



3.12

Le système de tarification



3.13

Qualité médicale : trois figures du soin

(selon Nathalie Zaccari-Reyners)

Figures du soin : trois figures du respect

Dans la société, et plus particulièrement dans l'Etat-providence, le problème est pour l'essentiel de savoir comment les forts peuvent pratiquer le respect envers ceux qui sont destinés à rester faibles, Richard Senett, Richard Senett, Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité, trad. P.-E. Dauzat, Paris, Albin Michel, 2003, p. 298



La compétence

Relation parentale caractérisée par la bienveillance et la fiabilité.
 Une confiance qui rencontre une conscience.
 Le médecin a un accès privilégié à la connaissance de ce qu'est le bien du malade compte tenu de son savoir.
 C'est la voie du paternalisme qui constatant l'insuffisance ou l'inexpérience de l'un des termes de la relation, vise à compenser ces déficits en déplaçant l'instance de jugement.
 Négociation interpersonnelle mobilisant des attributs de la sphère privée (confiance, conscience...)
 Le respect ou la moralisation virtuelle de ces relations est ancré dans une logique cognitive, en référence à un moyen d'action qui est celui de l'identification emphatique.

Le droit

Traduction sociale et juridique de la première
 Les patients se comportent comme des groupes sociaux susceptibles de porter des revendications et d'obtenir la protection de certains droits.
 La désindividualisation et la dépsychologisation de la relation médicale permettent un certain rééquilibrage de cette relation.
 La relation est considérée ici sous le prisme de la négociation collective, mobilisant les attributs de la sphère publique. Le respect est associé à une logique de la justice et du droit, il renvoie au mécanisme de la confrontation des intérêts, le moyen d'action étant celui de la lutte.

L'hospitalité

L'hospitalité domine l'exemple d'une relation respectueuse tout en étant une relation de subordination, au sens où elle laisse à l'autre le soin de fixer la norme. Elle réclame l'ouverture d'un espace d'accueil au sein duquel les attentes ne sont pas fixées a priori. L'hospitalité domine l'exemple d'une relation respectueuse tout en étant une relation de subordination, au sens où elle laisse à l'autre le soin de fixer la norme.
 Les attentes du soigné peuvent s'avérer très éloignées de sa demande réelle. Or ils sont supposés s'accorder sur une définition implicite de la santé et de la maladie, du normal et du pathologique, de ce qui est souhaitable et de ce qui ne l'est pas.
 Piégé par les réquisits administratifs auxquels il est contraint d'adhérer, le patient est acculé à affronter ses insuffisances et ses dysfonctionnements. Le soigné est renvoyé à sa folie, à sa différence transgressive, à son inquiétante intelligibilité. Le soignant est renvoyé à son échec, à son incapacité à comprendre et à son impuissance. La source de ces échecs se situe en grande partie dans la projection que le soignant effectue sur le soigné dès l'accueil institutionnel.
 Afin de traiter le patient avec respect, le soignant doit reconnaître son statut d'être humain et revenir sur ses propres sentiments de peur et d'impuissance, y faire face lui-même et traiter le patient indépendamment de ses projections.
 En ouvrant des espaces de discussion, l'explicitation de la pluralité des points de vue constitue des tentatives pour contrôler les émotions insupportables et arriver, peu à peu, à accepter qu'elles sont notées. Là où ce contrôle échoue, il y a manque de respect.

Volonté d'établir une relation équilibrée. Exigences d'équité et de réciprocité.

Equilibre des volontés. Le point d'équilibre moralement souhaitable découle de la bienveillance mutuelle.
 Les relations de soins ne peuvent faire l'économie de rapports de proximité et d'interdépendance qui engagent les partenaires émotionnellement. Cette interférence est difficilement prise en charge, par les catégories des droits et devoirs socialement identifiés. Certaines souffrances morales ne sont pas prises en charge par les références à la compétence et au droit.

D'après Nathalie Zaccari-Reyners, Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. Esprit - Janvier 2006, pp. 95 à 108



Les Rencontres de la Cancérologie Libérale et Hospitalière 2007

Dossier à l'usage des participants

Reconnaissance d'une asymétrie insurmontable

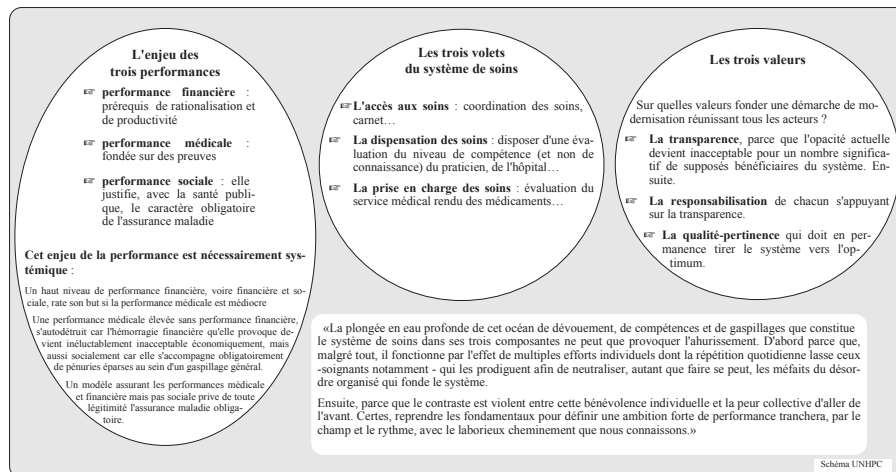
Un des obstacles majeurs que l'hospitalité doit surmonter est celui de l'incompétence à soutenir une conversation. La conversation est un des moyens les plus importants de créer l'égalité, et l'hospitalité requiert un désir d'égalité, non au sens d'une égalité commerciale ou mathématiquement exacte, mais au sens d'une dignité égale des êtres humains.

3.14

Assurance Maladie : La preuve par neuf - Réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie

Gilles JOHANET ; Commentaire Volume 29/Numéro 116 - Hiver 2006-2007,
pp. 981-992

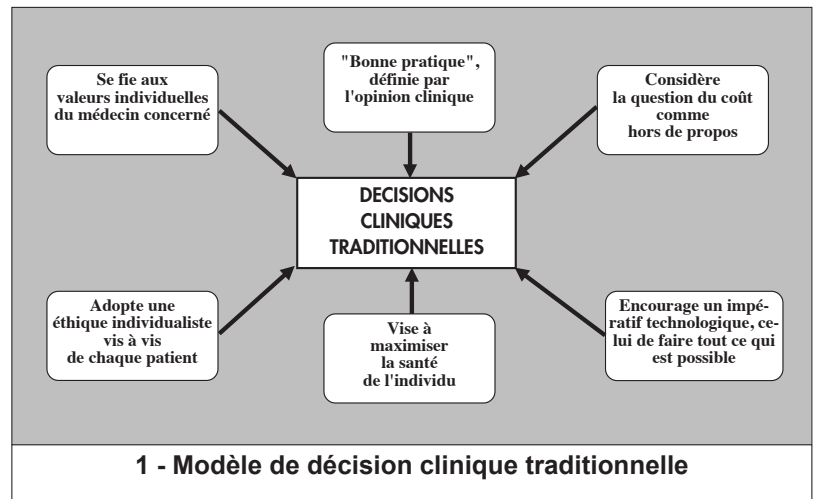
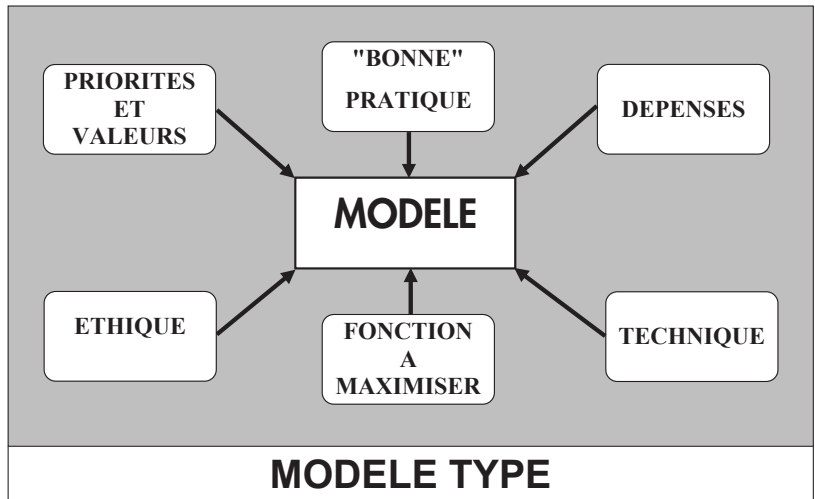
Ce qui nous importe le plus aujourd'hui est de définir et exprimer une cohérence qui puisse donner son sens à chaque étape de la réforme et rassembler tous les acteurs : les réformes subreptices et parcellaires ne font que susciter méfiance et rejet par incompréhension - logique - de l'objectif et crainte non moins logique - d'une inégale répartition des efforts. Construire cette cohérence c'est, notamment, définir notre objectif en matière de performance, appréhender le système de soins dans ses trois composantes et adopter des valeurs qui soient motrices et communes à tous les acteurs.

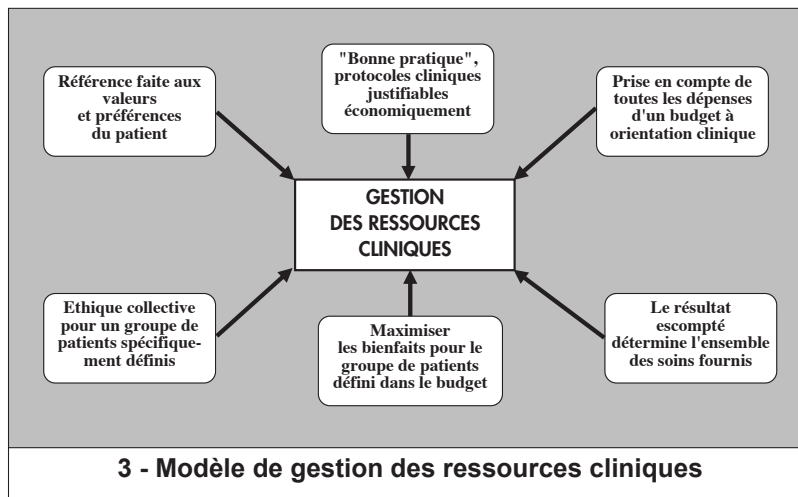
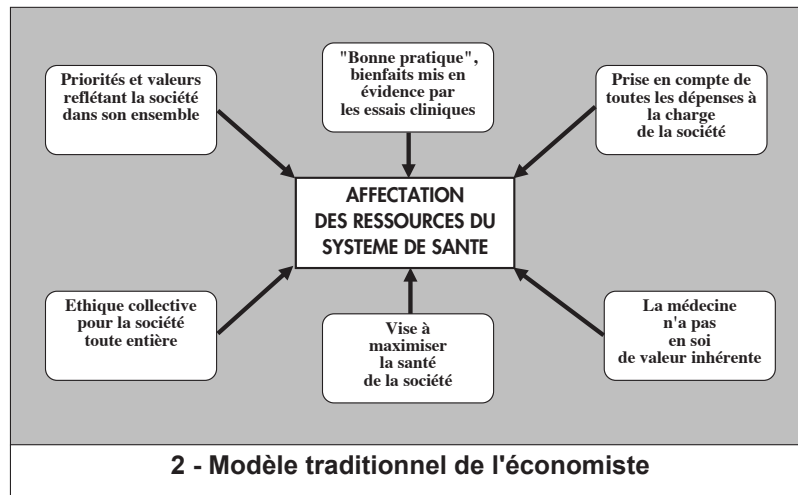


3.15

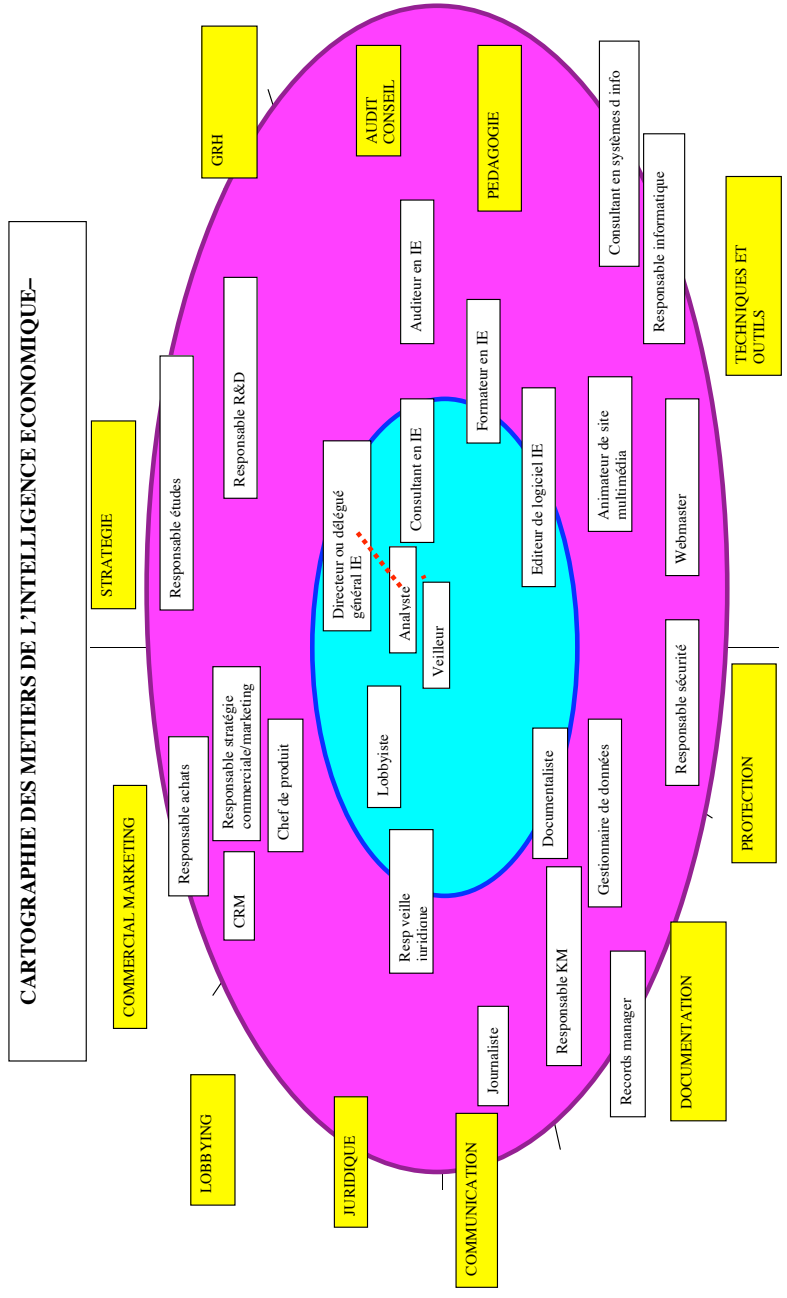
La décision médicale
selon Martin BUXTON

Schémas UNHPC, selon Martin BUXTON ; "Systèmes de santé et analyse économique" ; Projections, la santé au futur n° 4 Janvier 1991 - Quantifier la qualité, mesurer les soins ? Défis et dilemmes de l'économie de santé (P. 13) ; Editions de santé Paris 1991





3.16



Annexe à la liste des métiers et des compétences de l'intelligence économique – septembre 2006 – réalisée par l'ADBS

Documents n° 4

Documents supports de l'exposé du Pr Yves Matillon

On trouvera ci-après des documents supports de l'intervention du Pr Yves Matillon, en complément de son exposé :

- 4.1 Rapport de mission** - Pr Y. Matillon - Mars 2006 : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales
- 4.2 Dossier de presse** relatif à la parution de ce rapport
- 4.3 Nouvelle lettre de mission** envoyée au Pr Matillon par Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, en date du 10 juin 2006

4.1

Téléchargeable sur :
www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon_0306/rapport.pdf

RAPPORT
DE
MISSION

Professeur
Yves MATILLON
Mars 2006

MODALITÉS
ET CONDITIONS
D'ÉVALUATION
DES COMPÉTENCES
PROFESSIONNELLES
MÉDICALES

A l'attention de **Monsieur Xavier BERTRAND**
Ministre de la santé et des solidarités



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Le Chargé de mission
Cab/SLC/AM/D05 792

Paris, le 20 JAN. 2005

Monsieur le Professeur

Votre mission a été initiée en novembre 2002 à la demande de mon prédécesseur, Monsieur Jean-François Mattei, et du ministre de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Cette mission concernait les professionnels de santé sur l'ensemble de leur exercice et activité (salarié/libéral ; hospitalier/ambulatoire ; Public/Privé) et avait pour objectif de « *s'assurer la participation* de chacune des professions concernées, représentées à la fois par les responsables des structures de formation initiale et continue et par les représentants professionnels ».

Elle a rendu ses premières conclusions et a été prolongée depuis novembre 2003 à la demande du cabinet du ministre chargé de la Santé pour « *compléter la mission en analysant, en collaboration avec* les groupes professionnels, le déroulement d'une procédure d'évaluation des compétences ».

Vous avez identifié quatre pistes de travail, afin de développer une politique ambitieuse d'amélioration continue de la qualité des soins, dont une des composantes est la compétence des professionnels de santé.

Le travail relatif à l'évaluation des compétences s'applique notamment aux médecins pour l'autorisation d'exercice et de choix de la spécialité d'exercice.

Dans ce contexte, l'interchangement entre spécialité médicale et chirurgicale doit pouvoir s'envisager tout au long de la vie professionnelle. Des critères explicites devront être élaborés et utilisés par les structures ordinaires, en partenariat avec les collègues de spécialités.

Monsieur le Professeur Yves MATILLON
Hôpital Saint-Joseph
185, rue Raymond-Losserand
75014 PARIS

Ces démarches peuvent et doivent intéresser les autres professions médicales et paramédicales, notamment en coordination avec les mécanismes de "Validation des Acquis de l'Expérience" (VAE) établis par la loi de 2002.

Ceci ne peut se concevoir, pratiquement qu'après une réflexion et le développement de modes opératoires explicitant le contenu des métiers, les compétences pré-requises et les conditions d'exercice quels que soient le lieu et le statut d'exercice (privé/public/hospitalier/ambulatoire).

Cette réflexion amènerait à terme un éclairage préalable indispensable sur les perspectives d'évolution démographique des professionnels de santé, qui fait l'objet de missions dévolues à plusieurs organismes nationaux et régionaux. Elles conduisent à discuter des transferts de tâches entre professionnels de santé.

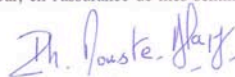
C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de vous confier une mission, afin d'animer la maîtrise d'ouvrage que les Ordres professionnels ont la responsabilité d'engager pour « veiller au maintien de la compétence de leurs membres », comme ceci est précisé dans la loi du 4 mars 2002.

Vous en modéliserez à partir d'expérience des modalités de mise en œuvre plus générales en lien, notamment, avec les sociétés savantes, les Académies et les organisations professionnelles.

En outre, vous préciserez les relations et les interfaces au plan technique et méthodologique avec les processus utilisés en formation continue, dans l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des pratiques professionnelles, telles que définies dans la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Pour mener à bien cette mission, dont j'attends les conclusions dans un délai d'un an, vous bénéficierez du concours des services des administrations.

Je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs



Philippe DOUSTE-BLAZY

MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
II. FORMATION MEDICALE CONTINUE, EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, ACCREDITATION DE LA PRATIQUE, EVALUATION DES COMPETENCES : ETAT DES LIEUX SEMANTIQUE	7
II.1 LA FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)	7
II.2 L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)	8
II.3 L'ACCREDITATION DE LA PRATIQUE MEDICALE	9
II.4 COMPETENCES ET EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES	10
II.5 DE L'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES A LA CERTIFICATION	11
III. ELABORATION ET ACTUALISATION DES REFERENTIELS DE COMPETENCES MEDICALES : ROLE DES COLLEGES	14
III.1 MISSIONS DES COLLEGES : L'EXEMPLE DE LA FEDERATION DES COLLEGES FRANÇAIS DES SPECIALITES CHIRURGICALES	14
III.2 CRITERES DE COMPETENCES REQUISES ELABORES PAR LES COLLEGES	16
III.3 LES COLLEGES : UN ROLE ET DES MISSIONS AU CŒUR DES CONTENUS PROFESSIONNELS	18
III.4 LES COLLEGES DE MEDECINE	19
IV. MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES MEDICALES EN ETABLISSEMENT DE SANTE	21
IV.1 POINTS DE DOCTRINE	22
IV.2 QUESTIONS A APPROFONDIR	23
V. L'ACTUALITE INTERNATIONALE ET LE MOUVEMENT IRRÉVERSIBLE DE L'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES	26
V.1 CERTIFICATION DES MEDECINS : ETAT DES LIEUX	26
V.1.1 EN EUROPE	26
V.1.2 AU CANADA	28
V.1.3 AUX ETATS-UNIS	29
V.2 REVALIDATION, SUIVI DES COMPETENCES, MAINTIEN DE LA CERTIFICATION : EXEMPLES EN COURS	30
V.2.1 L'EXEMPLE DE LA « REVALIDATION » DES MEDECINS ANGLAIS	31
V.2.2 L'EXEMPLE DU SUIVI DES COMPETENCES MEDICALES AU CANADA	32
V.2.3 L'EXEMPLE DU MAINTIEN DE LA CERTIFICATION AUX ETATS-UNIS	33
V.2.4 L'EXEMPLE DU DISPOSITIF D'AGREMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS ETRANGERS AUX ETATS-UNIS & AU CANADA	34
V.3 CONTRACTUALISATION INDIVIDUELLE AVEC LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : QUELQUES EXEMPLES EUROPEENS ET ANGLAIS	36
V.3.1 EN EUROPE	36
V.3.2 AUX ETATS UNIS	38
VI. ANALYSE JURIDIQUE DE L'EXERCICE DES RESPONSABILITES EN CAS D'INCOMPETENCE ET DE RECONNAISSANCE DE LA COMPETENCE	40
VI.1 REGLES RELATIVES A L'OBTENTION D'UNE QUALIFICATION MEDICALE	40
VI.1.1 LES SYSTEMES DE QUALIFICATION	40
VI.1.2 LES ELEMENTS DE CONTROLE	41
VI.1.3 L'ORGANISATION DU CONTROLE	42
VI.2 CONSEQUENCES DE LA VIOLATION DES REGLES DE QUALIFICATION MEDICALE	42
VI.3 CONCLUSIONS	44
VII. PROPOSITIONS ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	45
VIII. ANNEXES	47

I. INTRODUCTION

Par lettre en date du 26 novembre 2002, Monsieur le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, et Monsieur le ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche ont confié au professeur Yves MATILLON une mission d'étude sur les mécanismes d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé.

La mission initiale a eu pour objet :

- ✓ d'une part, d'examiner le cadre et les méthodes permettant de définir les modalités et les conditions d'évaluation des compétences qu'il serait possible de proposer en France ;
- ✓ d'autre part, de préciser les moyens et partenariats qui devraient être mobilisés pour mettre en œuvre une organisation permettant de garantir la compétence des professionnels de santé en exercice.

Cette étude, conduite en étroite collaboration avec chacune des professions concernées représentées à la fois par des responsables de structures de formation initiale et continue et par les représentants professionnels, a permis d'apporter des réponses précises et recevables aux questions suivantes :

Quels sont les différents éléments constitutifs de la compétence professionnelle des métiers de la santé ? Un premier accord sur les éléments constitutifs de la compétence a été retenu par l'ensemble des acteurs auditionnés :

- ✓ La compétence d'un professionnel peut être validée par l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme régulier de mise en œuvre de revue par les pairs s'il existe. En corollaire, la question de la certification/recertification des professionnels a été régulièrement abordée.

Peut-on évaluer ces différents éléments constitutifs de la compétence professionnelle ? Par quelles méthodes au vu des expériences françaises et étrangères et dans quel contexte ? La mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation des compétences implique une approche transversale et partagée qui doit porter sur :

- ✓ la connaissance de tous les métiers à partir des savoirs professionnels et de l'évolution des sciences et des technologies quels que soient leurs modes et leurs lieux d'exercice ;
- ✓ la connaissance réelle des situations de travail afin de percevoir les passerelles à mettre en place en fonction des évolutions individuelles mais aussi des évolutions organisationnelles en santé et de l'attente des usagers en terme de qualité de prise en charge ;
- ✓ la connaissance des contenus de formation en fonction de domaines de compétences requis afin de permettre des formations sur mesure et une évolution souple des systèmes.

MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES

De quelle manière les organisations professionnelles peuvent-elles intervenir dans l'évaluation des compétences ? Pour les organisations professionnelles l'évaluation des compétences doit reposer :

- ✓ sur une véritable reconnaissance des métiers des professionnels de santé ainsi qu'une reconnaissance des situations réelles de travail : le contenu des métiers et leurs évolutions doivent être définis de manière collégiale et transversale par les organisations professionnelles ;
- ✓ sur une véritable légitimité de ces organisations à élaborer, valider et actualiser ces référentiels en cohérence avec les systèmes de validation. Les référentiels métiers et de compétences doivent aussi être élaborés, validés et réactualisés selon les mêmes modalités. La cohérence et la méthode de travail doivent être clairement explicitées aujourd'hui.

Ces mécanismes sont actuellement à l'œuvre dans l'ensemble des pays développés autour des mêmes modèles, de façon plus ou moins organisée notamment pour la profession médicale et la profession infirmière :

- ✓ suivi individuel de développement professionnel par la formation médicale continue (crédits de formation) ;
- ✓ habilitation professionnelle sur la base de reconnaissance de savoirs et savoir-faire de base acquis et reconnus par la profession ou la spécialité (« board ») ;
- ✓ suivi de performance individuelle sur la base de contrat en termes d'habilitation à exercer certains actes par les organisations (habilitation, « credentialing »).

Lors des échanges avec l'ensemble des acteurs au cours de cette première étape, la mission a identifié :

- ✓ une volonté professionnelle pour travailler sur cette question avec de nombreuses démarches en cours ;
- ✓ des outils, proposés dans les expériences internationales, qu'il conviendrait d'appréhender dans leur contexte et d'adapter au contexte national.

En revanche, pour garantir et évaluer la compétence de tous les professionnels de santé de manière efficiente, il est apparu nécessaire à tous les acteurs rencontrés de dépasser le stade actuel d'initiatives indépendantes et souvent catégorielles pour améliorer la cohérence et la qualité des méthodes utilisées.

Dans cette perspective la mission a proposé des expérimentations sur les quatre champs suivants :

- ✓ **les fédérations** (notamment FEHAP, FHP, FHF, FNCLCC) et **leurs conférences** dans des établissements de santé publics et privés ;
- ✓ **les structures ordinales** et un niveau à définir pour les professions n'ayant pas d'ordre professionnel ;
- ✓ **trois ou quatre universités et facultés de médecine**
- ✓ **les groupes professionnels** qui doivent être associés aux orientations précédentes.

MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES

Cette mission a été prolongée en janvier 2004 à la demande du cabinet du ministre chargé de la santé pour « *completer la mission en analysant, en collaboration avec les groupes professionnels, le déroulement d'une procédure d'évaluation des compétences* ».

En première intention la mission a privilégié la consultation et le développement des groupes professionnels les plus organisés et avancés dans ce type de démarche et disposant d'une connaissance fine du « métier » d'un point de vue descriptif et prospectif. Cette deuxième phase a permis d'ouvrir un chantier opérationnel plus particulièrement centré sur les compétences médicales, notamment avec les collèges de chirurgie, autour des objectifs suivants :

- ✓ recherche d'accord sur les concepts, les définitions, et les objectifs ;
- ✓ description d'un mécanisme associant maîtrise d'ouvrage/maîtrise d'œuvre permettant à terme la validation de cette compétence dans le respect de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 qui donne mission au CNOM de veiller « au maintien de la compétence » ;
- ✓ description des activités chirurgicales réelles et attendues (basée sur le carnet de l'interne) et conduisant à l'élaboration de référentiels.

Plusieurs contacts, relayés par la Fédération des collèges de chirurgie, ont été pris dans le même temps à leur demande avec la communauté des chirurgiens et notamment :

- ✓ l'Académie nationale de Chirurgie et l'Académie nationale de Médecine ;
- ✓ les sociétés savantes des spécialités chirurgicales et leurs collègues respectifs ;
- ✓ le CNOM et plusieurs membres de commissions de qualification ;
- ✓ le Conseil National de la Chirurgie ;
- ✓ le « General Medical Council » (GMC) britannique et d'autres organisations internationales.

Ces échanges et premiers travaux ont permis fin 2004 :

- ✓ de formaliser un groupe de travail plus élargi composé de la plupart des représentants de Collèges de chirurgie qui s'est réuni ensuite de manière régulière en 2005 ;
- ✓ d'identifier avec les relais institutionnels professionnels les champs d'action de l'évaluation des compétences professionnelles en cohérence avec les outils de régulation de la qualité de la pratique déjà en place, notamment pour les médecins. Ces points sont repris dans le rapport du Conseil National de Chirurgie (CNC 2005) et les recommandations des Académies nationales de Médecine et de Chirurgie de juin 2005¹.

Parallèlement des contacts réguliers ont été pris avec des correspondants européens et internationaux en charge de ces dossiers, et notamment participation au congrès de Toronto en mai 2004 (concurrent session « compétences, certification et formation continue »), séminaire de travail sur la qualité des actes médicaux avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (compétences requises et actes à risque), des rencontres avec le président de l'UEMS sur les questions de validation de FMC en Europe.

¹ Académie de médecine, Académie de chirurgie. Rapport : la chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie : séance du 28 juin 2005. Bull Acad Natle Méd 2005 ; 189 (6).

Par lettre du 20 janvier 2005, Monsieur le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille a demandé la poursuite de la mission d'étude, dans la continuité des démarches engagées avec les organisations médicales dans le but d'accompagner les démarches d'élaboration « *des critères explicites de compétences requises utilisés par les structures ordinaires, en partenariat avec les collèges de spécialités* ».

Une concertation large avec les professionnels de santé et les partenaires institutionnels a été poursuivie et la mission a communiqué sur l'avancée de ses travaux dans de nombreux colloques et séminaires professionnels.

Les échanges avec les correspondants européens et internationaux en charge de ces dossiers ont été poursuivis dans la continuité de l'année suivante, et notamment par des réunions de travail avec le « General Medical Council » britannique, et le président de l'UEMS.

En 2005 la lettre de mission précise les points de travail relatifs aux modalités d'évaluation des compétences médicales dans un premier temps.

Dans les pays où une validation régulière de la compétence est mise en place, l'autorité est partagée entre les « boards » et les établissements de santé. Dans cette perspective et en regard de ce qui se fait déjà ailleurs de manière efficace, deux modes d'entrée, ont donc été privilégiés :

- ✓ **un mode professionnel** : la mission a donc commencé un premier travail avec la Fédération des collèges de chirurgie. La première phase consiste à donner un contenu professionnel validé et harmonisé aux critères de qualification des membres de chaque spécialité. Ses modes opératoires sont à articuler avec les modalités de qualification utilisées dans les commissions de qualification ordinaires.
- ✓ **un mode organisationnel** : ce groupe de travail avec les fédérations d'établissements et les conférences de président de CME initie le deuxième axe de la réflexion qui doit apporter une approche plus organisationnelle, intégrant en complémentarité une régulation par l'autorité médicale de l'établissement. Dans les pays anglo-saxons, cette fonction au sein de l'établissement est l'autorité médicale de l'établissement (équivalent du bureau ou d'une commission spécifique de la CME).

Pour éclairer ces deux groupes, un état des lieux européen et international sur ces questions a été effectué ainsi qu'une étude juridique sur « les aspects réglementaires des qualifications médicales, et description des différents modes d'autorisation d'exercice en vigueur ainsi que leur impact (enjeux et risques) en termes de responsabilités juridiques ».

MODALITES ET CONDITIONS D'EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES MEDICALES

Ce document comporte cinq parties :

- ✓ En préalable un état des lieux sémantique sur les notions de Formation Médicale Continue, d'Evaluation des Pratiques Professionnelles/d'accréditation de la pratique/d'évaluation des compétences professionnelles.
- ✓ L'élaboration et l'actualisation des référentiels de compétences et le rôle des Collèges
- ✓ Les modalités et les conditions d'évaluation des compétences Médicales en Etablissement de Santé
- ✓ L'actualité internationale et le mouvement irréversible de l'évaluation des compétences professionnelles.
- ✓ Une analyse juridique de l'exercice des responsabilités en cas d'incompétence et de reconnaissance de la compétence.

4.2

RAPPORT
DE
MISSION

Professeur
Yves MATILLON
Mars 2006

**Dossier de presse relatif
à la parution de ce rapport**



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : MATILLON COMPETENCES FORMATION CHIRURGIE

TITRE : La mission Matillon formulera fin 2006 des propositions sur les référentiels de compétences pour les chirurgiens

PARIS, 2 mars (APM) - La mission du Pr Yves Matillon prévoit de publier fin 2006 ses recommandations en matière de référentiels de compétences pour les chirurgiens, a-t-on appris jeudi auprès du Pr Matillon.

Yves Matillon a remis mercredi au ministre de la santé, Xavier Bertrand, son rapport sur les "modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles" où il propose d'élaborer des référentiels de compétences professionnelles médicales (cf dépêche APM COJC1001).

Le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a indiqué qu'il souhaitait que la réflexion sur l'évaluation des compétences se poursuive et soit approfondie. Il a pour cela confié au Pr Matillon le soin de poursuivre sa mission, en la centrant d'abord sur les spécialités chirurgicales.

"Nous allons définir, pour fin 2006, des référentiels de compétences pour exercer le métier de chirurgien", a indiqué jeudi à l'APM le Pr Matillon.

Le Pr Matillon souhaite élaborer des "outils techniques", en concertation avec l'Académie de chirurgie, le Conseil national de la chirurgie, l'Ordre des médecins, la Haute autorité de santé et les professionnels.

"Nous travaillerons également avec les fédérations hospitalières et les conférences médicales pour établir une régulation sur les lieux de travail des médecins", a ajouté Yves Matillon.

En effet, la mission Matillon envisage un contrôle des compétences médicales qui reposerait sur une double régulation: une régulation professionnelle et une contractualisation avec les établissements pour les médecins exerçant en établissement de santé, rappelle-t-on.

Ce travail sur des référentiels de compétences pour les chirurgiens "servira de modèle" pour les autres spécialités.

Les spécialités qui seront examinées après la chirurgie concernent la gastro-entérologie, la cardiologie, l'anesthésiologie et la médecine générale.

co/cd/APM polsan

COJC2002 02/03/2006 18:55 ACTU



Le Quotidien du Médecin du : 03/03/2006

Evaluation des compétences des médecins

Ce que propose le rapport Matillon



Une nouvelle mission pour le Pr Yves Matillon (S.Toubon)

Le Pr Yves Matillon, professeur d'épidémiologie clinique à l'UFR Laennec (Lyon) et ancien directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), a remis à Xavier Bertrand le rapport sur l'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé dont Philippe Douste-Blazy lui avait fait la commande. A la tête d'une mission mise en place en novembre 2002, Yves Matillon est l'auteur d'un premier rapport sur les modalités et les conditions d'évaluation des compétences professionnelles en août 2003. Il propose aujourd'hui un système de recertification, de requalification, de revalidation fondé sur l'élaboration par les sociétés savantes de référentiels. Le renforcement des CME dans les hôpitaux est également préconisé.

« LA VALIDATION a priori des compétences et l'entretien de celles-ci tout au long de l'activité professionnelle sont une qualité sine qua non de l'exercice médical », affirme le Pr Yves Matillon dans son rapport sur

l'évaluation des compétences professionnelles qu'il vient de remettre au ministre de la Santé.

A cet égard, l'auteur insiste sur le fait que certifier/valider/qualifier est « une procédure finale attestant que

les compétences à exercer la profession de médecin sont acquises », et ces compétences « *peuvent et doivent être définies dans le cadre des programmes de DES (diplômes d'études de spécialités)* », ce qui conduit à l'autorisation d'exercer.

Reste que la certification initiale indispensable ne doit pas être une assurance pour la vie.

D'où la nécessité, selon le rapport, de mettre en place un système de « *recertification, revalidation, requalification* » (qui reste à préciser) « *qui consistera à s'assurer que le praticien tout au long de son parcours professionnel maintient bien son niveau de compétences en regard de références définies par la ou les spécialités qu'il exerce ou sera amené à exercer* ».

Ce processus doit se fonder sur des référentiels de métiers et de compétences à décliner en fonction des spécialités médicales et, dans ce cadre, poursuit le rapport, « *les collèges de spécialités médicales jouent un rôle central dans l'élaboration et l'actualisation de ces référentiels* ». Certains collèges de spécialités ont déjà bien avancé en ce sens, note le rapport, qui cite en particulier l'exemple de la Fédération des collèges de chirurgie – avec laquelle la mission a travaillé – et qui a élaboré des référentiels de métiers et de compétences pour les chirurgiens, « *ce qui peut permettre d'aboutir à des résultats à court terme* ».

Renforcer le rôle des CME.

Cependant, note le rapport, toutes les spécialités ne disposent pas d'un collègue.

La mise en place de ce dispositif dans les établissements de santé est également préconisée.

« *Il convient de contribuer avec les établissements de santé publics et privés*, écrit le rapporteur, *à développer la mise en œuvre de la régulation de la compétence médicale.* » S'appuyant sur les expériences étrangères, le rapport Matillon propose un scénario pour la France : pour exercer en établissement, le médecin devra accepter de signer un contrat avec cet établissement sur la base de « *critères de suivi individuel* ». Mais la gestion des praticiens sera radicalement différente selon qu'ils exercent en clinique ou dans le privé. « *Ce contexte*, estime donc le Pr Matillon, *impose de fait un double cadre de contractualisation avec les établissements qu'il conviendra d'harmoniser dans un souci d'évolution de carrière et de mobilité des praticiens.* » De même, il conviendra de préciser rapidement les responsables de l'appréciation de la compétence des praticiens de dire « *qui fait quoi, qui fera quoi, en fonction de quels rôles: et pour quelles responsabilités* ». Mais, surtout, le rapport se prononce pour un renforcement du rôle des commissions médicales d'établissement qui pourraient jouer un rôle central dans le dispositif de compétences.

Les propositions de la mission ne sont qu'un début dans la mise en

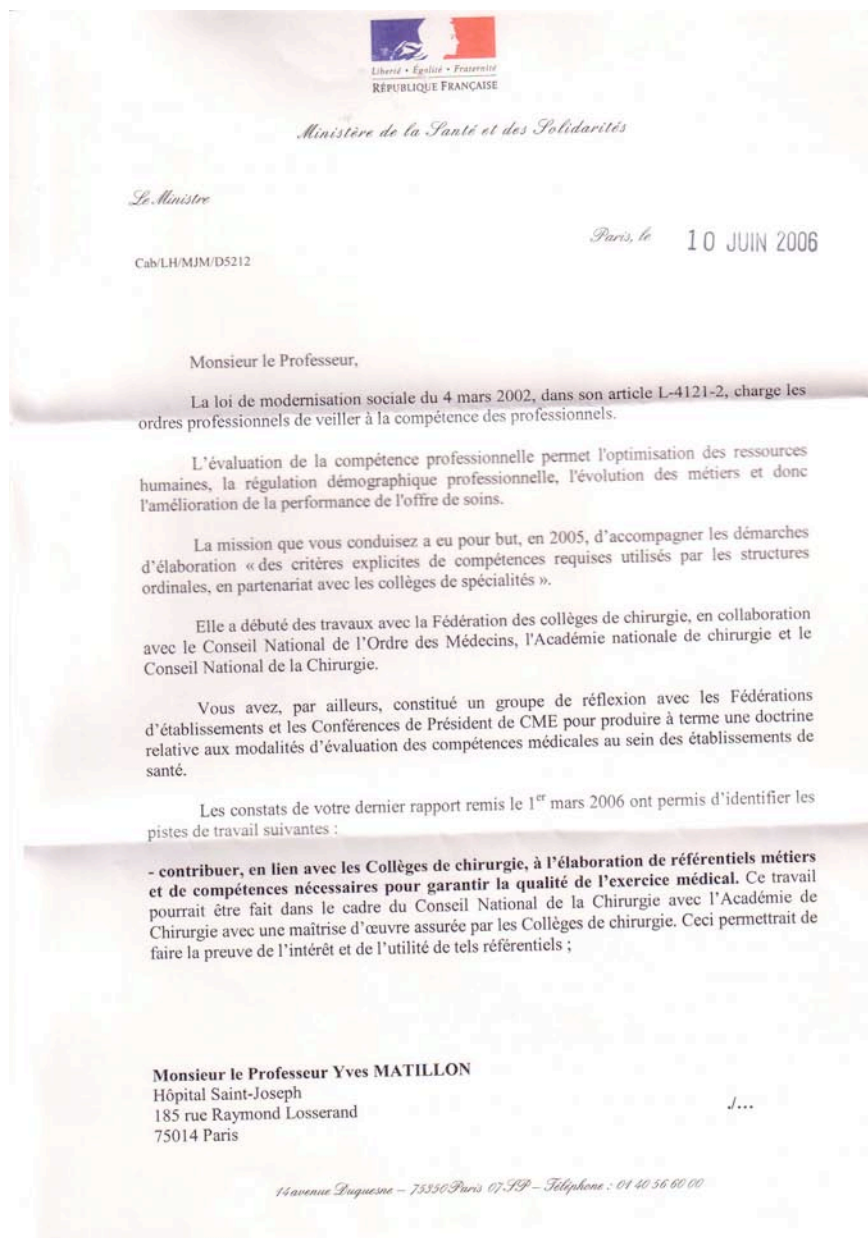
place d'une évaluation des compétences des médecins. Ce que reconnaît d'ailleurs le ministre de la Santé qui souhaite que les travaux de la mission se poursuivent et concernent d'abord les spécialités chirurgicales. Ce souhait rejoint en fait celui exprimé par le rapporteur, qui propose de transformer sa mission « *en mission d'appui* » et de travailler notamment avec le Conseil national de la chirurgie à

l'élaboration « *de référentiels de compétences dans un objectif plus général d'extension à terme aux autres spécialités médicales* ».

Le Pr Matillon entend également poursuivre ses travaux auprès des fédérations hospitalières et des conférences de présidents de CME.

JACQUES DEGAIN

4.3



-2-

- **élargir cette démarche modélisée dans un second temps aux spécialités médicales.** Certains Collèges de médecine ont déjà engagé cette démarche, notamment, le Collège National des Généralistes Enseignants et le Collège National des Anesthésistes Réanimateurs ;

- **mettre en lien ces productions avec la maîtrise d'ouvrage que devrait assurer le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)** dans le cadre de sa mission de « veille à la compétence », telle que décrite dans la loi de mars 2002 ;

- **contribuer, avec les établissements de santé (publics ou privés) à développer la mise en œuvre de la régulation de la compétence médicale** en poursuivant les travaux déjà menés par le groupe de travail inter-fédérations et un approfondissement des expériences existantes dans les pays étrangers ;

- **poursuivre le travail de «recherche et développement» avec les organisations qui ont la responsabilité de cette régulation dans leur pays respectif**, et notamment au Royaume-Uni, Canada, Hollande, compte tenu de l'actualité de ce sujet dans les différents pays de l'Union Européenne.

Je souhaite que vous poursuiviez votre mission en lui assignant les objectifs ainsi dégagés, et tout particulièrement la production de référentiels métiers pour les spécialités chirurgicales, en collaboration avec la Haute autorité de santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins. Vous voudrez bien me faire part de vos conclusions à la fin de l'année 2006.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.



Xavier BERTRAND

Documents n° 5

Documents supports de l'exposé du Pr Roland Bugat

On trouvera ci-après le document support de l'intervention du Pr Roland Bugat, en complément de son exposé :

- 5.1** **Dépêche APM du 19 décembre 2006** : Titre : *Collaboration entre l'INCa et l'Observatoire de la démographie des professions de santé*

5.1



**APM - Agence de Presse Médicale
Service InfoAPM**

**SUJET : CANCER MEDECIN DEMOGRAPHIE
INCA OBSERVATOIRE**

TITRE :

**Collaboration entre l'Inca et l'Observatoire
de la démographie des professions de santé**

PARIS, 19 décembre 2006 (APM) - L'Institut national du cancer (Inca) et l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) mutualisent leurs moyens pour dresser un état des lieux national et régional des ressources humaines, médicales et paramédicales, disponibles pour prendre en charge les patients atteints d'un cancer, ont annoncé mardi les deux partenaires dans un communiqué.

La collaboration Inca-ONDPS s'attachera aussi à traduire en termes de ressources humaines (formations, nouveaux métiers, coopération entre les métiers, délégations de compétences et transferts de tâches) les conséquences des évolutions prévisibles des pratiques au regard notamment du volet cancérologie des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) 3, et des progrès thérapeutiques annoncés à court terme.

L'émergence de nouveaux métiers autour de la gestion du "patrimoine biologique" ou encore de la coordination des soins dans le cadre des réseaux sera notamment abordée.

Les deux organismes vont, durant le premier semestre 2007, mutualiser dans un document leurs données respectives sur les métiers de la cancérologie.

Sur la base de cet apport, un groupe de travail associant des membres de l'ONDPS et de l'Inca définira une démarche harmonisée de recueil des infor-

mations nécessaires pour compléter cet éclairage qui, au-delà des professionnels de santé, prendra en compte de nouveaux acteurs, notamment dans le champ de la recherche et de la recherche dite "de transfert" dans sa dimension applicative à la pratique médicale.

Ce travail, réalisé en concertation avec les représentants des professionnels, débouchera sur la rédaction d'une partie du rapport 2007 de l'ONDPS. Ce dernier, dont une autre partie sera consacrée à l'insuffisance rénale chronique, intégrera également une réflexion commune sur la prise en charge des malades chroniques.

sl/eh/APM polsan
redaction@apmnews.com SLJLJ006
19/12/2006 18:22 ACTU CANCER

Documents n° 6

Rapport présenté par le Pr Yvon Berland

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants :

- 6.1** Le "**Rapport Berland**" : Mission « Démographie médicale hospitalière »
- 6.2** Dossier de presse relatif à la parution de ce rapport

6.1

Le "Rapport Berland"

Téléchargeable sur :
www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland2006/rapport.pdf

Mission
« Démographie médicale hospitalière »

Rapport présenté par le Pr. Yvon BERLAND

Membres de la mission :

Bernard BONNICI
Françoise DEBAISIEUX
Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Claude DEGOS
Pascal FORCIOLI
Daniel MARIE
Vincent MARSALA
Yves MATILLON
Dominique PERROTIN

Rapporteur :

Florence BRILLAUD

Septembre 2006

-1-

Sommaire du rapport

Composition de la mission	4
Lettre de la mission	5
Introduction	7
1. Etat des lieux	8
1.1 Les établissements de santé et leur organisation	8
1.1.1 Les établissements de santé publics	10
1.1.2 Les établissements de santé privés.....	20
1.2 Les établissements de santé et leur répartition	23
1.3 Les médecins des établissements de santé	25
1.3.1 Les effectifs par type d'établissement et par région	25
1.3.2 Les effectifs des différents groupes de spécialités	37
1.3.3 Les postes vacants.....	56
1.4 L'activité des établissements de santé	60
1.4.1 Les lits et places dans les établissements	61
1.4.2 L'activité de courte durée dans les établissements	66
1.4.3 L'activité reliée aux lits et places	71
1.4.4 L'activité par région et secteur d'activité	74
1.4.5 L'activité reliée aux effectifs	85
1.5 Les évolutions démographiques passées	88
1.5.1 La démographie médicale en France au cours des vingt dernières années	88
1.5.2 L'évolution des effectifs salariés entre 1998 et 2005	93
1.6 L'évolution du temps de travail des médecins salariés	98
1.6.1 Aménagement et réduction du temps de travail	98
1.6.2 Incitations à la mobilité.....	102
1.7 L'impact du système de formation	105
1.7.1 Le cursus des études médicales	105
1.7.2 L'Examen Classant National est l'objet de nombreuses critiques	106
1.7.3 Les filières de formation de l'internat posent question	108
2. Les évolutions annoncées	110
2.1 Les évolutions démographiques	110
2.1.1 Les effectifs des médecins et la densité médicale vont considérablement diminuer, la profession va se féminiser.....	110
2.1.2 A l'horizon 2025 le secteur salarié hospitalier pourrait être moins affecté que le secteur libéral par la diminution des effectifs de médecins.	113

-2-

2.2 Les évolutions organisationnelles	115
2.2.1 La nouvelle gouvernance	115
2.2.2 Le compte épargne temps	115
2.2.3 La restructuration territoriale de l'offre de soins	116
2.3 L'évolution des pratiques.....	117
2.3.1 La demande et les modalités techniques de soins se transforment et font évoluer les ressources soignantes nécessaires	117
2.3.2 Les comportements relatifs au choix d'activité professionnelle et d'exercice se transforment	118
2.4 La délicate question de l'avenir de la médecine générale	119
3. Eléments de comparaison avec des pays européens concernant les établissements de santé et la démographie hospitalière.....	121
3.1 Statistiques médicales globales	121
3.2 Les établissements hospitaliers.....	122
3.2.1 Nombre d'hôpitaux et de lits	122
3.2.2 La répartition public/privé	122
3.3 La démographie médicale hospitalière	123
3.4 Les enseignements tirés de ces comparaisons sont limités.	124
4 Analyse	125
4.1 Un système d'information précaire conduisant à un pilotage approximatif des ressources médicales.....	125
4.1.1 Des sources d'information multiples	125
4.1.2 Les conséquences de la faiblesse du système d'information sur la gestion des personnels et le pilotage des effectifs	126
4.2 Les établissements de santé seront confrontés à une baisse significative des acteurs médicaux.....	128
4.2.1 La répartition des médecins entre les différents types d'établissements	128
4.2.2 La répartition des acteurs entre les régions.....	140
4.2.3 La répartition par spécialités	143
4.3 Organisation infrarégionale et interrégionale des établissements de santé.....	148
4.3.1 La réorganisation infrarégionale de l'offre de soins	148
4.3.2 La logique de l'interrégion	149
5- Propositions	151
5.1 La nécessaire mise en place d'un système d'information performant et adapté au pilotage de la démographie des établissements de santé.	151
5.2 Une réorganisation profonde de l'offre de soins et des établissements de santé au niveau territorial	151
5.3 Des missions des établissements de santé à préciser	152
5.4 Les ARH doivent veiller à une meilleure organisation de l'offre de soins régionale	153

-3-

5.5 Une modification du système de formation permettant d'influencer la démographie hospitalière ...	153
5.6 Une réponse à l'inadéquation entre demande de soins et offre, dans les établissements hospitaliers par une plus grande collaboration entre les professions de santé	154
5.7 Les différences de rémunération entre les secteurs d'activités et entre les spécialités sont à prendre en compte dans la réflexion démographique médicale	154
5.8 Une nécessaire attention à porter à l'accueil des jeunes médecins dans les établissements de santé publiques.....	155
5.9 Une harmonisation à apporter entre établissements publics et privés participant au service public .	155
5.10 Désamorcer la bombe à retardement que constitue dans le secteur public le compte épargne temps	155
5.11 Une identification clarifiée de la médecine générale dans les établissements hospitaliers	156
5.12 Permettre aux psychiatres des établissements de santé de se recentrer sur leur cœur de métier	156
Synthèse des 17 propositions	157
Liste des personnes auditionnées	158
Annexes	160

-4-

**COMPOSITION DE LA MISSION
« DEMOGRAPHIE MEDICALE HOSPITALIERE »*****President :***

Professeur Yvon BERLAND
Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
Président de l'Université de la Méditerranée – Aix Marseille II

Membres de la mission :

Monsieur Bernard BONNICI
Directeur du CH de Toulon
Professeur Claude DEGOS
Chef de service en neurologie à la Fondation de l'hôpital Saint Joseph
Docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Présidente de la CME du CH de la Roche-sur-Yon
Madame Françoise DEBAISIEUX
DRASS de Champagne-Ardenne
Monsieur Pascal FORCIOLI
Directeur de l'ARH de Picardie
Monsieur Daniel MARIE
Directeur général du CHU de Dijon
Docteur Vincent MARSALA,
Médecin Inspecteur Régional à la DRASS Rhône-Alpes
Professeur Yves MATILLON
Chef de mission sur les professions de santé
Professeur Dominique PERROTIN
Doyen de la faculté de médecine de Tours

Rapporteur :

Madame Florence BRILAUD
Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

-5-

Fax émis par :

07-03-06 10:23 Pg: 2/3



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le 6 MAR. 2008

Cab.XR:OB/NL:Me D 06 1864

Monsieur le Président,

Dans le prolongement de la mission ministérielle qui vous a été confiée en novembre 2004 sur la démographie médicale, je vous demande de bien vouloir me proposer des orientations nationales permettant d'adapter ou de modifier les dispositifs existants pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population en tenant compte des spécificités territoriales, de l'évolution des modes de prise en charge et des techniques médicales à partir d'un état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé actuelle et de ses évolutions prévisibles.

Je souhaite que l'état des lieux que vous voudrez bien établir puisse me permettre d'apprécier la réalité de la situation actuelle quant à la répartition des praticiens sur le territoire par région, par spécialité (en indiquant pour chacune d'entre elle les volumes d'activité), par type d'établissement (publics : CHU, CH, PSPH et cliniques) et par type de statut et de mode de rémunération. Je souhaite également que ces données soient rapprochées de celles des autres pays de l'Union Européenne à structure sanitaire comparable.

Compte tenu de l'ampleur des travaux que je vous confie, je propose d'adjoindre à votre mission des professionnels expérimentés sur ce sujet dont vous avez fixé la liste avec mon Cabinet. Il s'agira des personnalités suivantes :

- Professeur Yves MATILLON, chef de mission sur les professions de santé,
- Professeur Dominique PERROTIN, Doyen de la faculté de médecine de Tours,
- Professeur Claude DEGOS, chef de service en neurologie à la Fondation de l'hôpital Saint Joseph,
- Docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, Présidente de la CME du CH de la Roche-sur-Yon,
- Daniel MARIE, directeur général du CHU de Dijon,
- Bernard BONNICI, directeur du CH de Toulon,
- Madame Françoise DEBAISIEUX, DRASS de Champagne-Ardennes,
- Monsieur Pascal FORCIOLI, Directeur de l'ARH de Picardie,
- Docteur Vincent MARSALA, Médecin Inspecteur Régional à la DRASS Rhône-Alpes.

Monsieur le Professeur Yvon BERLAND
Président de l'Observatoire National
des Professions de Santé
8 bis, rue Châteaudun
75009 PARIS

14 avenue Bugeyenne 75350 Paris 07 SP - Téléphone : 01 40 36 00 00

-6-

Fax émis par :

07-03-06 10:24 Pg: 3/3

Je vous demande de bien vouloir me faire connaître vos propositions au début du mois de juin 2006. Je sais pouvoir compter sur votre engagement pour conduire cette importante mission qui sera déterminante pour améliorer le pilotage du système de santé de notre pays.

Je vous en remercie et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous,



Xavier BERTRAND

-7-

INTRODUCTION

Par lettre en date du 6 mars 2006, le Ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a confié au Professeur Yvon Berland, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, une mission d'études et de propositions sur la démographie médicale hospitalière pour laquelle Mesdames Marie-Ange Desailly-Chanson, Présidente de la CME du CH de la Roche-sur-Yon, Françoise Debaisieux, Directrice de la DRASS Champagne-Ardenne, Messieurs Yves Matillon, Chef de mission sur les professions de santé, Dominique Perrotin, Doyen de la faculté de médecine de Tours, Claude Degos, Chef de service en neurologie à la Fondation de l'hôpital Saint-Joseph, Daniel Marie, Directeur général du CHU de Dijon, Bernard Bonnici, Directeur du CH de Toulon, Pascal Forcioli, Directeur de l'ARH de Picardie, Vincent Marsala, Médecin inspecteur régional à la DRASS Rhône-Alpes, ont prêté leur concours.

1. Objet de la mission

Au terme d'un état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé actuelle et de ses évolutions prévisibles, la mission est invitée à formuler des propositions d'orientations nationales permettant d'adapter ou de modifier les dispositifs existants pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population.

Le Ministre a attiré l'attention de la mission quant à :

- la répartition des établissements de santé publics ou privés sur le territoire et par région ;
- la répartition des praticiens sur le territoire par région et par spécialité ;
- la répartition du volume d'activité sur le territoire par région, par type d'établissement et par spécialité ;
- le rapprochement des données observées dans notre pays à celles d'autres pays de l'Union Européenne.

2. Méthodologie suivie

Le contexte dans lequel s'inscrit la mission est marqué par des évolutions démographiques importantes des médecins qui suscitent des inquiétudes liées aux conditions et aux possibilités d'accès aux soins dans les établissements de santé publics ou privés sur le territoire national.

La mission a souhaité s'attacher à faire un inventaire détaillé des données chiffrées disponibles au 1^{er} janvier 2005 pour le recensement des établissements, des acteurs médicaux et de leur activité.

La mission considérant qu'il importait de dégager un diagnostic partagé pour tracer des préconisations réalistes, a souhaité rencontrer, dans les délais impartis, un grand nombre de professionnels de santé.

La mission s'est enfin appuyée sur les commentaires et conclusions de différents rapports récents et notamment sur les travaux de l'ONDPS qui a pu rassembler au cours des deux dernières années des informations issues de l'ensemble des professions de santé.

3. Plan du rapport

Le présent rapport est articulé autour de cinq parties.

- La première s'est attachée à faire l'état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé.
- La deuxième est consacrée aux évolutions annoncées pouvant impacter dans les prochaines années l'offre de soins des établissements de santé.
- La troisième apporte quelques éléments de comparaisons des établissements de santé et de la démographie hospitalière des pays européens.
- La quatrième est une analyse de la situation actuelle de la démographie hospitalière basée sur l'état des lieux, les commentaires de rapports récents, l'avis des professionnels de santé et l'expertise apportée par les membres de la mission.
- La cinquième rend compte de propositions faites par la mission pour améliorer les dispositifs existants afin de mieux répondre aux besoins de la population.

6.2

Mission
« Démographie médicale hospitalière »

**Dossier de presse relatif
à la parution de ce rapport**

Septembre 2006



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : HOPITAL CLINIQUE DEMOGRAPHIE
MEDICALE BERLAND RAPPORT

**TITRE : Le nouveau rapport Berland souligne
la "très grande hétérogénéité" de la répartition
des médecins hospitaliers tous secteurs confondus**

PARIS, 20 novembre 2006 (APM) - Le nouveau rapport du Pr Yvon Berland, remis à Xavier Bertrand et rendu public lundi, insiste sur la "très grande hétérogénéité" de la répartition des médecins hospitaliers, tant entre les régions qu'entre spécialités.

En mars 2006, Xavier Bertrand a demandé au président de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) d'établir un nouveau rapport comprenant un état des lieux de la démographie médicale hospitalière, tous secteurs confondus, et des propositions pour améliorer la situation.

"La répartition géographique des moyens en personnels médicaux (salariés et libéraux) est révélatrice de très nombreuses disparités interrégionales qui peuvent nuire à l'égalité d'accès aux soins", souligne le Pr Berland dans son rapport de 160 pages (sans les annexes) dont APM a eu copie.

L'Ile-de-France emploie à elle seule "24,5 % des praticiens salariés en équivalents temps plein (ETP), près de 16 % des médecins libéraux exclusifs et environ 20 % des médecins libéraux, soit plus des deux tiers du potentiel médical exerçant en établissement de santé, alors qu'elle ne rassemble que 18 % de la population", indique Yvon Berland qui a mené sa mission avec l'aide de neuf personnalités⁹.

⁹ Pr Yves Matillon, chef de mission sur les professions de santé, Pr Dominique Perrotin, doyen de la faculté de médecine de Tours, Pr Claude Degos, chef de service à l'Hôpital Saint-Joseph à Paris, Dr Marie-Ange Desailly-Chanson, conseillère générale des établissements de santé, Daniel Marie, conseiller général, Bernard Bonnici, conseiller général, Françoise Debaisieux, Drass de Champagne-Ardenne, Pascal Forcioli, directeur de l'ARH de Picardie, Dr Vincent Marsala, médecin inspecteur régional à la Drass Rhône-Alpes.

Il note que la région Paca dispose d'une proportion presque équivalente de médecins salariés que Rhône-Alpes, mais se distingue pour son fort emploi de médecins libéraux dans le secteur privé lucratif.

De même, si Languedoc-Roussillon et la Lorraine disposent de praticiens salariés à proportions identiques, la première région bénéficie d'une proportion de médecins libéraux de deux à trois fois supérieure à la seconde.

Par ailleurs, si plusieurs régions ont une répartition de leurs médecins homogène, d'autres souffrent de déséquilibres entre certaines zones, comme Paca et Languedoc-Roussillon.

D'autres contrastes existent comme la répartition entre les effectifs du CHU d'Ile-de-France et ceux des autres CHU, les premiers étant "beaucoup plus importants que ce qu'ils sont" ailleurs, ce qui ne peut pas être sans incidence sur le système de formation et la recherche, note la mission.

Un "contraste" existe aussi pour les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie avec des régions, comme l'Auvergne, "où les effectifs sont particulièrement bas".

Les chiffres relatifs aux vacances de postes sont pour leur part "éloquents".

Les taux de vacance pour les PH à temps complet atteignent ainsi plus de 20 % en Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et Picardie.

"Il est essentiel d'insister sur le fait que le nombre de médecins va diminuer et que des établissements publics ou privés ne pourront plus fonctionner", insiste la mission qui estime probable que des régions déjà en difficulté le soient "demain" beaucoup plus.

UNE DISPARITE ENTRE SPECIALITES

L'état des lieux confirme aussi une disparité entre spécialités.

Il apparaît ainsi que l'ensemble "spécialité chirurgicale" ne rassemble que 17 % des ETP du secteur public alors qu'il compte pour 36 % des libéraux exclusifs et 31 % des libéraux non exclusifs du secteur privé.

Dans le secteur public, c'est la gynécologie obstétrique qui rassemble le plus d'ETP avec 26,4 %, tandis que l'orthopédie et la chirurgie traumatologie rassemblent 15,2 %.

Dans le privé, ce sont les ophtalmologistes qui représentent la part des chirurgiens la plus importante (18 %), les gynécologues-obstétriciens, les orthopédistes et les chirurgiens ORL représentant chacun 14 %.

En ce qui concerne les spécialités médicales, la mission note que l'anesthésie-réanimation représente 20 % des ETP du public à l'inverse de la cancérologie qui ne représente que 2,2 %.

Dans le secteur privé, l'anesthésie-réanimation représente 16 % des médecins, la radiologie 13 % et la cardiologie 17 %, les deux premières étant majoritairement à exercice libéral exclusif.

La mission constate aussi que la répartition des médecins selon les types d'exercice est parfois contrastée d'une région à une autre au sein d'une spécialité, comme en cardiologie entre Paca, Rhône-Alpes et Ile-de-France.

DIMINUTION DU NOMBRE DE MEDECINS DE PRES DE 10 % SUR 20 ANS

Dans son rapport, la mission rappelle les données sur l'évolution démographique médicale fournies par l'ONDPS en 2004 et 2005 qui montrent notamment que le nombre de médecins diminuera de près de 10 % entre 2005 et 2025.

La densité médicale devrait même diminuer davantage du fait de l'augmentation de la population française, rappelle-t-elle.

Le secteur médical hospitalier devrait être moins affecté que le secteur libéral par cette baisse, mais cela "ne garantit pas que les flux s'orienteront de façon satisfaisante dans les spécialités, les structures ou les territoires dans lesquels les besoins se font sentir", souligne-t-elle.

Au 1er janvier 2005, la France comptait 3.175 établissements sanitaires, 1.000 de statut public et 2.175 de statut privé (privé lucratif et privé non lucratif), rappelle-t-elle.

Dans le secteur public, exercent 78.440 médecins salariés (51.773 ETP) temps plein ou temps partiel, et 2.350 libéraux non exclusifs.

Dans le secteur privé, on dénombre 13.098 salariés (8.358 ETP) à temps plein ou à temps partiel et 15.543 libéraux exclusifs et 26.029 libéraux non exclusifs.

san/co/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJKH013 20/11/2006 08:50 ACTU



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : HOPITAL CLINIQUE BERLAND RAPPORT PROPOSITIONS

TITRE : Démographie médicale : le rapport Berland propose de créer un nouvel échelon d'établissement public dans chaque territoire

PARIS, 20 novembre 2006 (APM) - Le rapport Berland sur la démographie médicale hospitalière propose de créer un groupement d'établissements publics au sein de chaque territoire de santé.

"La pérennité de l'exercice des praticiens hospitaliers dans les différentes catégories d'établissements publics de santé, du niveau de proximité au niveau de référence, le recrutement et la fidélisation des personnels médicaux en zone non urbaine et en zone de sous densité médicale, sont de réels sujets de préoccupation à présent et encore plus pour le futur", justifie la mission en conclusion de son rapport remis à Xavier Bertrand et rendu public lundi.

C'est pourquoi, "il convient de créer un nouvel échelon d'établissement", annonce-t-elle en indiquant avoir baptisé cet échelon "groupement hospitalier territorial".

Ce nouvel échelon d'établissement dont la création nécessite une "adaptation" de la loi, serait une structure de coopération interhospitalière, à l'image du Groupement de coopération sanitaire (GCS).

"Etabli au niveau de chaque territoire de santé, il aurait vocation à être une structure de gestion mutualisée de ressources, notamment en personnel médical, et d'activités".

Les médecins qui seraient affectés au groupement, exerceraient une activité multi sites donnant lieu au versement d'une prime plus attractive que celle existante, et auraient accès à la totalité des plateaux techniques des établissements membres du groupement.

L'organisation des activités et la répartition des moyens seraient définies dans un projet médical territorial, l'objectif étant de constituer des équipes médicales par spécialité à même d'intervenir aux différents niveaux de l'offre et d'assurer une permanence des soins "coordonnée et accessible à tous les patients".

Le groupement pourrait participer par ailleurs à des GCS avec des établissements privés, à des réseaux de santé et être associé à la formation médicale via une convention avec le CHU et l'université.

Il rechercherait également une articulation avec les hôpitaux locaux et la médecine libérale.

CLASSER LES ETABLISSEMENTS SELON LEUR NIVEAU DE TECHNICITE

La mission qui émet un total de 17 propositions, appelle aussi à "préciser" les missions des établissements publics et privés et à affecter à chacun des missions "en fonction d'un classement (1 à 3) permettant de lui définir un niveau de technicité", explique-t-elle.

"Il existe actuellement une grande diversité d'établissements ayant des statuts différents et dont les missions ne sont pas clairement définies de sorte que l'offre de soins hospitalière manque singulièrement de lisibilité", justifie-t-elle.

Le niveau 3 doit être réservé au CHU, précise-t-elle.

Les établissements qui seraient de niveau 2 et 3 devront avoir l'obligation de participer à la permanence des soins et à la réception des urgences générales.

S'agissant plus spécifiquement du secteur public, elle suggère de préciser les missions dans le nouveau "groupement hospitalier territorial".

S'agissant des établissements privés, la mission estime qu'une coopération doit les lier soit avec le groupement hospitalier territorial, soit à un autre établissement privé leur permettant d'atteindre une masse critique suffisante pour remplir les missions de niveau 2.

Elle estime par ailleurs que les hôpitaux locaux doivent être "confortés" pour jouer le rôle de plateau d'exercice pour les médecins libéraux, y associant soins hospitaliers non spécialisés de premiers recours en lien avec les maisons médicales mais aussi soins de suite.

La mission considère parallèlement que les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) doivent répartir les missions entre établissements, au travers des Schémas régionaux et interrégionaux d'organisation sanitaire, "avec plus d'autorité que ce le fut jusqu'à présent".

Elle préconise aussi d'éviter de faire naître de nouveaux plateaux techniques mais de "rassembler l'existant en concentrant les nouveaux plateaux techniques et en incitant à une collaboration entre les secteurs public et privé".

DONNER UN NOUVEL ELAN AU CHU

Le CHU doit pour sa part bénéficier d'un "nouvel élan et d'une nouvelle vocation de référence".

La mission suggère pour cela de "recentrer ses missions", d'actualiser les conventions passées avec les UFR de médecine et les universités, et d'évaluer régulièrement ses performances, "pas seulement économiques", ainsi que celles des médecins, et de maintenir ses structures médicales dans une configuration leur assurant une masse critique d'acteurs suffisante.

Elle propose aussi de créer sept pôles de compétences médicaux interrégionaux qui seraient "des structures socles du soin innovant, de la formation des internes de spécialités, d'une recherche médicale collaborative capable de jouer un rôle dans le concert international".

san/co/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJKI001 20/11/2006 09:19 ACTU

vés qui répondront au cahier des charges établi par les facultés de médecine et les coordonnateurs interrégionaux des spécialités.

Parmi ses 17 propositions, la mission suggère également d'"améliorer" l'accueil des jeunes médecins dans les hôpitaux en ajoutant un volet médical au volet social, portant notamment sur l'accès à un internat doté de moyens hôteliers "significatifs" et un accès aux crèches.

san/co/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJKI002 20/11/2006 09:49 ACTU



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : HOPITAL CLINIQUE DEMOGRAPHIE
BERLAND INFORMATIQUE

**TITRE : La mission Berland préconise de mettre en place
un système d'information adapté au pilotage
de la démographie médicale hospitalière**

PARIS, 20 novembre 2006 (APM) - La mission Berland préconise, dans son rapport rendu public lundi, de mettre en place un système d'information "performant et adapté" au pilotage de la démographie des établissements de santé.

"Il n'existe actuellement aucun système d'information permettant de connaître aisément les effectifs médicaux des différents types d'établissement et les métiers réellement exercés", souligne-t-elle en conclusion de son rapport de 160 pages (sans les annexes) dont APM a eu copie.

La mission conduite par le Pr Yvon Berland propose en particulier de bien identifier les besoins des établissements de santé en médecins issus de la filière de médecine générale.

Selon elle, il existe actuellement près de 7.500 équivalent temps plein (ETP) salariés de médecin généraliste dans le secteur public et 1.500 ETP salariés dans le privé, qui travaillent diversement dans les services d'urgence, en gériatrie ou en ambulatoire.

Une "confusion extrêmement préjudiciable est en train de s'installer dans la mesure où la spécialité médecine générale conduira à des exercices très diversifiés" et ce "flou" risque à terme de pénaliser énormément la médecine ambulatoire et ne permet pas des prévisions cohérentes au niveau de la formation des différents spécialistes", déplore-t-elle.

La mission estime donc que les métiers issus du DES de médecine générale nécessaires aux établissements "doivent être clairement identifiés".

Les besoins de ces métiers doivent être ensuite "quantifiés" et "pris en compte lors de l'évaluation des besoins de formation de la filière médecine générale de l'internat".

Conformément à des propositions précédentes, Yvon Berland préconise également de favoriser la collaboration des professionnels de santé, notamment à partir de la délégation

gation de tâches là-aussi en identifiant les nouveaux métiers à faire émerger dans les établissements de santé.

MODIFIER LE SYSTEME DE FORMATION DES MEDECINS

La mission indique par ailleurs qu'elle soutient des propositions déjà formulées par d'autres instances, visant à modifier le système de formation des médecins afin d'"influencer" la démographie médicale hospitalière.

Estimant que le risque "est grand" de connaître une diminution "dramatique" des effectifs dans certaines spécialités indispensables au fonctionnement des établissements, elle soutient la révision des filières de l'internat pour en identifier cinq: médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie médicale et recherche biomédicale, et médecine générale.

"Un tronc commun doit initier la formation dans chacune de ces cinq filières au début de l'internat", précise-t-elle.

Puis, au sein de ces filières, "chaque spécialité devra faire l'objet d'une attention particulière afin d'éviter d'en privilégier certaines aux dépens de toutes les autres aussi indispensables".

Constatant par ailleurs qu'il existe actuellement une répartition inégale entre les régions entre les étudiants admis en PCEM2 (numerus clausus) et en troisième cycle (internes), qui ne recoupe pas les inégalités régionales de répartition des médecins en exercice, elle propose de rééquilibrer aux niveaux régional ou interrégional les affectations des étudiants et des internes au travers de plans pluriannuels.

Notant que le nombre d'internes en formation va beaucoup augmenter au cours des prochaines années, elle propose aussi de favoriser les stages hors CHU, dans les hôpitaux généraux et dans les établissements privés qui répondront au cahier des charges établi par les facultés de médecine et les coordonnateurs interrégionaux des spécialités.

Parmi ses 17 propositions, la mission suggère également d'"améliorer" l'accueil des jeunes médecins dans les hôpitaux en ajoutant un volet médical au volet social, portant notamment sur l'accès à un internat doté de moyens hôteliers "significatifs" et un accès aux crèches.

san/co/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJKI002 20/11/2006 09:49 ACTU



**APM - Agence de Presse Médicale
Service InfoAPM**

SUJET : HOPITAL MEDECIN DEMOGRAPHIE
BERLAND RAPPORT CET RTT

**TITRE : Médecins hospitaliers : le compte épargne temps
constitue une "bombe à retardement"
qu'il faut désamorcer, estime la mission Berland**

PARIS, 20 novembre 2006 (APM) - Le compte épargne temps (CET) dont bénéficient les médecins hospitaliers du secteur public, constitue une "bombe à retardement" qu'il faut "désamorcer", insiste la mission Berland dans son rapport sur la démographie médicale hospitalière rendu public lundi.

"Le processus du CET [qui permet aux médecins d'épargner des jours de réduction du temps de travail ou de congé annuel non pris pour un maximum de 300 jours ouverts sur dix ans, ndlr] va permettre, dans les dix prochaines années, aux médecins de s'extraire pendant de longues périodes de temps de l'activité hospitalière, voire d'anticiper leur départ à la retraite de nombreux mois avant la date prévue", souligne la mission en conclusion de son rapport de 160 pages.

Ainsi, elle indique que "l'offre de soins va se voir amputée d'un nombre d'ETP très important".

Et le risque est "grand" de voir les établissements dans l'impossibilité de pourvoir au remplacement des acteurs médicaux utilisant leur CET, faute de ressources médicales disponibles, étant donnée la "diminution annoncée du nombre de médecins".

La mission s'appuie sur un rapport sur le CET de Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, selon lequel 898.903 jours étaient épargnés au 31 décembre 2005.

Elle estime donc que les établissements ne doivent pas avoir une attitude "attentiste" à ce sujet mais "proactive" et suggère pour cela de leur donner la possibilité de rémunérer les jours de CET.

san/co/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJKI003 20/11/2006 10:08 ACTU



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : HOPITAL CLINIQUE MEDECIN
RAPPORT BERLAND BERTRAND

TITRE : Xavier Bertrand se prononcera sur les suites du rapport Berland "d'ici quelques semaines"

PARIS, 20 novembre 2006 (APM) - Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, se prononcera "d'ici quelques semaines" sur les suites à donner aux propositions formulées par la mission conduite par le Pr Yvon Berland sur la démographie médicale hospitalière, a indiqué lundi le ministère dans un communiqué.

Après un état des lieux très détaillé sur la situation actuelle de la démographie médicale des établissements publics et privés de santé et les perspectives pouvant être envisagées, la mission formule 17 propositions concernant aussi bien la formation des médecins que la réorganisation de l'offre de soins, la définition des missions des établissements et la mise en place d'un système d'information adapté (cf dépêches APM SNJKI001, APM SNJKI002 et APM SNJKI003), rappelle-t-on.

La mission émet également des préconisations sur les rémunérations.

Elle appelle à ce sujet à "revaloriser l'acte intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique pour éviter que les écarts entre les spécialités génératrices d'actes techniques et les autres ne se creusent de manière injustifiée".

Elle constate en effet dans son rapport des différences de rémunération entre les secteurs d'activité et entre les spécialités qui font craindre dans certains cas que "l'orientation [des jeunes médecins] ne se fasse vers le secteur privé".

La mission suggère donc aussi de permettre aux médecins et chirurgiens salariés des établissements de santé d'opter pour une rémunération à l'activité voire à l'acte.

Elle appelle également à "harmoniser les conditions de rémunération et d'exercice des médecins des établissements publics et privés participant au service public", estimant qu'il existe une "concurrence" dans le recrutement des médecins qui est "en défaveur des CH et CHU".

san/co/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJJK001 20/11/2006 10:43 ACTU



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : HOPITAL CHU MEDECINS RAPPORT REACTION

**TITRE : La conférence des présidents de CME
de CHU très satisfaite du rapport Berland**

PARIS, 20 novembre 2006 (APM) - La conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CHU se déclare très satisfaite du rapport de la mission conduite par le Pr Yvon Berland sur la démographie médicale hospitalière, remis officiellement lundi à Xavier Bertrand.

C'est un rapport "dense" qui fait apparaître des constats "de grande qualité", souligne le Pr Pierre Fuentes, interrogé lundi par l'APM.

"Les 17 propositions émises en conclusion nous intéressent toutes (...) au regard des graves difficultés de démographie médicale qui seront la réalité de demain", indique-t-il.

Dans un communiqué, les présidents de CME de CHU précisent qu'ils retiennent "tout particulièrement trois propositions": celle qui vise à donner un "nouvel élan" au CHU et à créer sept pôles interrégionaux et les deux qui portent sur une revalorisation des rémunérations des médecins du secteur public ou tout au moins à une "harmonisation" avec les salaires des médecins des établissements privés participant au service public.

S'agissant des autres propositions faites par la mission Berland, la conférence se déclare "favorable" à "plus de lisibilité" en matière d'organisation de l'offre de soins hospitalière, à un "meilleur affichage" des niveaux d'intervention des différents acteurs et de leur réelle prise en compte par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans les schémas régionaux et interrégionaux d'organisation des soins.

Elle plébiscite également "la mutualisation des ressources au niveau territorial avec la création de groupements hospitaliers territoriaux".

Les présidents de CME de CHU indiquent qu'ils se tiennent à la disposition du ministre de la santé et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation

des soins (Dhos) pour "travailler à la concrétisation de ces propositions qui sont au cœur de leurs préoccupations pour l'avenir des CHU".

La conférence précise qu'elle finalise actuellement sa campagne de communication qui doit être prochainement lancée et s'intitulera "Etre médecin en CHU en 2007".

san/eh/APM polsan
redaction@apmnews.com
SNJKK004 20/11/2006 16:27 ACTU



Le Quotidien du Médecin du : 20/11/2006

L'AVENIR DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Le rapport Berland veut des médecins volants

Chargé par Xavier Bertrand d'étudier les perspectives d'avenir du corps médical hospitalier public et privé, le Pr Yvon Berland rend sa copie. Scrutant à la loupe la situation des quelque 58.000 médecins qui travaillent à temps plein dans les hôpitaux et les cliniques, il formule dix-sept propositions, pour certaines iconoclastes, visant à éviter la fuite des praticiens vers d'autres modes d'exercice, alors que les experts annoncent qu'il y aura, dans la France de 2025, 10 % de médecins de moins qu'aujourd'hui.

LE Pr YVON BERLAND vient de remettre au ministre de la Santé le résultat de ses travaux sur la démographie médicale hospitalière. Un rapport de quelque 200 pages dont Xavier Bertrand avait passé commande en mars dernier au président de l'Observatoire national des professions de santé, désormais expert ès démographie médicale.

Scrutant à la loupe, sur fond de pronostic globalement mauvais pour le corps médical – la France de 2025 comptera 10 % de médecins de moins que la France de 2005 –, la situation et les perspectives d'avenir des quelque 58 291 médecins travaillant à temps plein dans les 3 178 établissements de santé publics et privés (hôpitaux publics et Psp, cliniques) que comptait la France au 1er janvier 2005, le Pr Berland formule 17 propositions pour mieux organiser la gestion de ces professionnels et surtout pour s'assurer qu'ils existeront toujours dans l'avenir, la pérennité de l'institution hospitalière étant en jeu.

La nécessaire connaissance de la démographie médicale hospitalière est, logiquement, la première de ces propositions. Car, après l'Igas (Inspection générale des affaires sanitaires) ou la Cour des comptes, le Pr Berland le confirme : l'Etat n'a pas de lisibilité dans ce domaine. Les experts rencontrent, écrit-il, une « très grande difficulté à obtenir facilement toutes les données nécessaires à un état des lieux des effectifs des établissements de santé

publics ou privés de notre pays ».

Méconnaissance. Conséquence : « *Le risque* » existe « *que l'on compte des acteurs dans un métier alors qu'ils ne l'exercent pas* » – l'exemple des généralistes qui exercent en tant qu'urgentistes ou gériatres est cité par le rapport. Pour rectifier le tir, Yvon Berland plaide pour l'installation d'un système d'information performant et adapté. Il voudrait aussi – et, à l'heure de la T2A (tarification à l'activité) et de la part salariale variable du salaire des PH, cela ne va pas plaire à tout le monde – que ce système permette de relier « *l'activité médicale des établissements avec le personnel médical par spécialité* ».

Autre proposition phare du Pr Berland : celle d'une réorganisation structurelle de l'offre de soins et des établissements de soins, au niveau des « territoires » de santé (nouvel échelon utilisé notamment dans les Sros – schémas régionaux d'organisation sanitaire). Les « *groupements hospitaliers territoriaux* » sont inventés, « *structures de gestion mutualisée de ressources, notamment en personnel médical, et d'activités* », est-il précisé. Des praticiens seraient affectés sur ces structures de coopération interhospitalière d'un nouveau type, exerçant « *une activité multisite donnant lieu au versement d'une prime plus attrayante que celle existante* » ; ils « *auraient accès à la totalité des plateaux techniques des établissements membres du groupement* ». L'objectif

est bien de constituer des sortes d'équipes volantes, permettant de pallier localement les manques. Il s'agira « de constituer des équipes médicales territoriales par spécialité à même d'intervenir aux différents niveaux de l'offre de soins ».

Au passage, le Pr Berland critique, de manière à peine voilée, les Sros, accusés en creux de ne pas éviter « le gaspillage du temps médical. « Les ARH (agences régionales de l'hospitalisation) doivent, au travers des Sros et Sios (schémas interrégionaux de l'organisation sanitaire), répartir les missions des établissements au sein des régions et interrégions avec plus d'autorité que ce le fut jusqu'à présent », écrit-il, invitant les décideurs à « éviter de faire naître de nouveaux établissements et de nouveaux plateaux techniques (et à) conforter, et surtout rassembler, l'existant en concentrant les nouveaux plateaux techniques et en incitant à une collaboration entre les secteurs publics et privés ». Pour autant, restructurer n'est pas la panacée, Yvon Berland le reconnaît.

Le « leurre » des restructurations.

Promoteur de cette opération depuis plusieurs années, Yvon Berland réaffirme la nécessité des transferts de tâches entre médecins et paramédicaux – c'est sa onzième proposition. « Considérer, affirme-t-il sans ambages, que les restructurations des services et des établissements ou une meilleure collaboration du secteur public et du secteur privé, notamment, permettront à elles seules de combler le fossé qui ne va pas manquer de se creuser entre une offre médicale qui diminuera et des besoins qui ne cesseront d'augmenter est un leurre. Il convient donc d'envisager au plus vite (...) la délégation de tâches et la collaboration des professionnels de santé. »

Une bombe à désamorcer. Iconoclaste apparaît également ce nouveau rapport Berland au chapitre de la rémunération puisque, afin d'éviter les fuites du secteur public vers le secteur privé, il avance, dans sa proposition n° 12, la solution suivante : « Il faudrait permettre aux médecins et chirurgiens salariés des établissements de santé d'opter pour une

rémunération à l'activité, voire à l'acte. » Du jamais vu.

Sur un autre sujet, Yvon Berland se fait très alarmiste en matière de temps de travail des médecins hospitaliers. Il présente en effet de manière noire la façon dont s'organisent les comptes épargne-temps (CET) des médecins (qui existent depuis l'instauration des 35 heures à l'hôpital). Pour lui, ce dispositif est ni plus ni moins qu'une « bombe à retardement » qu'il s'agit de désamorcer rapidement (c'est sa quinzième proposition). Sans quoi, le jour (inconnu) où les praticiens vont vouloir solder ces CET, les hôpitaux vont se retrouver, « faute de ressources médicales disponibles », dans « l'impossibilité de pourvoir au remplacement des acteurs médicaux ».

Par ricochet, le Pr Berland fait en matière d'études médicales quelques suggestions décoiffantes. Pour faire face à la récente hausse du *numerus clausus*, et à l'augmentation du nombre d'internes qui va en découler, il affirme en particulier la nécessité de favoriser les « stages hors CHU, dans les hôpitaux généraux d'abord, mais aussi dans les établissements privés qui répondent au cahier des charges établi par les facultés de médecine et les coordonnateurs interrégionaux des spécialités ».

Il plaide pour une « modification du système de formation permettant d'influencer la démographie hospitalière ». Soucieux de ne pas voir se tarir certaines spécialités menacées, le Pr Berland suggère, entre autres, d'identifier cinq filières d'internat (médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie médicale et recherche biomédicale, médecine générale). Il met par ailleurs l'accent, d'un point de vue très pratique, sur l'indispensable amélioration de l'accueil des jeunes médecins à l'hôpital, afin qu'ils s'estiment « reconnus et positionnés dans la structure hospitalière non seulement sur un plan médical, mais plus généralement quant à leur statut social » – l'idée de doter les internes de « moyens hôteliers significatifs » est par exemple citée, le rapport évoquant les crèches, les secrétariats, le matériel informatique...

KARINE PIGANEAU

LE FIGARO

Publié le 20 novembre 2006

Des propositions contre la pénurie de praticiens à l'hôpital

O. A..

LA MISSION démographie médicale hospitalière, présidée par le Pr Yvon Berland, remettra ce matin à Xavier Bertrand le rapport que le ministre de la Santé lui avait commandé en mars. Ce document, dont *Le Figaro* a obtenu copie, met une fois de plus en évidence les fortes disparités régionales et entre spécialités. Il confirme qu'à l'horizon 2025, les effectifs de médecins auront considérablement diminué ; la densité médicale retrouvera son niveau des années 1980 alors que la demande de soins devrait augmenter du fait du vieillissement. Le rapport recommande d'améliorer l'informatique hospitalière qui ne permet pas, actuellement, de distinguer diplôme et spécialité réellement exercée : de nombreux généralistes exercent comme urgentistes ou gériatres.

Le compte épargne-temps

La mission propose aussi « *un ré-équilibrage régional ou, de préférence, interrégional des affectations des étudiants (numerus clausus et internes)* », de favoriser les stages d'in-

ternes « *hors CHU, dans les hôpitaux généraux d'abord mais aussi dans les établissements privés* », de « *permettre aux médecins et chirurgiens salariés des établissements de santé d'opter pour une rémunération à l'activité voire à l'acte* » pour rendre ces postes plus attractifs financièrement, ou encore de « *désamorcer la bombe à retardement que constitue dans le secteur public le compte épargne-temps* » qui permettra, au cours des prochaines années, « *aux médecins de s'extraire pendant de longues périodes de l'activité hospitalière, voire d'anticiper leur départ à la retraite de nombreux mois avant la date prévue* ». Le compte épargne-temps avait été créé après la mise en place des 35 heures afin de faire face à l'impossibilité pour le personnel de prendre ses jours de congé.

Plusieurs des propositions de ce rapport risquent d'être sérieusement débattues. Mais la proximité des échéances électorales devrait de toute façon empêcher toute concrétisation.

Documents n° 7

Documents complémentaires à l'exposé du Dr Guy Bazin

L'intervention du Dr Guy Bazin lors de ces Rencontres a suscité débat entre anesthésistes. Le Quotidien du médecin s'en est fait l'écho. Le Dr G. Bazin est membre du Conseil d'Administration de la SFAR. Cette dernière l'a aussi sollicité afin de formaliser et d'approfondir son analyse. On trouvera ci-joint :

- 7.1 Un article paru dans Le Quotidien du Médecin en date du 8/11/2007 sous le titre "Quel avenir pour l'anesthésie"**
- 7.2 Deux articles parus dans Vigilance sous le titre "Le métier d'anesthésiste-réanimateur peut-il évoluer ?" - Docteur Guy Bazin - Vigilance n° 11 d'avril 2008 et n° 16 de juillet 2009**

7.1

 **LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN**

Quotidien Spécialistes du : 08/11/2007

Quel avenir pour l'anesthésiste ?

Discipline en constante évolution, l'anesthésie a vu ses modalités d'exercice se modifier de façon importante au cours des dernières décennies. Le nombre d'actes a fortement augmenté, la mortalité a considérablement baissé et le confort de l'opéré s'est très nettement amélioré. Pourtant, les exigences sanitaires et économiques, les disparités entre les établissements, les menaces de réorganisation à pas forcés au nom de la rentabilité financière inquiètent aujourd'hui les anesthésistes qui s'interrogent sur l'avenir de leur profession

Point de vue

L'avenir du métier d'anesthésiste

L'avenir du métier d'anesthésiste ne peut se décliner sans avoir pris conscience de deux réalités difficiles à admettre. D'une part, la planification de la chirurgie est inadaptée aux besoins dans un pays où la concentration des établissements est la plus élevée au monde et, d'autre part, la pénurie globale des anesthésistes est un mythe.

Par le Dr GUY BAZIN
Anesthésiste-réanimateur,
association française de chirurgie ambulatoire,
membre de l'observatoire national de chirurgie.

LE MÉTIER d'anesthésiste a la singularité de dépendre de l'organisation dans laquelle il doit s'adapter et sur laquelle il ne peut que partiellement intervenir. Son avenir est donc lié à celui de la structure dans laquelle il évolue. Or, depuis quinze ans, toutes les mesures prises n'ont pas évité les disparités entre les établissements en termes de ressources, de coût de qualité et donc d'efficacité. L'identification des anesthésistes a, par ailleurs, été longue et souvent douloureuse jusqu'au décret de 1994 portant sur la sécurité du patient anesthésié. Depuis, la profession semble s'être réfugiée derrière cet acquis déterminant, qui s'est progressivement transformé en position dominante, jusqu'à

ignorer les 14,7 anesthésistes par 100 000 habitants, taux le plus élevé d'Europe ! Ajoutons que les IADE (infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat) disposent d'une quasi-autonomie avec l'article 10 du décret de compétence, permettant dans certains établissements de doubler les effectifs.

La conjonction entre la disparité et l'excédent explique la pénurie perçue dans certains établissements, essentiellement dans le secteur privé et les petits hôpitaux généraux peu attractifs, les moins dotés servant de prétexte aux plus dotés. Leur répartition est pourtant bien connue puisque la CNAMTS suit leur évolution typologique depuis huit ans. Parallèlement, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) affine, depuis quatre ans, sa vision des coûts par activité. Dans ces conditions, prévoir l'avenir se réduit à prolonger les tendances sur la base des faits constatés.

Tout d'abord, les mutations, les disparitions et les fusions ont changé en profondeur le paysage hospitalier privé, sans pour autant affecter le secteur public qui résiste à « l'ardente obligation » d'une réorganisation pour corriger son déficit devenu incontrôlable. Dès lors, la disparition des hôpitaux, qui sont au-dessous du seuil d'activité compatible avec la sécurité et l'équilibre économique, est programmée, au même titre que les cliniques frappées, quelques années plus tôt, par les mêmes critères de survie.

En revanche, dans les régions qui ne peuvent s'exonérer d'une prise en charge chirurgicale sans cohabitation des deux secteurs, le partenariat public-privé sera obligatoire, tout comme la nécessité préalable d'une cohérence entre la rémunération des praticiens salariés et libéraux.

Une nouvelle réglementation sur les autorisations est, à ce titre, en cours d'élaboration, obligeant les établissements à faire preuve d'une utilisation rationnelle des ressources. Du reste, les projets médicaux de territoire imposent déjà une prise en charge graduée, en répartissant les plateaux techniques selon la complexité du matériel et de son coût, afin d'arbitrer au mieux les exigences sécuritaires et économiques. Le développement de la chirurgie ambulatoire reste donc plus que jamais une priorité nationale. Cette redistribution des cartes sera probablement le levier pour de nombreux redéploiements.

L'organisation des soins a déjà introduit une part non négligeable de régulation économique (T2A, PCV), selon un principe simple : « *on est payé pour ce que l'on fait, plutôt que pour ce que l'on est.* » L'exercice d'une chirurgie commerciale, reproché depuis longtemps aux cliniques privées, n'est sans doute pas fondé. Pour autant, cette adoption du versant économique n'exclut pas la vision opportuniste des financiers. A ce titre, il faut avoir conscience que la participation récente et massive des fonds d'investissements, majoritairement étrangers, dans le capital d'un nombre de plus en plus grand de cliniques, dont certaines sont des fleurons français, est une réalité inquiétante. Les défaillances de l'hôpital, notamment en termes de rentabilité, ont créé un vide financièrement attractif sur le marché, non saturé, des actes médicaux. Si l'hô-

pital réagissait aujourd'hui, ce qui est souhaitable, la tendance ne s'inverserait pourtant pas avant cinq à sept ans. Ce délai est plus que suffisant pour couvrir la rentabilité d'un financement par un fonds. Au-delà, les établissements ne seront pas à l'abri de l'éclatement d'une bulle qui, aujourd'hui, gonfle sans contraintes.

Le statut des praticiens de demain. Tous ces décalages nourrissent la dynamique future de notre métier d'anesthésiste et permettent d'entrevoir ce que seront les statuts des praticiens de demain.

Dans les cliniques, l'exercice de l'anesthésie ne changera pas beaucoup. Il devra continuer à répondre à une forte augmentation de la demande en privilégiant les critères de productivité, sans toutefois nuire à la sécurité du patient. Il devra, tout à la fois, augmenter ses effectifs et innover sur l'ergonomie. Son parcours sera celui du chemin bien creux qui le conduit de son cabinet de consultation au bloc opératoire qu'il ne quittera plus. Il devrait être le promoteur idéal de la chirurgie ambulatoire qui raccourcit les circuits, considérant la réanimation comme la danseuse de ses collègues du public. En revanche, ces incertitudes ne seront pas les mêmes selon le type d'établissement dans lequel il évoluera. Les médecins, qui ont vendu leur établissement à des opérateurs pour se réfugier sous l'autorité d'un tiers qui se dit plus expert devront, à terme, se mobiliser pour racheter leur outil vidé de sa capacité d'autofinancement ou bien disparaître. Les exemples ne manquent pas dans l'industrie. A l'inverse, les médecins qui ont gardé la main sur leur structure seront probablement plus à l'abri. Les études internationales montrent que les « résultats » sont meilleurs dans les sociétés gérées par des professionnels du secteur concerné que par des intervenants étrangers. Attention, toutefois, que ces médecins ne deviennent pas eux-mêmes des opérateurs auprès de leurs jeunes collègues.

Les anesthésistes des hôpitaux publics auront, quant à eux, des destinées diverses. Ceux qui, après un parcours professionnel chaotique, exercent souvent difficilement dans un établissement dont les autorisations seront sans cesse remises en cause devront trouver un autre point de chute, d'autant plus hasardeux et pénible qu'ils auront parfois bénéficié d'un statut qui les aura politiquement protégés. S'il s'agit d'une évidence pour de nombreux petits hôpitaux, qui font la une des médias, la réalité sera plus difficile à admettre pour d'autres, tels certaines structures de l'AP-HP... Pour de nombreux CHU et grands hôpitaux généraux, le mot d'ordre sera le « dégraissage » sur la base d'une réorganisation à pas forcés et sans états d'âme. Les statistiques sorties des comptabilités analytiques comparées seront prises au sérieux. Avec un pourcentage moyen de frais de personnel de 84 % et un coefficient de variation qui souligne une forte dispersion, l'anesthésie publique est aujourd'hui le plus mauvais élève de la classe. Les universitaires qui peuplent ces établissements ont une responsabilité dans cette situation, puisqu'ils sont, à ce jour, les seuls à disposer, du moyen le plus efficace pour intégrer les anesthésistes dans une époque

qui évolue très vite : l'enseignement. Peut-être faudra-t-il que cet enseignement soit aussi partagé avec les praticiens du secteur public non universitaire et du secteur privé dont le nombre bien plus élevé d'actes réalisés sous-tend, sans ambiguïté, une plus grande expérience.

7.2



TRIBUNE LIBRE

Le métier d'anesthésiste-réanimateur peut-il évoluer ?

GUY BAZIN
guy.bazin@orange.fr

VIGILANCE n° 11 avril 2008 p. 23

IL SEMBLE que la question sur les valeurs qui véhiculent le mot « métier » interroge de nombreux confrères, posant ainsi avec acuité le problème du devenir, voire de la survie de leur spécialité. Notre métier d'anesthésiste-réanimateur n'est pas bien vieux et si affirmer que rien n'est définitif est un euphémisme, il semble que nos plus grandes certitudes actuelles oublient notre histoire et manquent d'imagination pour refuser de voir ce que nous deviendrons. Le balayage rapide de l'évolution de la spécialité de l'anesthésie depuis 30 ans sur deux ou trois critères tels la sécurité, l'organisation et l'identité permet de tirer quelques leçons utiles. Avec l'inertie de ce balayage, la vision d'une tendance vers laquelle la spécialité se dirige peut être tentée. Peut-elle nous aider à prendre la bonne direction ?

LES ANNÉES IDENTITAIRES

Émile Aron, directeur en 1954 de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, écrivait, dans un petit livre sur l'histoire de l'anesthésie : « Ce n'est pas ternir la pensée reconnaissante que tout chirurgien et tout patient devraient vouer, en entrant dans une salle d'opération au plus grand des savants (Louis Pasteur), que de rappeler aussi les mérites de ceux qui contribuèrent à découvrir l'anesthésie. »

Malgré la conscience collective que deux acquisitions capitales, l'asepsie et l'anesthésie, avaient été décisives dans l'évolution de la chirurgie, il faut attendre la fin des années 1960 pour qu'apparaisse l'embryon d'une identité du métier d'anesthésiste.

Réduit au sobriquet de monsieur 10 % (pourcentage des honoraires du chirurgien versé pour le paiement de l'anesthésiste), le médecin ayant choisi cette activité héritait du statut de religieuse ou de chauffeur des chirurgiens.

L'organisation centrée sur le chirurgien effaçait toutes les exigences liées à l'anesthésie, prenant parfois l'aspect d'une position dominante dangereuse pour la sécurité du patient. Il ne faut pas oublier que la première chaire d'anesthésie, créée à Paris, fut attribuée au professeur Jean Baumann, un chirurgien.

Ce lien de subordination des anesthésistes aux chirurgiens ne gênait personne. Pas plus l'Ordre national des médecins, dont les présidents furent majoritairement chirurgiens, que la Caisse nationale de l'Assurance maladie. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ignorait, avec superbe, l'identité médicale des anesthésistes. Enfin, les patients n'avaient pas une idée très précise du métier qu'ils attribuaient le plus souvent à celui d'une infirmière. Cette condescendance générale a probablement marqué d'un sceau décisif et infamant toute une génération d'anesthésistes, dont les effets persistent encore aujourd'hui dans les comportements.

L'utilité sociale d'un métier nouveau ne suffit pas à garantir sa reconnaissance, en particulier par les acteurs les plus anciens. La raison est-elle le conservatisme exacerbé des pouvoirs historiques ou plus simplement la persistance d'un complexe entretenu par certains anesthésistes d'aujourd'hui, qui se sentent toujours en état de subordination ?

**PREMIÈRE LEÇON :
LA NAISSANCE D'UN MÉTIER
EST LE PLUS SOUVENT DYSTOCIQUE.**

La valorisation par le médico-légal

La mort en 1967 de la romancière Albertine Sarazin au cours d'une anesthésie générale fut le détonateur qui déclencha bruyamment la reconnaissance de l'anesthésie dans l'opinion.

L'anesthésiste (non diplômé) ne l'avait jamais vue et ne connaissait ni son groupe sanguin, ni son poids. De plus, elle n'avait pas été surveillée en salle de réveil, salle qui n'existait pas à l'époque. L'affaire fut classée sans suite au début par le Parquet. Elle fut reprise, sur l'insistance de son mari, et l'anesthésiste et le chirurgien furent condamnés à 2 mois de prison avec sursis et 90 000 francs d'amende. Peine légère, mais amende lourde pour l'époque. La

condamnation conjointe traduisait la dépendance de l'anesthésiste au chirurgien.

C'est seulement au cours de l'affaire Farçat qu'une véritable responsabilité propre à l'anesthésiste, indépendante de celle du chirurgien, fut reconnue. La mort du fils de ce haut fonctionnaire, sans surveillance postopératoire, servit de puissant levier à la profession du fait de la portée médiatique du procès.

C'est alors qu'apparurent les premiers conflits entre chirurgiens et anesthésistes en même temps qu'un autre personnage fit son entrée dans la salle d'opération : l'assureur.

DEUXIÈME LEÇON : L'IDENTITÉ D'UN MÉTIER PEUT ÊTRE DÉCLENCHÉE PAR L'OPINION.

C'est bien l'opinion et le corollaire institutionnel qui ont tiré le médecin anesthésiste vers une obligation de résultat dont il n'imaginait pas l'importance, se retranchant sur une obligation de moyen qui lui paraissait suffisante.

Les années solitude et soumission

Les procès se multiplièrent pendant que le nombre d'actes suivit une courbe exponentielle en même temps que les sites opératoires se multiplièrent et se diversifièrent. La fin des années 1970 fut particulièrement difficile. La démographie des anesthésistes ne permettait pas de couvrir la demande. Le secteur libéral fut le mieux servi. Les hôpitaux généraux vécurent une véritable pénurie, que seule une réquisition auprès des établissements privés pouvait pallier. Certains préfets furent tentés par la démarche. Nous verrons plus loin que les choses ont bien changé. Les conflits croissants entre chirurgiens et anesthésistes pourrissent la situation d'autant que les directions d'établissement n'avaient pas encore pris la mesure des risques liés à l'anesthésie. Le poids décisionnel de la profession ne pesait pas bien lourd dans les contrats. Nombreux anesthésistes ont été délibérément sacrifiés au profit des intérêts bien compris des comptes d'exploitation nourris par l'activité chirurgicale.

Au regard de ces situations instables, les anesthésistes n'ont pas su répondre en termes d'organisation. La plupart étaient « pacsés » à un chirurgien. Le chirurgien avait « son » anesthésiste. Ils ont globalement négligé la notion d'équipe et chacun travaillait pour son propre compte avec un engagement solitaire, privilégiant des comportements individuels le plus souvent à risque.

Dans le même temps, à la sous-représentativité s'associait un sous-prolétariat de la profession, d'implantation fragile.

**TROISIÈME LEÇON :
IL NE FAUT PAS COMPTER
SUR LES AUTRES ACTEURS DE SOINS
POUR PALLIER SPONTANÉMENT LES DÉBOIRES
D'UN MÉTIER NAISSANT.**

Les années salle de réveil

En 1974, une circulaire recommande l'ouverture de salles de réveil. Cette circulaire, dictée par les affaires qui touchent les milieux politiques, est plus l'expression d'une volonté de l'opinion qu'une demande claire des professionnels. Elle n'a pas un caractère normatif. Du reste, les structures de soins chirurgicaux en construction dans les années 1980 ne prévoyaient toujours pas de réserves foncières suffisantes pour installer cet outil sécuritaire fondamental. Un bloc opératoire était une succession de chantiers sans coordination. L'organisation restait centrée sur l'acte chirurgical qui masquait toutes les actions transversales. Seules quelques voix s'élevaient pour souhaiter l'arme d'un décret et imposer une surveillance postopératoire indispensable.

En 1983 une première enquête INSERM est publiée. Cette première photographie est le point de départ de toute la politique d'émancipation menée par la Société française d'anesthésie et de réanimation pendant les vingt années suivantes. Cinq millions d'actes et une mortalité à 10-4, avec comme cause principale l'hypoxie per et postopératoire sont les conclusions communément retenues de cette enquête.

Deux faits marquants « impactent » les anesthésistes sur le terrain.

1. Une surprise : le K 25 plancher est un succès que s'attribue aussitôt le Syndicat national des anesthésistes réanimateurs français. Ce réajustement partiel sur les honoraires des chirurgiens a rendu le secteur libéral encore plus attractif aux dépens des petits hôpitaux publics qui ont aggravé leur sous-effectif. Il faut ajouter que les directions des établissements privés ont également bénéficié d'une augmentation équivalente des frais de salles d'opération. Celle-ci a servi d'argument aux anesthésistes pour refuser la prise en charge financière de l'infirmière de la salle de réveil que chirurgiens et directeurs voulaient leur imposer.
2. L'augmentation significative des primes d'assurance ajustée sur la multiplication des procès.

**QUATRIÈME LEÇON :
LE RECUEIL DE DATA
EST LA PREMIÈRE DÉMARCHE D'ÉMANCIPATION
D'UN MÉTIER.**

Les années coercitions

La SFAR publie une série de recommandations. Rédigées par des comités dans lesquels toutes les composantes publiques et libérales ont été intégrées, elles sont consensuelles. L'impact est important. Sans être normatives, elles appuient les circulaires et deviennent opposables en termes de responsabilité. Elles nourrissent rapidement les argumentaires des anesthésistes qui tentent de desserrer leur position pour s'introduire dans les organisations et faire valoir leurs besoins spécifiques. De façon concomitante, un rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la sécurité en anesthésie sort fin 1993, provoquant la rédaction d'un décret fondateur fin 1994, portant sur la sécurité du patient anesthésié. Il faut bien prendre conscience que l'utilisation d'un décret pour dicter de façon coercitive une conduite médicale est une première et le début d'une série d'interventions de l'État sur les enjeux de santé publique.

La salle de surveillance postinterventionnelle, nouvelle dénomination pour la salle de réveil, est rendue obligatoire.

Notons qu'il a fallu vingt ans, quasiment une vie professionnelle, pour ratifier et valider la première circulaire.

S'ajoute la consultation d'anesthésie, au minimum 48 heures avant l'intervention. Elle est immédiatement contestée sur le plan tarifaire par la Caisse d'Assurance-maladie. Enfin le texte impose une mise à la norme du matériel en trois ans.

Les réactions, dont certaines assez perverses, ont été immédiates.

Globalement, l'ensemble de la profession accepte le décret. Les équipes les plus en avance, en particulier dans le privé, celles qui innovaient au-delà des prescriptions du décret, ont eu l'impression de régresser. Alors qu'auparavant les moyens pouvaient être adaptés à la spécificité d'un patient, l'approche réglementaire les a lissées pour imposer une norme unique pour tous. Elles ont vécu ce décret comme un frein à l'innovation. Elles étaient, il est vrai, peu nombreuses. À l'inverse, des réactions, déclenchées à partir de CHU de renom, avaient révélé que ces mêmes CHU ne disposaient pas de salle de réveil !

D'emblée, tous les anesthésistes constatent que la consultation préanesthésique pénalise les équipes à forte activité en chirurgie de proximité dès lors que cette contrainte impose la mise en œuvre immédiate d'une organisation coûteuse en effectifs. Le décret devient alors, sur le terrain, un outil de pouvoir, et une vague de revanche déferle inexorablement sur toutes les anciennes posi-

tions dominantes. L'organisation est progressivement centrée sur les anesthésistes qui se comportent parfois en véritables terroristes. Le mot n'est pas trop faible pour un directeur qui, de surcroît, doit s'engager à court terme dans un investissement conséquent en matériel et en personnel afin de répondre aux exigences normatives réglementaires. Les disparités entre les établissements n'ont jamais été aussi importantes. Toute chose égale par ailleurs, certains hôpitaux disposent de deux à trois fois plus de personnels alors que les anesthésistes libéraux hésitent à recruter. Il semble qu'ils ont préféré toutefois recruter des médecins, plutôt que des IADE, afin de mieux amortir la pénibilité des gardes et répondre à l'inflation permanente des consultations d'anesthésie. Une fois de plus, les petits hôpitaux généraux sont sinistrés. Pour certains, la situation leur est fatale.

Dans le même temps, les assureurs ne sont pas en reste.

Non seulement les primes continuent toujours de grimper, mais ils font de l'application du décret la condition d'obtention d'un contrat. Il faut parfois comprendre cette position comme une volonté de désengagement.

**CINQUIÈME LEÇON :
UNE SPÉCIALITÉ DOIT ÉTABLIR
SES PROPRES RECOMMANDATIONS,
MAIS L'UTILISATION D'UN DÉCRET
POUR LES FAIRE APPLIQUER
EST TOUJOURS D'UNE GRANDE BRUTALITÉ
ET PEUT S'AVÉRER DANGEREUSE ET PARFOIS RÉGRESSIVE**

Les années preuves

Malgré la certitude que le décret sur la sécurité du patient anesthésié était bénéfique, des fissures sont apparues dans la belle unité qui s'affichait chez les anesthésistes.

Quelques contestataires pragmatiques et historiques ont, imprudemment, inconsciemment ou courageusement, selon les situations, soupçonné les universitaires d'avoir incité cette forme d'ingérence institutionnelle. En même temps, les institutionnels, conscients d'avoir fait un cadeau conséquent, ont voulu être assurés que les mesures étaient justifiées. Pour réduire ces deux réactions, il fallait que la SFAR organise une procédure de la preuve. Celle-ci ne pouvait avoir une réelle portée qu'en diligentant une étude sur la mortalité liée directement à l'anesthésie pour la comparer avec la première enquête de 1983 et montrer ainsi que les progrès réalisés en termes de sécurité étaient explicites. Cette enquête fut immédiatement interrompue sur le constat de l'impossibilité d'établir le nombre d'anesthésies faites en France sur la base de données fiables. Personne ne pouvait les fournir, pas même les Caisses d'Assurance maladie. C'est ainsi, qu'en partenariat avec l'INSERM, la SFAR pro-

duisit, en 1996, l'enquête « *trois jours* » qui non seulement fournit le dénominateur nécessaire à la future enquête mortalité qui sortira en 1999, mais également une photographie fidèle de l'état de la profession. Cette phase de notre évolution fut réellement décisive pour institutionnaliser le métier.

Le nombre d'actes doubla presque en 15 ans et la mortalité passa de 10-4 à 10-5 en 20 ans. La mort par hypoxie peropératoire et en SSPI disparut. La cause semblait entendue.

Très intelligemment, la SFAR ne se contente pas de ce résultat. Elle remet en jeu son concept sécuritaire centré sur l'amélioration de l'environnement pour l'étendre à la modification du comportement des acteurs en faisant sienne toutes les théories d'analyse et de maîtrise du risque en usage dans les systèmes complexes.

SIXIÈME LEÇON : UN MÉTIER QUI A BÉNÉFICIÉ D'UN AVANTAGE COMPÉTITIF EST TOUJOURS CONSOLIDÉ PAR LA PREUVE.

L'architecture institutionnelle du métier d'anesthésiste-réanimateur

En théorie, trois structures bien distinctes charpentent un ensemble cohérent.

La Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) doit sa légitimité à l'élection, par des membres adhérents, d'un conseil d'administration et d'un bureau. Elle prend la forme juridique d'une association dite savante bénéficiant du statut d'utilité publique. Le président est nommé par le conseil d'administration. Elle se doit forcément d'être indépendante et se doit d'être en amont des décisions politiques.

Les syndicats médicaux des anesthésistes sont aussi nombreux qu'il y a de statuts professionnels. Ils sont également constitués en association avec le conseil d'administration et le bureau. Ils doivent, en principe, rester en aval de la décision politique et défendre le plus largement les revendications de leurs mandants.

Le Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) a très brièvement pour objectif la validation de la formation médicale continue et la définition de la position des anesthésistes-réanimateurs au regard de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Les membres du Conseil d'administration et du bureau sont, pour partie, élus et, pour partie, nommés par la SFAR et les syndicats. Le président du CFAR est nommé par la SFAR.

Ce montage, qui s'adapte bien à la variété des acteurs, est probablement la garantie de la cohésion de la profession qui évite le mélange des genres. En effet, la plupart des spécialités ne font pas la distinction entre l'affichage des recommandations et les revendications professionnelles.

Dans quelques rares occasions, la SFAR a, elle-même, entamé la solidité de ce tripode, très envié, en osant une connivence avec le syndicalisme pour la nomination de ses membres. La personnalité du président de la SFAR peut être déterminante dès lors qu'il peut atteindre les manettes des trois structures.

**SEPTIÈME LEÇON :
UNE SOCIÉTÉ SAVANTE NE DOIT PAS ÊTRE LE FAUX NEZ D'UN
SYNDICAT.**

Et maintenant ...

La profession est au plus fort de sa notoriété. Les congrès nationaux déplacent 5 000 soignants sur Paris. Le congrès mondial de 2006 à Paris fut un événement qui a dépassé les espérances des organisateurs. La dimension donnée à l'enseignement, le respect du sachant, l'implication de la profession servent le métier. Les observateurs extérieurs constatent l'ampleur du phénomène et n'opposent plus aucune objection à l'identité de ce métier qui devient une référence pour de nombreuses autres spécialités. Indiscutablement, la grandeur de ce métier et l'histoire de la SFAR sont étroitement liées. Avoir pu maintenir une dynamique fédératrice sur le long terme n'est pas l'effet du hasard. Même si la convergence des idées s'est parfois confondue avec les convergences d'intérêts, la profession a montré qu'elle avait pu surmonter tous ses handicaps en faisant preuve d'imagination et d'esprit de corps. L'épisode du décret n'était pas sans risques et aurait probablement mérité plus de prudence tant son utilisation a été mis à toutes les sauces. Néanmoins, l'issue favorable donne-t-elle, pour autant, raison au discours absolu ? La tentation est forte d'entraîner l'ensemble de la profession sur des schémas rigides, manquant de cohérence et parfois inapplicables dans le cadre de l'évolution des organisations. Les fissures précédemment constatées semblent s'ouvrir plus largement et un malaise semble naître devant le décalage entre les transformations de notre système de soins et l'impression que la pensée unique défendue par ceux qui s'estiment dépositaires des acquis du décret ne puisse plus évoluer. Ils savent pourtant que certaines des dispositions en cours de discussion dans les groupes de travail animés par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour les nouveaux textes relatifs aux autorisations, par exemple, ne sont pas toujours utiles ni souhaitables du point de vue de l'efficacité et de la sécurité du système. On voit parfois poindre la tentation corporatiste des représentants de gros établissements, bien dotés, au détriment des structures publiques ou privées moins dotées. Il en est ainsi, par exemple, du débat récurrent sur la question : « Y a-t-il un anesthésiste dans la salle ? ».

Pourtant, personne ne peut ignorer que la chirurgie en France est au début d'une grande mutation. Le paysage hospitalier va changer en profondeur avec, comme objectif, une concentration de l'offre sur la base d'une double exigence, sécuritaire et économique. Tous les circuits de pouvoir seront remis en

cause. Toutes les réformes en cours sur les tarifications, les gouvernances, les autorisations seront poursuivies.

Notre métier est en phase avec ce qui existait. Le sera-t-il avec ce qui va se produire ?

Dernière leçon : acquérir sa légitimité ne justifie pas pour autant une identité figée. Il faut savoir évoluer y compris en remettant en cause des acquis.

À suivre : « Et demain... »

Le métier d'anesthésiste-réanimateur peut-il évoluer ?

Dans une première partie parue dans le numéro 11 de Vigilance, Guy Bazin a posé la question des valeurs qui fondent le métier d'anesthésiste-réanimateur. Il a ainsi montré l'évolution de la spécialité, rythmée par des notions désormais partagées comme la sécurité ou l'organisation. Il s'interroge dans cette seconde partie sur le devenir de notre métier alors même, qu'une fois encore, celui-ci se trouve confronté à des difficultés conjoncturelles.

TRIBUNE LIBRE

ET DEMAIN...

GUY BAZIN
guy.bazin@orange.fr

VIGILANCE n° 16 juillet 2009 p. 22

À la question posée, « *Le métier d'anesthésiste peut-il évoluer ?* », la réponse sous la forme d'un long article écrit au printemps 2007 fut scindée en deux parties. La première fut publiée en avril 2008 ; la seconde, traitant de l'avenir, fut retardée. Elle a donc nécessité une mise à jour dont l'essentiel fut de constater que les faits ont confirmé la vision initiale.

Deux ans se sont écoulés depuis que nous nous interrogeons sur l'avenir de notre métier. Le changement de paradigme, annoncé depuis plusieurs années, est maintenant clairement établi. L'effet cliquet des réformes est sans appel. Leurs publications au *Journal Officiel* s'affichent sans relâche. **Comme prévu, notre participation a moins consisté à accompagner le changement inévitable du système de santé qu'à défendre nos particularismes et parfois nos privilèges.**

Pourtant, devant l'importance de l'activisme des institutionnels concernant les choix de société, plusieurs mesures auraient dû alerter les professionnels.

Concernant la chirurgie, la valeur ajoutée du mode de prise en charge ambulatoire, bien assimilé autant par le ministère que par la CNAMTS, est confirmée. Au-delà de l'avantage économique reconnu, tout le monde s'accorde pour affirmer qu'elle sert de levier dans la refonte du paysage hospitalier chirurgical français.

La plupart des pays européens, y compris le Royaume-Uni tant décrié, ont intégré la chirurgie ambulatoire dans leur prévision depuis 20 ans. Dans ces pays, après une phase incitative à dominante tarifaire, suivie de mesures plus coercitives, les moyens sont répartis selon les besoins dictés par la logique du plus grand dénominateur commun. En effet, quel sens peut avoir une valorisation par une intervention prestigieuse rarissime ou un exploit chirurgical, pendant que, dans ce même hôpital, une personne âgée doit attendre au minimum 4 mois pour être opérée de la cataracte ou d'une hernie, avec un séjour de plus de 48 heures ?

Ainsi, l'accent est mis sur la productivité, pour faire face à des volumes d'activité croissants. **En France, les hôpitaux ne seront pas fermés, ils seront transformés.** Sans état d'âme.

Les moyens seront redistribués et calibrés sur la base de projets de territoire qui ont inscrit la disparition du modèle hospitalier unique. Ce fourre-tout permet de tout faire, sans s'inquiéter de l'amortissement raisonnable des biens, l'utilisation rationnelle du personnel et de la qualité intrinsèque du service rendu. La réponse aux besoins sanitaires, concernant la chirurgie, se traduira par des modèles de prise en charge variés et adaptés, dont celui de la chirurgie ambulatoire qui sera dominant.

L'hôpital ne serait plus administré mais géré.

La tarification à l'activité (T2A), la mise sous accord préalable (MSA), la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), les appels en concertation du futur décret chirurgie en remplacement du décret de 1956, obsolète et inadapté, sont autant d'étapes pour tenter d'atteindre un modèle fondamentalement nouveau. Celui-ci autoriserait, au bénéfice du plus grand nombre de patients, l'arbitrage entre les impératifs économiques et sécuritaires tout en activant l'innovation et en conservant une bonne capacité de recherche. Le programme est ambitieux, volontaire, et indispensable. Les opposants à ces réformes disent qu'il s'agit de mesures coercitives. Ils ont raison. Mais elles étaient annoncées donc prévisibles. En revanche, à l'inverse des autres pays, elles sont plus tardives, donc urgentes et quasi dépourvues de mesures incitatives.

Dans le même temps, les directives européennes sont à l'étude, les rapports se multiplient, les observatoires se mettent en place. En France, les travaux sont à la hauteur des enjeux. Du reste, un cadrage général, actuellement fourni, si-

tue d'un point de vue organisationnel la place qu'occupe l'hôpital dans les systèmes de santé européens. Ce rapport, effectué à la demande de la DHOS et de la DSS en 2006 et validé en mai 2008 par la HAS, s'intègre dans une réflexion plus large sur le recours à l'hôpital en France, et la prévention des hospitalisations injustifiées. Les points de convergences avec le rapport Larcher sont convaincants : compétences et gouvernance à l'hôpital, développement des soins primaires en amont de l'hôpital, développement des coopératives de médecins, développement des structures de soins hors les murs, développement de la chirurgie ambulatoire. **Une grande étude est probablement en gestation sur les inadéquations hospitalières.**

Il faut reconnaître que la grande majorité des acteurs, dont une part importante de médecins, s'est distinguée par un autisme coupable et prolongé. L'AP-HP commence seulement à se mobiliser dans un semblant d'unité soulignant ses craintes, aussi disparates que la fin des exploits chirurgicaux et de l'indépendance professionnelle, la disparition de l'exercice libéral à l'hôpital, la suppression des services.

Même s'il y a consensus sur la démedicalisation de la décision, les revendications sont totalement décalées au regard des impératifs de réformes qui s'imposent en France comme dans toute l'Europe.

Quel romantisme ! La chirurgie ne peut plus s'exonérer de tous les problèmes d'environnement liés autant au patient qu'au reste du dispositif de prise en charge. La responsabilité des médecins s'étend de ses actes professionnels à son comportement, dans une équipe, un centre de soins ou une communauté hospitalière. S'accrocher jusqu'à l'aliénation à la sacro-sainte indépendance médicale est contradictoire avec l'intégration obligatoire dans une coordination du système de santé.

**Sommes-nous prêts à répondre à ces nouvelles exigences ?
Le métier d'anesthésiste est-il adapté à ces perspectives ?**

Selon la DREES, plus de 11 000 anesthésistes exerçaient en France en 2005. 6 000 d'entre eux sont dans le secteur public alors que l'activité chirurgicale est, sans contestation, nettement moindre que dans le secteur libéral. On mesure ici le changement par rapport aux années 1970. Pour un observateur éclairé du terrain, les conséquences comportementales sont nettes. Elles structurent notre profession.

- **Dans un établissement privé**, un patient peut subir une intervention chirurgicale sans avoir vu physiquement un anesthésiste autre que celui qui lui a consacré 10 minutes pendant la consultation pré-anesthésique. Très impliqués dans l'organisation et n'hésitant pas à instrumentaliser les textes réglementaires, les anesthésistes libéraux constituent une armée de besogneux, payés à l'acte, en charge de la chirurgie de proximité, perpétuellement montrés du doigt pour leurs soi-disant ac-

cointances commerciales. Ils ne disposent pas des effectifs suffisants pour quitter le bloc opératoire. Malgré des revenus qui dépassent largement la moyenne de ceux des spécialistes, la faiblesse du recrutement a deux causes bien distinctes : l'hyper-concentration des anesthésistes dans les grandes unités chirurgicales du secteur public et la réticence des équipes du secteur privé à prendre le risque de partager l'activité de leur établissement. Et pourtant, jamais autant qu'aujourd'hui, le sentiment de lassitude et de fatigue n'a été aussi ressenti dans cette catégorie d'individus qui subit pleinement la saturation des flux croissants et l'incertitude de leur structure en proie, depuis une décennie, aux déstabilisations des mutations qui se succèdent. Depuis 4 ans, le positionnement éclair des fonds d'investissements a bousculé de nombreuses équipes. Les défaillances de l'hôpital ont créé un vide financièrement attractif pour des opérateurs soucieux d'un confortable et rapide retour sur investissement. Ces bouleversements, largement dénoncés, et que la récente crise financière a exacerbés, se sont parfois soldés par des drames. Malgré tout, ils semblent pourtant aimer ce métier. Ils ne supportent plus le rythme et la routine. Pour la plupart, peuvent-ils prétendre encore être des réanimateurs ?

- À l'inverse, **les CHU et les grands hôpitaux généraux** disposent d'effectifs médicaux pléthoriques, salariés, insensibles à la disparité, en charge théorique de la chirurgie de recours et de l'urgence. Ils doivent subir la complexité avec d'autant plus de difficultés qu'ils doivent protéger les multiples acquis dans des structures maintenues avec des circuits de pouvoir administrés et incompréhensibles. Doublés par un contingent d'infirmières aides-anesthésistes, qui a loin d'avoir le même équivalent dans le secteur privé, les anesthésistes-réanimateurs du public disposent de plages horaires qu'ils utilisent dans des activités externalisées telles que l'évaluation, la qualité, l'urgence, la réanimation, le traitement de la douleur... Ils participent, autant que les chirurgiens, au ralentissement des flux. La départementalisation, au même titre que les services, aggrave le phénomène. Ils sont fondamentalement opposés à la culture de la productivité. Ils s'investissent dans le particularisme. Ils ne connaissent pas l'arbitrage et privilégient la culture de l'uniformité, référencée sur la procédure la plus lourde et la moins fréquente, applicable à toutes les autres, qui nécessiterait pourtant un niveau de prise en charge plus adapté et plus économique.

Cette analyse sèche n'a qu'une seule exception : celle des petits hôpitaux généraux ou des structures à faible activité qui sont réduits à utiliser des mercenaires pour justifier leur existence. Le Conseil National de la Chirurgie et la DHOS les ont bien cernés. Ils nourrissent à leurs dépens l'argumentaire de la

pénurie pour les établissements mieux nantis. Ils seront les premiers à subir les redéploiements. À terme, leur activité sera forcément absorbée, à moyens constants.

La perception de cette dichotomie dans les comportements n'est pas récente. Elle représente un véritable danger pour notre métier. Toutes les instances, autant professionnelles qu'institutionnelles, ont pris la mesure exacte des risques. Dans les deux secteurs, les anesthésistes-réanimateurs ont beaucoup à perdre des effets récurrents de cette situation. Nombreux sont les discours qui continuent néanmoins à exacerber ces différences pour revendiquer qu'un comportement spécifique devienne la norme, ou même imposer l'exclusivité du métier aux autres acteurs de soins. Ce n'est sûrement pas la façon la plus intelligente d'affronter les changements qui se préparent.

Régulièrement, des questions sont posées sans réelles réponses.

- Faut-il continuer à imposer des normes chiffrées qui deviendront fatalement des unités de mesure inadaptées après l'évolution des environnements provoquée par les réformes en cours ?
- Notre monopole sur toutes les anesthésies est-il légitime ?
- Les anesthésies topiques ou tronculaires, l'injection intraveineuse de midazolam au bloc opératoire sont-ils toujours des actes complexes qui excluent toute adaptation à l'environnement dans le cadre de procédures bien contrôlées ? L'argument invoqué est recevable s'il est d'ordre médical et réellement sécuritaire, il ne l'est plus lorsqu'il devient tarifaire et corporatiste.
- Notre intransigeance, plus que la pénurie, ne pousse-t-elle pas de nombreux chirurgiens à tout tenter pour se priver de nos services ?
- Pourquoi vouloir opposer deux modes d'exercice ?

Pourquoi stigmatiser systématiquement l'activité libérale avec ses excès bien connus et défendre l'activité salariée prétendue plus propre ? Les abus sont plus fréquents et plus insupportables lorsqu'on est honoré pour ce que l'on est plutôt que pour ce que l'on fait.

La distribution de deux monopoles qui est propre à faire éclater le métier d'anesthésiste-réanimateur avec, en prime, la remise en question de ses institutions n'est pourtant pas souhaitable. Tous ceux qui favorisent cette vision sont responsables de l'image conservatrice, quasi intégriste, que donnent les anesthésistes lorsqu'il faut s'engager dans des modifications indispensables de notre système de prise en charge chirurgicale.

Ces excès poussent aux comportements déviants. Certains observateurs, certains collègues, prennent légitimement ces attributs du pouvoir comme les signes d'un sectarisme naissant et se voulant dominateur. Il ne faut surtout pas

croire que notre métier puisse vivre indépendamment des autres équilibres. **Le versant scientifique ne fait pas l'essentiel et n'a de consistance que si nous sommes capables de l'intégrer à l'environnement dans lequel il évolue.** Vouloir imposer notre logique en ignorant sa faisabilité et sa partie sociétale, dans un contexte changeant, n'est pas raisonnable.

CONCLUSION

Nous pouvons admettre que l'insertion d'une spécialité et son maintien dans un système peuvent être compris comme une lutte de pouvoir avec ses défaites, ses victoires, ses alliances, et tout un arsenal politique comprenant certaines passes d'armes parfois peu reluisantes. Mais les interventions qui bloquent les évolutions souhaitables de notre métier et de son environnement ne sont plus admissibles. Les anesthésistes-réanimateurs ont su, pendant 30 ans, garder une ligne stratégique suffisamment solide et intelligente pour obtenir, avec parfois de la chance, une position dominante enviée. Mais aujourd'hui, les valeurs qui étayaient l'action changent inexorablement. Une doctrine trop rigide peut affaiblir la capacité d'adaptation de notre spécialité, qualité dont nous avons besoin pour entrer dans une période de grande instabilité. Cette période est aussi importante que celles que nous avons vécues. Nous ne possédons pas le monopole de la déontologie (au sens des droits et des devoirs qui permettent de garantir la dignité et l'utilité sociale d'une profession). Notre éthique professionnelle doit s'articuler avec d'autres éthiques professionnelles, économiques, sociales ou politiques. Par ailleurs, n'oublions pas que les évolutions nécessaires à notre métier ne se situent pas dans un environnement calme et stable. Nous sommes au bout du bout du système hospitalo-centré que nous avons connu. Des changements fondamentaux nous ont été brutalement imposés sans que nous ayons pu intégralement les organiser nous-mêmes. D'autres sont encore à prévoir. Certains seront même imposés à l'État par la force des événements. Nous devons en tenir compte pour bien intégrer ce changement de paradigme qui s'impose.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aron E. Histoire de l'anesthésie. Tours : Mame, 1954.
2. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D. 712-43 et D. 712-47 du Code de la santé publique.
3. Barbot J, Fillion E. Les professionnels de santé face aux procès. DREES, La lettre de la mire 2005; 7.

4. Bouffies J. Cartographie des plateaux techniques des établissements publics de santé. Séminaire de travail sur le volet chirurgie des SROS 3. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 8 avril 2005.
5. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et leviers. Programme National Inter-Régimes, 2001.
6. CNAMTS. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Typologie des établissements. Programme National Inter-Régimes, 2001.
7. CNAMTS. Logiciel STEFIE (SiTuation Économique et FInancière des Établissements de santé privés). 2003.
8. Conseil National de la Chirurgie. Recommandations, 2005.
9. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Paris: Le Seuil, 2001: 272.
10. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. JO du 8/12/1994.
11. Décret ministériel n°2002-1944.
12. De Kervasdoué J. La santé intouchable. Enquête sur une crise et ses remèdes. Paris: JC Lattès, 1996: 139.
13. Galy P. Service public. Pourquoi ça coince ? Paris: Éditions d'Organisation, 2005.
14. Institut Montaigne. L'hôpital réinventé. Rapport. Janvier 2004.
15. Les rencontres 2006 en cancérologie. L'administration de la santé par l'État, le futur dispositif d'autorisation.
16. Clergue F, Auroy Y, Péquignot F et al. L'anesthésie en France en 1996. Résultats d'une enquête de la Société française d'anesthésie et de réanimation. Ann Fr Anesth Reanim 1998 ; 11.
17. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F et al. La mortalité anesthésique en France. Résultats de l'enquête SFAR-CépiDc-INSERM. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2007; 14: 113-115.
18. Lienhart A. Trois questions à André Lienhart. Le Monde, du 26/11/2004.
19. Haute Autorité de Santé. Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport d'évaluation. Mars 2009.
20. Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Rapport de mission. Août 2003.

21. Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Paris: Éditions d'Organisation, 1998.
22. Ordre National des Médecins. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Mai 1994.

Documents n° 8

Documents supports de l'exposé du Pr Guy Vallancien

On trouvera ci-après des documents supports de l'intervention du Pr Guy Vallancien, en complément de son exposé :

- 8.1 Actualités - Opinions : Offrons à tous les Français l'accès à une chirurgie d'excellence**, par Guy Vallancien, François Aubart, Jacques Domergue, Philippe Cuq, Henri Guidicelli, chirurgiens, membres du bureau du Conseil national de la chirurgie - Le Figaro du 27 décembre 2006
- 8.2 CNC 4-5-2006 : Rapport du groupe de travail - L'évaluation de la chirurgie oncologique et les seuils d'activité**

8.1

LE FIGARO

Actualité - Opinions

**Offrons à tous les Français
l'accès à une chirurgie d'excellence**

Par Guy Vallancien, François Aubart, Jacques Domergue,
Philippe Cuq, Henri Guidicelli,
chirurgiens, membres du bureau du Conseil national de la chirurgie..

Le Figaro du 27 décembre 2006



Mazoch/AP.

Aucune décision sérieuse pour sortir la chirurgie française de la crise grave qu'elle vit depuis des années n'a encore à ce jour été prise, malgré les alertes successives et de plus en plus pressantes des chirurgiens.

L'ancien ministre de la Santé avait promis de remédier au mal et s'en alla sur la pointe des pieds après avoir distillé quelques douces paroles et promesses. La colère des professionnels est aujourd'hui à son comble. Le ministre actuel a pris conscience de l'urgence du traitement de la crise, et fait tout ce qu'il peut,

mais nombre d'acteurs jouent une partie de chaises musicales bien rodée se renvoyant à tour de rôle la responsabilité d'un statu quo inacceptable en terme de santé publique.

Afin d'offrir à tous les Français l'accès à une chirurgie d'excellence, des propositions concrètes existent :

1. Réviser le cursus de formation initiale et créer des écoles de chirurgie qui orienteraient les étudiants sur la base d'une sélection mieux adaptée au métier en faisant notamment participer les chirurgiens hospitaliers publics et libéraux sur la base d'un cahier des charges évalué.
2. Améliorer la sécurité, la qualité et la continuité des soins en concentrant l'activité chirurgicale sur moins de sites opératoires privés comme publics. La sous-activité de certains blocs expose à une déficience de qualité, elle entretient une dispersion des personnels et des matériels, laissant les plus pauvres, les plus âgés, les plus fragiles et les moins avertis entre les mains de certaines équipes à l'expérience discutable.
3. Limiter le nombre de chirurgiens, gage d'une meilleure pratique tant dans l'indication que dans la réalisation du geste et envisager une délégation d'actes techniques en créant un corps d'assistants opératoires.
4. Revaloriser les tarifs des actes opératoires et appliquer une part de rémunération variable attractive aux praticiens hospitaliers selon leur implication et leur activité. Que les plus démunis et les opérés en urgence soient traités de la meilleure façon au tarif de base est juste, mais si les Français veulent une chirurgie d'excellence, ils doivent savoir qu'elle a un coût. Ce sont les niveaux du remboursement des actes qui ne correspondent pas à la réalité économique d'une pratique de plus en plus technique et sûre.
5. Résoudre l'imbroglio des assurances en créant un « fond national chirurgie » en plus des fortes primes payées par les praticiens ; fond qui sera alimenté par exemple, pour une part, grâce à une faible prime d'assurance « risque opératoire » que payeront les opérés à hauteur de leurs moyens, et, pour une autre part, en mutualisant le risque médical sur la totalité des professionnels et sur les établissements. Contraindre, enfin, par la loi les assureurs à ne pas enfler leurs cotisations sans limite ni raison autre que l'appât du bénéfice.
6. Expérimenter le principe d'une rémunération globale qui ne soit pas à l'acte, mais forfaitaire tenant compte du temps passé

à l'évaluation de la pratique, des tâches de formation et de prévention des risques opératoires, ainsi que de l'évolution de la carrière d'un chirurgien y compris sa retraite, véritable « contrat d'exercice chirurgical global ». On pourrait imaginer un financement qui privilégie l'activité opératoire dans les 25 premières années de pratique, puis demander aux chirurgiens de s'orienter vers plus de tâches de non-soin, d'évaluation, de formation et d'aide opératoire aux plus jeunes sur une durée de vie active plus longue.

En retour, les chirurgiens signataires de ces contrats renouvelables s'engageraient :

1. À déclarer tous leurs accidents et incidents qui les précèdent.
2. À respecter les bonnes indications opératoires définies par les associations et sociétés savantes sous la gouverne de la Haute Autorité de santé.
3. À réaliser une évaluation personnelle régulière des bonnes pratiques avec l'aide des pairs en accord avec la Haute Autorité de santé.
4. À garantir aux opérés le maximum de sécurité et de qualité des soins chirurgicaux dans un exercice partagé à plusieurs dans des équipes du bloc opératoire intégrant les anesthésistes et les personnels qui y travaillent.
5. À être rémunérés selon sa compétence, la difficulté de l'acte et du temps investi et non pas en fonction des revenus de l'opéré ou de sa couverture complémentaire. Oui, ceux qui osent se faire payer sous la table, multiplier les actes inutiles ou réclamer des honoraires hors de proportion avec leur compétence entachent l'image de la profession. Ils sont heureusement très peu nombreux et n'auront plus leur place dans une communauté chirurgicale renouée grâce à ces contrats, sachant que l'honneur et la reconnaissance de la chirurgie découlent de la compétence et de la probité de l'opérateur. En revanche, ceux qui innoveraient ou se dévouent au quotidien d'un métier à risque devraient être reconnus au prix élevé de leur engagement.
6. À participer à la permanence chirurgicale et à la prise en charge des urgences sur un mode équitable entre chirurgiens hospitaliers et libéraux.

Bâtissons ensemble le socle d'un exercice clair et apaisé de la chirurgie en dépassant les clivages public-privé voués à disparaître. Desserrons les pseudo-freins économiques, alibis discutables et néfastes à terme à la qualité de la chi-

rurgie que nous proposons aux malades. Offrons à tous une chirurgie de haut niveau assurée par des équipes opératoires reconnues et motivées.

Le Conseil national de la chirurgie met toute son énergie au service de la rénovation de la chirurgie française pour en maintenir l'excellence ; au gouvernement, sous l'impulsion du président de la République, de lancer immédiatement et sans faiblir un véritable « plan chirurgie ».

8.2



Conseil National de la Chirurgie

Président : Jacques Domergue

Vice-Présidents : François Aubart

Philippe Cuq

Secrétaire général : Guy Vallancien

Secrétaire adjoint : Guillaume Pourcher

Rapporteur : Henri Guidicelli

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL

***L'ÉVALUATION DE LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
ET LES SEUILS D'ACTIVITÉ***

4-5-2006

Coordinateur : Ch. Espagno

Membres : JM Badet, J. Meurette, A. El Haddad, A. Ricci,
J. Domergue, G. Vallancien

Expert auprès du CNC : Chirurgie colique : Bertrand Millat, chirur-
gie prostatique : Claude Abbou

- : - : - : - : - : - : - : - : - : -

La nécessité de réfléchir à des critères d'autorisations en cancérologie découle directement :

- de la mesure 36 du plan cancer qui prévoit des critères d'agréments pour la pratique de la cancérologie dans les établissements de soins publics et privés ;

- du décret du 06 mai 2005 qui inclut le traitement du cancer dans les activités soumises à autorisation.

Les ARH devront obligatoirement, en fonction des besoins déterminés par les SROS III, autoriser les établissements pour l'activité « traitement du cancer ». Par ailleurs les établissements de santé doivent signer des contrats d'objectifs et de moyens (C.O.M.) . Ces contrats contiendront, en complément de l'autorisation, des pré requis ainsi qu'un cahier des charges et des engagements dans un processus qualité.

Le C.N.C. dont les missions englobent tous les aspects de l'exercice chirurgical a une parfaite légitimité pour réfléchir en parallèle avec l'INCa aux critères d'autorisation et à leur accompagnement en terme de qualité. En effet, même avec certaines spécificités, l'activité oncologique ne peut être dissociée de l'ensemble de notre pratique.

Notre groupe de travail a donc réfléchi à ces critères, en étroite collaboration avec les responsables de l'INCa (Pr. David KHAYAT et Dr. Christine BARA) en partant des travaux déjà effectués par cet organisme avec les Sociétés Savantes et les Fédérations Hospitalières.

Par ailleurs, plusieurs experts reconnus en chirurgie oncologique ont été auditionnés par notre groupe.

Le groupe de travail considère que ces questions ne peuvent être évoquées indépendamment non seulement des C.O.M., mais aussi de celles relatives à l'évaluation des pratiques, à la gestion des risques et aux fonctionnements des réseaux de santé en oncologie.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL CONCERNANT LES CRITERES D'AUTORISATION DE L'ACTIVITE TRAITEMENT DU CANCER EN CHIRURGIE

I – COMPETENCES

Le chirurgien doit bien sûr disposer des diplômes correspondant à l'exercice de sa spécialité, en particulier des D.E.S. et/ou D.E.S.C. nécessaires.

Il doit participer au minimum annuellement, à une réunion de F.M.C. de sa spécialité en chirurgie oncologique.

Pour certaines interventions particulièrement lourdes et complexes, il doit pouvoir prouver avoir acquis une formation pratique en salle d'opération auprès d'une équipe chirurgicale expérimentée.

II – PLURIDISCIPLINARITE

L'acte chirurgical est souvent un élément essentiel de la prise en charge d'une pathologie cancéreuse, mais il est aujourd'hui indissociable d'une démarche thérapeutique globale.

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (R.C.P.) apparaît au groupe de travail comme un élément capital et incontournable de cette pluridisciplinarité. Le chirurgien doit donc participer aux R.C.P. et être en mesure de le prouver.

Par ailleurs, certains actes de chirurgie oncologique nécessitent l'intervention simultanée de plusieurs équipes de spécialité différentes. L'établissement autorisé doit donc chaque fois que nécessaire être en mesure de réunir simultanément dans un même bloc opératoire, ces équipes pluridisciplinaires.

III – PLATEAU TECHNIQUE

Le groupe de travail approuve et confirme la nécessité soulignée par l'INCa de pouvoir disposer d'un plateau technique permettant l'accès sur place ou par convention à :

- des examens histologiques extemporanés,
- l'endoscopie interventionnelle,
- l'imagerie avec radiologie interventionnelle,
- la réanimation ou des S.I. de spécialité.

IV – CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Celle-ci ne peut être véritablement sécurisée qu'au sein d'une équipe comprenant au moins deux chirurgiens.

V – SEUILS D'ACTIVITES

Sans nier la nécessité pour une activité manuelle comme la nôtre de pouvoir faire état d'une pratique régulière, seul gage d'une véritable expérience, ce critère n'apparaît pas au groupe de travail comme actuellement le plus pertinent et le plus restructurant. Il ne vient en tout cas qu'en complément des critères précédemment cités et n'est pas en lui-même un indicateur suffisant d'autorisation ou de qualité.

En effet, un seuil faible est peu opérant alors qu'un seuil trop élevé est destructeur. Autant pour certains actes chirurgicaux, la littérature valide une relation linéaire entre le nombre d'actes pratiqués par le chirurgien et la qualité du résultat, pour la plupart des autres actes, le chiffre minimum nécessaire est loin d'être validé. La littérature insiste tout autant sur l'environnement requis. Par ailleurs, outre son caractère manichéen, le seuil d'activité à atteindre obli-

gatoirement peut entraîner d'importants effets pervers, en particulier concernant la rigueur de l'indication opératoire. Enfin, malgré les progrès de la T2A et de la CCAM, notre système de codage par le PMSI n'est pas encore suffisamment performant pour être véritablement fiable et opérationnel.

Une autre difficulté apparaît dans la mise en œuvre de seuils minimums : d'un point de vue juridique il paraît difficile de soumettre l'autorisation des établissements à des conditions directement dépendantes de professionnels « indépendants » du point de vue contractuel (pour les chirurgiens libéraux) et du point de vue déontologique (pour tous). Le conseil d'Etat risque de rappeler justement cet impératif de cohérence.

C'est pourquoi, le C.N.C. recommande :

- des niveaux de seuil progressifs, en les adaptant au fur et à mesure de la mise en place des réseaux et de l'évaluation du système,
- de mettre en place des niveaux cohérents et homogènes pour toutes les spécialités chirurgicales. Les seuils doivent correspondre à l'activité d'une équipe chirurgicale au sein de laquelle un ou plusieurs chirurgiens identifiés assurent la chirurgie carcinologique. Ces chirurgiens identifiés peuvent être soumis à des quotas individuels, mais à condition de compléter le dispositif de la seule autorisation des établissements.
- de ne donner un caractère opposable à ces seuils qu'après trois ans minimum d'installation,
- de tenir compte de l'activité globale de l'équipe qu'elle soit réalisée dans un ou plusieurs établissements. La aussi il faudra sortir du seul support réglementaire concernant l'autorisation d'un établissement au profit d'une logique de réseau.
- de poursuivre la réflexion dans certains domaines non abordés jusqu'à présent comme par exemple la chirurgie des tumeurs osseuses.

REFLEXIONS COMPLEMENTAIRES

En complément de ses réflexions sur le futur droit des autorisations, le groupe de travail veut par ailleurs insister sur deux éléments lui paraissant fondamentaux :

L'évaluation des pratiques

La mise en place d'une réforme aussi lourde ne peut être que progressive et nécessite une véritable évaluation permettant des ajustements successifs.

Comme on ne peut pas tout évaluer simultanément, le groupe de travail propose de cibler un ou deux actes chirurgicaux par spécialité dont l'importance justifierait d'emblée une évaluation plus approfondie avec des critères précis concernant :

- l'indication opératoire,
- la réalisation technique,
- le suivi post-opératoire,
- le résultat fonctionnel et carcinologique.

La réalisation technique pourrait faire rapidement l'objet d'une évaluation après l'avoir testée auprès d'hôpitaux et de cliniques volontaires sur trois mois en 2006 (septembre à novembre)

Les critères suivants pourraient être répertoriés :

- Admission en urgence ou programmée
- Nombre d'opérations réalisées dans l'année
- DMS
- Taux de reprises opératoires dans le séjour et le 1^o mois post opératoire
- aux de décès dans le séjour opératoire

Deux ans après la mise en route du système, une évaluation globale tant sur le plan national que régional sera nécessaire. Le C.N.C. s'associera pleinement à la HAS et à l'INCa pour la conduite de cette évaluation et participera à toutes les décisions qui en découlent.

L'activité en réseau

Les plateaux techniques et les équipes doivent être suffisamment ouverts pour permettre à tous les chirurgiens qui en ont la compétence d'aller y exercer leur activité de chirurgie oncologique.

Cela suppose une réflexion parallèle, dans chacun des trois secteurs (public, PSPH et privé) concernant le respect du code de déontologie, le droit des assurances et les contrats entre praticiens et établissements. Le Conseil National de l'Ordre doit donc être impliqué dans cette réforme, tant au niveau des compétences individuelles initiales que des règles contractuelles liant les praticiens et les établissements ;

Seul, un réseau oncologique régional efficace et reconnu permettra une réelle efficacité de la prise en charge carcinologique, (en particulier concernant l'organisation des R.C. P.) ainsi qu'une équité dans l'accès à des plateaux techniques performants, autant pour les soignants que pour les soignés.

Documents n° 9

Documents supports de l'exposé du Pr Bernard Høerni

On trouvera ci-après des documents supports de l'intervention du Pr Bernard Høerni, en complément de son exposé :

- 9.1 Réglementation de la pratique médicale clinique** - Perspectives évolutives ; gestions hospitalières - Avril 2004, n° 435, pp. 256-262

9.1

La revue des décideurs hospitaliers

gestions hospitalières

gestions hospitalières... Avril 2004, n° 435, pp. 256-262

Actualité

Mots clés

Médecine,	Législation,	Acte médical,
Médecin,	Réglementation,	Délégation,
Infirmière,	Histoire,	Transfert de compétences
Masseur-kinesithérapeute,	Profession paramédicale,	

Réglementation de la pratique médicale clinique Perspectives évolutives

Bernard Hœrni

Institut Bergonié, Bordeaux

Sylvie Breton

Juriste

La médecine n'a plus rien à voir aujourd'hui avec ce qu'elle était il y a quelques siècles, et sa pratique a même considérablement évolué au cours du dernier demi-siècle.

Cette évolution est si marquée qu'elle conduit à s'interroger sur la définition de la médecine. Son domaine est vaste, hétérogène, et comporte de nombreuses marges incertaines ou floues.

*Médecine clinique**Perspective historique*

Médecins
Infirmiers
Masseurs-kinésithérapeutes

Réglementation

Prescriptions
Diagnostic
Soins
Cadres

Perspectives

Nouveaux métiers
Répartition des attributions

On a célébré très discrètement le bicentenaire de la loi du 10 mars 1803. Au sortir de la Révolution, cette loi a pourtant organisé les professions médicales en un système qui reste valable pour l'essentiel, sous le contrôle de l'État.

Avant cette loi, la situation en France présentait quelques analogies avec la situation présente. À la fin du XVIII^e siècle, l'art qui vise à conserver la santé et à guérir les maladies relève officiellement de quatre professions. Les médecins ont reçu en faculté une formation théorique plus que pratique, couronnée par une thèse et un doctorat, et ils appartiennent aux arts libéraux. Les chirurgiens, beaucoup plus nombreux que les précédents, et les apothicaires ont une formation pratique, corporative et appartiennent aux arts mécaniques ; ils exécutent les prescriptions des médecins. Les sages-femmes, peu nombreuses, reçoivent une formation pratique aléatoire et théorique douteuse de la part de chirurgiens n'ayant souvent guère de pratique des accouchements.

Cette distinction recouvre une grande diversité. La formation, réglementée par l'édit de Marly de mars 1707, est hétérogène et, dans l'ensemble, médiocre. Prééminents du fait de leur origine universitaire, des médecins sont privilégiés et peu nombreux à la cour, d'autres forment une élite de médecins régents ou de professeurs royaux qui enseignent, d'autres encore exercent de façon ordinaire dans les petites villes ; quelques réussites exceptionnelles cachent mal la médiocrité de la condition du médecin anonyme ; il n'y en a pratiquement pas à la campagne, où les paysans n'ont pas de quoi les payer et où la Révolution enverra des officiers de santé formés plus brièvement (« leur science principale devra consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir »). Les chirurgiens se divisent en praticiens de ville se rapprochant des médecins, d'autre part en chirurgiens « de petite expérience » à la campagne, proches des barbiers. De même, les apothicaires se partagent en maîtres en pharmacie et en boutiquiers, peu différents des épiciers d'origine. Il faut ajouter toutes sortes de charlatans : ils ont proliféré après la loi du 18 août 1790 qui a supprimé la formation des méde-

cins, puis la loi Le Chapelier de juin 1791 qui a « anéanti toutes les espèces de corporations ».

En tenant compte de la situation existante, la loi de 1803 rapproche chirurgiens et médecins, leur adjoint des officiers de santé pour soigner les malades des campagnes et réglemente leur formation, leurs diplômes et leurs conditions d'exercice (une loi du 11 juin 1803 s'intéressera à la pharmacie). En supprimant les officiers de santé et le titre de docteur en chirurgie (et en organisant l'exercice de la profession de dentiste), la loi du 30 novembre 1892 renforce le monopole médical et rend nécessaires la création d'un ordre professionnel, qui ne se fera que cinquante ans plus tard, et d'un code de déontologie médicale (CDM)¹⁰, sans empêcher la prolifération des spécialités médicales et des professions paramédicales.

La grande diversification des techniques et des pratiques, la multiplication des intervenants contribuant aux soins, qualifiés comme « professionnels de santé » par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, conduisent à s'interroger sur ce qu'est devenue la médecine, sur qui y participe et comment.

Médecine clinique

L'expression traditionnelle « monopole médical » laisse entendre que les médecins disposent d'un monopole pour soigner. Rien n'est plus éloigné de la réalité¹¹.

Tout d'abord, l'adjectif « médical » se rapporte d'abord à la médecine, accessoirement aux médecins (l'aléa médical par exemple ne concerne pas spécialement les médecins).

Il faut donc revenir à la définition de la médecine pour constater qu'elle n'est pas si simple. Pour Le Robert, il s'agit d'une « science qui a pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé ; art de prévenir et soigner les maladies de l'homme ». Ainsi est mis en évidence le double caractère de la médecine d'être une science et une pratique. Un autre repère se trouve dans le code de la santé publique quand il précise, a contrario, l'exercice illégal pour « toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies [...] par actes personnels, consultations verbales ou écrites [...] ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé [...] » (art. L. 4161-1). Comparativement sont définies de façon plus positive les professions de chirurgiendentiste (« La pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic ou le traitement des maladies [...] de la bouche, des dents et des maxillaires [...] », art. L. 4141-1) et de sage-femme (« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse [...] », art. L. 4151-1).

On aura remarqué l'hétérogénéité des formulations pour ces trois professions. Elles représentent traditionnellement les trois « professions médicales », caractérisées par la possibilité de prescrire.

¹⁰ B. Hœrni, « La loi du 30 novembre 1892 », *Hist Sc Med*, 1998, 32, pp.63-6.

¹¹ B. Hœrni, *Le Monopole médical, Droit médical et hospitalier*, Litec, 2002.

L'ampleur du sujet nous conduira à nous limiter à la pratique de la médecine clinique pour mieux cerner les principaux problèmes rencontrés aujourd'hui. «Clinique» qualifie une observation, un examen ou une intervention directe sur le corps d'un patient, avec un contact humain entre le soignant et le soigné¹². Bien des médecins n'ont aucune pratique clinique, aucun contact direct avec un patient : par exemple en biologie, en épidémiologie, pour lire seulement des images, expertiser un dossier, procéder à des évaluations.

À ce point de la réflexion, l'article 16-3 du code civil offre un autre abord de la médecine : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain sauf nécessité médicale pour la personne. » Le texte récent, remontant à l'une des lois de bioéthique de juillet 1994 (modifiée) semble définir clairement la médecine, du moins dans son versant clinique : elle consiste à porter atteinte à l'intégrité du corps humain – aussi bien physique que psychique, d'une façon qui peut être de très discrète à très agressive – pour soigner par nécessité, dans l'intérêt de la personne. La première atteinte à l'intégrité de la personne est l'intrusion dans son intimité physique et mentale. Les médecins ne sont pas les seuls à être autorisés à porter ainsi atteinte à l'intégrité, loin de là, et ils ne sont pas les seuls ainsi à contribuer à la médecine.

Dans nos sociétés développées, l'atteinte à l'intégrité des personnes représente une menace suffisamment importante pour chacun pour conduire à une protection correspondante, c'est-à-dire à des dispositions législatives et réglementaires destinées à l'assurer. Cela a été en effet le cas, de façon croissante avec le temps, peut-être proportionnellement aux atteintes rendues possibles par l'évolution des techniques médicales.

Ainsi la médecine clinique consiste en observation ou intervention par contact direct d'un soignant avec un soigné. Il peut y avoir simple entretien ou examens clinique et paraclinique (prélèvement, imagerie), prescription, éventuellement intervention sur le psychisme ou le corps, directe ou indirecte par l'intermédiaire d'un médicament, d'un instrument ou d'un appareil.

Pour procéder à tout cela, pour porter ainsi atteinte à l'intégrité des personnes en vue de soigner, il faut une autorisation de la loi, dérogatoire du droit commun. C'est ce que l'on peut appeler l'« exception médicale », liée à la médecine. Elle ne concerne pas seulement les médecins ou les trois professions médicales traditionnelles, mais bien d'autres professions, ainsi autorisées à s'immiscer dans la vie privée des personnes et à porter atteinte à leur intégrité corporelle. (Il faut toutefois signaler des atteintes au corps humain ne relevant pas de la médecine mais tolérées par la société : tatouage, circoncision mais pas excision ni infibulation, «piercing»; le bronzage artificiel par rayons ultraviolets, sans être médical, est réglementé.)

Ces actes permis d'abord par les règles de la société – et le plus souvent aussi par l'individu en vertu du consentement éclairé – ont des contreparties, déjà précisées dans le serment d'Hippocrate, et qui valent pour toutes les professions participant à la médecine clinique (secret médical, interdiction de donner la mort, de relations sexuelles¹³).

¹² B. Hoerni, L'Examen clinique d'Hippocrate à nos jours, Imothep/Maloine, 2e édition, 2000.

¹³ B. Hoerni, Éthique et déontologie médicale. Permanence et progrès, Masson, 2e édition, 2000.

La multiplication et la diversification de ces professions invite à une réflexion d'ensemble à leur sujet. Cette réflexion sera éclairée par un regard historique.

Perspective historique

L'intention n'est pas ici de procéder à une revue exhaustive, qui serait longue et difficile, mais de proposer quelques repères en prenant l'exemple de trois professions.

Médecins

La profession de médecin, déjà abordée, justifie quelques précisions supplémentaires. L'activité clinique des médecins a beaucoup varié au fil des siècles¹⁴. Lorsque, au II^e siècle de notre ère, des médecins grecs sont autorisés à pratiquer à Rome, c'est à la condition expresse de renoncer à la chirurgie, alors que Galien, le plus connu d'entre eux, s'y était largement expérimenté auprès des gladiateurs de Pergame. Après la longue éclipse du Moyen Âge, le retour d'une pratique médicale laïque s'effectue de façon variable dans les différentes régions d'Europe. L'activité des médecins parisiens du XVIII^e siècle se limite à prendre le pouls des malades et à faire des prescriptions problématiques comme celles de saignées. Aux XIX^e et XX^e siècles, la pratique médicale va connaître, si l'on peut dire, un âge « classique », avec un modèle de pratique bien connu et encore largement représenté.

Une étape marquante est représentée par le rapport de 1910 d'Abraham Flexner, mandaté par la fondation Carnegie, à partir de la situation aux États-Unis d'abord, puis actif aussi en Europe mais avec moins de succès (il faudra attendre 1958 en France et la création des centres hospitalo-universitaires pour reproduire le modèle américain). Parfois considéré comme iconoclaste, Flexner suggère d'injecter de la science à haute dose dans la formation et la pratique des médecins, tout en décrivant le médecin comme « un instrument social dont le rôle devient rapidement social et préventif plutôt qu'individuel et curatif¹⁵ ».

Au cours des dernières décennies, des changements majeurs ont remis en question cette pratique. Les principaux peuvent être succinctement regroupés en trois rubriques principales (les activités non cliniques nouvelles, substantielles, sont ici laissées de côté).

Les plus évidents tiennent au développement de techniques – de diagnostic ou de traitement – nouvelles et complexes. On peut évoquer en particulier les transplantations, l'assistance médicale à la procréation, les explorations et manipulations génétiques, la chirurgie esthétique. Elles ont conduit à des régulations légales ou réglementaires spécifiques qui concernent les médecins ainsi que leur environnement humain et matériel.

L'expansion des professions paramédicales a répondu à des besoins de soins, de manipulations, d'actes techniques dont la multiplication, quoique moins spectaculaire, n'est pas moins importante que les progrès précédents. Par exemple, peu de choses

¹⁴ B. Hœrni, L'Examen clinique d'Hippocrate à nos jours, op. cit.

¹⁵ T.N. Bonner, Iconoclast : Abraham Flexner and a life in leasing, Baltimore Johns Hopkins Univ Press, 2002.

étaient faites jusqu'en 1950 pour la prise en charge médicale des handicapés qui relèvent, un demi-siècle plus tard, d'une spécialité médicale, de centres et de professionnels spécifiques et d'un ensemble de mesures considérables.

À l'opposé de ces développements scientifiques et techniques, le rôle du médecin s'est aussi étendu par ses contacts avec de nombreux patients non malades pour la prévention (retour aux sources), le dépistage, le conseil (apparu à l'article 7 du CDM de 1995), l'attestation d'aptitudes et d'inaptitudes, l'expertise. Il faut ajouter la prise en charge de désordres qui ne sont pas vraiment des maladies, d'ordre psychosocial pour la ménopause, les toxicomanies, les troubles de la sexualité, certains aspects de l'accompagnement de fin de vie ou d'autres situations de détresse. L'ensemble de ces activités est désormais soumis à formation initiale, continue ou complémentaire, à recherche de qualité et de sécurité, à courbe d'apprentissage et à prise en compte de l'importance d'une activité. Encore inscrite dans les textes, l'omnivaleur du diplôme de docteur en médecine s'est réduite comme peau de chagrin pour la plupart des praticiens : soit ils couvrent un large domaine, comme les généralistes, mais ne pratiquent guère de gestes – voire certaines prescriptions – très spécialisées ; soit leur spécialité plus ou moins poussée limite leur champ d'activité tout en leur permettant de faire couramment des actes autrement rares.

Il y a trente ans, trois conditions étaient légalement nécessaires pour pratiquer la médecine en France : être français, être titulaire d'un diplôme de docteur en médecine national ou reconnu par des accords avec quelques États de l'ancienne Union française, être inscrit au tableau de l'ordre des médecins. On sait ce qu'il reste de la condition de nationalité avec les échanges internationaux multipliés, la construction européenne et la libre circulation des professionnels qui en dérive. De nombreuses reconnaissances de diplômes étrangers sont survenues, comme le disait la loi de 1803, « si le gouvernement [...] le juge convenable ». La réglementation des diplômes d'études spécialisées (DES) apporte une qualification qui limite l'exercice des titulaires à leur discipline. L'inscription au tableau de l'ordre est devenue une formalité qui reste relativement complexe en fonction de réglementations qui la conditionnent et évoluent.

Quant à ce que les médecins ne font plus, font encore ou font de nouveau, il est conditionné par des progrès, des usages et le développement considérable des autres professions de santé dont on donnera deux exemples.

Infirmiers

Les soins aux « infirmes » étaient assurés par des religieux ou des laïcs proches, comme l'ordre des dames du Calvaire, fondé en 1834. Notre pays connaît ses premiers infirmiers laïcs à partir de 1853 sous forme d'un corps d'infirmiers de la marine impériale¹⁶. Avec l'œuvre de Florence Nightingale, ils vont se multiplier dans les hôpitaux militaires et civils, en particulier à l'occasion de la Grande Guerre. La séparation de l'Église et de l'État en 1903 a également remis en question la place des « soeurs de charité » comme « gardes-malades ». Cela conduit au décret du 27 juin 1922 créant le titre d'« infirmier diplômé de l'État français » après une formation adéquate. L'activité de soins proprement dite se double d'un rôle social qui conduira à

¹⁶ J.-S. Cayla, « La profession infirmière », RD sanit soc, 1981, 17, pp. 357-69.

une capacité spéciale (décret du 12 janvier 1932) avant la création par le décret du 11 juillet 1942 du diplôme d'assistante sociale qui rend les infirmières au service exclusif des médecins.

C'est la loi du 31 mai 1978 qui leur donnera, en suivant des dispositions européennes, un rôle propre, indépendant du médecin, qui ira en s'étendant au fil des décrets précisant leurs prérogatives (le dernier en date du 11 février 2002). Cette évolution a été enrichie par des formations complémentaires pour les puéricultrices en 1945, les cadres en 1975, les infirmiers de blocs opératoires (IBODE) et d'anesthésie- réanimation (IADE) en 1988, sans parler de diverses capacités complémentaires (stomathérapie, pour la chimiothérapie anticancéreuse...). À leurs côtés, l'activité d'aide-soignant passera en 1994 d'une capacité à un diplôme.

Cette évolution est loin d'être terminée, et ce sous trois influences : l'apparition de techniques de plus en plus diversifiées, la nécessité d'aider plus complètement des médecins devenant moins nombreux, l'exemple des infirmières cliniciennes ou praticiennes dans d'autres pays occidentaux (voir plus loin).

Masseurs-kinésithérapeutes

La Grande Guerre est à l'origine de la rééducation¹⁷ : ses blessés doivent être rétablis le plus rapidement pour être renvoyés sur le front. Ses nombreux mutilés sont ensuite rééduqués pour réduire les pensions qui leur sont allouées et pour être rendus à des activités civiles dont le pays, saigné, a besoin. Cette rééducation est d'abord empirique quant à ses techniques et à ses rééducateurs : quelques médecins, des volontaires autodidactes, d'anciens soldats moins touchés que les autres... À côté des médecins interviennent des mécanothérapeutes et des infirmières- masseurs définies dès la création du diplôme d'État d'infirmière. Les massages et les contacts corporels correspondants peuvent prêter à confusion, surtout avec des volontaires, des personnes sans formation ni qualification, inexistantes, des pratiquants illégaux après la loi de 1915 sur la rééducation fonctionnelle, mais ils sont tolérés parce que nécessaires pour satisfaire d'importants besoins. Les médecins souhaitent garder une tutelle sur ces activités – en particulier ceux qui commencent à se spécialiser dans ce domaine et redoutent la concurrence de non-médecins – tandis que la profession d'infirmière, qui vient d'être reconnue, cherche à les monopoliser. Cependant, des besoins grandissants ne peuvent être satisfaits par des infirmières trop peu nombreuses et peu attirées par ces activités, ce qui laisse la place à des activités longtemps irrégulières. Une amorce de régularisation a lieu – à partir de services de rééducations où se forment, sur le tas, toutes sortes d'aides – avec la reconnaissance en 1942 des gymnastes médicaux, puis en 1943 des masseurs médicaux avant que l'on puisse, après la guerre, apporter une solution plus générale et plus satisfaisante. La loi du 30 avril 1946 crée le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, en ménageant des transitions et des équivalences pour les professionnels déjà formés. Ces nouveaux praticiens sont entièrement encadrés par les médecins, pour la prescription, le contrôle de la rééducation, la formation. Comme pour les infirmières, cette nouvelle profession va s'émanciper au fil des décennies avec des réglementations fixant leurs attributions et, peu à peu, l'acquisition d'un rôle

¹⁷ R. Remondière, « La question de la kinésithérapie en 1946 », Rev Prat, 2003, 53, pp. 355-8.

propre, par exemple pour leur formation, un diagnostic de kinésithérapie, la prise de pouls et de tension artérielle, la prescription de dispositifs médicaux correspondants... (décret du 8 octobre 1995), jusqu'à la création d'un ordre (loi du 4 février 1995) qui n'a jamais vu le jour, puis d'un conseil des professions paramédicales (loi du 4 mars 2002) à venir. La loi du 4 mars 2002 a par ailleurs reconnu les professions de chiropracteurs et d'ostéopathes sous la pression des exemples européens, de l'existence de ces professions dans d'autres pays, de la libre circulation des professionnels au sein des pays correspondants et en fonction du principe de subsidiarité. Cette reconnaissance doit permettre de relever la formation et le niveau général des professionnels, d'harmoniser leur pratique et de l'accorder avec celle de praticiens voisins. Elle risque de laisser persister des pratiques marginales, comme par exemple celle de masseurs sportifs dont la qualification peut être inférieure à la compétence qui leur est reconnue.

D'une façon générale, ces diverses professions, dites paramédicales, se sont multipliées, secondant les médecins, mais elles deviennent de plus en plus autonomes en fonction d'usages émergeant au sein d'équipes de soins et peu à peu reconnus par des textes réglementaires. Il y a de moins en moins de limites nettes entre les activités des uns et des autres, même si formation et pratique doivent garder une cohérence et oblige à certaines distinctions. Si le monopole médical – pour diagnostic et soins – persiste, il n'est plus détenu par les seuls médecins, ou les seules professions médicales, mais partagé entre une quinzaine de professions, et bientôt plus en raison de l'échange des expériences et des praticiens entre pays européens.

Malgré des tolérances notables de notre société pour des pratiques illégales de guérisseurs, rebouteux et autres charlatans qui font exceptionnellement l'objet de poursuites ou de condamnations, la pratique de la médecine et de la médecine clinique en particulier échappe aux seules lois du marché, relève de l'intérêt collectif et donc, jusqu'à présent, d'une réglementation stricte dans les textes, un peu plus souple en pratique¹⁸. La situation n'est pas figée, les évolutions vont se poursuivre sous les différentes influences déjà évoquées : pénurie annoncée de médecins, prolifération des techniques de soins, échanges croissants entre pays de traditions différentes, nécessité persistante de contrôler la qualité et la sécurité d'activités portant atteinte à l'intégrité des personnes.

Réglementation

La répartition des rôles, les attributions des différentes professions sont complexes en raison de la multiplicité des actes concernés et des professions correspondantes. Elles varient en outre avec le temps et parfois les lieux, c'est-à-dire les établissements de soins et les conditions d'exercice. On le voit même entre les différentes spécialités médicales, où de nouvelles méthodes – par exemple d'endoscopie ou de radiologie interventionnelles – sont appliquées, soit par des chirurgiens, soit par des spécialistes médicaux, soit par des radiologues. Cela illustre que les médecins gardent une grande latitude d'intervention. Cependant, celle-ci est de plus en plus restreinte, pour des ac-

¹⁸ J. Petit, « Déontologie et organisation des professions de santé », RD sanit soc, 2002, 38, pp. 707-23.

tes particuliers, par une fréquence minimale de réalisation et surtout par un cadre d'exercice offrant les conditions de sécurité souhaitable (par exemple proximité d'un service de réanimation). Un autre exemple concerne le dépistage des cancers du sein par mammographie, qui passe par une formation particulière des radiologues et un agrément des appareils utilisés.

L'objectif n'est pas ici de faire un catalogue exhaustif que l'on trouvera ailleurs¹⁹ ou plus complètement dans le code de la santé publique et les recueils de textes officiels. Il est plutôt d'éclairer les principes et les modalités des réglementations et leur évolution en donnant des exemples représentatifs.

Prescriptions

Leur possibilité permettait d'identifier traditionnellement les trois professions médicales de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme. Cette identification était quelque peu artificielle en raison des différences entre des possibilités de prescription larges pour le médecin – même si le CDM interdit de « formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances » (art. 70) –, restreintes à leur domaine d'activité pour les deux autres professions. Elle est également à revoir avec l'acquisition par d'autres professions de la possibilité de prescrire (topiques ou matériels/appareillages appropriés pour les podologues, certains dispositifs médicaux pour les masseurs-kinésithérapeutes) ou de délivrer certains médicaments comme la « pilule du lendemain » pour les infirmières.

La grande majorité des actes paramédicaux sont soumis à prescription médicale, réglementairement et pour permettre leur remboursement. Des médecins ont la possibilité de prescrire un acte qu'ils feront eux-mêmes, mais cette faculté peut être remise en question (elle est déjà exclue pour les médecins biologistes) quand on observe que des radiologues américains prescrivent plus d'exams d'imagerie quand ils sont réalisés par eux-mêmes ou sous leur direction.

La tendance à l'automédication expose les pharmaciens à jouer un rôle mieux reconnu en donnant une « opinion » thérapeutique qu'ils voudraient faire reconnaître comme un conseil ou acte individualisé, pour éviter la banalisation de la commercialisation des médicaments dans des magasins généraux.

Diagnostic

Le diagnostic intervient au début d'une maladie ou au cours de la surveillance de son évolution. Il était exclusivement le fait des trois professions médicales, ce qui n'est plus le cas.

D'autres professionnels de santé contribuent aujourd'hui au recueil d'informations en prenant la température ou la tension artérielle, en pratiquant des prélèvements de sang, des examens biologiques instantanés au lit du malade ou des électrocardiogrammes pour les infirmières, des bilans de kinésithérapie ou d'orthophonie pour les pro-

¹⁹ B. Hœrni, *Le Monopole médical*, op. cit.

fessionnels correspondants, des examens d'imagerie pour les manipulateurs d'électroradiologie.

Un diagnostic infirmier est ébauché avec l'évaluation de la souffrance ou de la détresse d'une personne. Les pédicurespodologues peuvent faire le diagnostic de certaines affections des pieds. On parle aussi de « diagnostic orthoptique ».

De plus en plus, des professionnels paramédicaux sont mis à contribution pour la surveillance de malades chroniques pour trier entre des questions triviales et bénignes ou détecter des problèmes qui requièrent l'intervention d'un médecin. Des observations rigoureuses sont faites pour reconnaître par exemple qu'après le traitement initial d'un cancer bronchique, la surveillance des patients par une infirmière obtient les mêmes résultats en qualité et durée de vie que celle faite par un médecin²⁰.

Soins

De nombreux actes de soins peuvent être pratiqués par d'autres professionnels que les médecins. C'est naturellement le cas, dans leur domaine d'activité, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Ces dernières interviennent non seulement autour de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi pour vacciner les enfants ou pour une contraception (hors pose de stérilet). Les infirmières pratiquent une large gamme de soins – le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier détaille plus d'une centaine d'items – sur prescription médicale ou, à leur initiative, dans le cadre de leur rôle propre, et elles peuvent en cas d'urgence mettre en oeuvre un protocole de soins déterminé à l'avance, tout comme les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à accomplir des soins de secours en urgence en attendant l'arrivée d'un médecin. Ces derniers ont aussi une large latitude dans leur domaine, même si massages gynécologiques ou prostatiques sont réservés aux médecins. Ils sont eux-mêmes en concurrence avec les esthéticiennes – qui ne représentent pas une profession soignante – qui pratiquent des effleurages et non des massages (!). Les ergothérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie pratiquent une multitude d'actes relevant de leur compétence, générale sur prescription d'un médecin ou en présence proche d'un médecin comme pour l'intervention d'un IADE dans une anesthésie. Les actes autorisés aux chiropracteurs et ostéopathes dont la reconnaissance vient d'être légalisée – rejoignant ainsi les moeurs – devront être précisés par le pouvoir réglementaire. Il faut désormais intégrer aux soins l'information des patients dont on sait la place qu'elle a prise au cours des dernières années. Elle relève pratiquement de chaque professionnel de santé, chacun pour ce qui le concerne.

Cadres

Pour toutes ces professions, la compétence de ceux qui les exercent ne suffit pas toujours. Les conditions de la pratique – équipement personnel et matériel, dispositions pratiques, agrément d'un établissement ou d'un service – sont souvent réglementées, éventuellement par la loi, comme pour l'interruption volontaire de grossesse, les

²⁰ S. Moore, J. Corner, J. Haviland et al., "Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer : randomised trial", Br Med J, 2002, 325, pp. 1145-7.

transplantations, l'assistance médicale à la procréation, la génétique clinique ou, tout récemment, la chirurgie esthétique²¹.

Perspectives

Pour les nombreuses raisons évoquées, la situation actuelle n'est pas figée. Il est probable que le principe de la réglementation de la médecine clinique et des professions de santé correspondantes ne sera pas remis en question. De nouvelles évolutions sont donc prévisibles, certaines sont déjà inscrites dans la loi. Elles relèvent schématiquement de la reconnaissance de nouveaux métiers et d'une nouvelle répartition des attributions.

Nouveaux métiers

Les exemples de nouveaux métiers ne manquent pas. Certains sont déjà inscrits en pratique dans notre pays, comme les chiropracteurs et ostéopathes, qui représentent plusieurs milliers de praticiens dont la moitié seulement sont médecins, les autres pratiquant dans l'illégalité tolérée jusqu'à la loi du 4 mars 2002. Les aides-opérateurs ou instrumentistes sont en voie de reconnaissance.

D'autres sont observés dans d'autres pays et correspondent surtout à des professions intermédiaires entre docteurs en médecine et paramédicaux. Il s'agit principalement, aux États-Unis, des physician assistants (assistants de médecin), des infirmières praticiennes (ou cliniciennes en Grande-Bretagne) et des infirmières sages-femmes²². Les médecins allemands ont des assistantes polyvalentes qui leur servent de secrétaire, de laborantine, d'aide de toute sorte.

D'autres sont prévisibles pour répondre au développement de certaines techniques, par exemple des manipulateurs en endoscopie, si du moins l'endoscopie exploratrice n'est pas supplantée par des explorations moins invasives.

D'autres enfin existent mais ne sont pas reconnues comme professions de santé en raison d'activités diversifiées qui ne sont pas réservées au domaine de la santé. C'est en particulier le cas des psychologues, dont le rôle en matière de santé est pourtant de plus en plus important. On pourrait aussi s'interroger sur la place des psychanalystes quand ils ne sont pas médecins. De nombreuses autres activités se développent également dans les domaines techniques ou d'ingénierie, mais elles ne touchent pas directement la clinique et ne seront que signalées ici.

Répartition des attributions

On parle aussi de transfert de compétences : les médecins délèguent à des aides ce qui peut être délégué, que ces aides soient des médecins juniors dans un établissement hospitalier ou des «auxiliaires» de différentes sortes ailleurs. En réalité, la multiplication des professions de santé, sans doute la plus marquée aux États-Unis, fait apparaître

²¹ M. Cormier, « La chirurgie esthétique », RD sanit soc, 2002, 38, pp. 724-37.

²² E.S. Sekcenski, S. Sansom, C. Bazell, M.E. Salmon, F. Mullan, "State practice environments and the supply of physician assistants, nurse practitioners, and certified nurse midwives", N Engl J Med, 1994, 331, pp. 1266-71.

tre une complémentarité plutôt qu'une concurrence ou une compétition. Même si certains actes techniques peuvent glisser d'un médecin à un « manipulateur », comme on l'a observé dans le passé et comme on peut le prévoir pour certains actes, il y a plutôt développement de nouvelles interventions prises en charge par de nouveaux acteurs. Quels que soient les espoirs de ceux qui rêvent à des soins moins coûteux donnés par des soignants moins qualifiés ou à une formation rapide de soignants « élémentaires » pour pallier la pénurie de médecins, on observe plutôt que les patients font de plus en plus appel à la fois à un médecin et à un autre soignant clinicien²³.

Plusieurs études ont comparé la satisfaction et le devenir des malades selon qu'ils sont principalement pris en charge par des médecins ou par des cliniciens non médecins. Elles font généralement apparaître une équivalence quand l'organisation est bien réglée, c'est-à-dire lorsqu'elle concerne principalement des maladies courantes et chroniques comme l'asthme, le diabète ou l'hypertension, et lorsque le premier recours non-médecin sait faire appel à un médecin, en cas de besoin²⁴, tout comme depuis longtemps un médecin est invité à faire appel à un autre médecin plus spécialisé ou plus expérimenté, une sage-femme est invitée à recourir à un obstétricien, ou encore, comme autrefois, un officier de santé, capable de régler lui-même une multitude de problèmes, devait savoir adresser, le cas échéant, un malade à un docteur en médecine.

Cependant, la répartition de rôles ne se fait ni simplement ni automatiquement. Elle dépend des attributions réglementées des différentes professions, comme le montre la grande variété observée sur ce point entre les différents états des États-Unis²⁵ : elle touche leur statut légal, leurs prérogatives, leur remboursement, leur autorisation de prescrire suivant une formation qui varie aussi et n'aboutit pas, comme en France, à un diplôme d'État. Elle justifie une réglementation pour éviter que le foisonnement observé aboutisse à un désordre préjudiciable à tous, professionnels comme patients²⁶. On peut simplement se demander si une telle réglementation aboutira – et dans quel délai – à une homogénéisation, que ce soit en Amérique du Nord ou, à plus forte raison, en Europe, où les traditions sont encore plus diversifiées.

En dépit d'une grande extension et d'une extrême diversification, la médecine garde en son cœur la relation et l'intervention cliniques, c'est-à-dire directes entre soignant et soigné. Même si le médecin reste le principal intervenant dont les attributions sont les plus larges, d'une part certains médecins ont, du fait de leur spécialisation pratique, un champ d'action très restreint, d'autre part plusieurs autres professionnels participent à cette médecine clinique et à son exercice légal.

Les attributions de ces différents professionnels sont de plus en plus réglementées en ce qui concerne leur formation et la reconnaissance de leurs compétences, les actes qui leur sont autorisés, leurs conditions et leur contexte de réalisation pratique. La dis-

²³ B.G. Druss, M.C. Marcus, M. Olfson, T. Tanielian, H.A. Pincus, "Trends in care by nonphysician clinicians in the United States", *N Engl J Med*, 2003, 348, pp. 130-7.

²⁴ S. Moore, J. Corner, J. Haviland et al., *op. cit.*; M.O. Mundiger, R.L. Kane, E.R. Lenz et al., "Primary care outcomes treated by nurse practitioners or physicians. A randomized trial", *JAMA* 2000; 283: 59-68.

²⁵ E.S. Sekcenski, S. Sansom, C. Bazell, M.E. Salmon, F. Mullan, *op. cit.*

²⁶ R.A. Cooper, T. Henderson, C.L. Dietrich, "Roles of nonphysician clinicians as autonomous providers of patient care", *JAMA*, 1998, 280, pp. 795-802.

inction tranchée entre professions médicales et professions paramédicales (« auxiliaires » médicaux) ne tient plus guère. Les représentants des professions paramédicales sont aujourd'hui beaucoup plus nombreux que les médecins (il y a par exemple deux fois plus d'infirmiers que de médecins) et ces professions sont substantiellement revalorisées (ce n'est pas par hasard que les élèves infirmières sont devenues des étudiants infirmiers). Il y a parfois plus de différences entre catégories de médecins qu'entre eux et un autre professionnel de santé : un orthopédiste est peut-être plus proche d'un masseurkinésithérapeute que d'un ophtalmologiste spécialisé dans la correction chirurgicale de la myopie, un anesthésiste-réanimateur plus proche d'un IADE que d'un médecin scolaire, sans parler de médecins n'ayant aucune activité clinique.

Tous ces professionnels cliniciens relèvent de principes déontologiques similaires. L'article 68 du CDM demande déjà aux médecins d'entretenir de bons rapports avec les membres des autres professions de santé. Le serment médical rénové après le CDM de 1995 s'applique à quelques détails près à toute autre profession en contact avec des patients, susceptible de porter atteinte à leur intégrité pour des raisons médicales, dans leur intérêt²⁷.

Cet enjeu – l'intégrité des personnes – justifie l'intervention de la puissance publique pour réglementer ces professions. Le but de cette réglementation est, d'une part de protéger les personnes contre des pratiques douteuses et dangereuses : la loi n° 2002-303 précise bien que chacun a le droit de recevoir des soins conformes aux « connaissances médicales avérées ». D'autre part, le but est de favoriser la cohabitation, la complémentarité et la collaboration entre les différentes professions dans l'intérêt des patients. Compte tenu de la place prise par la santé et les soins dans nos sociétés, cet enjeu de l'exercice légal de la médecine représente un énorme défi. Souhaitons qu'il soit plus convenablement relevé.

²⁷ B. Hœrni, *Éthique et déontologie médicale. Permanence et progrès*, op. cit.

Documents n° 10

Quelques études récentes de la DREES

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants :

- 10.1 Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé** - Nicolas Jounin - Loup Wolff, n° 64 - Octobre 2006
- 10.2 La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004.** Une application de la méthode des régressions quantiles - Anne-Laure Samson, n° 62 - Août 2006
- 10.3 De « faire médecine » à « faire de la médecine ».** Sous la direction scientifique d'A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa, n° 53 - Octobre 2005
- 10.4 Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés** (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie). Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Vega Anne, n° 51 - Juin 2005
- 10.5 Les conditions de travail des médecins. Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux.** Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (4/5). Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller. Avec la participation d'Anne-Marie Arborio (Lest), n° 50 - Juin 2005

10.1

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes>

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques
dans les établissements de santé

Nicolas Jounin - Loup Wolff

n° 64 – octobre 2006

D'après les déclarations du personnel hospitalier, il y aurait moins de chefs qu'auparavant et plus de contrôles hiérarchiques. C'est ce que révèle l'enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé réalisée en 2003 par la Drees. La présente étude analyse les relations de pouvoir dans les établissements de santé, et distingue deux formes d'encadrement : la surveillance (qui traite du travail tel qu'il se fait) et la gouvernance (le travail tel qu'il doit se faire).

Cette distinction ne résume cependant qu'imparfaitement les relations de pouvoirs qui passent aussi entre professions médicales par les relations de prescription (commandement entre médecins et infirmiers) et de délégation (entre infirmiers et aides-soignants).

Les hiérarchies à l'hôpital sont multiples et opèrent selon des modalités plus ou moins complexes. Elles ne sont pas immuables. Il semble que les réformes en cours participent à la valorisation des fonctions de gouvernance et à la relégation de la surveillance. Avec le développement des protocoles qui organisent de plus en plus l'activité hospitalière, les modalités d'intervention des gouvernants se multiplient, sans que leur nombre s'accroisse nécessairement.

Sommaire

Résumé	5
Introduction générale.....	9
A. Problématique.....	9
B. Méthodologie.....	14
C. Organisation du rapport	21
I. Fonctions et statuts : Qui fait quoi, et à quel titre ?.....	23
A. Structure des professions dans les établissements de santé.....	26
B. Tâches réglementées, tâches résiduelles : quand le règlement ne répond qu'imparfaitement à la question « qui fait quoi ? »	28
C. Variations autour des glissements de tâches.....	32
D. Exercer une fonction sans statut correspondant	41
E. « Cœur du métier » hospitalier et externalisation : les implications de la sous-traitance	50
II. Une relation de pouvoir classique : L'encadrement.....	65
A. Les « chefs » dans les établissements de santé.....	67
B. La surveillance dans les services	72
C. Qui surveille et qui gouverne dans les établissements de santé ?	93
III. Prescription et délégation, deux formes d'autorité restreinte	103
A. Commander sans encadrer ?	103
B. La prescription : les médecins et les infirmières	107
C. La délégation : les infirmières et les aides-soignantes.....	118
Conclusion générale	123
Bibliographie.....	127

10.2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes>

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**La dispersion des honoraires
des omnipraticiens sur la période 1983-2004**
Une application de la méthode
des régressions quantiles

Anne-Laure SAMSON

n° 62 – août 2006

Sommaire

I. Introduction	5
II. L'évolution des honoraires réels des omnipraticiens et de leur dispersion entre 1983 et 2004	6
1. Une croissance significative des honoraires réels entre 1983 et 2004	6
2. ... assortie d'une diminution de leur dispersion	10
A. Les instruments de mesure des dispersions au sein d'une population	10
B. La diminution de la dispersion des honoraires sur la période 1983-2004	11
3. Un lien étroit entre évolution des honoraires réels et évolution des dispersions	11
A. La croissance des honoraires réels et la réduction des dispersions sont concentrées dans le bas de la distribution	11
B. Une dispersion qui se réduit plus vite lorsque les honoraires augmentent rapidement	13
III. Les éléments explicatifs à la baisse des dispersions	15
1. Facteurs explicatifs étudiés et démarche utilisée	15
2. La féminisation des omnipraticiens et la progression de l'activité féminine	17
A. Un point sur la structure des omnipraticiens par sexe	17
B. Une homogénéisation des honoraires féminins	19
C. Une réduction des disparités d'honoraires entre les hommes et les femmes	20
3. La progression de l'activité des omnipraticiens en début de carrière	22
A. Un point sur la structure des omnipraticiens par âge	22
B. Une homogénéisation des honoraires des omnipraticiens en début de carrière	23
C. Une réduction des disparités d'honoraires entre les omnipraticiens de moins et de plus de sept ans d'ancienneté	25
4. L'évolution de la densité médicale dans le département ou la région d'exercice de l'omnipraticien	27
A. Un point sur l'évolution de la densité médicale entre 1983-2004	27
B. Les conséquences en terme de dispersion des honoraires	30
C. Une réduction des disparités d'honoraires entre praticiens exerçant dans des régions inégalement peuplées en omnipraticiens	32
IV. Quelques pistes à explorer	33
V. Annexe 1 : Résultats complémentaires sur les régressions quantiles	35
1. Graphiques des coefficients estimés et intervalles de confiance associés	35
2. Les résultats des régressions quantiles effectuées par sexe	39
3. Le calcul des rendements de l'ancienneté dans l'exercice de la médecine :	40
4. Les résultats des régressions interquantiles	42
VI. Annexe 2 : La méthode des régressions quantiles	45
1. Introduction	45
2. Les prémices des régressions quantiles	46
A. Hogg (1975) et les droites de pourcentage	46
B. La recherche d'alternatives aux Moindres carrés ordinaires	47
3. Rappels sur les fonctions quantiles	49
A. Aperçu des principales notations utilisées dans les différentes sections	49
B. Définition du $\theta^{ème}$ quantile non conditionnel d'une variable aléatoire	49
C. Lien entre la fonction de répartition et la fonction quantile d'une variable aléatoire	50
D. De la fonction quantile théorique à la fonction quantile empirique	53

4. Le point de départ des régressions quantiles : les quantiles non conditionnels sont solution d'un programme d'optimisation	56
A. Écriture du programme d'optimisation	56
B. Résolution analytique du programme de minimisation dans le cas des quantiles non conditionnels théoriques	62
C. Conséquences et intuitions	64
5. Généralisation à l'estimation des régressions quantiles	66
A. Hypothèses du modèle	66
B. Programme d'optimisation	67
C. Conséquences	70
6. Propriétés asymptotiques	74
A. Propriétés asymptotiques des quantiles de régressions	74
B. Estimation de la matrice de variance-covariance asymptotique par Bootstrap :	75
C. Les tests statistiques :	77
7. Les propriétés des régressions quantiles	78
A. Équivariance	78
B. Invariance aux transformations monotones :	82
8. Les avantages des régressions quantiles par rapport aux régressions par moindres carrés ordinaires	82
A. Une méthode semi-paramétrique	82
B. Une estimation de la distribution globale de Y :	83
C. La robustesse aux « outliers » (valeurs atypiques) :	83
D. Les régressions quantiles plutôt que les moindres carrés ordinaires ou les régressions robustes	88
E. Les régressions quantiles permettent de détecter l'hétéroscédasticité des données	90
9. Mise en œuvre des régressions quantiles grâce au logiciel STATA	93
A. Les commandes utilisées pour la régression médiane	94
B. Les commandes utilisées pour l'ensemble des régressions quantiles	94
C. Interprétation des résultats obtenus sous STATA pour le cas particulier de la régression médiane	95
VII. Bibliographie	97
1. Étude de la dispersion des honoraires des omnipraticiens :	97
2. La méthode des régressions quantiles :	98

Cette étude s'attache à décrire l'évolution des honoraires des omnipraticiens entre 1983 et 2004, mais surtout à en mesurer et à en expliquer la dispersion.

Sur la période, la croissance des honoraires moyens de 27,5 % (en euros constants de 2004) a surtout bénéficié aux médecins ayant les honoraires les plus faibles, conduisant à une diminution de la dispersion globale des honoraires.

Plusieurs facteurs ont influencé le niveau de la dispersion. En particulier, la hausse de l'activité féminine s'est accompagnée d'une croissance prononcée des honoraires des omnipraticiennes sur la période (+41 % contre +4 % pour les hommes) et d'une homogénéisation des honoraires perçus par les femmes médecins. En second lieu, la part des omnipraticiens en début de carrière (en phase de constitution de leur clientèle) est passée de 45 % en 1983 à 12 % en 2004, conséquence des politiques gouvernementales en matière de *numerus clausus*. Cette réduction s'est accompagnée de moindres disparités, les médecins nouvellement installés bénéficiant d'une clientèle plus nombreuse dès leurs premières années d'installation.

Différentes méthodes sont ici envisagées afin de quantifier les dispersions d'honoraires : la mesure des rapports interquartiles et interdéciles, l'analyse des distributions d'honoraires ainsi que les régressions quantiles. Les objectifs et la mise en œuvre de cette méthode économétrique sont détaillés en annexe.

10.3

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes>

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

De « faire médecine »
à « faire de la médecine »

Sous la direction scientifique
d'A.-C. Hardy-Dubernet et C. Gadéa

n° 53 – octobre 2005

Sommaire

Introduction.....	9
Première partie : Faire des études	15
I.1 « Le » ou « la » p1 : commencer médecine	18
I.1.1 Un milieu « dur »	18
I.1.2 Comment réussir ?	21
I.1.3 « Mauvais » concours et « bonne » sélection	27
I.2. Être étudiant : du p2 au d4	30
I.2.1 Des années d'études.....	30
I.2.2 Aller en en fac	35
I.2.3 Suivre les stages, stage infirmier, stage étudiant, stage d'externe	44
I.3 L'internat	69
I.3.1 Le concours	70
I.3.2 Apprendre la médecine générale : du jour au lendemain... ..	82
Deuxième partie : Devenir médecin	93
II.1 La vocation médicale	95
II.1.1 Choix de la médecine et mobilité sociale intergénérationnelle	95
II.1.2 Choix de la médecine et genre	111
II.2 Pratiquer quelle médecine ?	119
II.2.1 Conformisme et incertitudes	120
II.2.2 Généraliste/spécialiste : la « grande » question	124
II.3 Où exercer ?	131
II.3.1 Le libéral et l'hospitalier	132
II.3.2 La ville et la campagne	137
II.4 Quelle profession ?	144
II.4.1 Une profession de femme ?	144
II.4.2 Une profession dévalorisée ?	155
Épilogue : et s'ils étaient ministres de la santé ?	169
I. Pour les étudiants	170
II. Vers les malades	172
III. Pour les médecins	176
IV. Et les autres... ..	178
Conclusion.....	181
Annexes.....	191

L'étude vise à mieux comprendre comment sont formés les médecins, en accordant à la notion de formation le sens d'un apprentissage autant que celui d'un « modelage ». Au cours des études, les représentations des étudiants en médecine évoluent, à la faveur d'un système d'enseignement bien particulier, de rapports sociaux qui se développent au sein d'une structure de soin, de relations qui s'établissent entre professionnels, d'une expérience concrète de la médecine, autant que d'une confrontation avec les patients et leurs souffrances. Cette évolution est saisie à partir d'une centaine d'entretiens réalisés auprès d'étudiants en médecine et de jeunes médecins (surtout des généralistes), issus des facultés de Nantes et de Saint-Antoine (Paris). La première partie du rapport suit les parcours étudiants, et vise à mettre en lumière les étapes décisives et les lieux de la socialisation médicale. La seconde partie est plus centrée sur les représentations que les étudiants et les jeunes praticiens ont de la profession à laquelle ils se destinent.

10.4

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes>

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Rapports professionnels et types de clientèles :
médecins libéraux et salariés
(médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie)

Post-enquête « Conditions et organisation du travail
dans les établissements de santé »

VEGA Anne

n° 51 – juin 2005

Sommaire

Synthèse du travail	5
Introduction générale	9
Problématique	9
Sélection des enquêtés.....	10
Grille d'entretien	12
Canevas des entretiens	13
Déroulement de l'enquête	14
Présentation du travail	15
Note préliminaire.....	16
1. La constance des identités médicales : spécialisations et hiérarchisations du travail	17
1.1 Atouts et problèmes rapportés aux différents modes d'exercice	21
A. Établissements publics/exercices privés.....	21
B. La médecine hospitalière (publique et privée)/ le cabinet	29
1.2 Regards croisés des spécialistes : to cure ou to care.....	32
A. Qu'est-ce qui amène les enquêtés à se spécialiser ?	33
B. Les urgences, des services où se concentrent et se démultiplient tous les paradoxes (révélateurs de dysfonctionnement du système de santé en général)	37
C. La gériatrie, une spécialité aux limites de la médecine hospitalière.....	43
D. Où sont désormais les limites des soins ?	45
1.3 La question complexe des collaborations professionnelles	49
2. Conséquences et étologies de la crise médicale : la fin d'une époque	63
2.1 Des constatations communes : l'augmentation des temps de travail.....	63
A. Les pénuries médicales au centre de tous les discours	64
B. Des angoisses pour l'avenir	66
C. Les nouveaux risques de déconstruction des identités professionnelles : un travail administratif chronophage et des contrôles inadaptés voire suspicieux	69
2.2 Les procès.....	73
3. Discours et pratiques paradoxales	83
3.1 L'ambiguïté des surcharges de travail	84
3.2 Les limites des critiques	90
3.3 Les paradoxes des politiques de santé	95
Conclusion générale	99
Bibliographie	105
Annexe 1	109
Annexe 2	112
Annexe 3	116

Fondée sur l'analyse comparée d'entretiens conduits auprès d'une quinzaine de praticiens d'orientation dite généraliste, cette photographie de ressentis médicaux tend à montrer que la charge de travail varie selon les spécialisations, les capacités à consolider des réseaux (formels ou non), et in fine les types de clientèles soignées (plus ou moins triées et médicalisables). Cependant, des besoins de réassurances professionnelles transcenderaient les groupes : sentiments d'une perte de pouvoir, effets paradoxaux de certaines politiques de santé, difficultés des décisions solitaires et/ou lourdes des responsabilités diagnostiques, absence de nouvelles règles de conduite éthique concernant le 4ème âge en particulier. Ces problèmes quotidiens dans le travail, méconnus des pouvoirs publics, participeraient alors à augmenter les rumeurs et les angoisses pour l'avenir.

10.5

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes>

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Les conditions de travail des médecins
Intérêt et limites d'une comparaison
entre médecins salariés et libéraux**

Post-enquête « Conditions et organisation du travail
dans les établissements de santé »
(4/5)

Paul BOUFFARTIGUE et Jacques BOUTEILLER
Avec la participation d'Anne-Marie ARBORIO
(LEST)

n° 50 – juin 2005

« La pire des maltraitements qu'on peut faire à des gens, c'est de les empêcher de bien travailler alors qu'ils savent le faire »

Une anesthésiste hospitalière

Sommaire

Introduction	9
Méthodologie, échantillon	10
1- Construction de l'échantillon	10
2- Déroulement de l'enquête	10
3- Traitement des entretiens	12
4- Caractéristique de l'échantillon final des 17 interviewés.....	12
5- Une vision partielle mais significative du corps médical	13
Première partie - Retour, en situation d'entretien, sur l'enquête téléphonique	15
1- Un souvenir très vague.....	15
2- Exemples d'incohérences.....	16
3- Un flou significatif : des repères disparates pour l'entrée dans la profession	17
4- Un temps de travail rebelle à la mesure	19
Seconde partie - Des « conditions de travail » aux « conditions d'exercice professionnel »	27
1- Les thèmes spontanément associés à la notion de « conditions de travail »	27
2- La pénibilité physique, jamais isolée d'autres dimensions (âge, sens du travail...)	31
3- La dégradation de la relation de confiance patients/médecin	33
4- Une judiciarisation envahissante.....	36
5- Une « patientèle » abusant de la « médecine gratuite » ?.....	39
6- Une dégradation du revenu	41
7- La pénurie comme symptôme et comme élément actif des conditions d'exercice.....	44
Conclusion de la seconde partie	47
Troisième partie - Salariat hospitalier/libéral en clinique. Convergences et nuances	49
1- Le monde hospitalier : une expérience à la fois commune et diversifiée	49
2- Avoir quitté l'hôpital.....	50
3- Être resté(e) à l'hôpital.....	53
4- Avoir débuté à l'hôpital	55
5- Exercer en libéral : une autonomie sous contraintes	57
Conclusion de la troisième partie	61
Quatrième partie : Enjeux temporels et types de profils professionnels	63
1- Profils sociaux des 17 médecins	63
2- Chirurgiens libéraux.....	65
3- Anesthésistes réanimateurs libéraux	68
4- Médecins salariés ayant une activité de soin.....	71
5- Médecins sans activité de soin	74
6- Deux jeunes généralistes débutant comme remplaçants	76
Conclusion	79

Cette "post-enquête" qualitative auprès de 17 médecins – 12 libéraux et 5 salariés - est l'une de celles qui ont suivi l'enquête sur les conditions de travail des professionnels des établissements de santé. Elle répond à deux questions. La première est celle de l'efficacité du questionnaire de l'enquête pour appréhender un groupe professionnel exerçant encore majoritairement son activité sous statut libéral. La seconde est celle de la pertinence d'une approche objectivante du travail pour des professions échappant aux modalités salariales de la subordination. La qualité de renseignement des questionnaires est bonne, même si la multi-activité professionnelle apparaît sous-déclarée. Les problématiques touchant aux conditions de travail entre médecins libéraux et salariés sont fondamentalement communes, d'autant plus manifeste que l'on élargit la notion de " conditions de travail " à celle de " conditions d'exercice professionnel ". A l'intérieur de ces dernières le poids du « médico-légal » s'est accentué. Cinq types de trajectoires professionnelles sont identifiées, se traduisant chacune par des enjeux spécifiques en matière de régulation individuelle des horaires de travail : chirurgiens libéraux ; anesthésistes/réanimateurs libéraux ; médecins salariés avec activité de soin ; médecins salariés sans activité de soin ; jeunes généralistes libéraux débutants.

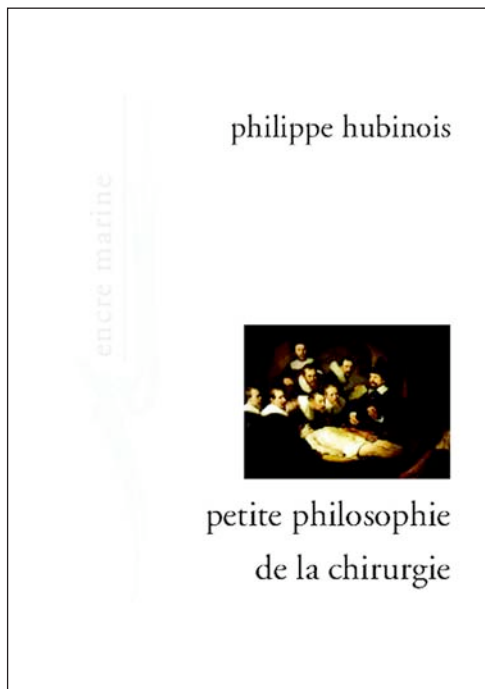
Documents n° 11

Trois livres récents

On trouvera ci-après la présentation de trois livres récents :

- 11.1 Petite philosophie de la chirurgie** - Philippe Hubinois
- 11.2 Le métier de médecin - Entre utopie et désenchantement** - Vannotti Marco
- 11.3 La crise des professions de santé** - Collectif (sous la direction de Jean de Kervasdoué)

11.1



Petite philosophie de la chirurgie
Michalon, « Encre marine », 308 pages, 38 €
ISBN : 2-84186-340-9
PHILIPPE HUBINOIS
Préface de Pierre Magnard



Présentation

Cet ouvrage intéressera médecins, juristes et philosophes. Il est le fruit d'une trentaine d'années d'exercice de la chirurgie, à la fin du XXe siècle et au début du XXIe.

Rendue possible par les progrès de l'informatique et des communications à la fin du siècle passé, la télé-médecine s'installe dans nos mœurs, tandis que la télé-chirurgie robot-assistée s'intègre à notre société technicienne. Si elles n'en sont encore qu'au stade expérimental de la « faisabilité », les tentatives

effectuées à ce jour - où la commande humaine reste en l'état incontournable - ont le plus souvent réussi.

L'évolution récente - comme un retour historique sur cinq siècles de découvertes médicales depuis la Renaissance en atteste - s'inscrit dans le droit fil de la médecine anatomoclinique. Mais elle n'est sans doute pas neutre au plan de l'éthique médicale ni à celui du droit médical.

L'image formée sur l'écran télévisuel de contrôle du robot chirurgical pourra-t-elle un jour remplacer le regard et le toucher du praticien, autrefois directement portés sur l'individu ? Le chirurgien sera-t-il appelé dans le futur à devenir un pur technicien, muni d'un écran et de joysticks, allant de simulations virtuelles en interventions trans-continentales ?

Dans la réalité, les progrès de la chirurgie, au cours des dernières années, se sont accompagnés pourtant de mises en cause judiciaires plus nombreuses pour les spécialistes qui la pratiquent. Et l'évolution récente du droit médical semble attester du fait que l'attente des patients dépasse très largement le seul souci de « réparation », ne se relâchant pas quant à l'importance ressentie du colloque singulier avec le professionnel de santé.

Ce qui invite le chirurgien moderne à rester vigilant, entre désir et proximité, ne délaissant pas la clinique pour la seule technique.

Philippe Hubinois est chirurgien, docteur en droit et en philosophie, expert près les tribunaux. Il est placé, dans son exercice quotidien, à l'interface technique-droit-éthique et a publié récemment un ouvrage intitulé "*Législations et indemnisations de la complication médicale en France et en Europe*".

Extrait de texte

« *Amour de la vie, vie d'amour* ». Ainsi parle Ingmar Granstedt, Suédois né en 1946, d'Etty Hillesum, qui a donné – avant de périr, à l'âge de 29 ans, après avoir consacré ses derniers mois, non pas à se « *faire un nom* » littéraire, ce qu'à l'évidence elle méritait mille fois, mais à aider l'humanité souffrante – un récit d'une lumineuse beauté, où domine la joie de vivre, en des temps barbares.

Le 3 juillet 1942, Etty Hillesum, quatorze mois avant sa disparition, note dans ses Carnets : « *je trouve la vie pleine de sens, oui, pleine de sens malgré tout, même si j'ose à peine le dire en société... Il faut se contenter d'être* ». Ce qu'elle a su enseigner, c'est la manière de devenir toujours plus « *soi-même* » en aidant et « *profitant* » des autres, dans un dynamisme réciproque, malgré la rudesse des temps.

Nous qui avons l'infinie chance de ne pas connaître des temps aussi barbares, sommes confrontés cependant, tous les jours de nos vies, aux petits - et moins petits - problèmes de l'existence. Pour les professions de santé, ces petits problèmes - professionnels - prennent à la fois, depuis une dizaine d'années, le masque du burn-out et celui du blues. Et pourtant, l'adage d'Ingmar Granstedt devrait, en théorie, leur convenir parfaitement...

En ce début du XXI^e siècle, une bonne partie des praticiens médicaux « *broie du noir* », frappée d'apathie et de doute. Les spécialités chirurgicales et obstétricales paraissent particulièrement exposées. Ballottées qu'elles sont entre les demandes de « *consommateurs* » devenus « *usagers des systèmes de santé* », qui confinent à la demande de « *perfection* », et les risques propres de l'action directe sur le vivant, redoublés d'une judiciarisation et d'une pénalisation croissantes, que la juridicisation de l'activité, par la multiplication des textes de lois spécifiques à la médecine ne semble pas, jusqu'à présent, avoir su juguler.

Il est, pourtant, en chirurgie, des avancées techniques considérables. L'une d'elles est apparue, en chirurgie viscérale, il y a plus de quinze ans, et ne cesse de se développer : la cœliochirurgie, dite « *chirurgie mini-invasive* ». À la diminution de l'agressivité du geste opératoire qu'elle a permise, s'associe désormais la possibilité de faire entrer en jeu des robots-chirurgiens, dont la commande reste cependant humaine, en dehors de rares logiciels, encore expérimentaux, permettant de réaliser des fractions bien définies et parfaitement réglées de certaines interventions. Cette « *nouvelle chirurgie* », dont les avantages sont immenses pour les patients, pourra, dans un futur proche, être pratiquée à distance, et même à grande distance, dans des cas précis, grâce à de tels opérateurs artificiels.

La distanciation géographique patient-opérateur, puisque ce dernier reste en l'état nécessaire et incontournable, n'est cependant sans doute pas anodine. Ni au plan de l'éthique médicale, ni au plan de l'évolution organisationnelle de la

spécialité. Non plus qu'au plan de la formation des chirurgiens, ni même au plan juridique. Elle invite à se demander si demain il n'y aura pas différents types de chirurgiens et différents types de chirurgies. Des techniciens hyper-spécialisés pour opérer à distance, d'autres pour poser les indications thérapeutiques, d'autres enfin pour assurer les suites opératoires. On ne pourrait plus parler alors de la chirurgie comme d'un « *art* » univoque, devant départager désormais le « *travailleur de proximité* » et le « *travailleur de longue distance* ». Sans d'ailleurs pouvoir toujours éviter l'emprise des médias, de la publicité, sur les évolutions, comme Jacques Ellul l'a montré il y a déjà presque trente ans.

C'est pour envisager les modifications de la profession, non plus de l'intérieur, mais autant que faire se peut de l'extérieur, tentant de regarder de l'autre côté du miroir, que le chirurgien a tenté ici une approche décentrée de son métier. Tentant d'abord la description « *phénoménologique* » de l'acte d'opérer, après l'avoir replacée dans son évolution historique, depuis la Renaissance. Puis, par le détour des évolutions juridiques et judiciaires récentes, imposées de l'extérieur à la profession, tentant de retrouver le chemin d'une éthique en quelque sorte spécifique à la profession. Ce faisant, l'auteur a emprunté un chemin qu'on pourra dire « *philosophique* » si, comme l'écrit Nietzsche « *tout art, toute philosophie peuvent être considérés comme un remède et un secours au service de la vie en croissance, en lutte* ». Vie en lutte, pour ne pas laisser les évolutions sociétales, parfois discutables, venir étrécir l'action, aussi indispensable demain qu'hier et aujourd'hui. Vie en croissance, parce que la chirurgie, au même titre que les autres spécialités médicales, a contribué, et contribuera demain encore plus, à un considérable accroissement de l'espérance de vie de nos concitoyens, ainsi qu'à l'amélioration de leur bien-être. À condition toutefois qu'elle sache « *raison garder* ».

Dans le passage de la chirurgie classique, « *immédiate* », à la chirurgie « *mini-invasive* », « *immédiate* », « *télévisuelle* », il y a donc deux temps : le premier, devenu routinier, est celui dans lequel l'opérateur n'introduit plus ses mains, au moins ses doigts, dans le corps du patient ; le second s'effectuera demain à distance, sans que l'ouvrier n'en garde alors forcément autre sensation que lointaine – géographiquement et affectivement – et ne ressente plus qu'à peine, de la présence d'un être réel, en « *chair et en os* », sur lequel il « *travaille* », la consistance des tissus, car il ne sera plus celui qui tient directement « *l'outil* », les pinces.

Ce qu'il faudra alors tenter d'apprécier, c'est si une telle modification de nature du geste chirurgical, désormais « *délocalisé* », pourra engendrer ou pas de modification épistémologique de l'acte d'opérer, s'il aura ou pas d'« *effet collatéral* ». Ce qui sera « *vu* », en pareil cas, c'est l'intérieur du corps humain, dans lequel la caméra zoomera au plus près de l'organe, de la portion d'organe à supprimer ou à « *réparer* ». Avec le risque que l'absence de « *recul* » ne fasse passer au second plan le « *tissu* » psychologique, social, profession-

nel, qui fait l'être entier, corps et âme mélangés. Restreignant peut-être aussi, à terme, la place de la parole, du regard, dans l'échange inter-humain. Bénéfice pour le patient, le chirurgien, les deux ?

L'engouement pour les techniques « *sensationnelles* », aussi vieux que la médecine, répond peut-être à la remarque de Jules Lagneau, selon laquelle l'espace est la marque de notre puissance, le temps la marque de notre impuissance. C'est pourquoi nous nous pencherons sur ces deux intuitions kantien-fundamentales, intuitions pures a priori selon l'auteur, indépendantes du contenu sensoriel empirique, conditionnant toute connaissance sensible. Mais le temps n'est peut-être pas la condition formelle a priori de tous les phénomènes sensibles, en particulier sans doute pas de l'intuition d'espace. Du temps dépend la liberté de l'homme. De lui, en tant que son accès y est de l'ordre du métaphysique, dépend également la possibilité que la raison pratique ne soit pas un simple espace de connaissance scientifique, mais un espace de réflexion critique et d'action. Toute morale, toute éthique supposent liberté, qui n'y suffit pas. Il y faut encore, selon nous, responsabilité. C'est pourquoi il nous a paru utile de faire un détour par l'évolution juridique récente en matière médicale, et plus précisément chirurgicale. Considérant si celle-ci est compatible avec une quelconque marche vers le « *progrès* », conçu non pas comme purement technique, mais aussi social, « *humain* ». Nous n'hésiterons pas, pour cela, au moment où les électeurs européens mettent en cause l'élargissement de l'Union à rythme forcé, que les élites technocratiques leur imposent, sans qu'ils aient eu forcément le temps d'en appréhender tous les tenants et aboutissants, à tenter de comprendre pourquoi des variantes très disparates peuvent coexister, du Nord au Sud de l'Europe, au plan des contentieux médicaux.

La vision humaniste du rôle du médecin est-elle en voie de disparition, confrontée qu'elle est de plus en plus au règne sans partage de la technique, aux notions d'efficience et de rentabilité ? N'est-ce pas parce qu'elle est en perte de vitesse, parce que l'éthique médicale se transforme, que la dérive judiciaire survient ? À mesure que la médecine devient plus efficace au cours des âges, elle évacue, plus ou moins délibérément, la considération de l'homme dans sa « *globalité* », de l'homme dans son milieu, pour envisager plus spécifiquement et plus modestement des problèmes organiques ciblés, sur laquelle elle peut agir de plus en plus aisément. Ce faisant, toute une dimension « *ontologique* » de la maladie disparaît du champ des préoccupations thérapeutiques. Est-ce une évolution sans conséquence ? Si on lui suppose des retombées négatives, est-il possible de l'enrayer ?

Y a-t-il entre la vision mécaniciste de la médecine et la situation que décrivent les soignants, médicaux et para-médicaux confondus, celle d'une surcharge de travail, d'une absence de reconnaissance de leur fonction sociétale, d'une « *dévalorisation* » de leur profession - situation qui témoigne en fait du remplacement progressif chez eux du sentiment de responsabilité par un sentiment de culpabilité - un quelconque rapport ? Le développement d'une chirurgie ro-

botisée, voire réalisée à distance, peut-il ou non aggraver les différends, par la modification du regard du praticien sur le patient, dans le secteur bien précis de la chirurgie viscérale ? L'ouverture des frontières européennes à de nouveaux membres peut-elle représenter un moment propice à la réflexion et à la réforme ? Une éthique médicale, ou à tout le moins chirurgicale, qui s'appuierait sur une « *réécriture des arts de la loi* », selon la formule de Pierre Legendre, est-elle possible ? À ces questionnements divers nous tenterons ici d'apporter réponse.

Il apparaît, en réalité, que l'évolution actuelle s'intègre dans une modification du regard des praticiens et du public lui-même sur la médecine. Celle-ci démarre avec le XVI^e siècle, s'accélère rapidement au passage du XVIII^e au XIX^e siècle, et explose dans la deuxième moitié du XX^e siècle.

C'est pourquoi nous brosserons d'abord un rapide tableau historique de l'apparition de l'anatomie « *scientifique* » au XVI^e siècle, de sa diffusion au public grâce à la peinture et l'imprimerie, ainsi que des premiers véritables progrès de la chirurgie depuis les temps hippocratiques que cette nouvelle « science » autorise (I). Puis nous nous livrerons à la description du travail du chirurgien contemporain, dans ses versions « *classique* » et « *mini-invasive* » (II). Nous analyserons ensuite la notion de sécurité chirurgicale qui marque, de sa forte empreinte, les dernières années du XX^e siècle (III), pour nous demander enfin s'il est possible, et si oui comment, de « penser » une éthique du chirurgien (IV).

Extraits de presse

Le Monde

ESSAIS

Penser la chirurgie

Alexandra Laignel-Lavastine

Le Monde des Livres du 15.12.06, p. 9

Docteur en médecine et lui-même chirurgien, Philippe Hubinois est aussi... docteur en droit et en philosophie. Difficile d'être mieux armé pour « penser une éthique du chirurgien » et évaluer les conséquences de la révolution induite par la chirurgie dite « télévisuelle » ou « mini-invasive », bientôt transcontinentale puisqu'elle se pratiquera à distance. L'auteur montre en effet que l'apparition de ces robots n'a rien d'anodin.

Si la télé-médecine comporte d'immenses avantages pour les patients, ne risque-t-elle pas de faire passer au second plan « le tissu psychologique, social, professionnel qui fait l'être entier, corps et âme mélangés », restreignant du coup la place de la parole ou du regard ? Sans parler de la main, à laquelle de très belles pages sont ici consacrées. Cette main qui palpe, débusque le mal, et finalement « opère » dans tous les sens du mot. Car s'il est un individu qui « pense avec sa main », c'est bien le chirurgien. Ni béatement technophile ni bêtement technophobe, Philippe Hubinois aborde ces questions avec une grande finesse de plume et d'analyse, y compris celle, brûlante, de la « sécurité chirurgicale » prise entre l'erreur et la faute, la responsabilité, la culpabilité et la « réparation ».

Philippe Hubinois ; Penser la chirurgie ; Michalon, « Encre marine », 308 pages, 38 €

 **LE QUOTIDIEN**
DU MEDECIN

Dr CAROLINE MARTINEAU, Le Quotidien du Médecin,
Article du 13-Nov-2006

Une réflexion médicale et philosophique
La chirurgie entre deux mondes

Quelles sont la latitude et la place du chirurgien contemporain ? Quelle sera son identité avec l'avènement de la téléchirurgie et l'entrée de la robotique dans les blocs opératoires ? Quelles sont les attentes des patients ? À la lumière de l'histoire et de la philosophie, Philippe Hubinois, chirurgien, propose d'intéressants développements autour de ces questions.

LE REGARD des praticiens et du public sur la médecine s'est modifié et ce changement s'est accéléré ces dernières années, transformant les patients en consommateurs usagers des systèmes de santé et les chirurgiens en opérateurs craignant la judiciarisation et la pénalisation croissante de leur profession. Dans ce contexte, alors que la télé-chirurgie-robot-assistée commence à voir le jour et est appelée à se développer, est-il possible de redéfinir une éthique chirurgicale digne de ce nom ? Les patients attendent-ils avant tout et seulement des chirurgiens qu'ils réparent mécaniquement aussi bien que possible leurs corps défaillants ? La réflexion de Philippe Hubinois est à la fois celle d'un chirurgien et celle d'un philosophe : concret et technicien pour présenter la chirurgie micro-invasive ou le savoir-faire gestuel du chirurgien, philosophe lorsqu'il analyse les conséquences de l'évolution de ces techniques ; il réfléchit au saut épistémologique qui n'est pas la simple gradation dans le progrès, de la main du chirurgien au bras du robot.

De la dissection à la téléchirurgie.

Docteur en droit et en philosophie, Ph. Hubinois exerce aussi la chirurgie depuis trente ans et s'intéresse depuis longtemps à la question de la judiciarisation de la médecine ; il a déjà publié un ouvrage sur les « *Législations et indemnisations de la complication médicale en France et en Europe* ». Pour comprendre ce qui a altéré les rapports entre les professionnels de santé et leurs patients et ce qui pourrait permettre une pacification de ces échanges sans maintenir les premiers dans une culpabilisation permanente et les seconds dans une victimisation sans fin, sa « Petite philosophie de la chirurgie » commence par une réflexion historique.

Elle permet de prendre la mesure de la transformation, à la Renaissance, du regard que l'homme porte sur son propre corps, par l'entreprise de l'art et de l'anatomie, pour aborder l'analyse phénoménologique de la chirurgie, classi-

que puis coelioscopique dite mini-invasive, avant d'imaginer ce que pourrait être demain la téléchirurgie réalisée par des « *opérateurs* » délocalisés, éloignés géographiquement du patient sur lesquels ils interviendraient.

Car « *intervenir dans ce nouvel espace-temps* » change-t-il tout au lien entre le chirurgien et « son » opéré ? Dans ces conditions, la chirurgie est-elle encore une affaire de main, organe de l'esprit ? Si le bras du robot ne saurait trembler, il ne saurait non plus sentir et ressentir, « dévier le cours de son geste, imaginer une solution à une situation imprévisible », écrit dans sa préface le philosophe Pierre Magnard. Sans remettre en cause les conquêtes de la robotique, c'est précisément de cette plasticité infinie du geste de la main, guidée, on l'aura compris, par le cerveau, que le chirurgien et philosophe Philippe Hubinois nous entretient pour « *retrouver espérance en une médecine raisonnable, dégagée d'une foi sans nuance ni réflexion en les inventions techniques sensationnelles* ».

À une période de relatifs désenchantements et désertification de la profession de chirurgien, celle-ci ne conservera, ou ne retrouvera, son âme qu'en parvenant à allier l'incontournable technicité du geste à l'empathie et la disponibilité, explique-t-il.



Philosophie

Tailler dans le vif
Du rasoir à barbe au scanner,
une « Philosophie de la chirurgie ».

ROBERT MAGGIORI (Libération 2 novembre 2006)

Longtemps, les chirurgiens ont été des barbiers — rompus aux soins des phanères, des poils, des ongles, des dents, ou de plaies superficielles. Pire encore : des dissecteurs, des « *détrousseurs de cadavres* », des hommes peu fréquentables en tout cas, qui ouvrent et découpent les corps, « *osent là où d'autres s'arrêtent* », et dont on ne sait pas très bien s'ils sont du côté du diable ou du bon Dieu. Au concile de Tours, en 1163, la chirurgie est décrétée exercice barbare : *Ecclesia abhorret a sanguine*, le sang horrifie l'Eglise et le clergé (« *qui manient pourtant concomitamment, les grandes tenailles de l'Inquisition* »). Formé à Bologne, Padoue, Salerne, Paris ou Montpellier, le médecin, qui deviendra cleric au Moyen Âge, est un lettré, un « *philosophe du corps* », voire de l'âme, qui « *parle latin, dispute à l'envi, reproduit les dogmes enseignés* », et répugne à faire couler le sang. « *Investi de la longue robe noire et du bonnet carré, il méprise les chirurgiens, et fait en sorte de restreindre le plus possible leurs indications.* » Les chirurgiens-barbiers, organisés jusqu'au XIII^e siècle en communautés de métiers, sont, eux, de robe courte : des manuels, de « *simples ouvriers généralement illettrés, qui se contentent de raser, de faire des saignées* », de soigner « *abcès, clous, anthrax, bosses et charbons* », d'aider, parfois, aux accouchements difficiles. C'est en novembre 1691 qu'un édit français sépare chirurgiens et barbiers-perruquiers, « *interdisant aux premiers de tenir boutique* ». La promotion sociale de la profession sera tardive. Elle devra beaucoup, entre autres, aux succès chirurgicaux de François Félix et Georges Mareschal, ou plutôt à la reconnaissance de leur patient, Louis XIV, débarrassé d'une douloureuse fistule anale.

Paraît ces jours-ci, de Philippe Hubinois, Petite philosophie de la chirurgie. Il est assez tendance aujourd'hui d'élaborer des « *petites philosophies* », soit parce que, en non-spécialiste, on n'ose pas entrer dans la grande soit parce qu'on tente de circonscrire des objets que celle-ci a négligés ou qui semblent lui être étrangers, le vin, la mer, le rugby, le téléphone portable ou les arts martiaux. Mais sans doute est-ce par simple modestie que Philippe Hubinois, à la fois docteur en médecine, en droit et en philosophie, chirurgien cœliosco-

pie de profession, a tenu à dire « *petite* » la réflexion sur son art, laquelle, si elle contient des rappels historiques, a toutes les caractéristiques d'une réflexion éminemment philosophique, avec ses arborescences techniques, épistémologiques, ontologiques, esthétiques et éthiques. Par certains aspects, Petite philosophie de la chirurgie évoque le travail d'autres philosophes-médecins, tels Georges Canguilhem ou François Dagognet²⁸, ou celui de Michel Foucault sur la naissance de « la médecine anatomo-clinique ». Mais le livre, convoquant Heidegger ou Descartes, Levinas ou Bergson, suivant les « ruptures » établies par Celse ou Ambroise Paré, Vésale ou Bacon, Bichat ou Paracelse, est véritablement issu de l'interrogation personnelle, sinon du « *drame* », d'un praticien participant et assistant aux profondes transformations de la chirurgie, et se refusant à ne les évaluer qu'en termes purement techniques.

Philippe Hubinois reconstitue le cadre historique dans lequel apparaît au XVI^e siècle l'anatomie scientifique, dont la diffusion au public se fait « *grâce à la peinture et à l'imprimerie* », et montre les progrès que cette *scienza nuova* permet de faire à la chirurgie, « *depuis les temps hippocratiques* », avant de décrire le travail du chirurgien contemporain, d'analyser la notion de « sécurité chirurgicale » et de s'interroger sur les conditions de possibilité d'une « *éthique du chirurgien* ». En vérité, tout le questionnement tourne autour d'une question : qu'est-ce que « *opérer* » ? Question simple en apparence, mais qui cesse de l'être dès qu'on donne à « opérer » tous les sens que le terme contient, et dès lors qu'on tente de savoir « *ce qui se passe* » (dans la technique, dans la culture, dans la morale, etc...) quand on passe d'une main qui opère, qui œuvre, qui « *apprécie la texture des tissus, les passages pour la dissection, les possibilités d'exérèse* », qui « *se fraye un chemin entre tissus sains et néoplasiques* », ouvre, palpe, apaise, titille, caresse, explore, débuse, coud, qui, en chirurgie viscérale, « *à ventre ouvert* » (laparotomie ou cœliotomie), « supprime temporairement toute dualité corps/esprit chez le chirurgien » – quand on passe d'une main, donc, à un appareil, une caméra, un robot, un mécanisme de haute précision qui opère lui aussi, même à distance. C'est l'ensemble des effets provoqués par la transformation de la chirurgie classique, « *immédiate* », en chirurgie « *miniinvasive* », « *télévisuelle* », parle relais que la main, le toucher, la palpation (la *kheirurgia* est à la lettre l'« opération manuelle »), ont transmis au regard, à la « *scopie* », qu'analyse Hubinois. Cette révolution a fait qu'appréhender la maladie, n'a plus signifié

²⁸ Georges Canguilhem, « La Connaissance de la vie », Vrin 2003 ; François Dagognet, « Pour une philosophie de la maladie », Textuel 1996. Quelques autres références : « le Regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident », de Rafael Mandressi (Seuil, 2003) ; « la Chair à vif », de David Le Breton (Métaillé, 1993) ; « Histoire du corps », sous la direction de Georges Vigarello et Alain Corbin (Seuil, 2004-2005) ; « Ethique des pratiques en chirurgie », de Marie-José Imbault Huart (L'Harmattan, 2003) ; « Se soigner autrefois », de François Lebrun (Seuil, 1995) ; « Philosophie de la médecine », de Philippe Meyer (Grasset, 2000).

ausculter l'intérieur du cadavre mais l'intérieur du corps vivant, et, peu à peu, par le progrès des techniques, a quasiment effacé l'opacité du corps (spéculum vaginal, laryngoscope, rectoscope, fibroscope, bronchoscope, radiologie, œlioscopie, échographie, scanner, résonance magnétique nucléaire...). Faut-il alors chanter ce qui a été sur l'air de la nostalgie ou pleurer devant ce qui est et sera ? Ni l'un ni l'autre, selon Philippe Hubinois. Juste penser, philosopher. Penser ce qui « *se modifie dans la pensée* » - les notions de temps, d'espace, de sensibilité, de corps, de maladie, de souffrance, de droit, de morale, la conception de soi et du monde, le rapport à autrui... - lorsqu'au chirurgien - ancien barbier qui travaillait avec les mains et qui a appris à penser avec - on les lui coupe, les mains - pour le doter de joysticks.

11.2



Titre : LE METIER DE MÉDECIN - ENTRE UTOPIE
ET DESENCHANTEMENT
Auteur : VANNOTTI MARCO
Editeur : MEDECINE ET HYGIENE
Parution : 08/2006
Pages : 252
ISBN : 2-88049-223-8

Description de l'éditeur :

Cet ouvrage vient à point nommé.

Il nous rappelle que le métier de médecin suppose non seulement l'art médical, mais aussi le savoir être de l'existant. Le médecin aussi quête, cherche, tâtonne, sent, ressent.

Ce manuel scrute la réflexivité intérieure du médecin en devenir. Oser admettre et reconnaître les blessures qui sont à l'origine du métier médical, c'est faire un pas décisif vers l'humanisation de la médecine.

Le métier médical sort grandi de ce parcours et beaucoup de médecins en formation y trouveront courage et motivation.

Ce livre est destiné aux soignants dans leur ensemble, leurs collaborateurs et les patients que nous sommes tous.

Marco Vannotti est psychiatre et psychothérapeute d'orientation systémique. Il travaille à la Policlinique Médicale Universitaire et au Département de Psychiatrie - CHUV de Lausanne. Il est co-fondateur du Centre de Recherches Familiales et Systémiques (Cerfasy) à Neuchâtel.

Table des matières

LES PRINCIPAUX MODELES EN MEDECINE

Modèle biomédical versus modèle
biopsychosocial
Modèle systémique

LE TRAVAIL DU MEDECIN

Un métier relationnel
Des difficultés et amertumes du métier
Caring together/soigner ensemble

LA RELATION

La communication : quelques repères
Les conditions de base de la relation
La confiance

L'ENTRETIEN MEDICAL

Phases de la consultation et continuité
de la relation
Dégager les attentes du patient
L'entretien motivationnel

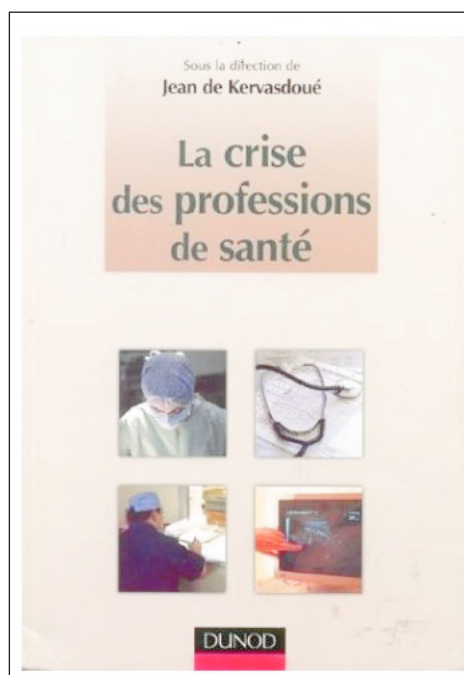
PERSPECTIVE ETHIQUE

Les principes
Information et confidentialité

L'EMPATHIE DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT

L'empathie
Compassion et souci d'autrui
Aide et réparation

11.3



Titre : **La crise des professions de santé**
Auteur : Jean de Kervasdoué, Collectif
Paru le : 12/06/2003
Editeur : DUNOD - 329 pages
Isbn : 2-10-007887-9 / Ean 13 : 9782100078875

4 de couverture :

L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît à l'évidence depuis trois ans.

Pourtant la France ne dispose-t-elle pas, selon l'Organisation mondiale de la santé, du meilleur système de santé au monde ? Cette crise constitue-t-elle l'expression habituelle d'un mouvement social ? Le revenu des professionnels a-t-il ou non baissé durant ces dernières années, et si oui, la composante financière suffit-elle, à elle seule, à expliquer le désarroi ? Pourquoi la crise perdure-t-elle alors que le gouvernement vient d'accorder d'importantes revalorisations de tarifs ? Autant de problématiques que traitent dans cet ouvrage économistes, juristes, politologues, sociologues soucieux d'analyser en profon-

deur les modifications des caractéristiques fondamentales du système de santé français.

Mais leur ouvrage ne se limite pas à une mise à plat des symptômes et de leurs causes récentes et anciennes. Il constitue aussi un outil de réflexion dessinant la vision d'un nouveau système de santé.

Table des matières

La crise des professions de santé

1. Symptômes et origines de la crise (Kervasdoué).
2. La crise des professions de santé a-t-elle une Origine économique ?(Ullman).
3. L'assurance maladie : crise de la représentation et crise de régulation (Hassenteufel).
4. Les médecins libéraux (Pellet).

Une profession médicale éclatée ?

5. Indépendance des médecins : paradoxe du droit (Pellet).
6. La grande désillusion des médecins libéraux (Robelet). La médecine hospitalière (Schweyer).
7. Les infirmières : une profession à la recherche d'autonomie (Acker).
8. Conclusion : les leçons de la crise (Kervasdoué).

Présentation de l'ouvrage par l'éditeur

La France disposerait, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, du meilleur système de santé au monde. Pourtant les professions de santé sont en crise depuis trois ans.

Crise ? Quel autre terme faudrait-il choisir pour qualifier un système de santé où les grèves succèdent aux grèves, où les dépenses s'enfoncent dans des profondeurs abyssales non financées, où l'un des piliers essentiel du paritarisme - le MEDEF - ne participe plus à l'administration des caisses d'assurance maladie, où la productivité des hôpitaux baisse (moins 7 % en 2002), où les files d'attente s'allongent en conséquence, où l'on évoque la pénurie alors qu'il n'y a jamais eu autant de médecins et d'infirmières, où les conventions entre les médecins et les caisses ne sont plus signées, où des médecins facturent impunément des honoraires en dehors des tarifs opposables, où l'Etat s'arroge des compétences qu'il semble à l'évidence incapable d'exercer... ?

Tous les symptômes d'une crise profonde sont là. Le pacte, entre le corps médical et la société française, semble rompu. Tant qu'il ne sera pas renégocié, les réformes échoueront.

Ce livre fait appel à des économistes, des juristes, des politologues et des sociologues. Il montre fort bien que l'origine de cette crise n'est ni économique, ni démographique mais réglementaire et bureaucratique.

Il y a la crise du syndicalisme médical dont le rôle traditionnel a été transformé et réduit par l'importance nouvelle de la presse médicale ; la crise de la politique où règne un consensus mou entre Droite et Gauche ; la crise des médecins libéraux qui balancent entre un libéralisme de " combat " et une participation timide à un début de cogestion ; la crise chez les infirmières qui hésitent entre une spécificité fondée sur l'aide à la personne malade et l'expertise technique ; la crise des hôpitaux qui se fossilisent sans savoir tirer les conséquences de l'incroyable explosion des savoirs et des techniques médicales...

Enfin, la crise des professions de santé participe, à l'évidence, aux mouvements de fond de la société française et notamment de la perception des rôles - liés dans l'imaginaire aux hommes (médecins) ou aux femmes (infirmières, sages-femmes). Les images se brouillent, les frontières s'estompent...

En bref, ce n'est pas en continuant à déverser des euros qui n'existent pas et en accroissant le numerus clausus des médecins que la crise, disparaîtra de sitôt. Le déficit est d'abord un symptôme de la crise avant d'être un problème en soi et la démographie médicale une excuse facile et fausse, si les chiffres ont un sens : il n'y a jamais eu autant d'infirmières ou de médecins, même en tenant compte de la baisse de la durée du travail.

Jean de Kervasdoué est professeur titulaire de la chaire d'économie et gestion des services de santé au CNAM.

Conclusion

Une crise profonde et multiforme

Jean de Kervasdoué

Le terme de crise n'était donc pas galvaudé. La crise est bien là, si l'on accepte comme symptôme d'une « crise » l'incapacité d'une personne ou d'une organisation à accomplir les tâches qui lui sont confiées incapacité de l'État d'appliquer la loi, incapacité des syndicats ou de l'Ordre des médecins de représenter leurs mandants, incapacité des hôpitaux de bâtir une organisation qui dépasse le clivage des corporations... La crise est une crise de système, à la fois crise de chacun des acteurs et crise de leurs relations. La crise est une crise des représentations symboliques et de son pivot l'idéologie de la

« médecine libérale » qui a structuré la profession et ses relations avec la population française, l'État et les caisses d'assurance maladie pendant trois quarts de siècles. Les syndicats médicaux sont à la poursuite d'une nouvelle légitimité et tentent de compenser la fuite de leurs adhérents. Les infirmières s'efforcent de définir leur nouvelle identité par d'éphémères « coordinations ». L'État cherche toujours sous le même réverbère la clé d'une régulation que définitivement il ne trouve pas. Le paritarisme n'est plus paritaire mais, chut, c'est encore un secret. Les caisses d'assurance maladie voient leur rôle se réduire à des vérifications de droit dont tout le monde dispose et à des remboursements de plusieurs centaines de millions de feuilles de soins, alors qu'existe le tiers payant qui pourrait éviter l'essentiel de cette paperasse et de ces communications électroniques. Les Français soutiennent les mouvements sociaux des médecins et des professions paramédicales et payent encore. Les professions médicales et paramédicales obtiennent de l'argent mais pas de réponse aux questions qu'elles posent sur leur rôle respectif, leurs nouvelles responsabilités, les exigences de leurs patients renforcées par les obligations de résultats des tribunaux. Le Parlement semble peut s'émouvoir de l'incapacité des gouvernements successifs à atteindre les objectifs qui leurs sont présentés chaque année en jurant solennellement, la main sur le cœur, qu'ils seront atteints. Le sens du ridicule ne remplace même pas le sens de l'honneur. Pour la presse, pour les Français, la crise n'existe pas comme si tout ce qui touchait à la médecine était sacré, sans prix, et qu'il était obscène de parler d'argent et d'organisation à des soins. Certes le ministre de la Santé, Jean-François Matteï, déclarait le 12 juillet 2002²⁹ « la santé n'a pas de prix... il faut finir avec l'obsession de la maîtrise des dépenses » et prépare depuis l'automne 2002 un retournement de position sémantico-politique annonçant un serrage de vis et de nouveaux impôts à l'automne 2003, mais cela n'est encore perceptible que pour les quelques exégètes de ce secteur.

Pourtant, ailleurs, l'argent reste rare. En ce début d'année 2003, la presse nous informe que, faute de crédits, incapable de payer sa note de chauffage, l'université d'Orsay, une des grandes universités françaises, ferme ses portes pendant quinze jours au mois de février. En écoutant cette nouvelle, peu surprenante pour ceux qui connaissent le délabrement financier et patrimonial de l'université française, je rapprochais ces quelques dizaines de milliers d'euros non disponibles pour les étudiants, les professeurs et les chercheurs, des 7,5 milliards d'euros que représente la croissance des dépenses d'assurance maladie de l'année 2002, chiffre plus élevé que l'ensemble du budget de tout l'enseignement supérieur de notre pays. Les Français aiment à l'évidence plus leur santé que leur jeunesse et plus leur passé que leur avenir. Les dépenses de santé dérapent donc et quel « dérapage » de l'ordre de 4 milliards d'euros, plus que les budgets du ministère de l'Environnement et du ministère de la Culture réunis. Le symptôme financier de la crise s'enfle silencieusement, avant d'exploser un jour en faisant alors quelques belles éclaboussures.

²⁹ Le Monde daté de ce jour.

Les explications qui nous sont servies par les ministres de la Santé, tant Jean-François Matteï que son prédécesseur, Bernard Kouchner, invoquent l'inéluctabilité de cette croissance. La population française vieillit et le progrès technique coûte cher, les dépenses augmentent donc, nous disent-ils. Vérités partielles, très partielles l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie est un sujet bien connu, il représente à peine 7 % de la croissance de l'année 2002 (moins de 0,5 % en valeur absolue) ; quant au progrès technique, notamment médicamenteux, les estimations sont plus difficiles à faire mais l'impact des nouvelles découvertes explique de 3 % à 7 % de cette même croissance. Reste donc 86 % à 90 % de la croissance globale à expliquer. Rappelons s'il en était besoin que le Japon dont la population est plus âgée que la population française, dont les indicateurs de santé sont meilleurs (la plus forte espérance de vie à la naissance au monde) et qui utilise plus que nous l'imagerie moderne (quatre fois plus) et les découvertes médicamenteuses, consacre 2 % de moins de sa production intérieure brute à sa santé, soit en base française 30 milliards d'euros ! Le progrès technique et l'âge de la population ne déterminent que peu les dépenses de santé, beaucoup moins par exemple que les mesures sociales et l'absence d'organisation. En 2002, la productivité de l'hôpital public français a baissé de 7 % du fait d'une diminution du nombre de patients traités ainsi que d'une augmentation des personnels et de leur rémunération.

Rémi Pellet, dans le chapitre I-3 de cet ouvrage met en relief les aspects juridiques de la crise, symptômes négligés. Ils sont d'importance « depuis 1990 aucune convention médicale n'a atteint son terme », certes elles avaient déjà été annulées en 1971 et 1980, mais toutes depuis 1990, c'est beaucoup ! Les causes d'annulation sont multiples et pour n'en citer que quelques-unes, nous avons le choix entre le non respect du droit constitutionnel à la santé, de l'égalité devant la loi et les charges publiques, du droit à la défense, des principes de la médecine libérale, de la loi informatique et liberté, du droit européen de la représentativité des syndicats... et, entre autres encore, l'incompétence des parties à la convention. En cas d'annulation par le Conseil d'État, le gouvernement fait passer au Parlement des validations législatives que le Conseil constitutionnel invalide à son tour, une sorte de mouvement perpétuel juridique. Faute de pouvoir signer des conventions qui tiennent les assauts les plus modestes devant les juridictions compétentes, l'État invente les règlements conventionnels minimaux. Ils n'ont pas le même statut juridique que les conventions mais cela n'empêche pas le Conseil d'État de les annuler, pour d'autres raisons ! Ce chapitre de Rémi Pellet souligne à juste titre la gravité des symptômes juridiques de la crise que, pour ma part, j'avais sous-estimée. Je ne chausserai pas les bottes de la Cour des Comptes qui a stigmatisé les compétences limitées des services juridiques de l'État et des caisses d'assurance maladie, mais demanderai pourquoi s'évertue-t-on à conserver un système, contractuel sans qu'existe un contrat en vigueur ? Des conventions avortées ne restent que les aspects positifs pour les professions de santé (révision de la nomenclature,

augmentation de tarifs), toutes les sanctions disparaissent du fait de ces annulations³⁰, même quand elles contribuent à l'amélioration de la santé des assurés sociaux, comme les références médicales opposables (RMO) instaurées par René Teulade en 1993 et « annulées » depuis. Le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a eu au moins l'honnêteté, sinon le courage, de faire supprimer par le législateur ces éventuelles « sanctions », même si elles n'étaient qu'éventuelles, apparemment elles gênaient encore.

Le dernier symptôme que nous rappellerons dans cette conclusion concerne la difficulté de recrutement d'étudiants dans les écoles d'infirmières. Il ne suffit pas d'ouvrir des postes encore faut-il avoir des candidats et donc que ce métier ne soit pas socialement défavorisé !

Quelles explications donnons-nous, les uns et les autres, de cette crise ? Nous en donnons plusieurs qui se complètent, s'enrichissent et éliminent au passage les thèses le plus souvent avancées. Sans toujours donner grâce à la richesse de chaque chapitre, tentons ici de résumer nos analyses de la crise et de ses remèdes.

La crise n'a pas de fondement économique objectif, nous en avons été les premiers surpris. Dans le chapitre intitulé « La crise des professions de santé a-t-elle une origine économique ? », Philippe Ulmann démontre qu'à l'exception des infirmières et des kinésithérapeutes libéraux, les professions médicales et paramédicales n'ont pas du tout, contrairement à ce que colporte la rumeur et contrairement à ce que ces professions disent d'elles-mêmes, été les oubliées de la croissance, bien au contraire pour certaines ! Quand pendant quinze (1985-2000) ou vingt années (1980-2000), Philippe Ulmann compare l'évolution des revenus des professions de santé à celle des autres professions, puis des employés du secteur public et des employés du secteur privé, les larmes du lecteur ne lui montent pas aux yeux d'autant que, soulignons-le encore, le nombre de médecins double pratiquement³¹ pendant cette période. Cet afflux d'offre ne va pas induire, comme la théorie économique le laisserait penser, une baisse moyenne des revenus des professions de santé. Certaines furent peu favorisées, mais pas pénalisées, comme les médecins généralistes et les infirmières hospitalières avant leurs récentes augmentations de 2000 pour les uns et 2002 pour les autres. Les spécialistes en revanche étaient déjà favorisés avant l'augmentation des tarifs de 2003. Quant aux praticiens hospitaliers, ils sont les grands bénéficiaires de cette période. En effet, si l'on prend pour base 100 le pouvoir d'achat des revenus de 1985, en l'an 2000 les agents de l'État atteignent l'indice 109, les salariés du secteur privé l'indice 112, les médecins

³⁰ Aucun gouvernement ne songerait à accompagner l'abandon des bénéfices de l'abandon des sanctions.

³¹ Soit 117 000 médecins en 1980, 203 000 médecins en l'an 2000 pour la France métropolitaine et les Dom-Tom

généralistes sont à l'indice 106³², les infirmières salariées à l'indice 121³³, les spécialistes libéraux à l'indice 135 et les praticiens hospitaliers du secteur public atteignent un record avec l'indice 165. Avec le passage du C à 20 euros, l'indice des généralistes gagnera de l'ordre de 15 points les faisant dépasser certainement tous les salariés ; quant aux spécialistes l'indice 140 sera atteint dès 2003³⁴. Du fait des accords Aubry, la position relative des infirmières, comme celle de tous les agents hospitaliers, s'améliore encore après l'an 2000, sans tenir compte de la baisse de la durée du travail.

La crise actuelle n'est pas démographique. Entre 1985 et 2000³⁵, le nombre de médecins hospitaliers augmente de 24 %, celui des infirmières double (il passe dans les établissements de soins de 113.000 à 223.000). Si le nombre des infirmières travaillant à temps partiel augmente aussi durant cette période et passe de 12 % à 22 %, la capacité globale de travail, calculée en heures travaillées par les infirmières pendant une année, demeure toutefois toujours en forte augmentation. Pour les médecins, un calcul arithmétique simple montre aussi que cette croissance du nombre de praticiens compense la réduction du temps de travail à 35 heures³⁶ (baisse de 11 %, augmentation de 24 % de l'autre). Nous ne prétendons pas ici qu'il y aurait « trop » de médecins ou d'infirmières, nous constatons simplement qu'il y en a plus qu'il y a dix-sept années et ceci sans tenir compte des ouvertures de postes annoncées en compensation de la baisse de la durée du travail : soit pour les médecins (3.000) et pour l'ensemble du personnel hospitalier (45.000).

Quant à la pénurie annoncée, dans l'hypothèse, peu vraisemblable d'un maintien d'un *numerus clausus* à 4.700 (il sera supérieur), les médecins de 2020 en exercice seraient, par millier d'habitants, plus nombreux que ceux de 1985, époque où l'on parlait déjà de pléthore. Soyons sérieux, s'il y a une crise elle n'est pas démographique mais politicoadministrative et économique. Le sujet n'est pas le nombre de médecins mais l'application aux médecins salariés de règlements français et européens portant sur la durée du travail. Ces règlements ne sont pas les seuls à induire une pénurie : d'autres en obligeant la présence physique d'un praticien au cours de toute la durée d'un acte, augmente la demande pour ce type de compétences.

Pour ce qui est des réelles questions de pénurie relative, soit dans certaines zones géographiques (les zones rurales notamment), soit dans certaines spéciali-

³² Les généralistes sont légèrement plus avantagés que les salariés du public et du privé si l'on prend pour base de comparaison l'année 1980 plutôt que l'année 1985.

³³ Ce classement serait plus défavorable si la base était l'année 1980, les infirmières suivraient alors les revenus des autres salariés.

³⁴ L'écart entre généralistes et spécialistes se réduit donc peu.

³⁵ Ces chiffres sont tirés du chapitre 1.1 de Philippe Ulmann.

³⁶ En principe, car la durée moyenne du travail des praticiens hospitaliers, avant les 35 heures, était très supérieure à la durée légale.

tés (pédiatrie, psychiatrie, anesthésie, obstétrique...), elles ne se résoudre pas, par essence, avec des mesures générales.

On peut continuer à jeter de l'argent, que l'on n'a d'ailleurs pas, pour tenter de résoudre une crise qui n'est pas financière, les professionnels ne s'en plaindront pas - personne ne pense jamais bénéficier du revenu qu'il mérite - d'autant que, pendant ce temps, il n'est pas proposé de réforme de l'organisation des soins, réforme que tous redoutent. En 2002, la perception du manque de médecins succède brutalement à celle de la pléthore, stigmatisations simplistes dans les deux cas de questions plus profondes évoquées dans cet ouvrage et notamment celles liées aux rigidités dans l'organisation des soins, tant en ville qu'à l'hôpital.

Une double division du travail imposée par l'explosion des savoirs médicaux qui bouleverse l'ensemble des pratiques et des positions des professions et des institutions de soins.

Dans le premier chapitre de cet ouvrage nous soulignons, une fois encore, les conséquences majeures et prévisibles de la révolution des savoirs et rappelons que l'explosion des connaissances pousse à une double spécialisation, celle de la profession médicale d'une part et celle des autres professions de santé d'autre part. Ce faisant cette évolution des savoirs et des techniques redéfinit les frontières anciennes et impose surtout une bien difficile coordination des professions de santé.

Le chapitre d'Hassenteufel et Pierru et tous les chapitres de la deuxième partie de cet ouvrage en donnent des illustrations. Françoise Acker remarque que la profession d'infirmière se spécialise à son tour en créant notamment les infirmières de bloc opératoire (IBOD) et les infirmières anesthésistes. François-Xavier Schweyer souligne qu'un des problèmes majeurs de la crise des hôpitaux provient de la double appartenance de chaque employé : appartenance à un corps et appartenance à un hôpital. Cette double appartenance crée d'évidents conflits d'intérêts car, non seulement elle empêche toute souplesse dans l'organisation du travail, mais encore il est toujours plus payant pour un agent de défendre les intérêts de son corps que ceux de son institution jusque parfois, et c'est moi qui précise, à la disparition de cette dernière³⁷. A la demande des intéressés qui souhaitent une définition millimétrique de chaque territoire, le ministère de la Santé essaye vainement de codifier les frontières entre ces corps et ses statuts, toujours plus nombreux de frontières toujours mouvantes. Non seulement il n'arrive pas à répondre aux demandes mais, ce faisant, contribue à accroître la rigidité bureaucratique de l'organisation hospitalière.

³⁷ Ceci n'est pas réservé à l'hôpital : les dockers de certains ports français ou les représentants de syndicats du livre sont aussi des exemples de comportements où l'intérêt d'une corporation peut aller jusqu'à détruire l'institution qui les emploie ; en quelque sorte un cancer social car le tissu cancéreux ne fait rien d'autre.

Dans un passionnant article publié récemment, Robert Holcman³⁸ souligne à son tour la déstructuration du travail dans les établissements hospitaliers français, remarque qui pourrait paraître paradoxale et contraire à cette analyse. Il n'en est rien. Robert Holcman rappelle en effet que si, à l'hôpital, beaucoup de tâches sont programmables, peu sont programmées.

« La principale difficulté vient de ce que toute rationalisation du travail dans les services de soins passe par l'assujettissement de l'emploi du temps des médecins à celui des équipes de soins... Il y a donc contradiction entre l'autonomie revendiquée dans l'exercice de l'art médical et la vocation à diriger, déterminée par le type de structure dans lequel s'exerce cet art... L'inorganisation de la transmission de l'information et sa validation permanente constituent un facteur de stress et d'épuisement pour les agents qui y sont astreints... C'est l'inorganisation du travail qui contraint les emplois du temps ».

Les agents des services de soins se sentent débordés.

« L'explication avancée par les personnels interrogés est le manque de personnel or, à l'observation, rien ne permet de le corroborer. C'est plutôt l'incertitude qui absorbe l'énergie des personnels, en grande partie en raison de l'archaïsme des modes d'acquisition et de transmission de l'information...»³⁹.

Nous ne serions trop recommander la lecture de cet article. Il illustre l'incapacité essentielle des statuts de la fonction publique, d'une réglementation chaque jour plus envahissante et encore des instances de « concertation », d'organiser le travail et de coordonner la prise en charge du malade, sans parler des dangereuses erreurs pour le malade d'une mauvaise transmission de l'information⁴⁰. Tout se passe comme si les instances existantes étaient faites pour que les différentes professions ne se rencontrent surtout pas : d'un côté la commission médicale d'établissement (CME) où l'on parle d'affaires - et de carrières - médicales, de l'autre le comité technique d'établissement (CTE) où les syndicats se livrent à des joutes verbales et électorales sans grandes conséquences pratiques car ce sont les statuts qui priment dans la rémunération de chaque agent et rarement la contribution de celui-ci au bon fonctionnement du service qui l'emploie.

Dans les établissements de soins privés à but lucratif, la coordination des tâches entre les médecins et les autres catégories d'agents est également difficile

³⁸ Robert HOLCMAN, « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agents », *Gestions hospitalières*, décembre 2002.

³⁹ *Idem*

⁴⁰ Ces erreurs sont particulièrement nombreuses dans la délivrance des médicaments quand il n'y a pas les sécurités que permettent les systèmes informatisés comme il en existe dans de trop rares hôpitaux français.

mais pour une autre raison : les médecins, chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens ne font pas partie de l'institution ils y exercent - pourtant ce sont eux qui déterminent l'essentiel des tâches des autres agents. Cette « indépendance », cette absence de subordination, a de lourdes conséquences sur l'organisation de ces établissements et vraisemblablement donc sur le coût et la qualité des soins. En revanche, le rattachement du personnel ! d'une clinique à une convention collective ne pèse pas du même poids sur la vie de leur institution que les rattachements statutaires des agents hospitaliers à la leur. Dans une clinique, les contributions de chacun à la vie collective sont mieux reconnues, dans certaines mesures les salaires peuvent être renégociés et les avancements être plus ou moins rapides... Remarquons aussi qu'une certaine conception du « libéralisme » médical prime encore sur le plus immédiat intérêt des malades et, par voie de conséquence, sur celui des assurés sociaux.

Ces contradictions conduisent les pouvoirs publics à des contorsions juridiques que l'on pourrait trouver amusantes si le sujet n'était pas si sérieux. Tout contrat signé par un médecin et une clinique dispose de la clause suivante « Le praticien exerce son art dans la totale indépendance qu'impliquent le caractère libéral de sa profession et l'absence de tout lien de subordination avec la clinique. » Par ailleurs l'article L. 6113-2 du Code de la santé publique stipule : « les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisations des soins, de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité... ». Autrement dit les établissements ont des obligations sans avoir de possibilité réelle de les mettre en œuvre car, pour ne pas fâcher, au cas où il y aurait des doutes, des interprétations hérétiques, l'article L. 1414-1 du Code de la santé publique rappelle en effet que « l'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance des praticiens dans l'exercice de leur art. » Pour ma part, j'ai des difficultés à comprendre comment l'on organise « une prise en charge globale des malades », comment on organise le travail d'une équipe pluriprofessionnelle avec des praticiens indépendants qui gèrent leur pratique et leur emploi du temps

Pour en revenir à l'hôpital public, il pourrait sembler paradoxal que la très grande rigidité corporatiste et bureaucratique s'accompagne d'une absence totale d'organisation pratique. Il n'en est rien Michel Crozier remarquait, il y a bientôt quarante ans, que le statut protège et limite fortement les liens de subordination, chaque corps demande donc plus de statut. Comme le remarque encore Holcman⁴¹ «... les membres de service de soins sont enclins à faire évoluer au cas par cas les règles générales. L'imaginaire accolé au travail de chacun, l'investissement personnel mis dans l'activité professionnelle, la valorisation issue de l'autonomie de l'emploi du temps chez les médecins..., tout concourt à tendre les énergies des différentes catégories de personnels vers le

⁴¹ Robert HOLCMAN, *art. cit.*

maintien du statu quo ante... d'une façon ou d'une autre, tous les personnels ont découvert un intérêt à cette organisation défailante... » et cela n'est possible que parce que les statuts les protègent.

Chacun souhaite accomplir les tâches réservées à la catégorie immédiatement supérieure et, dans certaines circonstances, y parvient. Il en est ainsi du travail mais aussi des symboles institutionnels qui y sont attachés. Chaque personne familière de ce secteur sait que les infirmières tentent depuis de longues années de revêtir les atours sociologiques de la profession médicale. Sont-elles en passe d'y parvenir ? « La proposition de loi UDF sur l'ordre infirmier sème le désordre dans la majorité » titre *Le Quotidien du médecin*⁴². L'auteur de cette proposition, Jean-Lue Préel, député UDF de la Vendée, souligne que son projet «...correspond à une revendication légitime, nécessaire et urgente pour une profession en mal de reconnaissance, ainsi qu'à la nécessité d'avoir des principes déontologiques propres et non calqués sur ceux des médecins. » Personne ne sous-estime l'importance des infirmières et l'intérêt de leur métier, mais il est peu vraisemblable par essence, comme le rappelle Françoise Acker, qu'elles soient jamais autonomes. Or l'autonomie est un des critères que les sociologues du monde entier retiennent pour définir une « profession ».

À l'hôpital on sait déjà que la commission consultative des soins infirmiers (CSSI), accordée par d'autres responsables politiques, ne sera jamais qu'une pâle copie de la CME. La multiplication des instances ne favorise pas l'intégration ni en médecine de ville, ni en médecine hospitalière. Quant à la banalisation des signes institutionnels, n'est-elle pas une des raisons de la perte de sens et des repères de nos contemporains ? En revanche, il demeure essentiel que les infirmières disposent d'une instance représentative nationale qui puisse les engager dans les discussions avec les pouvoirs publics. Elles existent à l'étranger et sont puissantes.

Les hôpitaux, les cliniques, la médecine libérale ne sont donc pas encore adaptés à l'évolution des savoirs et des techniques médicales. L'ignorance de ce sujet central et sa non considération sont un des signes de la crise politique. Elle revêt plusieurs autres aspects.

UNE CRISE POLITIQUE MULTIFORME

Hassenteufel et Pierru soulignent que tout commence par *une crise de la pensée politique*. Elle se fait envahir par l'idéologie médicale et prend les symptômes pour leurs causes. La croissance incontrôlée des dépenses d'assurance maladie, par exemple, crée des problèmes financiers mais les causes de cette croissance ne sont pas financières. La « médicalisation de l'ONDAM » en est un autre exemple.

⁴² Henri DE SAINT-ROMAN, *Le Quotidien du Médecin*, n° 7259, le vendredi 24 janvier 2003.

Que cette question atteigne l'agenda politique est fascinant. Un syndicat médical, la CSMF, mène avec succès depuis bientôt six années, une lutte contre le plafonnement des dépenses de santé. Certes, les mécanismes proposés, notamment en 1996, étaient à la fois discutables sur le fond et complexes dans leur forme, mais avoir fait croire à un gouvernement libéral qu'il existait une possible « médicalisation de l'ONDAM » est un tour de force qui montre l'influence de ce syndicat et le niveau du débat français en politique de santé : mince. Cette question, sans excès de langage, tout bien pesé donc, est une question soviétique de la plus belle époque du « GOSPLAN ».

Elle laisse croire en effet qu'il existerait des besoins sanitaires et que le grand planificateur pourrait passer de ces « besoins » à une réponse à ces mêmes besoins dans un splendide isolement économique, politique et social. Les leçons de l'histoire semblent ne pas servir à grand-chose !

Autrement dit, en termes économiques, le modèle implicite est qu'il existerait une fonction de production qui permettrait de passer par une série d'étapes successives des états pathologiques de la population à une définition du « bon niveau » des dépenses de santé. Cela n'est ni théoriquement, ni empiriquement possible, non seulement par manque d'informations qui ne sont pas près d'être collectées, mais aussi pour de nombreuses raisons théoriques et philosophiques et, pour n'en citer que deux :

- il y a souvent plusieurs façons de soigner une même maladie, laquelle imposer ?
- la médecine n'est pas que technique, elle accompagne des personnes en fin de vie, quel degré d'humanisation sinon d'humanité choisir ?

Le politique se place sur le terrain choisi par la corporation médicale et ce faisant il se fragilise, il nous fragilise. On comprend alors pourquoi, avec Magali Robelet (chapitre II1), le « libéralisme de combat » l'emporte aujourd'hui sur le « libéralisme statutaire ». Par exemple, en février 2003, en dépit des larges augmentations récentes des tarifs, des médecins conventionnés en secteur 1 s'autorisent unilatéralement des dépassements d'honoraires, invoquant une autoprescription des 35 heures ! *Le compromis social, et ses traductions politiques et juridiques, obtenus pendant les périodes de croissance éclatent.* Les médecins se sont demandé quelle devait être leur stratégie de participation au-delà de la défense de leur autonomie et de la revalorisation financière de leur métier. Ils ont attendu des réponses pendant de longues années et semblent aujourd'hui ne plus se poser de questions. Ce qui restait du système se fracture, se décompose.

La crise de la pensée provient aussi du fait que la classe politique réduit les questions de santé à la médecine et les questions de médecine à la biologie.

Après d'autres⁴³, avec d'autres⁴⁴, depuis plus de trente années, nous rappelons d'une part que la politique de santé ne peut se réduire à la médecine qui n'explique que de 15 % à 20 % de l'augmentation de l'espérance de vie et qu'il ne faut pas oublier, notamment, l'usage de toxiques licites ou illicites.

La médecine quant à elle traite aussi parfois de questions qui n'ont rien à voir avec la santé comme, par exemple, la chirurgie esthétique qui s'intéresse à une forme de bien-être. En outre, la médecine surtout et d'abord tient sa grandeur de son aspect humain, de sa composante sociale, par essence non technique, elle accompagne des gens fragiles, des personnes qui souffrent, elle traite directement et indirectement de la mort et de l'angoisse de la mort, sujets qui ne sont ni froids, ni objectifs. La médecine ne peut pas se réduire aux extraordinaires applications permises par les progrès de la biologie. La question essentielle en montant - pour le financement des dépenses de soins ne concerne pas le prix des appareils modernes d'imagerie, mais le nombre d'infirmières et de médecins que la collectivité va affecter aux soins des patients malades, des patients âgés et dépendants. Les augmentations de salaires et d'honoraires obtenues par les grèves et autres mouvements de protestation ainsi que la réduction du travail à 35 heures sont les causes essentielles de la croissance des dépenses de soins, pas les progrès de la médecine somme toute assez bon marché et qui permettent souvent de faire des économies. La productivité de l'hôpital public a baissé de 7 % en 2002, cela ne provient ni du progrès ni du vieillissement de la population !

Quant au réductionnisme biologique s'ajoute une perception collective de la « toute puissance médicale » - pour reprendre les termes de Catherine Breton - le champ des solutions possibles et de l'espace politique se referme surtout si cette perception se traduit concrètement dans le jugement des tribunaux qui affirment, par exemple, que toute clinique ou tout hôpital pourrait toujours prendre des « précautions » pour éviter les infections hospitalières. Ce n'est malheureusement pas le cas, mais si les juristes le pensent cela n'est pas sans conséquences financières et sociales.

Hassenteufel et Pierru rappellent le « *consensus mou* » de la classe politique, l'absence de débat entre la droite et la gauche parlementaire. Ils soulignent notamment *la crise de l'action publique et de ses outils de régulations*. La même philosophie politique produit les mêmes outils puisque ce sont les mêmes hauts fonctionnaires qui les bâtissent.

Pour ne prendre qu'un exemple la gauche (1983), puis la gauche (1991), puis la droite, surtout la droite (1996), ont successivement étendu le champ des « enveloppes » de dépenses de l'hôpital public à l'ensemble du champ de la médecine, y compris la médecine de ville avec le succès que l'on sait : jamais

⁴³ Ivan ILLICH, *Némésis médicale*, l'expropriation de la santé, Paris, Seuil, coil. Points, 1981.

⁴⁴ F. GRÉMY, C. BÉRAUD, B. GRENIER, A. GRIMAWI, J. DE KERVASDOUÉ, G. LEVY, « La réforme Debré : un tiers de siècle après », *Colloque de Caen - 9-10 décembre 1996*.

les dépenses n'ont augmenté aussi vite, jamais il n'y a eu autant de grèves, jamais la « régulation » n'a aussi peu, et aussi mal, régulé ce qu'elle était censée réguler à savoir les dépenses en principe prisonnières de ces fameuses « enveloppes »... en principe !

Les lieux communs et idées fausses⁴⁵ perdurent même s'ils sont chaque jour contredits par l'expérience. « N'est-ce pas comme cela que le monde devrait être et s'il n'est pas comme cela, quelle importance, puisqu'alors j'occuperai d'autres fonctions ministérielles ? » doit se dire le ministre du moment ! Quant aux conseillers des ministres de droite comme de gauche, ils semblent être atteints d'un curieux torticolis : ils regardent tous dans le passé et à l'Est, vers l'ex empire soviétique. Le Nord de l'Europe semble être inaccessible à leur champ de vision c'est pourtant là que des réformes s'appuyant sur le « *public management* » semblent porter leur fruit. Elles associent financement collectif, décentralisation, responsabilité économique des acteurs et une certaine concurrence. L'opposé des contrats « obligatoires », des schémas impératifs, des cartes sanitaires rigides, des statuts sans souplesse et des autorisations ministérielles pour avoir le droit de prendre le café à dix heures qui enrichissent chaque jour notre droit et les colonnes du journal officiel.

La crise politique est non seulement une crise de la pensée, une crise de la régulation mais aussi *une crise de représentation de la profession médicale* nous disent Hassenteufel et Pierru. Dans ce même chapitre, d'une part ils appliquent de manière très originale la loi d'airain de l'oligarchie de Michels aux syndicats médicaux et d'autre part développent une idée nouvelle à savoir la concurrence entre la presse médicale et les syndicats médicaux car ces derniers ont perdu le monopole de l'information de leurs mandants. La presse non seulement diffuse des informations mais aussi personnalise, suscite des oppositions en offrant une tribune aux contestataires. De fait, sans bien entendu le vouloir, la presse déstabilise ceux qui se sont vus attribuer la lourde responsabilité de représenter leurs confrères. Les anciens sont partis ou s'en vont - ceux de la grande époque du début des années 1970 -, ceux qui restent n'y croient plus et les plus jeunes se désintéressent de toute action collective suivie sauf pour accompagner quelques revendications particulières et, si possible spectaculaires.

La crise est enfin une crise sociale et, plus précisément *une crise des valeurs*. Les écoles d'infirmières ne sont plus recherchées et les promotions des écoles n'atteignent pas leur quota. Les jeunes médecins, dans leur majorité, tendent à considérer que ce métier serait un métier comme les autres : 35 heures par semaine protégées par un statut intangible

Les spécialités difficiles comme la chirurgie ne sont plus, loin s'en faut, celles recherchées en priorité par les étudiants admis à l'internat.

⁴⁵ Jean DE KERVASDOUÉ, « Lieux communs et idées fausses en politique de santé (ou quelques raisons d'échecs répétés des velléités de transformation de notre système de santé) », PMP - *Politiques et Management Public*, volume XIX, n° 2 juin 2001.

Les frontières traditionnelles se brouillent. Françoise Acker, dans son chapitre, indique que si, en 1980, 50 % des infirmières n'avaient pas d'enfant (la tradition religieuse était encore bien présente), 80 % en ont aujourd'hui. Les hommes sont aujourd'hui plus nombreux qu'hier chez les « infirmiers-infirmières », les femmes représentent plus de 50 % des jeunes générations de médecins. L'image de « la grande patronne » - il y en a - est encore à inventer symboliquement.

Bien entendu il existe des solutions à cette crise, à ces crises. Elle passe avant tout par la recherche d'un nouveau contrat social avec les professions de santé, contrat qui n'oublierait personne ni aucun sujet. Pour cela il faut du temps de négociation, d'écoute. Il faut des propositions précises et chiffrées et non pas inventées au cours d'une nuit de négociation, avenue du Maine, siège de la Caisse nationale d'assurance maladie. Beaucoup de propositions de réforme sont le contrepoint évident de nos analyses. Ce n'est pas de propositions que l'on manque mais de vision d'un nouveau système de santé dont les règles du jeu, comme les valeurs, seraient claires et tiendraient enfin politiquement compte du fait que la médecine a évolué depuis 1926.

Février 2003

Extraits de presse

La crise des professions de santé* Reuters Santé

PARIS, juin 2003 (Reuters Santé) - La crise des professions de santé est profonde mais ses causes ne sont pas nécessairement à rechercher du côté de la démographie ou des revenus, selon Jean de Kervasdoué, professeur au Conservatoire national des arts et métiers qui a dirigé un ouvrage sur cette question.

Intitulé "la crise des professions de santé" et publié à l'occasion du congrès de la Mutualité Française qui se tient à Toulouse, cet ouvrage - même si l'on n'est pas d'accord avec la thèse défendue - a le mérite de mettre toutes les pièces du dossier sur la table.

La crise, elle est bien là, affirme l'auteur qui s'est fait aider par plusieurs experts. Ainsi, les syndicats médicaux sont à la poursuite d'une nouvelle légitimité et tentent de compenser la fuite de leurs adhérents. Les infirmières s'efforcent de définir leur nouvelle identité par d'éphémères "coordinations".

De son côté, "l'Etat cherche toujours sous le même réverbère la clé d'une régulation que définitivement, il ne trouve pas. Le paritarisme n'est plus paritaire mais, chut, c'est encore un secret !", ironise-t-il. Quant aux caisses d'assurance maladie, elles voient leur rôle se réduire à des vérifications de droit dont tout le monde dispose et à des remboursements de plusieurs centaines de millions de feuilles de soins, alors qu'existe le tiers payant qui pourrait éviter l'essentiel de cette paperasse et de ces communications électroniques.

Le parlement, de son côté, semble peu s'émouvoir de l'incapacité des gouvernements successifs à atteindre les objectifs qui leur sont présentés chaque année en jurant solennellement sur le cœur, qu'ils seront atteints. "Le sens du ridicule ne remplace même pas le sens de l'honneur", écrit-il.

Simultanément, les dépenses dérapent. Avec 7,5 milliards d'euros de croissance des dépenses d'assurance maladie en 2002, c'est l'équivalent du budget de tout l'enseignement supérieur de notre pays qui est englouti, a-t-il calculé.

Certes l'impact du vieillissement de la population explique en partie cette croissance mais seulement pour 7 % (moins de 0,5 % en valeur absolue). Quant aux nouvelles découvertes, elles n'expliquent que 3 à 7 % de cette croissance, nous rappelle l'économiste de la santé.

La crise n'a pas non plus de fondement économique objectif. En 20 ans, le nombre de médecins a doublé mais cela n'a pas entraîné une baisse moyenne des revenus des professions de santé qu'il compare à ceux d'autres professions. Les praticiens hospitaliers publics seraient même les grands bénéficiaires de cette période.

"La crise actuelle n'est pas démographique non plus". Par exemple, entre 1985 et 2000, le nombre de médecins hospitaliers a augmenté de 24 %, celui des infirmières a doublé. De quoi faire face aux 35 heures, selon lui. En ville, en 2020 au pire on en sera à la démographie de 1985, époque où on parlait de pléthore.

L'EXPLOSION DES SAVOIRS MÉDICAUX

Jean de Kervasdoué nous incite plutôt à observer. "On assiste à une double division du travail imposée par l'explosion des savoirs médicaux qui bouleverse l'ensemble des

pratiques et des positions des professions et des institutions de soins", souligne-t-il auprès de Reuters Santé.

Selon lui, face à cette nouvelle donne, force est de constater dans les hôpitaux, l'incapacité essentielle des statuts de la fonction publique à organiser le travail et à coordonner la prise en charge du malade. L'indépendance du médecin exerçant dans une clinique par rapport à l'établissement est une autre contradiction.

Côté médecine de ville, c'est plutôt une crise politique multiforme qui est à l'œuvre. Après une succession de conventions avortées, "c'est le compromis social et ses traductions politiques et juridiques, obtenus pendant les périodes de croissance qui éclatent quand les médecins s'autorisent des dépassements", affirme-t-il, décelant également une crise de représentation de la profession médicale.

Selon lui, il existe des solutions à cette crise. "Elle passe avant tout par la recherche d'un nouveau contrat social avec les professions de santé, contrat qui n'oublierait personne ni aucun sujet". Pour cela, conclut-il, il faut du temps de négociation et d'écoute.

/yg

* La crise des professions de santé, sous la direction de Jean de Kervasdoué, Ed Dunod/La Mutualité Française, 328 pages

Documents n° 12

Quelques articles supplémentaires

On trouvera ci-après quelques autres articles mis au dossier des participants :

- 12.1 Exercice libéral : comment sortir de la déprime ?** - *Bulletin de l'Ordre des Médecins* n° 10 - décembre 2006
- 12.2 La passion impossible de l'égalité, CERAS, Philippe d'Iribarne** - *La Revue Projet, Réformer sans modèle*, n° 295, novembre 2006
- 12.3 La légitimité au quotidien, l'idéologie dans le discours managérial, Patrick Smets.** Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales auprès de la Faculté de sciences sociales, politiques et économiques de l'Université Libre de Bruxelles sous la direction du Professeur Alain Eraly. Année académique 2004-2005. Téléchargeable sur : <http://student.ulb.ac.be/~psmets1/these.html>.
Chapitre 3 - Légitimité et organisation, Le métier.
- 12.4 « Les Tutelles tuent-elles ? »**, Henri Vacquin. *Le Monde Initiatives* - Octobre 2003, Arguments & réflexions, p. 27
- 12.5 Il faut revoir le contenu du métier de médecin, Gilles Johanet (CNAM),** propos recueillis par Agnès Bourguignon, *Le Quotidien du Médecin* du 30/10/2001
- 12.6 The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy** - *J Natl Cancer Inst* 2007;99:1171 - 7 jnci.oxfordjournals.org

12.1



n° 10 décembre 2006

www.conseil-national.medecin.fr

Exercice libéral : comment sortir de la déprime ?

Editorial

Dossier

Spécialités en crise

Point de vue de l'Ordre

Point de vue du ministre de la santé

Editorial

Soutenir les médecins...

Jacques Roland, président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Il n'est pas besoin de lire les sondages pour constater que les médecins n'échappent pas à la morosité ambiante. Les difficultés quotidiennes, les inquiétudes pour l'avenir s'expriment dans toutes les familles de notre profession, qu'elles soient libérales, hospitalières ou salariées. Nous ne sortirons pas de ce présent désagréable par des incantations. Ce n'est pas dans un rétroviseur, ni dans la nostalgie, que nous pourrons envisager l'avenir de notre métier, mais bien en captant les grandes tendances du futur de notre société, et en faisant tous des efforts pour que l'exercice médical y soit adapté. Il faut donc

soutenir les médecins pour qu'ils puissent relever les défis lancés sur leur chemin.

Soutenir les médecins dans leur solitude. Cela implique d'abord la correction des graves anomalies démographiques de notre profession, les insuffisances numériques de nombreuses disciplines, et leur mauvaise répartition sur le territoire national. Le combat précurseur de l'Ordre pour un *numerus clausus* pertinent et un « internat » répondant réellement aux besoins régionaux doit être poursuivi. Les mesures d'encouragement à l'exercice dans les régions ou les territoires désertés doivent enfin prendre effet. Soutenir les médecins dans leurs efforts vers la qualité. On sait la part que prend l'Ordre au fonctionnement des organismes de FMC (formation médicale continue). Ce soutien est d'abord un gage supplémentaire de la probité, de l'équité, de la pertinence du système. Mais c'est aussi s'engager pour que cette nouvelle charge sur les épaules des praticiens soit supportable. Les médecins doivent y trouver un outil pour leur exercice et non un fardeau ; les règles et la validation doivent donc en être simples et toute difficulté à remplir ses obligations doit conduire à compréhension et conciliation.

Soutenir l'unité du corps médical : l'Ordre a participé au mouvement d'émancipation de la médecine générale, à la création du DES et de la filière universitaire de cette discipline, qui rejoint ainsi toutes les autres. L'appui apporté au barème commun de la FMC pour les médecins hospitaliers, libéraux et salariés va dans le même sens. Dans le domaine de la permanence des soins, l'action de l'Ordre en faveur d'une métamorphose de la mission d'intérêt général en mission de service public concourt aussi à rassembler tous les médecins et à favoriser la continuité des soins.

Soutenir les médecins au quotidien. L'Ordre doit contribuer à expliquer à l'opinion et aux pouvoirs publics tout ce qui pèse sur l'exercice professionnel. Et actuellement, les pesanteurs sont nombreuses. Un temps de travail médical réduit par rapport à sa composante « administrative », des problèmes de sécurité devenus fréquents, des accusations hâtives et généralisées à toute notre profession alors qu'elles ont pour objet l'attitude de quelques-uns, il ne s'agit là que de quelques exemples tirés de l'actualité. Chacun de ces dossiers exige de prendre du recul, de ne pas répondre par réflexe, mais avec réflexion. Chaque dossier exige de notre part une conviction et une argumentation. C'est seulement à ce prix que nous convaincrions nos partenaires dans notre société.

Soutenir les médecins ne consiste pas pour l'Ordre à être l'avocat des médecins, mais bien d'être l'interprète de leur dignité, de leur efficacité et de leurs projets.

DOSSIER : Arlette Chabrol

• Les médecins libéraux sont moroses • Généralistes ou spécialistes, ils se plaignent de leurs conditions d'exercice • Les causes en sont multiples • Sont-elles pour autant sans solutions ? La question est brûlante et les réponses urgentes.

La profession est en train de se laisser aspirer dans une spirale dangereuse : plus elle brosse un tableau catastrophique de la situation, moins elle a de chances de susciter des vocations de médecins de campagne ou de banlieue... dont notre pays aurait pourtant un grand besoin ! Il faut donc sortir de cette « déprime ». Dresser un état des lieux, cerner les difficultés, sans doute... mais pour mieux chercher les réponses susceptibles de les contourner. C'est à ce travail que se sont attelés les membres de la Commission nationale permanente du Conseil national de l'Ordre, sous la direction de Jean-Marie Faroudja. Le rapport refuse clairement le pessimisme ambiant et avance un certain nombre de propositions concrètes pour que la médecine libérale continue d'irriguer tout le territoire français et offrir un accès à des soins de qualité pour tous.

Que s'est-il passé pour que ce métier, dont on dit encore, parfois, qu'il est le plus beau du monde, soit aujourd'hui rejeté par certains, qui hier l'adoraient ? ...

[...]

L'informatique a révolutionné les cabinets

[...]

Paperasseries, contraintes administratives épuisantes...

[...] Bref, généralistes et spécialistes, tous, à des degrés divers, se sentent asphyxiés par ces charges qui les empêchent de se consacrer pleinement aux malades. Là encore, il faut se poser la question : n'y aurait-il pas moyen de redonner du « temps médical » aux praticiens, sans pour autant priver le système des informations que seuls les médecins peuvent récupérer et qui sont utiles à la qualité des soins et à une bonne gestion ?

[...]

Des patients de plus en plus exigeants

[...]

En fait, le médecin est désormais transformé en prestataire de services face à des consommateurs de plus en plus exigeants.

[...] sans information et sans responsabilisation des usagers sur ce que représente l'effort de la solidarité nationale pour faire fonctionner notre système de santé, on ne réglerait pas les problèmes de surconsommation. Les moyens matériels, financiers et humains ne sont pas illimités.

Des conditions économiques dégradées

[...]. La reprise du cabinet constituait un pécule bienvenu au moment de la retraite, le « juste retour d'un investissement de longues études et d'une vie passée au service des

autres ». Sa disparition a des répercussions sur plusieurs années. En effet, elle rend le passage de la première année de retraite particulièrement critique en raison des charges énormes qui concernent l'exercice précédent. D'où la nécessité incontournable de mettre de côté, et sur plusieurs années, au moins une annuité d'imposition. D'ailleurs, le pouvoir d'achat des médecins retraités a considérablement diminué au cours des deux dernières décennies.

Spécialités en crise

Certaines spécialités libérales constituent une espèce en voie de disparition. L'obstétrique, l'anesthésie, la chirurgie générale, la psychiatrie, l'ophtalmologie. Sans oublier la médecine générale. Il y a bien sûr des raisons communes - des conditions de travail de plus en plus difficiles, une mauvaise répartition géographique, etc... -, mais aussi des motifs spécifiques, selon les spécialités. Ainsi, pour les obstétriciens et les anesthésistes, il faut évoquer la charge de travail et le coût des assurances devenu exorbitant, avec le risque de plus en plus fort de la judiciarisation !

Pour les psychiatres aussi, la charge de travail est bien souvent devenue insupportable : ils ne peuvent plus répondre aux demandes, ce qui n'empêche pas leurs revenus d'être parmi les plus bas de la médecine spécialisée. Pour d'autres, ce qui rebute, c'est le coût des investissements qui ne cesse de grimper, le matériel technologique évoluant vite. Comment contourner ces difficultés ? Jean-Claude Moulard, dans le rapport de la CNP, suggère quelques pistes. Pour répondre à la pénurie de ces spécialistes libéraux, il propose en priorité une modification de la formation. « Il faut, dit-il, reconsidérer l'examen national classant en retournant à une interrégionalisation pour garder les jeunes spécialistes dans leur région de formation. Il faut aussi ouvrir le monde libéral aux internes avec une obligation de stages chez un spécialiste de ville, mais aussi inciter les internes à effectuer des remplacements libéraux dans leur région hospitalière. Il faut enfin apporter une aide technique à l'installation libérale des jeunes spécialistes. » D'autres mesures pourraient accompagner ces choix stratégiques : proposer des mesures incitatives à l'installation dans la région de formation, rendre plus attractives sur le plan financier certaines spécialités, développer l'exercice multi-site, encourager les collaborateurs libéraux, envisager une délégation des tâches dans certaines spécialités, sans abandonner les prérogatives relevant de l'exercice médical propre, apporter une aide à la formation continue (télé-médecine, Internet), assurer un soutien aux initiatives pour limiter les risques médico-légaux de certaines spécialités où le coût de l'assurance est prohibitif.

Le point de vue de l'Ordre

« Les médecins demandent qu'on les laisse faire de la médecine... »

Dr Patrick Bouet, secrétaire général adjoint

Nous sommes en plein paradoxe : d'un point de vue technique, le métier de médecin n'a jamais été aussi favorisé..., et pourtant, l'exercice n'a jamais été aussi difficile !

De fait, nous disposons aujourd'hui d'outils diagnostiques et thérapeutiques qui permettent des prises de décision rapides et efficaces. Même seul et loin de tout, un praticien peut faire de la très bonne médecine en s'appuyant sur des moyens de communication performants qui lui donnent accès aux meilleures compétences, partout où elles se trouvent. Mais dans le même temps, ce métier, quel que soit le mode d'exercice, est devenu terriblement ingrat parce que l'environnement, les modes organisationnels, les conditions d'exercice l'ont rendu harassant. Pris dans un carcan de plus en plus lourd, de plus en plus rigide, les médecins se sentent écrasés. On veut qu'ils soient à la fois bons techniciens, bons chefs d'entreprise, bons gestionnaires du système de santé et de la solidarité nationale, bons communicants, médiateurs sociaux. Ce n'est pas possible ! Une partie de ces domaines n'est pas le leur. Et d'ailleurs, est-il vraiment pertinent d'exiger tout cela de leur part ? Est-il normal que quelqu'un qui a fait dix ou douze années d'études pour apprendre la médecine passe la moitié de sa journée à faire autre chose ? Par exemple, à téléphoner pour trouver une place dans une maison de retraite à une patiente âgée, pour résoudre le problème de crèche d'une famille dans le désarroi, pour discuter avec un représentant de la Sécurité sociale, remplir encore et encore des papiers, régler un bug informatique, etc... Et pourtant, c'est cela que les médecins vivent tous les jours. Ne serait-il pas plus rentable et raisonnable, pour l'État, de leur permettre de déléguer ces tâches ? Ce que les médecins demandent, finalement, est assez simple : c'est qu'on les laisse faire de la médecine à temps plein. Avec la pénurie démographique qui s'amorce, il faudra bien y revenir. Pour compenser le déficit, il faudra redonner du temps médical à chaque praticien. Mais pour cela, il faudra repenser toute l'organisation de notre système de soins.

Le Point de vue extérieur

M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé

« On ne gagnerait rien à remettre en cause la liberté d'installation »

Estimez-vous que la médecine libérale doit conserver sa place dans le paysage médical français ou notre système devra-t-il évoluer ?

Il ne faut pas remettre en cause les principes d'organisation de notre système : la médecine libérale et les principes de liberté d'exercice qui y sont attachés en font indiscutablement partie. Pour autant, la pratique de la médecine libérale peut évoluer : les jeunes médecins aspirent à des modes d'exercice plus divers, et notamment à une part plus grande de salariat. Je n'ai pour ma part pas de réticence à ouvrir les choix, comme nous l'avons fait ensemble, avec l'Ordre, en créant le statut de collaborateur, par exemple.

Pour mieux répartir l'offre de soins, devra-t-on envisager des mesures autoritaires, par exemple une remise en cause de la liberté d'installation ?

Je suis persuadé que l'on ne gagnerait rien à remettre en cause la liberté d'installation. C'est une fausse solution, cela n'aboutirait qu'à une diminution des vocations. Pendant des années, nous avons fait des erreurs dans notre système de santé, droite et gauche confondues. Il fut une époque où on a pensé qu'en diminuant le nombre de médecins, le nombre d'infirmières, voire même en fermant des services ou des hôpitaux, on allait régler le problème de la Sécurité sociale. C'était faux. Au contraire, il faut savoir investir dans le système de santé. Je veux d'abord former des médecins en nombre suffisant - et nous avons porté le *numerus clausus* à 7.000. Mais j'ai la conviction que ce chiffre devra être revu à la hausse avant 2010 pour tenir compte notamment des pratiques à temps partiel, et pas seulement à cause de la féminisation de la profession. Avoir des postes, c'est bien, avoir des vocations, c'est mieux. Il nous faut donc créer les conditions de travail qui permettront à un jeune médecin de choisir l'exercice en zone rurale ou dans certains quartiers difficiles. C'est que j'ai fait avec le plan de démographie médicale que j'ai présenté en janvier dernier en mettant l'accent sur l'incitation au regroupement, l'organisation de la permanence de soins, la création de cabinets secondaires. Je me réjouis d'ailleurs sur ces sujets de la grande proximité de réflexion avec l'Ordre. La définition des zones déficitaires par les missions régionales de santé va d'ailleurs être étendue à partir de janvier 2007 pour davantage tenir compte des réalités de terrain. Si vous avez à un kilomètre d'une zone administrative un cabinet médical, ce cabinet doit être pris en compte, même s'il ne fait pas partie du canton administratif.

Pensez-vous que les transferts de compétences, les délégations de tâches, ou d'autres mesures encore peuvent constituer des solutions pour l'avenir ?

Oui, incontestablement. Nous ne sommes qu'au début du processus qui doit être forcément concerté. Dans un secteur où le progrès des connaissances et des techniques est aussi évident que celui de la santé, les métiers et les formations doivent constamment évoluer. J'attends beaucoup des travaux de la Haute Autorité de santé, à qui j'ai demandé de me faire des recommandations de méthode, et que j'ai chargée d'évaluer les expérimentations en cours. En parallèle, nous avons engagé des discussions pour organiser ces délégations, notamment dans le domaine des soins en ophtalmologie.

12.2



Philippe D'Iribarne
La passion impossible de l'égalité

**Le désir de liberté dépasse parfois le désir d'égalité.
Les Français sont attachés à leurs statuts et craignent de les voir
mis en cause**

ceras, La Revue Projet, *Réformer sans modèle*, n° 295, novembre 2006,

Résumé

La France est-elle engluée dans les corporatismes ? L'attachement de chacun à son statut ou le désir de l'acquiescer ont une face défensive mais sont aussi un levier d'innovation.

Une conception singulière de la dignité
Vision hiérarchique et passion de l'égalité
Être égaux en tant que détenteurs de statuts
Une vision religieuse de la noblesse et de l'égalité
Une contradiction permanente

Philippe d'Iribarne est directeur de recherches au Cnrs, laboratoire « Gestion et Sociétés ».

En matière d'égalité, les Français paraissent à la fois particulièrement ambitieux et peu capables d'incarner leurs idéaux. Une gauche révolutionnaire conserve en France une audience qui n'a guère d'équivalent au sein des pays

démocratiques. On n'y cesse de dénoncer les privilèges. Cela n'empêche pas les Français d'étonner par leur sens de la hiérarchie et leur désir de se distinguer. Comment comprendre cette singularité ? À l'examen, il apparaît que toute une conception de ce qui fait la dignité de l'homme et du citoyen nourrit d'un même mouvement la défense des rangs et le désir de les voir enfin disparaître⁴⁶.

Une conception singulière de la dignité

Si les sociétés européennes et celles qui les prolongent au-delà des mers, tels les États-Unis, ont adhéré de concert aux idéaux de liberté et d'égalité, elles n'en ont pas la même conception⁴⁷. L'image mythique du propriétaire, protégé par la loi de l'intervention de quiconque dans ce qui le concerne en propre, fournit, dans le monde anglo-saxon, la figure idéale de l'homme libre. L'image de celui qui gère, en commun avec ses pairs, les affaires de la communauté, marque de même le monde germanique. C'est encore une troisième image de la liberté qui prévaut en France, celle d'une liberté « irrégulière et intermittente [...], toujours liée à l'idée d'exception et de privilège⁴⁸ ». Dans chacune de ces sociétés, la forme d'égalité qui fait référence correspond à un égal accès à ce qui caractérise l'homme libre : dans le monde anglo-saxon l'égalité devant la loi, dans le monde germanique une égale participation aux décisions communes, en France, une égalité dans le privilège. Il s'agit moins d'une égalité politique que d'une égalité sociale.

Cette forme que prennent les désirs de liberté et d'égalité apparaît bien, par exemple, dans le brûlot de Sieyès, *Qu'est-ce que le Tiers Etat ?*, dont le succès a été immense en 1789. Qu'il dénonce, la servitude où, estime-t-il, le Tiers se trouve réduit, ou qu'il dépeigne ce que doit être son état futur, Sieyès est animé par une même vision : un homme pleinement libre possède les traits qui étaient jusqu'alors l'apanage de la noblesse ; traité avec les égards dus à son rang, jamais contraint de s'abaisser devant quiconque, il n'est pas prêt à le faire pour satisfaire quelque bas intérêt. Pour faire échapper le Tiers à sa condition inférieure, Sieyès hésite entre deux orientations, qui vont marquer après lui toute l'histoire de la France républicaine : soit abaisser la noblesse, la ramener au niveau du commun, éliminer toute référence à une forme de grandeur susceptible d'être une source d'humiliation pour ceux qui ne la possèdent pas – « On n'est pas libre par des privilèges, mais par les droits de citoyen,

⁴⁶ On résumera ici des analyses développées dans Philippe d'Iribarne, *L'étrangeté française*, Seuil, 2006.

⁴⁷ Cette différence apparaît bien quand on rapproche les théories des philosophes, apôtres de la liberté, appartenant à ces divers mondes, tels Locke, Kant ou Sieyès. Croyant penser la liberté dans son essence universelle, chacun d'eux reste malgré tout marqué par les évidences propres à la culture au sein de laquelle son esprit s'est formé. Cf. Philippe d'Iribarne, « Trois figures de la liberté », *Annales*, octobre-novembre 2003.

⁴⁸ Alexis de Tocqueville, *L'ancien régime et la Révolution* (1856), Gallimard, 1952, p 176-177.

droits qui appartiennent à tous »⁴⁹ ; soit au contraire anoblir le Tiers, lui permettre d'endosser l'habit des anciens maîtres et de prendre leur place – « aussi sensible à son honneur » que les privilégiés le Tiers « redeviendra noble en étant conquérant à son tour »⁵⁰. Cette hésitation n'a pas disparu de la France d'aujourd'hui.

Vision hiérarchique et passion de l'égalité

Dans une société où le fait d'être soumis aux mêmes lois, ou encore d'avoir également part, à travers le principe « un homme, une voix » aux décisions concernant la communauté, suffit pour fournir une identité de citoyen, perçu comme égal à tout autre, d'une société démocratique, cette égalité n'empêche pas qu'il existe des différences de statut social. Ce statut, tel qu'il résulte pour chacun du milieu dont il provient, des études qu'il a faites, de la profession qu'il exerce, peut être un enjeu suffisant pour qu'il vaille la peine de se donner du mal pour chercher à l'améliorer. Mais cet enjeu reste malgré tout limité. Quoi qu'on fasse, on reste, à condition de ne pas être mis au ban de la société, un humain comme les autres. Les sociétés d'Europe du nord constituent une approximation raisonnable d'un tel modèle théorique. Il en est de même, dans une moindre mesure, pour l'Amérique blanche (la situation des Noirs est une autre affaire). Mais la France en est bien éloignée. Les enjeux liés à la position sociale sont considérables. À un extrême, ce qui est grand, noble, se voit reconnaître sans contestation la pleine dignité de la condition humaine. De l'autre, ce qui est bas, commun, apparaît comme relevant d'une sorte d'essence inférieure. Certes, tous ne réagissent pas de la même manière au regard que la société porte sur eux. Certains, bien enracinés dans une famille, une communauté religieuse, une forme traditionnelle de voisinage, sont relativement bien armés pour ne pas trop se laisser atteindre par la cruauté du regard social. Mais rares sont ceux qui n'en sont jamais blessés.

Pour ceux qui, même s'ils ont tous les droits du citoyen, ne se sentent pas pleinement reconnus comme des semblables, comment ne pas se révolter contre un ordre social qui les maltraite ? Cette révolte anime la passion française de l'égalité. Comment, en effet, se protéger des effets ravageurs d'une vision hiérarchique du monde sans affirmer mordicus que rien ne sépare ce qui est réputé inférieur de ce qui est réputé supérieur ; que le travail du manœuvre vaut celui du patron, l'enseignement de la technologie celui du grec ou des mathématiques. Et ce rejet de toute hiérarchie tend à être d'autant plus passionné qu'il doit combattre une sorte d'évidence, qui menace de corrompre jusqu'aux sentiments des défenseurs les plus ardents d'une radicale égalité. Il en résulte des affrontements sans fin, bien difficiles à comprendre pour ceux qui, avec une vue beaucoup plus terre à terre des différences entre les humains, considèrent que celles-ci ne méritent 'ni cet excès d'honneur, ni cette indignité'.

⁴⁹ Emmanuel Sieyès, *Qu'est-ce que le Tiers Etat ?* (1789), Champs Flammarion, 1988, p. 43.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 100, 44.

En pratique, la recherche d'égalité prend tour à tour deux formes opposées, héritières des deux voies que Sieyès proposait au Tiers pour sortir de sa condition inférieure : soit tenter d'offrir à tous une forme de noblesse dans une société qui reste hiérarchique, soit tenter d'abolir toute distinction hiérarchique. En fait ni l'une ni l'autre de ces voies ne risque d'aboutir pleinement, et les échecs de chacune d'elles entretiennent l'attachement à la voie concurrente.

Être égaux en tant que détenteurs de statuts

Non seulement la Révolution française n'a pas balayé l'attachement à une société de rangs, mais celle-ci a prospéré dans la France républicaine. Certes, la France du Contrat social, concevant la société comme le fruit d'une construction politique fondée sur l'existence de droits communs à tous a été magnifiée. Corrélativement, la France des rangs, des hiérarchies, des privilèges, a été stigmatisée. Mais elle ne subsiste pas seulement à titre de corps étranger dans la France issue des Lumières. Elle se mêle intimement à cette dernière. Déjà, la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen a affirmé que « Tous les citoyens étant égaux à ses yeux [ceux de la loi], sont également admissibles à toutes les dignités, places et emplois publics, selon leurs capacités, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents » ; les dignités et les places sont toujours là. De nos jours, dans le monde du travail, chacun, professeur, conducteur du métro, membre du Conseil d'État ou autre, se conçoit comme membre d'un corps dont il partage les privilèges et est prêt à assumer les devoirs. L'attachement à un statut garanti par la loi, loin d'être l'apanage des plus favorisés, a pénétré le corps social dans ses profondeurs. Ce sont aujourd'hui ceux dont la position est la plus menacée par l'avènement de la mondialisation et le règne du marché qui y sont les plus attachés.

Cette société de rangs est-elle fidèle à l'idéal républicain d'égalité ? Non, et de loin, si on considère cet idéal dans sa radicalité. Mais elle en fournit, au moins dans le monde du travail, une certaine approximation. Certes, tous les métiers ne sont pas également nobles. Mais si le métier de chacun, si modeste soit-il, est respecté, si chacun se sent pleinement considéré dans sa conscience professionnelle et dans son apport à l'œuvre commune, on obtient une sorte d'égalité relative de dignité. Celle-ci est analogue à celle que l'on trouvait dans l'ancienne France, au sein d'une noblesse dont les membres étaient pourtant aussi différents par leur richesse et leur pouvoir que par l'éclat et l'ancienneté de leur titre. Reste que cet univers des métiers n'est pas ouvert à tous. Il laisse de côté les sans travail, les précaires, les sans statut. De nos jours, si on voit tant affirmer qu'il faut professionnaliser certaines activités, c'est qu'il paraît douteux qu'elles correspondent à un vrai métier. De plus, entre ceux pour qui la pleine possession d'un métier, avec la noblesse dont il est porteur et la forme d'autonomie associée à celle-ci, ne fait aucun doute (ainsi dans l'industrie toute l'aristocratie des ouvriers chargés de la maintenance) et ceux pour qui elle est clairement absente (tels le « manœuvre balai », même rebaptisé technicien de surface, que les « vrais » professionnels regardent de haut)

on trouve tout un dégradé⁵¹. Pendant que certains campent sur leurs privilèges, d'autres sont relégués du côté des exclus.

Une vision religieuse de la noblesse et de l'égalité

Conçu dans sa radicalité, l'idéal d'égalité trouve de son côté un allié dans une vision d'inspiration religieuse, célébrant une humanité indifférenciée. Face à une vision de ce qui est noble attachée à distinguer ceux qui sont plus ou moins bien nés, qu'ils soient plus ou moins pourvus de talents aujourd'hui comme ils l'étaient hier d'ancêtres de qualité, cette vision retrouve l'inspiration de saint Paul (Galates, 3, 28) affirmant que : « Il n'y a plus ni Juif, ni Grec ; il n'y a plus ni esclave ni homme libre ; il n'y a plus l'homme et la femme ». Qu'y a-t-il de plus noble, quand on regarde les choses ainsi, que ce qui, transcendant les particularismes mesquins de ce bas monde, lourds de l'impureté foncière de la terre, fait accéder, au-delà de toute contingence, aux zones plus hautes où règne l'universel ?

De nos jours, le désir de construire une humanité ainsi rénovée anime de nombreux combats prenant pour cible le sexisme, le racisme, s'attaquant à toute forme de discrimination, luttant au côté des sans papiers, des sans statut, des précaires. Ce projet radical prend parfois corps, au-delà de l'exercice des droits proprement politiques maintenant acquis à tous, dans divers domaines de la vie sociale. C'est sans doute quand il s'agit des destins scolaires qu'il a le plus de poids. Certes, dans son fonctionnement actuel, l'école est en France un rouage essentiel d'une société de rangs. Les titres scolaires jouent un rôle central pour désigner ceux qui vont occuper des positions estimées plus ou moins honorables. Mais cet état de fait a perdu sa légitimité. Longtemps le fait que l'école permette à tous, ou presque, d'accéder, avec un ensemble de savoirs fondamentaux, à une certaine forme de noblesse, joint à sa capacité à intégrer au monde des élites le fils de paysan pauvre devenu normalien, a paru une contribution suffisante à l'idéal d'égalité. Il n'en est plus rien. L'avènement d'un enseignement identique pour tous est devenu un impératif politique. Pourtant, cet impératif reste impossible à imposer au corps social. Ses avancées restent modestes et souvent menacées ; ainsi le collège unique et la carte scolaire, dont les effets pratiques sont toujours restés limités, sont en péril. Par ailleurs, dans la vie courante, sociale et professionnelle, de multiples compromis sont passés, jusque dans l'intime de chacun, entre cet idéal d'égalité radicale et l'évidence des rangs. Le militant le plus convaincu est bien obligé de se situer personnellement quelque part dans une hiérarchie professionnelle, dans une hiérarchie des quartiers et, pour ses enfants, dans une hiérarchie des écoles.

⁵¹ On trouve de nombreux exemples de situations de ce type dans Pierre Bourdieu, *La misère du monde*, Seuil, 1993.

Une contradiction permanente

Les questions de statut sont au cœur des tensions qui traversent la société française. Voie d'accès partagée à une société de privilèges et facteur de différenciation au sein de cette société, élément paradoxal de rencontre de l'égalité et de l'inégalité, le statut, auquel tous aspirent et que tous combattent, n'en finit pas de marquer un modèle social avec lequel, en ces temps de mondialisation galopante, les Français se débattent plus que jamais. Est-ce à dire que, engluée dans les corporatismes, la France est incapable de se réformer ? Non, certes. Le désir d'être quelqu'un qui alimente l'attachement au statut a, il est vrai, une face défensive, accrochée au moindre privilège. Mais il a aussi une face offensive, prête à innover, à créer, dès lors que s'ouvrent des horizons porteurs d'une grandeur renouvelée.

Philippe d'Iribarne

12.3

Patrick SMETS

**La légitimité au quotidien
L'idéologie dans le discours managérial**

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales auprès de la faculté des sciences sociales, politiques et économiques de l'Université Libre de Bruxelles sous la direction du Professeur Alain ERALY - Année académique 2004-2005 ;

Téléchargeable sur : <http://student.ulb.ac.be/~psmets1/these.html>

Extraits du chapitre III : LÉGITIMITÉ ET ORGANISATIONS

**Sous chapitre : LES ORGANISATIONS LÉGITIMES,
§ "Le métier", pp 90 à 93**

La conception du travail que propage la bureaucratie est celle d'un travail continu⁵⁷, d'un processus qui doit être rendu le plus fluide possible. Chaque fonctionnaire participe à un flux ininterrompu de travail dans lequel il n'est qu'un maillon de la chaîne. Dans cette vision, le transfert d'un dossier de bureau en bureau est l'équivalent de la chaîne mécanisée des grandes usines. L'entreprise dans son ensemble est un grand processus qui transforme un input en output, mais aucun fonctionnaire n'agit sur l'ensemble du processus. Chacun se spécialise dans la tâche où il est le meilleur permettant ainsi d'améliorer la productivité générale du système. Chacun traite, conformément aux procédures une partie du travail global. Les fonctionnaires sont donc par nature irresponsables quant à la qualité du produit final. Leur devoir est d'appliquer les procédures sans prendre d'initiative, les problèmes ne peuvent donc provenir que de la qualité des procédures. Or ils n'ont pas d'influence sur ces procédures, leur responsabilité n'est donc pas engagée. Tout au plus peut-on leur reprocher une faute s'ils ne suivent pas, ou mal, les règlements. Dans une bureaucratie, toute la responsabilité porte sur les concepteurs du système, c'est-à-dire sur les dirigeants de l'organisation.

Le métier

La conception traditionnelle du travail s'exprime dans l'image du métier. Le mot "métier" est souvent employé dans les entreprises. Il désigne tour à tour l'emploi d'une personne, dans le but d'accorder une connotation positive à cet emploi, et les objectifs officiels de l'entreprise, comme lorsque l'on parle de cœur de métier. Notre propos ne s'intéresse pas à ces utilisations. Ce qui nous importe, c'est l'image laissée par les corporations d'anciens régimes et par les pratiques de certains groupes professionnels, largement étudiés par la sociologie du travail⁵⁸. De nos jours, l'idéal-type du métier subsiste dans la pratique du compagnonnage. Néanmoins, nous ne nous attarderons pas dans une discussion pour savoir si telle ou telle activité relève d'un métier. Il apparaît assez peu important, ici, de savoir si les secrétaires, les médecins⁵⁹ ou les plombiers ont un vrai métier. Ce qui nous intéresse, ce sont les éléments mis en avant pour valoriser un emploi par son rattachement au métier. C'est à ce niveau que se situe le discours légitimant qui, seul, nous intéresse.

Le métier s'inscrit dans une tradition. Il ne s'agit pas d'une organisation temporaire du travail, mais d'un schéma directeur qui remonte aux sources du métier. L'image des corporations d'ancien régime est encore bien présente. Mais il ne faut pas prendre le métier pour un conservatisme de mauvais aloi. Il se vit plutôt comme "l'idée d'une perpétuation des valeurs qui n'est ni un retour vers l'ancien, ni une résistance à la nouveauté mais l'attestation

⁵⁷ Ibid., p. 298

⁵⁸ Pour appuyer cette description, nous nous baserons sur un ouvrage archétypal écrit par Michèle Descolongs, "Qu'est-ce qu'un métier ?". L'auteur y présente une théorie substantialiste du métier. Elle essaie -et y arrive fort bien- de mettre en évidence les conditions que doit remplir un ensemble de tâches professionnelles pour mériter le nom de métier. Quant à nous, nous ne nous intéresserons qu'à la logique qui préside au choix de ces critères. Descolongs Michèle, *Qu'est-ce qu'un métier ?*, Presses Universitaires de France, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1996, 264 p.

⁵⁹ La présentation des médecins dans la catégorie des métiers pourrait choquer certains lecteurs. Si au niveau substantialiste, on peut effectivement faire une différence entre profession et métier, au niveau du discours, l'exercice est beaucoup plus délicat. Les éléments propres de la profession (régulation de l'accès et autocontrôle) ne sont pas toujours bien vus et s'effacent, dans les discours, face à ce qui est commun aux deux.

de racines de la société actuelle profondément implantées⁶⁰. Cette inscription profonde du métier dans la tradition s'illustre particulièrement bien chez les médecins. Ceux-ci prêtent encore aujourd'hui – et ce n'est pas près de changer – le serment d'Hippocrate qui date du cinquième siècle avant notre ère. L'attachement à la tradition, malgré les modifications radicales dans la nature de l'activité, reflète une certaine conception de l'évolution. L'homme de métier se verra comme sage, refusant les modes passagères au profit d'une évolution lente mais durable qui a pour nom "progrès". De plus, chaque métier affiche son particularisme par rapport au reste de l'activité sociale. Il se vit comme "un regroupement de personnes concernées"⁶¹. Il n'est pas indifférent d'appartenir à un métier ou à un autre. Le sentiment d'appartenance soude la communauté. Dans les comparaisons qui s'effectuent entre métiers, l'ancienneté garantit un prestige social. Plus un métier peut se revendiquer d'une longue pratique, plus il jouira de prestige social. Chez les compagnons, les trois corps de métiers les plus nobles sont les maçons, les charpentiers et les couvreurs, car ils auraient été fondés par le Roi Salomon lors de la construction du temple de Jérusalem. Les autres métiers ont été progressivement cooptés et organisés par ces trois premiers groupes.

Par ailleurs, ce qui est recherché dans la tradition, ce n'est pas seulement un ensemble de techniques, mais aussi des valeurs qui encadrent l'activité et lui confèrent son honorabilité. Emblématique chez les médecins, mais présente dans tous les métiers, on peut remarquer la coexistence des "règles de l'art" et de la "déontologie". Si les "règles de l'art" renvoient à la perfection technique, la "déontologie" forme le cadre moral qui doit entourer cette technique. L'utilisation du savoir est guidée par des règles morales qui garantissent d'en faire bon usage. La déontologie est un carcan pour préserver la société d'un usage abusif des techniques développées. Le médecin peut, par les mêmes actes, soigner quelqu'un ou le tuer. C'est la déontologie qui guide ses choix. Les ordres professionnels ne sont pas seulement des groupes d'intérêts représentant leurs membres, ils sont également des instances de jugement garantes du respect de la déontologie. Le compagnonnage ne se veut pas seulement une école de l'excellence technique, mais également une voie morale pour les jeunes ouvriers. Le métier est toujours porteur d'un ensemble de valeur morale traditionnelle spécifique à chaque communauté. L'engagement dans ces valeurs fait partie de la qualité professionnelle.

L'importance donnée au statut se vit également à l'intérieur du métier. Tout le monde n'y a pas la même place. Les gens de métiers sont prompts à distinguer différents statuts en leur sein et l'on peut constater que la structure ternaire⁶² revient souvent. Elle rappelle les trois niveaux des métiers médiévaux, apprenti, compagnon, maître. Le jeune ne peut qu'être un apprenti, ce n'est qu'au contact du matériau qu'il peut apprendre. Il lui serait impossible de pratiquer avec excellence au sortir de l'école. La formation réelle ne s'acquiert donc pas hors de l'activité productive, mais par elle. Les années de pratique passant, l'homme de métier acquiert les tours de mains qui lui permettent une plus grande finesse dans l'exécution de son ouvrage. Cette vision de l'apprentissage est cohérente avec l'image d'un monde évoluant peu

⁶⁰ Descolonges Michèle, *Qu'est-ce qu'un métier ?*, Paris, Presses Universitaires de France, Sociologie d'aujourd'hui, 1996, p.12

⁶¹ Ibid., p.15

⁶² Ibid., p.63

où les problèmes rencontrés sont toujours de même nature. La maturité et l'ancienneté dans le métier présagent donc d'une bonne connaissance des techniques.

La relation entre l'apprenti et le maître est d'une nature tout à fait différente de celle qui unit un fonctionnaire et son chef de service. Le maître accueille un apprenti dans une relation de dépendance personnelle. L'apprenti réalisera son travail selon la bonne volonté du maître qui s'engage en échange à lui apprendre les règles du métier. Dans les cas les plus purs, l'apprenti ne recevra pas de salaire, mais sera entretenu par le maître comme le seraient ses enfants. Cette forme de recrutement et d'apprentissage est encore bien présente dans le compagnonnage, mais on peut également l'observer dans les professions libérales. Chez les avocats, par exemple, le jeune diplômé cherche un cabinet prêt à l'accueillir. Il y rentre en "stage" pendant plusieurs années avec une faible rémunération. Il s'agit pour lui de se confronter à la réalité de la pratique du barreau. Le choix du cabinet sera déterminant pour la suite de sa carrière : plus celui-là sera prestigieux ou spécialisé dans son domaine, plus l'apprentissage du jeune stagiaire sera enrichissant. Il existe donc une compétition pour rentrer dans les meilleurs cabinets plutôt que dans ceux qui payent le mieux. Le choix des apprentis se fait au bon gré du maître, lequel tiendra compte des circonstances extérieures telles que les relations familiales ou traditionnelles. Il ne sera pas rare de voir les enfants suivre la vocation de leurs parents, inscrivant ainsi toute la famille dans la communauté professionnelle. Les familles de médecins ou de notaires en sont encore un bon exemple aujourd'hui. Le maître confiera à l'apprenti des tâches faciles à exécuter, se réservant les beaux cas, ceux qui présentent quelques belles difficultés. Par ailleurs, il sera dans une relation d'aide directe envers son apprenti ; les plus anciens étant là pour résoudre les problèmes rencontrés par les plus jeunes. Le supérieur doit donc posséder un savoir plus spécialisé, mais surtout plus vaste. Celui qui a tout vu est là pour faire partager son expérience.

L'apprenti quitte son statut lorsqu'il a atteint un certain niveau d'autonomie dans l'exercice du métier. Il peut alors travailler pour son compte et s'enrichir des différentes expériences qu'il parvient à glaner. Afin d'augmenter la variété des expériences et ainsi d'acquérir un savoir plus vaste, le compagnon est invité à voyager. Dans le compagnonnage, l'institution du Tour de France permet d'encadrer ces voyages afin de les rendre les plus enrichissants possible. Mais dans tous les univers professionnels, la découverte des pratiques régionales est un gage d'ouverture et d'intérêt pour le métier. Il s'agit bien de pratiquer le même métier, mais de découvrir les techniques particulières qui peuvent exister ici et là. Alors que la bureaucratie est porteuse d'une standardisation mondiale des pratiques, le métier entretient des cultures locales et des écoles de pensée. Si le compagnon est déjà capable de prendre une part active et efficace au travail, il peut continuer à progresser pour finir par être reconnu maître. L'élévation au grade de maître nécessite la réalisation d'un chef-d'œuvre qui atteste de l'excellence de l'ouvrier et de sa maîtrise de toutes les difficultés de l'art. L'évaluation de ces compétences se fait collégialement par des maîtres reconnus. Toute prétention à un changement de niveau est évaluée par les pairs, c'est-à-dire par ceux qui peuvent déjà attester de leur supériorité technique. Ces traditions moyenâgeuses restent présentes dans les universités. L'étudiant qui a fait ses preuves lors des examens peut rentrer dans la vie professionnelle de façon active. Mais celui qui cherche à se perfectionner

entreprend la réalisation d'un chef d'œuvre, sa thèse de doctorat, auprès d'un maître. La thèse doit attester de la capacité à poursuivre seul des recherches de qualité, elle est évaluée par un collège d'anciens reconnus dans la discipline pour leur excellence et leur honorabilité. Ces maîtres déterminent collégalement la qualité de l'ouvrage proposé et décident souverainement, en fonction de leurs impressions et non en fonction d'un règlement, si le compagnon mérite de se voir conférer le grade de maître, en l'occurrence le titre de docteur⁶³. L'importance de la décision collégiale et du jugement par les pairs provient du sentiment de communauté qui lie les hommes de métier. C'est cette communauté professionnelle qui structure le métier malgré le prestige dont jouit le travailleur indépendant. Peu importe le lieu où se réalise le travail, le sentiment d'appartenance va vers la communauté, dont les membres se reconnaissent mutuellement, plutôt que vers l'entreprise qui accueille temporairement la personne.

Normalement, l'homme de métier ne vit pas d'un salaire fixe et régulier, mais du produit de son travail. L'image reste celle de l'indépendant, ou de la profession libérale, travaillant de façon autonome et rétribué par ses commanditaires. Même le regroupement dans des institutions telles que l'université ou l'hôpital ne doit pas nuire à l'autonomie du travail et à la liberté des prestations. De même, l'homme de métier doit être le propriétaire de ses moyens de production. Il possède ses outils et y accorde un grand soin. Quand l'entreprise possède l'outil de production, lorsque celui-ci est trop important pour un particulier, les techniciens lui confèrent un statut tout à fait particulier. Il y a un attachement à la machine et une fierté de pouvoir travailler avec ce qui se fait de mieux. L'attachement au bel outil est le pendant de l'amour pour la belle ouvrage.

L'ouvrage tient une place tout à fait centrale dans l'esprit du métier. Le travail se conçoit comme une succession d'œuvres que le professionnel réalise du début à la fin. L'honneur de l'homme est en rapport direct avec l'excellence de son travail. Plus le chantier est important, plus l'artisan se voit valorisé. Le maître cherche à réaliser le "grand œuvre", l'œuvre de toute une vie. Dans l'esprit de métier, le travail prend une place de premier plan. La réalisation de soi passe par la réalisation d'un travail excellent. À travers son activité, l'homme de métier s'inscrit dans une relation au monde. Il agit sur le monde, concrètement ou symboliquement, plutôt que sur les hommes. Le médecin soigne, mais dans un rapport à la Santé plus qu'aux patients. Le juge tranche des situations litigieuses, et par là réaffirme le Juste. L'ingénieur où le technicien dresse des lignes, creuse des canaux, bâtit des ponts et transforme physiquement le territoire. "L'œuvre (la technique) est le fil directeur du métier. Elle est une activité spécifique, qui ressemble à l'activité sociale, mais qui ne l'est pas car elle met en rapport l'homme et le monde, tandis que l'activité sociale met en rapport les hommes entre eux."⁶⁴ L'homme de métier souhaite laisser sa trace dans l'histoire et devenir ainsi partie intégrante de la tradition.

⁶³ Le doctorant est fortement encouragé à réaliser DEA et post-docs à l'étranger, renouvelant ainsi le thème du voyage.

⁶⁴ Ibid., p.20

12.4

Le Monde**« Les tutelles tuent-elles ? »**

Henri VACQUIN

Le Monde Initiatives - Octobre 2003, Arguments & réflexions, p. 27

Il a eu déjà tellement de livres blancs ou de rapports sur le management du service public en France qu'il faut se demander ce que cela peut vouloir dire. De ce point de vue, le bon sens citoyen rejoint facilement l'expertise attribuée a priori, sinon toujours légitimement, au consultant. Cette abondance de livres blancs ou de rapports n'informe-telle pas, tout simplement, moins d'un désir de diagnostic pour alimenter la prise de décision que d'un procédé manipulateur où le diagnostic remplit une fonction de substitut à la prise de décision. Nos « décideurs de diagnostics » peuvent, par ce biais, accréditer aux yeux de l'opinion une dimension décisionnaire qui leur permet de faire l'économie de la prise de décision. Quand le processus peut s'étaler dans la fonction publique, comme dans les entreprises publiques, le cas échéant, une génération durant, jusqu'à ce que ce soit les événements qui de fait décident, on pourrait très sérieusement s'interroger sur la potentialité décisionnaire même de nos supposés décideurs.

L'hypothèse la plus grave, en la matière, étant que ceci se soit passé à leur insu. Ce qui n'est pas à exclure pour la majorité d'entre eux, les autres n'ayant plus que le cynisme pour se justifier, sauf à devoir assumer leur renoncement à l'exercice du pouvoir. Vous l'aurez compris, je tente d'aborder un sujet dont aucun livre blanc ne parle et qui constitue l'équivalent du silence, supposé nécessaire, qui interdit de parler de corde dans la maison du pendu. Un silence dont Michel Rocard disait à propos des retraites qu'il pouvait se perpétuer via au moins cinq punitions de gouvernement successives avant qu'il ne soit levé, et encore !

Il se pourrait effectivement que même le supposé exploit de la réforme des retraites puisse être pour l'essentiel dû, et à leur état de délabrement, et pour un peu aux « décideurs de diagnostics ». En produisant des diagnostics de plus en

plus anxiogènes, ils ont fini par persuader l'opinion publique qu'elle devait finir par se faire « opérer » des retraites. Aujourd'hui, hélas, en l'état des choses, la résolution de ces problèmes ne peut attendre encore cinq punitions gouvernementales. Ce qui devrait exclure de perpétuer le recours par les tutelles à ces « décideurs de diagnostics ». Cette forme de recrutement des tutelles ministérielles ne tue-t-elle pas les réformes et tout aussi efficacement le management de notre fonction publique et de nos entreprises du même nom ?

Cette maladie du refus de décider peut s'assimiler sans difficulté à ce qui ressemble de très près à un refus de diriger. Lorsqu'il s'exerce trop longtemps, celui-ci se diffuse très bien par mimétisme, des tutelles aux directions de nos administrations, comme dans nos entreprises publiques, et en cascade à tous les niveaux hiérarchiques. Ceci même si, légitimisme oblige, les ministres, les directeurs de nos administrations comme nos PDG publics n'y perdent pas totalement leur crédit aux yeux de nos fonctionnaires et de nos agents à statut. Le crédit, en revanche, de l'encadrement intermédiaire, beaucoup plus transparent, en est lui tout autrement entamé. Ce n'est pas sombrer dans le catastrophisme que de faire l'analyse d'un profond malaise, aussi malsain à vivre qu'il est indicible, dans cette couche de population. A tel point qu'au premier niveau d'encadrement, il est certes toujours possible de donner un ordre mais beaucoup moins d'aller contrôler s'il a été exécuté et comment, sans que le dirigé ne le reçoive comme une atteinte à sa dignité.

Un vieux dicton managérial dit tout, à ce propos : « *Dis-moi comment tu contrôles et je te dirai comment tu diriges* ». Cela pour dire que le vrai frein au changement de nos administrations et de nos entreprises publiques réside en premier lieu dans cette impuissance à diriger. Même si, depuis le temps qu'elle s'exerce, cette impuissance a secrété une multitude d'autres freins d'ordres organisationnel et culturel dans la communauté publique qui ne facilitent pas les fonctionnements de nos fonctionnaires, et nuisent à leur potentiel, au service du public et en dernier lieu à l'image du service public.

Beaucoup plus que le néolibéralisme, il se pourrait que ce soit dans cette impuissance à diriger, avec tous les effets pervers qu'elle a suscités au fil du temps, que réside le danger principal du service public. D'autant que cette place, laissée trop vide de l'exercice du pouvoir, a fini par constituer un handicap pour le contre-pouvoir syndical. Comment exercer un contre-pouvoir quand le pouvoir n'est pas occupé ? Imaginez, dans une grande entreprise publique qui fait dans l'énergie, disons il y a quinze ans, un conflit qui dure depuis plusieurs mois dont la direction comme les syndicats ne parviennent pas à se sortir. La direction a recours à votre serviteur qui va donc, avant d'entreprendre quoi que ce soit, rencontrer les représentants syndicaux. Ils divergent assez largement sur bien des points entre eux mais investissent en commun un espoir dans mon intervention: « *On ne voit pas bien ton utilité, sauf sur un*

point, si tu peux faire qu'ils dirigent. » Depuis, je suis intervenu dans trois autres grandes entreprises publiques et deux administrations pour entendre peu ou prou, chaque fois, la même demande de la part des syndicalistes.

Dernière tentative de preuve à l'appui, savez-vous quel était le dernier cahier des charges de ma dernière intervention dans une administration. Je vous le donne en mille : « *Contribuer à rétablir la jonction de direction à la...* » ? Du moins, en ce lieu, s'est-on avoué la chose mais seulement au niveau de la direction de l'administration. La tutelle, elle, ne se posant pas un seul instant la question sur son rôle, il en fut là comme toujours. Un encadrement d'abord sceptique en diable sur le fait d'y pouvoir quelque chose ; puis, petit à petit, se mobilisant, se mettant à y croire, jusqu'à penser que même ministre et cabinet pouvaient en entendre quelque chose. Puis une déception de plus succédant à la masse des précédentes, distillant une couche d'amertume et de désespoir qui confrontera la prochaine tentative de changement du management à un scepticisme difficile à dépasser.

Et pourtant, plus ou moins bien, nos administrations comme nos entreprises publiques marchent et pas toujours plus mal que bien des entreprises privées. Quand on est appelé à leur chevet, c'est toujours pour aller chercher les causes des dysfonctionnements, y remédier, mais, très vite, ce qui envahit le consultant ce n'est plus du tout pourquoi cela ne marche pas, mais par quelle magie cela marche ? Une magie fondée sur un sens du service public des fonctionnaires et des agents du public qui, depuis longtemps, sauvait les meubles mais dont on peut sérieusement craindre qu'elle ait atteint ses limites.

HENRI VACQUIN est sociologue des organisations, spécialiste des conflits du travail et consultant.

12.5

 **LE QUOTIDIEN**
DU MEDECIN**Gilles JOHANET (CNAM) :**
il faut revoir le contenu du métier de médecin,
propos recueillis par Agnès BOURGUIGNON

Le Quotidien du Médecin du 30/10/2001

Le métier de médecin doit-il évoluer ? Les praticiens doivent-ils confier à d'autres professions médicales ou paramédicales certaines tâches qu'ils accomplissent actuellement ? Dans l'air depuis un certain temps déjà, cette idée a été évoquée lors d'une réunion de l'Ordre des médecins. Et elle a trouvé un fervent avocat en la personne de Gilles Johanet, directeur de la CNAM.

Le directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), Gilles Johanet, préconise « *un repositionnement des tâches et des actes (des médecins) sur la plus haute valeur ajoutée professionnelle* », lors d'un débat organisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins sur le thème « *Médecin : un nouveau métier* ».

Selon Gilles Johanet, ce repositionnement aboutirait à un « *nouveau partage des tâches avec les professions paramédicales et éventuellement de nouveaux intermédiaires* ». Les médecins, dont le nombre serait réduit, verraient alors leurs tâches « *nettement mieux rémunérées* ». Pour le directeur de la CNAM, cela revient donc à « *jeter les bases d'un nouveau magistère* », qui « *ne doit jamais se réduire à une technique, même si tout nous y pousse* ». Ce « *magistère de démonstration de compétence, avec une dimension humaine* » est le seul moyen, à ses yeux, d'éviter « *le triomphe d'une médecine instrumentalisée* », sous la double influence des « *lobbies industriels* » et de la « *pression des patients et son cortège de décisions de justice* ».

Gilles Johanet estime que la période actuelle de « *transition démographique* » offre une « *occasion historique* » car, « *dans quatre ou cinq ans, il sera trop tard* ». Il souligne la nécessité d'une « *réflexion sur le contenu des métiers* », pour accompagner la hausse du numerus clausus, et se dit « *favorable à la révision du chapitre des actes cliniques de la nomenclature* ». Cependant, il ne peut y avoir de repositionnement « *sans partage des responsabilités avec les*

patients, même si cela fait peur aux politiques », a prévenu le directeur de la CNAM.

« De toute évidence, le médecin ne peut plus seul tout savoir et tout bien faire », a reconnu, lors de ce débat, le Dr Jacques Lucas, président de la section Exercice professionnel à l'Ordre. Le Dr Jackie Ahr, président de la section Formation et qualifications, partage aussi l'idée d'une redistribution des tâches et demande que le terme *« paramédicaux »* soit banni du langage : *« Nous sommes tous des professionnels médicaux qui apportent leurs soins aux patients. »* Ceux qu'on a appelés *« auxiliaires médicaux »* puis *« paramédicaux »* sont en fait des *« professionnels médicaux avec des compétences spécifiques »*, a estimé, pour sa part, le vice-président de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes, Didier Lamoureux. Dans la même optique, Nicolas Dubuis, président de l'Intersyndicat national autonome des résidents (ISNAR, syndicat des futurs généralistes) a indiqué que *« les jeunes médecins sont soucieux de travailler avec leurs confrères, les paramédicaux et les travailleurs sociaux »*.

Le Dr Anne-Marie Soulié, présidente du Syndicat national des médecins de groupe (SNMG), a évoqué pour sa part *« la difficulté aujourd'hui à exercer ce métier avec passion, même si c'est toujours un beau métier »*, étant donné le tarif de la consultation généraliste à 115 F et les nombreuses tâches administratives à accomplir. Malgré tout, elle pense que *« si demain le C est à 200 F, cela ne résoudra aucun problème »*, puisque le système de soins a besoin de solutions *« organisationnelles »*, comme la prise en charge globale du patient grâce au regroupement des acteurs. »

12.6

JNCI Journal of the National Cancer Institute Advance Access published July 24, 2007

ARTICLE

The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy

J Natl Cancer Inst 2007;99: 1171 - 7
jnci.oxfordjournals.org

Andrew J. Vickers, Fernando J. Bianco, Angel M. Serio, James A. Eastham, Deborah Schrag, Eric A. Klein, Alwyn M. Reuther, Michael W. Kattan, J. Edson Pontes, Peter T. Scardino

- Background** The learning curve for surgery - i.e., improvement in surgical outcomes with increasing surgeon experience - remains primarily a theoretical concept; actual curves based on surgical outcome data are rarely presented. We analyzed the surgical learning curve for prostate cancer recurrence after radical prostatectomy.
- Methods** The study cohort included 7765 prostate cancer patients who were treated with radical prostatectomy by one of 72 surgeons at four major US academic medical centers between 1987 and 2003. For each patient, surgeon experience was coded as the total number of radical prostatectomies performed by the surgeon before the patient's operation. Multivariable survival - time regression models were used to evaluate the association between surgeon experience and prostate cancer recurrence, defined as a serum prostatespecific antigen (PSA) of more than 0.4 ng/mL followed by a subsequent higher PSA level (i.e., biochemical recurrence), with adjustment for established clinical and tumor characteristics. All P values are two-sided.
- Results** The learning curve for prostate cancer recurrence after radical prostatectomy was steep and did not start to plateau until a surgeon had completed approximately 250 prior operations. The predicted probabilities of recurrence at 5 years were 17.9% (95% confidence interval [CI] = 12.1% to 25.6%) for patients treated by surgeons with 10 prior operations and 10.7% (95% CI = 7.1% to 15.9%) for patients treated by surgeons with 250 prior operations (difference = 7.2%, 95% CI = 4.6% to 10.1%; P <.001). This finding was robust to sensitivity analysis; in particular, the results were unaffected if we restricted the sample to patients treated after 1995, when stage migration related to the advent of PSA screening appeared largely complete.

Conclusions As a surgeon's experience increases, cancer control after radical prostatectomy improves, presumably because of improved surgical technique. Further research is needed to examine the specific techniques used by experienced surgeons that are associated with improved outcomes.

The outcome of surgery is generally thought to depend on the experience of the surgeon. Accordingly, the concept of the learning curve is commonly discussed with respect to a variety of surgical techniques (1, 2). Nonetheless, the learning curve remains primarily a theoretical concept; actual curves based on surgical outcome data are rarely if ever presented in the literature.

We used individual patient data from four institutions to study the association between a surgeon's prior experience with performing radical prostatectomy and biochemical recurrence of prostate cancer (as defined by the serum prostate-specific antigen [PSA] level) after surgery. This approach allowed us to calculate the surgical learning curve for prostate cancer control after radical prostatectomy. Biochemical recurrence after radical prostatectomy is a good model to study the association between surgeon characteristics and outcome because adjuvant therapy is not commonly given for prostate cancer and recurrence is not substantially affected by other aspects of postoperative care. Moreover, predictive models have been developed that allow statistical adjustment for case mix (3). Thus, differences in outcomes associated with surgeon characteristics, after controlling for case mix, would provide evidence that surgical technique affects outcome.

Affiliations of authors: Departments of Epidemiology and Biostatistics (AJV, AMS, DS) and Surgery (FJB, JAE, PTS), Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY; Department of Quantitative Health Sciences (MWK) and Urological Institute (EAK), Cleveland Clinic, Cleveland, OH; Departments of Epidemiology and Biostatistics (AMR) and Urology (JEP), Wayne State University, Detroit, MI.

Correspondence to: Andrew J. Vickers, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 1275 York Ave, New York, NY 10021 (e-mail: vickersa@mskcc.org).

See "Funding" and "Notes" following "References."

DOI: 10.1093/jnci/djm060

© 2007 The Author(s).

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/uk/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Patients and Methods

Study Cohort and Data Sources

The study cohort consisted of 9376 patients with clinically localized prostate cancer who were treated by open radical retropubic prostatectomy between Ja-

bruary 1987 and December 2003 at one of four participating institutions: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (New York, NY), Baylor College of Medicine (Houston, TX), Wayne State University (Detroit, MI), and the Cleveland Clinic (Cleveland, OH). Patients who received neoadjuvant therapy (n = 1316) or adjuvant therapy (n = 85) or who had missing data for the treating surgeon (n = 144) or for serum PSA level (n = 66) were excluded, leaving a total of 7765 patients eligible for analysis. All information was obtained with appropriate Institutional Review Board waivers, and data were deidentified before analysis.

CONTEXT AND CAVEATS

Prior knowledge

Surgical outcome is widely believed to depend on the experience of the surgeon, but actual surgical learning curves based on surgical outcome data are rarely presented.

Study design

An analysis of the association between a surgeon's prior experience with performing radical prostatectomy and biochemical recurrence of prostate cancer (as defined by the serum prostatespecific antigen level) after radical prostatectomy in patients with clinically localized prostate cancer.

Contribution

Surgical experience was associated with the probability of patients being biochemical recurrence free after radical prostatectomy.

Implications

The surgical technique of experienced surgeons may differ from that of less experienced surgeons, and opportunities for continued surgical education are needed.

Limitations

Differences in case mix among surgeons may have contributed to residual confounding. Patient follow-up differed among institutions and surgeons. Accordingly, surgeon experience could not definitively be linked causally to patient outcome in this observational study. Biochemical recurrence is of uncertain clinical relevance to patients.

Eligible patients were treated by one of 72 surgeons, all of whom saw patients only at a study institution while on staff there. Surgeons who had previously conducted radical prostatectomies at a nonstudy institution were asked to provide their prior caseload. A total of 38 surgeons (53%) had performed radical prostatectomies exclusively at a study institution; 22 surgeons (31%) reported that they had performed fewer than 20 radical prostatectomies before conducting their first radical prostatectomy on a study patient; six surgeons (8%) reported that they had performed 20 - 40 radical prostatectomies, and six (8%) others reported performing more than 40 radical prostatectomies on nonstudy patients; the highest number of radical prostatectomies performed on nonstudy patients was 102. We therefore were able to obtain data on all or almost all of the study surgeons' patients throughout their careers to date.

Outcomes

Patient follow-up was conducted according to accepted clinical practice at each institution. In general, follow-up consisted of measuring serum PSA levels every 3 - 4 months during the first year after surgery, semiannually during the second year after surgery, and annually thereafter. Cancer recurrence was defined as a serum PSA of more than 0.4 ng/mL followed by a subsequent higher PSA level (i.e., biochemical recurrence) (4). In rare cases (e.g., <1% in the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center dataset), secondary treatment was initiated for patients who did not meet the criteria for recurrence: such treatment was counted as an event. Positive surgical margin status was defined as the presence of tumor cells at the inked margin of resection in the prostatectomy specimen.

Statistical Methods

For each patient, surgeon experience was coded as the number of radical prostatectomies performed by the surgeon before the patient's operation. This number reflects the surgeon's total prior experience, including operations that the surgeon performed at nonstudy institutions and operations involving patients who were ineligible for this analysis. Only a single billing surgeon was recorded for each operation; operations at which a surgeon assisted, such as during fellowship training, were not counted toward the surgeon's prior experience. Thus, surgeon experience differed for each patient treated by a particular surgeon.

For our initial, descriptive analysis, we categorized the patients into one of five groups according to the experience of their surgeon at the time of the patient's radical prostatectomy (<50, 50 - 99, 100 - 249, 250 - 999, or ≥ 1000 prior radical prostatectomies). These cut points were chosen to reflect clinical judgments about different levels of surgeon experience; they are for illustrative purposes only and were not entered into any statistical analyses: hence, our findings are unaffected by the choice of cut points. To evaluate further the association between surgeon experience and biochemical recurrence after radical prostatectomy, we created a multivariable, parametric survival - time regression model in which surgeon experience was entered as a continuous variable. Because the length of follow-up is not independent of surgeon experience, we used a log-logistic survival distribution to model hazard over time. Because the relationship between surgeon experience and biochemical recurrence may be nonlinear, we used restricted cubic splines with knots at the quartiles for modeling the effects of experience. We assumed that only a small number of men would die from causes other than prostate cancer during follow-up and chose a method of analysis such that these men would be censored at the time of death.

To adjust for differences in case mix among surgeons, we included the following covariates in our model: the preoperative PSA level and the pathologic

tumor stage and Gleason grade of the surgical specimen. These parameters have been consistently associated with cancer recurrence after radical prostatectomy (3). Race was not included because it is not an independent prognostic factor for biochemical recurrence after radical prostatectomy (5, 6). Pathologic tumor stage was entered as the presence or absence of three separate variables: extracapsular extension, seminal vesicle invasion, and lymph node involvement. To adjust for the possibility of stage migration, we included as a covariate the year that the surgery was performed. The degree to which our model corrected for case mix was assessed by the concordance index, which has the same interpretation as the area under the receiver operating characteristic curve but can be evaluated for survival time data. Because data from different patients treated by the same surgeon are not independent, we incorporated within-surgeon clustering into our analyses using a generalized estimating equations approach (7) by specifying the cluster option in Stata statistical software (version 9.2; Stata Corp, College Station, TX). We did not cluster by institution because there is no plausible mechanism for how an institution could modify recurrence rates independent of a surgeon. To produce a learning curve, we used the mean value for covariates to calculate the 5-year recurrence-free probability predicted by the model for each level of surgical experience. Confidence intervals (CIs) for the difference between selected points on the curve were obtained by bootstrapping. All P values are two-sided.

Results

Surgeon and Patient Characteristics by Surgeon Experience

Table 1. Distribution of surgeons by the total lifetime number of prostatectomies performed

Total lifetime No. of prostatectomies performed	No. of surgeons (%)	Median yearly caseload (interquartile range)
<50	41 (57)	4 (2 - 8)
50 - 99	15 (21)	7 (4 - 9)
100 - 249	6 (8)	21 (17 - 34)
250 - 999	8 (11)	38 (27 - 63)
≥ 1000	2 (3)	83 and 113 *
Total	72 (100)	6 (3 - 17)

* Actual yearly caseloads for the two surgeons who performed at least 1000 total radical prostatectomies.

Table 2. Patient and tumor characteristics by surgeon experience *

	Surgeon experience (No. of prostatectomies before the incident case)					P †
	<50	50 - 99	100 - 249	250 - 999	≥ 1000	
No. of patients	1402	696	1575	2940	1152	
Patient or tumor characteristic						
Median preoperative PSA level, ng/mL (IQR)	7.3 (5.1 - 12.1)	6.8 (4.9 - 9.9)	7.3 (5.2 - 12.0)	6.6 (4.8 - 9.4)	6.0 (4.7 - 8.0)	.002
Median age at surgery, y (IQR)	63 (58 - 67)	62 (57 - 66)	61 (56 - 66)	61 (56 - 66)	59 (54 - 64)	<.001
Gleason grade, No. (%)						.6
≤ 5	95 (7)	31 (4)	146 (9)	133 (5)	25 (2)	
6,0	547 (39)	286 (41)	556 (35)	1117 (38)	529 (46)	
7,0	669 (48)	341 (49)	748 (47)	1489 (51)	553 (48)	
8,0	75 (5)	27 (4)	86 (5)	133 (5)	26 (2)	
≥ 9	16 (1)	11 (2)	39 (2)	68 (2)	19 (2)	
Extracapsular extension	419 (30)	196 (28)	491 (31)	893 (30)	262 (23)	.004
Seminal vesicle invasion	164 (12)	64 (9)	166 (11)	249 (8)	52 (5)	<.001
Lymph node involvement	56 (4)	28 (4)	53 (3)	118 (4)	36 (3)	.5
Non - organ-confined cancer ‡	458 (33)	216 (31)	536 (34)	940 (32)	273 (24)	<.001
No. of operations performed by time period (%) <.001						
1987 - 1990	202 (14)	32 (5)	152 (10)	51 (2)	0 (0) §	
1991 - 1995	532 (38)	179 (26)	646 (41)	864 (29)	0 (0) §	
1996 - 2000	504 (36)	293 (42)	441 (28)	1294 (44)	485 (42)	
2001 - 2003	164 (12)	192 (28)	336 (21)	731 (25)	667 (58)	
Unadjusted outcome						
Positive surgical margin, No. (%)	582 (42)	235 (34)	493 (31)	624 (21)	125 (11)	
5-y probability of recurrence, % (95% CI)	27 (24 to 30)	23 (19 to 27)	19 (17 to 22)	16 (14 to 17)	8 (6 to 10)	

* PSA = prostate-specific antigen; IQR = interquartile range; CI = confidence interval.

† P values (two-sided) were determined by regression models in which the number of prior operations was entered as a continuous variable, with adjustment for clustering by surgeon.

‡ Non - organ-confined cancer = extracapsular extension, seminal vesicle invasion, or lymph node involvement.

§ The two surgeons who treated 1000 or more patients treated their 1000th cases in 1996 and 2001, respectively. Hence, no patient who received surgery before 1996 was operated on by a surgeon who, at the time, had 1000 or more prior operations.

Table 3. Patients treated from 1996 through 2003: patient and tumor characteristics by surgeon experience *

No. of patients	Surgeon experience (No. of prostatectomies before the incident case)				P †
	<50	50 - 99	100 - 249	≥ 1000	
Patient or tumor characteristic	668	485	777	2025	1152
Median age at surgery, y (IQR)	61 (56 - 66)	61 (56 - 66)	60 (55 - 65)	60 (55 - 65)	59 (55 - 64)
Median preoperative PSA level, ng/mL (IQR)	6.4 (5.0 - 8.9)	6.4 (4.7 - 8.7)	6.5 (4.9 - 8.9)	6.1 (4.7 - 8.3)	6.0 (4.7 - 8.0)
Gleason grade > 6, No. (%)	385 (58)	292 (60)	456 (59)	1173 (58)	598 (52)
Non - organ-confined cancer ‡, No. (%)	159 (24)	134 (28)	202 (26)	568 (28)	273 (24)
Unadjusted outcome					
Positive surgical margins, No. (%)	241 (36)	141 (29)	182 (23)	441 (22)	125 (11)
5-y probability of recurrence, % (95% CI)	24 (20 to 29)	18 (14 to 24)	13 (10 to 16)	13 (11 to 15)	8 (6 to 10)

* IQR = interquartile range; PSA = prostate-specific antigen; CI = confidence interval.

† P values (two-sided) were determined by regression models in which the number of prior operations was entered as a continuous variable, with adjustment for clustering by surgeon.

‡ Non - organ-confined cancer = extracapsular extension, seminal vesicle invasion, or lymph node involvement.

The distribution of surgeons by total number of prostatectomies performed is shown in Table 1. Although most of the surgeons (57%) had performed fewer than 50 prostatectomies during their career to date, a substantial percentage (22%) had performed at least 100 surgeries in total. Clinical and pathologic

characteristics of the study cohort are shown in Table 2. Roughly half of the patients (3673 [47%]) were treated by a surgeon who had performed fewer than 250 prior radical prostatectomies; the other half (4092 [53%]) were treated by a surgeon who had performed 250 or more prior radical prostatectomies. Differences in preoperative PSA and age at operation with increasing surgeon experience were small but statistically significant ($P = .002$ and $P < .001$, respectively). We observed larger differences in pathologic tumor stage with increasing surgeon experience. These differences appear to be due primarily to stage migration: several surgeons in our dataset treated their first study patients in the late 1980s, when PSA screening was less common and, consequently, the prostate cancers were of more advanced stage than those observed after PSA screening came into widespread use. In our sample, stage migration appeared to be largely complete by 1995, given that the odds ratio per year for non - organ-confined (i.e., advanced) disease was 0.93 (95% CI = 0.90 to 0.97, $P < .001$) through 1995 and 1.02 (95% CI = 0.99 to 1.05, $P = .10$) after 1995. Table 3 shows the characteristics of study patients who were treated after 1995. In this subgroup, there was no association between any tumor characteristic and surgeon experience.

Effect of Surgeon Experience on Cancer Control

There were 1256 biochemical recurrences among the 7765 patients in this study. Median follow-up for patients without recurrence was 3.9 years. Only a small proportion of patients died without experiencing a biochemical recurrence, resulting in a 5-year overall survival probability of 95%. This finding suggests that adjustment for competing risk would have a minimal effect on any of our analyses.

Our initial descriptive analysis revealed that patients who were treated by surgeons with more prior experience had a lower probability of recurrence and a lower rate of positive surgical margins than patients who were treated by surgeons with less prior experience (Table 2; Fig. 1). Because these differences in outcomes may have resulted from differences in case mix, we then fit our prespecified multivariable model, which controls for case mix by adjusting for the year the surgery was performed and for clinical and pathologic variables. The predictive accuracy of the model was high (concordance index of 0.81), suggesting that our multivariable model provides good control for case mix. In the adjusted model, greater surgeon experience was associated with a lower risk of prostate cancer recurrence ($P < .001$).

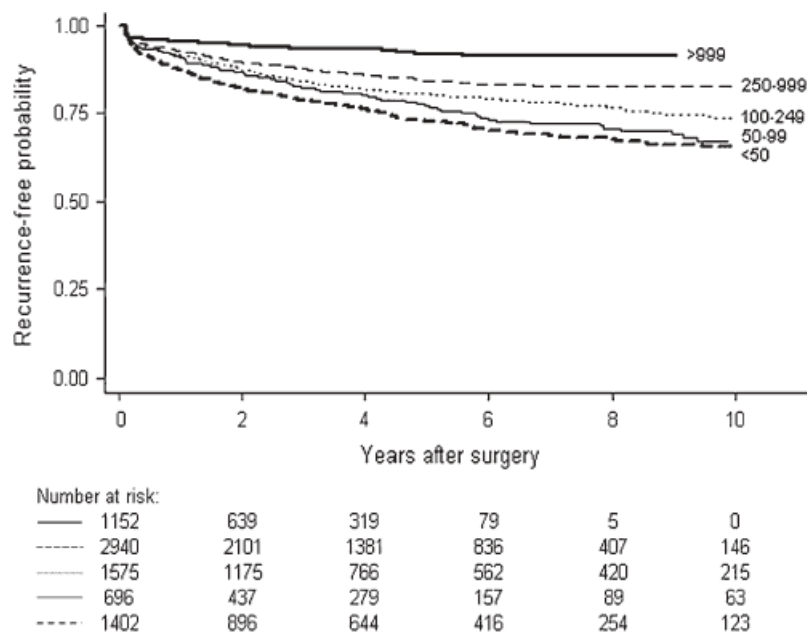


Fig. 1 . Probability of freedom from biochemical recurrence after radical prostatectomy. The data are stratified by surgeon experience (i.e., the number of prior surgeries) at the time of the patient's radical prostatectomy, shown as numbers next to each curve.

Figure 2 shows the 5-year probability of freedom from biochemical recurrence plotted against surgeon experience, which provides the learning curve for prostate cancer control after radical prostatectomy. There was a dramatic improvement in cancer control with increasing surgeon experience up to 250 prior operations but no large change in recurrence rates with further surgeon experience. To illustrate the association between surgeon experience and outcome, we compared the risk of recurrence for a patient who was treated by a surgeon with limited experience in radical prostatectomy (one with 10 prior operations) with that of a patient who was treated by a more experienced surgeon (one with 250 prior operations). We chose this definition for an experienced surgeon because this number of prior operations is close to the median (275) for patients and is also the number of prior surgeries at which the learning curve started to plateau. The predicted probabilities of recurrence at 5 years were 17.9% (95% CI = 12.1% to 25.6%) for patients treated by surgeons with 10 prior operations and 10.7% (95% CI = 7.1% to 15.9%) for patients treated by surgeons with 250 prior operations, which corresponds to an absolute risk difference of 7.2% (95% CI = 4.6% to 10.1%) and a number needed to harm of 14; that is, for every 14 patients treated by a surgeon with 10 as opposed to 250 prior surgeries, one patient will experience a recurrence as a result.

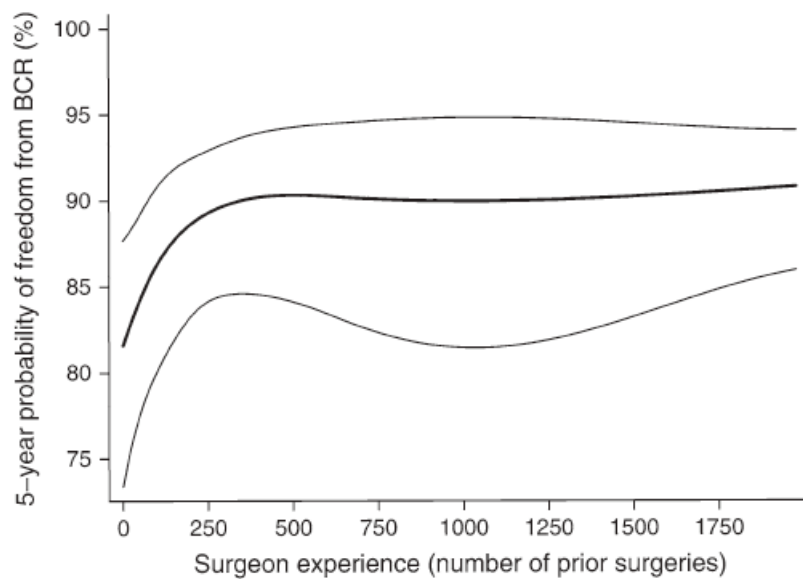


Fig. 2. The surgical learning curve for cancer control after radical prostatectomy. Predicted probability (**black curve**) and 95% confidence intervals (**gray curves**) for freedom from biochemical recurrence (BCR) at 5 years after radical prostatectomy are plotted against increasing surgeon experience. Probabilities are for a patient with typical cancer severity (mean prostate-specific antigen level, pathologic stage, and grade) treated in 1997 (approximately equal numbers of patients were treated before and after 1997).

We conducted a number of sensitivity analyses to examine the robustness of our findings (Table 4). To check whether stage migration might have affected our results, we repeated our analysis by restricting the sample to patients who were treated after 1995, because in this group there were few differences in tumor characteristics among patients who were treated by surgeons with different levels of experience (Table 3). To estimate the learning curve in a contemporary group of patients, we also carried out an analysis that was restricted to patients who were treated from 2000 through 2003. To account for changes in tumor grading practice during the study period, we added an interaction term between Gleason grade and calendar year of surgery. To account for unmeasured differences in case mix, we restricted the analysis to patients who were at low risk of recurrence [defined as those with organ-confined cancer, Gleason grade ≤ 6 , and a PSA level <10 ng/mL (8)] because clinically meaningful differences in prognosis are unlikely in this homogenous group. Because it was possible that the relationship between surgeon experience and outcome might be confounded by the ability of individual surgeons to attract patients (i.e., a less capable surgeon who was unable to establish a practice would therefore contribute to the beginning but not the end of the learning curve), we performed additional analyses in which we restricted the sample to

patients whose surgeon had performed at least 100 total surgeries and to patients whose surgeon had performed at least 250 total surgeries. Conversely, to examine whether our results were unduly influenced by a few highly experienced surgeons, we restricted the analysis to patients whose surgeon had completed the median number of prior cases (275) or fewer. Because there were some differences in patient age by different levels of surgeon experience, we added patient age as covariate. In addition, because it is possible that our results might have been affected by differences in the intensity of follow-up or in the use of hormonal therapy before patients met the criterion for biochemical recurrence, we performed analyses in which we shifted the date of recurrence in patients treated by surgeons with fewer than 250 cases by 3 months, corresponding to a difference in follow-up of approximately 6 months. We conducted two separate analyses, shifting the date both forward and backward, corresponding to either increased or reduced intensity of follow-up by less experienced surgeons. We also restricted the analysis to the 38 surgeons for whom we had data for the entire course of their career. Finally, we restricted the analysis to patients who were treated at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, where all surgical specimens are reviewed by specialist uropathologists. As shown in Table 4, although there was greater variability in estimates of recurrence rates for analyses that included smaller sample sizes than the main analysis, the relationship between surgeon experience and outcome was statistically significant in all cases. With the obvious exception of the analysis of low-risk patients, the estimates of recurrence-free probability for patients treated by surgeons with 10 and 250 prior prostatectomies fell largely within the 95% confidence intervals of the main analysis. We repeated all sensitivity analyses by using each year from 1990 through 1999 as the cut point for year of surgery and multiples of 10 between 10 and 250 as the cut point for total number of prostatectomies. In all instances, the relationship between surgeon experience and outcome was statistically significant and of similar magnitude as that in the main analysis (data not shown).

Finally, we investigated whether the rate of positive surgical margins influenced the association between surgeon experience and biochemical recurrence. Adding margin status to the predictive model only slightly attenuated the effect of surgeon experience (absolute risk reduction for surgeons with 250 versus 10 prior surgeries = 5.3% [95% CI = 3.0% to 7.9%]; $P = .001$). This finding suggests that experienced surgeons may have used techniques beyond the removal of tissue to avoid microscopically positive surgical margins.

Table 4 . Sensitivity analyses *

Analysis	Adjusted P value for surgeon experience †	Adjusted 5-y probability of recurrence, %	
		10 prior prostatectomies	250 prior prostatectomies
Main analysis	<.001	17.9	10.7
Patients treated after 1995	<.001	22.8	8.2
Patients treated from 2000 through 2003	<.001	25.1	6.6
Shift in grading practices included in model	<.001	16.5	10.2
Low-risk patients ‡	.03	9.2	4.4
Surgeons with ≥ 100 total prostatectomies	<.001	19.4	9.2
Surgeons with ≥ 250 total prostatectomies	13.0	17.1	9.4
Patients whose surgeon completed <276 prior prostatectomies	<.001	17.5	12.8
Include patient age as covariate	<.001	17.9	10.7
6-mo difference in intensity of follow-up			
More intense follow-up in surgeons with <250 prior prostatectomies	<.001	17.5	10.8
Less intense follow-up in surgeons with <250 prior prostatectomies	<.001	18.7	10.6
Surgeons whose entire career was captured in dataset	<.001	17.9	11.2
Patients treated at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	<.001	17.7	7.2

* Probabilities are for a patient with typical cancer severity (mean prostate-specific antigen level, pathologic stage and grade) treated in 1997 (approximately equal numbers of patients were treated before and after 1997). PSA = prostate-specific antigen.

† Test for the association between experience and outcome in the multivariable model (two-sided P value).

‡ Organ-confined cancer, Gleason grade 6 or lower, and a PSA level lower than 10 ng/mL.

Discussion

Many studies have examined the relationship between surgeon characteristics, such as yearly caseload, and surgical outcomes. However, it is often unclear whether the findings are causally related to differences in surgical technique or result from differences in adjuvant therapy and supportive care. Reported associations between a surgeon's yearly caseload and decreased perioperative mortality (9), lower rates of surgical complications (10 - 12), and improved overall survival (13) may relate to the ability of busier surgeons to select more

experienced anesthesiologists, organize more intensive postoperative care for their patients, or make better referrals for medical therapy and rehabilitation. Apparent differences in surgical outcomes among surgeons may also result from differences in case mix (14).

We found a statistically significant association between surgical experience and the probability of patients being biochemical recurrence - free after radical prostatectomy, which we described in terms of a learning curve. The difference in outcome among patients who were treated by surgeons who were at different points on the learning curve is of clear clinical relevance. These findings likely reflect a true relationship between surgical technique and cancer control.

Our study has several limitations that reflect the retrospective, observational nature of our data. First, although we adjusted for pathologic tumor characteristics, we cannot entirely discount residual confounding by differences in case mix. Such confounding could have resulted from stage migration because calendar time and surgeon experience are associated. However, we adjusted for calendar year of surgery in our models; moreover, our findings did not change substantially if we restricted the analysis to a homogenous group of low-risk patients. In addition, our findings were unchanged when we included only patients treated after 1995, a time period during which we saw no evidence of stage migration and few differences in case mix between the more and less experienced surgeons. The analysis of more recently treated patients also argues against another possible source of confounding, the ability of more experienced surgeons to exercise more discretion in case selection (“cherry picking”). Indeed, there is evidence to suggest that surgeons are not able to accurately predict which patients will experience a recurrence after radical prostatectomy (15). Second, follow-up of patients was not completely standardized among institutions and surgeons. However, it is unlikely that differential follow-up of patients, such as if novice surgeons saw patients more frequently and thus found recurrences early, would explain our findings because a sensitivity analysis that incorporated a correction for intensity of follow-up did not affect our results. A third limitation that applies to any observational study concerns the direction of causality between experience and outcome. Nonetheless, we are confident that our data reflect a learning process (“good surgeons are made”), rather than a selective referral process (“good surgeons are born” and go on to build a large practice) because our results were unchanged if we restricted the analysis to surgeons who had treated more than 250 cases. In other words, even the most experienced surgeons in our dataset had a learning curve. A final limitation is that the outcome of biochemical recurrence is arguably not of direct clinical relevance to patients. However, clinical endpoints such as metastasis are inevitably preceded by biochemical recurrence. Moreover, biochemical recurrence leads to referral for treatments that are associated with important toxic effects: patients who

recur after radical prostatectomy are typically treated with pelvic radiation or hormonal therapy, both of which can have a substantial impact on their quality of life.

Our approach to the surgical learning curve is distinct from that of other studies in the literature. Previous studies on the surgical learning curve have typically depended on simple binary comparisons between surgeons with “high” or “low” levels of experience that are defined as, for example, greater or fewer than 70 lifetime procedures (16). Such an approach does not provide adequate information about potential differences in outcome at different levels of “low” experience or about whether outcome continues to improve after a surgeon has reached a “high” level of experience. Authors of these previous studies have rarely, if ever, presented graphs with actual learning curves that are based on their findings. Moreover, previous studies on the surgical learning curve have focused on operative characteristics such as operating time, blood loss, hospital stay, and complications (16 - 18), rather than on surgical efficacy.

Our results have implications for clinical research, medical education, and clinical practice. With respect to clinical research, our findings suggest that the surgical technique of experienced surgeons may differ from that of surgeons with less experience. It is currently unclear exactly how technique might differ between these groups; systematic research is required to identify the critical aspects of radical prostatectomy that are associated with cancer control. Experienced surgeons might be more likely to thoroughly irrigate the pelvis after the specimen is removed, might dissect more periprostatic tissue adjacent to the prostatic capsule, might remove apical tissue more completely, or might perform a more complete pelvic lymphadenectomy. Furthermore, greater surgeon experience might be associated with decreased operative time and thus reduced opportunity for micrometastatic seeding. We intend to investigate these possibilities in future studies.

Our findings also have implications for education in surgical oncology. Although the successful practice of surgery necessarily presumes a lifetime of learning, the large number of cases required before the learning curve plateaus suggests the need to expand opportunities for training in surgical technique for surgeons in the early years after residency training. During this period, it is particularly important to measure a surgeon's outcomes, provide feedback, and offer opportunities for continuing surgical education. The current emphasis on immediate complications (e.g., in Morbidity and Mortality conferences) needs to be balanced by a focus on surgical efficacy.

The implications of our findings for the clinical care of prostate cancer patients are perhaps more straightforward. Because surgeon experience was strongly associated with yearly caseload, we can reaffirm many of the practical recommendations made by others who have commented on volume -

outcome studies, including calls for regionalization of cancer care at centers of excellence (19), advising patients to choose high volume surgeons (20), and adjusting payment of surgeons on the basis of performance outcomes or participation in programs of quality assessment and improvement (21).

Our results provide support for what has been previously described (20) as an “implication” of volume - outcome studies, which is that good technique is learned and leads to improvements in outcomes. This finding is perhaps not unexpected: few surgeons or patients would be surprised to learn that prostate cancer patients treated by more experienced surgeons have better outcomes than patients who have less experienced surgeons. However, our focus on cancer outcome, the size of the difference in outcome associated with increasing surgical experience, and the large number of cases required before the learning curve starts to plateau, suggests that more serious attention should be paid to the issue of surgical quality.

References

- (1) Treasure T. The learning curve. *BMJ* 2004; 329: 424.
- (2) Hasan A, Pozzi M, Hamilton JR. New surgical procedures: can we minimise the learning curve? *BMJ* 2000; 320: 171 - 3.
- (3) Kattan MW, Wheeler TM, Scardino PT. Postoperative nomogram for disease recurrence after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17 : 1499 - 507.
- (4) Stephenson AJ, Kattan MW, Eastham JA, Dotan ZA, Bianco FJ Jr., Lilja H, et al. Defining biochemical recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy: a proposal for a standardized definition. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3973 - 8.
- (5) Freedland SJ, Amling CL, Dorey F, Kane CJ, Presti JC Jr, Terris MK, et al. Race as an outcome predictor after radical prostatectomy: results from the Shared Equal Access Regional Cancer Hospital (SEARCH) database. *Urology* 2002; 60 : 670 - 4.
- (6) Nielsen ME, Han M, Mangold L, Humphreys E, Walsh PC, Partin AW, et al. Black race does not independently predict adverse outcome following radical retropubic prostatectomy at a tertiary referral center. *J Urol* 2006; 176: 515 - 9.
- (7) Lee EW, Wei LJ, Amato D. Cox-type regression analysis for large number of small groups of correlated failure time observations. In: Klein JP, Goel PK, editors. *Survival analysis, state of the art*. Dordrecht (The Netherlands): Kluwer; 1992.
- (8) D’Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Blank K, Broderick GA, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam ra-

- diation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280: 969 - 74.
- (9) Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; 349: 2117 - 27.
 - (10) Bianco FJ Jr, Riedel ER, Begg CB, Kattan MW, Scardino PT. Variations among high volume surgeons in the rate of complications after radical prostatectomy: further evidence that technique matters. *J Urol* 2005; 173: 2099 - 103.
 - (11) Begg CB, Riedel ER, Bach PB, Kattan MW, Schrag D, Warren JL, et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. *N Engl J Med* 2002; 346: 1138 - 44.
 - (12) Hu JC, Gold KF, Pashos CL, Mehta SS, Litwin MS. Role of surgeon volume in radical prostatectomy outcomes. *J Clin Oncol* 2003; 21: 401 - 5.
 - (13) Schrag D, Panageas KS, Riedel E, Cramer LD, Guillem JG, Bach PB, et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictors of outcome following rectal cancer resection. *Ann Surg* 2002; 236: 583 - 92.
 - (14) Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med* 2002; 137: 511 - 20.
 - (15) Ross PL, Gerigk C, Gonen M, Yossepowitch O, Cagiannos I, Sogani PC, et al. Comparisons of nomograms and urologists' predictions in prostate cancer. *Semin Urol Oncol* 2002; 20: 82 - 8.
 - (16) Prystowsky JB, Bordage G, Feinglass JM. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon's training, certification, and experience. *Surgery* 2002; 132: 663 - 70; discussion 670 - 2.
 - (17) Bennett CL, Stryker SJ, Ferreira MR, Adams J, Beart RW Jr. The learning curve for laparoscopic colorectal surgery. Preliminary results from a prospective analysis of 1194 laparoscopic-assisted colectomies. *Arch Surg* 1997; 132: 41 - 4; discussion 45.
 - (18) Patel VR, Tully AS, Holmes R, Lindsay J. Robotic radical prostatectomy in the community setting - the learning curve and beyond: initial 200 cases. *J Urol* 2005; 174: 269 - 72.
 - (19) Lipscomb J. Transcending the volume-outcome relationship in cancer care. *J Natl Cancer Inst* 2006 ; 98: 151 - 4.
 - (20) Begg CB, Scardino PT. Taking stock of volume-outcome studies. *J Clin Oncol* 2003; 21: 393 - 4.
 - (21) Birkmeyer NJ, Birkmeyer JD. Strategies for improving surgical quality - should payers reward excellence or effort? *N Engl J Med* 2006; 354: 864 - 70.

Funding

This work was supported by a grant from the National Cancer Institute (P50-CA92629 SPORE grant to P. T. Scardino) and philanthropic grants to P. T. Scardino from the Allbritton Fund and the Koch Foundation. Funding to pay the Open Access publication charges for this article was provided by MSKCC Department of Surgery.

Notes

Dr A. J. Vickers and Dr F. J. Bianco would like to be considered as joint first authors on this paper.

The funding bodies had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report. The corresponding author had full access to all the data in the study and had final responsibility for the decision to submit for publication.

Manuscript received February 13, 2007; revised May 18, 2007; accepted June 13, 2007.

Documents n° 13

Documents complémentaires

On trouvera ci-après les documents mis au dossier des participants :

- 13.1 Gouvernance de l'INCa** - Note de proposition préparatoire au Conseil d'Administration du 21 décembre 2006 - Contribution FHP-UNHPC
- 13.2 Dépêche de presse APM du 21.12.06** titrant : *L'INCa se positionne comme une agence d'Etat.*
- 13.3 Haute Autorité de Santé** - Communiqué de presse du 24 mai 2007 : **La Haute Autorité de Santé lance une enquête auprès de tous les professionnels de santé sur les nouvelles modalités de coopération**

13.1



UNHPC
Union Nationale Hospitalière Privée
de Cancérologie

Gouvernance de l'INCa

Contribution FHP-UNHPC

Au Conseil d'Administration de Juillet le Ministre avait dit que l'Etat choisirait entre les deux options d'orientation de l'INCa : la "*maison commune des processionnels, des chercheurs et des patients*" prônée par les fondateurs ou "*l'agence d'Etat*" de la pratique. Comme souligné par le rapport d'audit, c'était bien à l'Etat, majoritaire dans l'institution, de faire ce choix d'orientation.

Cela a été fait. L'Etat a choisi de faire de l'INCa une Agence d'Etat (cf. la dépêche APM ci-après). Le Ministre en juillet, le Président Maraninchi fin novembre ont sollicité les administrateurs pour faire des propositions de réforme de la gouvernance afin de l'adapter à ce choix d'orientation.

La contribution FHP-UNHPC consiste à :

- revaloriser le rôle du CA, comme demandé par le Ministre, en lui faisant jouer son vrai rôle et non plus celui de simple prolongement du "pré-CA" ;
- répondre positivement aux demandes de l'Etat et du Président de l'INCa qui veulent néanmoins faire profiter l'INCa de l'apport de tous les acteurs de la lutte contre le cancer. Il s'agit de créer pour cela un "Comité consultatif" statutaire, symétrique du Conseil scientifique. Ainsi l'INCa, son CA et son Président seraient renforcés par les avis scientifiques d'un "Conseil scientifique et les avis "sociétaux", "terrain", d'un Comité consultatif rassemblant tous les acteurs de la lutte contre le cancer.

Cette proposition présentée par le Président Couderc au Séminaire du CA fin novembre, remise aux administrateurs sous la forme de cette note lors du CA du 21 décembre, sera débattue avec les autres projets de réforme de la gouvernance lors du prochain CA de l'INCa. Elle complète et est en parfaite cohérence avec les autres projets de réforme en cours de discussion.



Gouvernance de l'INCa

Note de proposition préparatoire au CA du 21 décembre 2006

Le 6-12-2006

Comme demandé par beaucoup, et en particulier par le rapport d'audit, puis annoncé par le Ministre devant le Conseil d'Administration le 24 Juillet 2006, l'Etat a récemment fixé la nature de l'INCa : l'INCa sera une agence d'Etat. Néanmoins l'Etat veut que l'INCa soit aussi le catalyseur d'échanges sinon de coordination entre tous les intervenants dans la lutte contre le cancer.

Lors du séminaire du CA du 29 décembre 2006, et après avoir donné cette information aux administrateurs, le Président a donc convié les administrateurs à fournir des propositions pour adapter au mieux la gouvernance à ce nouveau cadre.

La présente proposition vise à

- recentrer le CA sur les responsabilités que lui donne la loi : délibération et décision
- créer un nouvel organisme statutaire ("Conseil consultatif", "Comité de coordination" ?...) rassemblant les représentants des acteurs de la lutte contre le cancer, à vocation de concertation et de coordination. Ainsi l'idée des Ministres fondateurs de créer une "maison commune" des chercheurs, des professionnels et des patients prendrait corps dans une organisation adaptée.

Les autres organes statutaires resteraient inchangés dans leur définition, seules leurs modalités de fonctionnement seraient, le cas échéant, améliorées, ainsi qu'a commencé à le proposer le Président lors d'un séminaire du CA. Les organes statutaires concourant à la "gouvernance" de l'INCa seraient donc les suivants :

- *Un Conseil d'Administration qui délibère et qui décide*
- *Un Conseil scientifique international "qui réunit des experts reconnus"*
- *Un Conseil consultatif qui fédère l'ensemble des acteurs*
- *Un Comité des usagers et des malades "qui veille aux droits des malades et à leurs intérêts"*
- *Un Comité de déontologie "qui veille à la transparence et la pertinence des actions conduites"*

A - Contexte

Les Ministres fondateurs et la déléguée de la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer, Madame Pascale Briand voulaient faire de l'INCa une "maison commune des professionnels, des patients et des chercheurs".

Dès le début la pratique a souvent été autre et l'INCa s'est conduit, de fait, en Agence d'Etat.

Après beaucoup, le "rapport d'audit" a posé lui aussi la question de savoir quelle était la vraie nature de l'INCa et a souligné l'urgente nécessité de trancher entre ces deux grandes orientations.

Lors du CA du 24 juillet 2006, le Ministre Xavier Bertrand a demandé au Conseil d'Administration de créer des groupes de travail durant l'été et de lui transmettre des suggestions afin d'éclairer la décision de l'Etat. Il demandait aussi que, dès la décision prise et la clarification faite, les travaux du CA reprennent afin de lui faire de nouvelles suggestions concernant la forme de gouvernance la plus adaptée aux finalités (confirmées) et à la nature de l'institution (décidée). Seul le statut de GIP ne devait pas être remis en cause.

A notre connaissance, les travaux demandés par le Ministre entre membres du CA n'ont pas eu lieu.

Un nouveau Président a été nommé le 27 septembre 2006 en la personne de Dominique Maraninchi.

Le Président Dominique Maraninchi a fait savoir au séminaire du CA qui s'est tenu le 29 novembre 2006 que l'INCa serait désormais une "agence d'Etat". Les représentants de la DHOS et de la DGS ont dit au CA que le débat restait ouvert mais ils ont confirmé cette orientation. Les débats du séminaire n'ont pas remis en cause ce choix d'orientation. L'Etat étant majoritaire c'était bien à lui de décider et de procéder aux clarifications exigées pour le bon fonctionnement de l'institution. Les débats se sont donc centrés sur la question des choix de gouvernance la plus adaptée.

Plusieurs formules nouvelles ont été débattues :

- Certaines n'ont pas suscité d'objections :
 - Le Président a fait part de sa demande d'exercer des fonctions de Président Directeur Général plutôt que de Président.
 - De ce fait il a aussi proposé que le poste de Directeur Général soit de type "Secrétariat Général", quitte à changer le titre pour le mettre en conformité avec la fonction ainsi redéfinie.
 - Le Président a aussi présenté la proposition consistant à créer un "Comité d'audit" au sein du CA.

- Certaines ont suscité des objections :
 - C'est le cas de la proposition de créer des commissions scientifiques spécialisées au sein du CA.
 - C'est aussi le cas pour la suggestion d'étendre la composition du CA pour y adjoindre un représentant de Bercy, sauf à ce que Bercy en fasse la demande.
- Une proposition est venue de plusieurs administrateurs. Elle consiste à clarifier le rôle du CA en distinguant ses fonctions de droit (délibération et décision) et sa fonction de consultation. Cette proposition n'a pas pu être débattue au fond.
La présente note constitue une contribution à sa formalisation.

Le Conseil d'Administration se réunit le 21 Décembre prochain pour délibérer sur l'ensemble de ces questions.

B - Mettre le droit en conformité avec la pratique

Constats :

- L'Etat est majoritaire au CA de l'INCa.
- L'usage veut que le CA soit précédé d'un "pré CA" qui se réunit sur le même ordre du jour. Les représentants de l'Etat y arrêtent leur position.

Ainsi, le "pré CA" n'est-il pas, de fait, le vrai CA, l'instance délibérative et décisionnaire ?

De ce fait, le CA rencontre des difficultés pour jouer le rôle d'instance de concertation, d'expression et d'information mutuelle que l'Etat veut aussi lui donner.

La confusion des champs de légitimité et de responsabilité finit toujours par nuire au bon fonctionnement des sociétés qui s'y risquent.

Il faut donc clarifier pour répondre à la triple finalité recherchée :

- avoir un fonctionnement efficace de l'instance de délibération, de décision et d'orientation qu'est, en droit, le CA ;
- avoir un lieu d'expression, d'échange d'informations et de concertation, entre tous les acteurs de la lutte contre le cancer, ainsi que le souhaite l'Etat ;
- clarifier l'objet de chacune des institutions constituant la "gouvernance" de l'INCa, leur champ de légitimité et de responsabilité.

Pour aller dans ce sens, sans doute faudrait-il :

- recentrer le CA sur ses fonctions juridiques officielles : être l'instance de la délibération, de l'orientation et de la décision stratégique de l'Institut ;
- constituer une instance adaptée à ce qu'on demande en plus au CA actuel : être le lieu de la coordination, de la concertation, de l'information mutuelle entre les acteurs de la lutte contre le cancer et les patients. Cette nouvelle instance pourrait par exemple être dénommée "Conseil consultatif", ou "Comité de coordination", ou "Conseil des patients et des professionnels et des chercheurs"... Elle aurait une existence statutaire au sein de l'INCa.

Une réforme de ce type :

- permettrait de clarifier le jeu et le champ de responsabilité des acteurs et donc de permettre un fonctionnement plus sain et plus compréhensible des institutions ;
- permettrait à l'Etat de se garantir de la critique de méconnaissance de l'avis des professionnels et des institutions concernées (patients, chercheurs...);
- permettrait aux professionnels et aux institutions concernés d'avoir accès à une information directe et à une capacité d'expression sur toutes les questions touchant à la lutte contre le cancer ;
- permettrait, ainsi que le souhaite l'Etat, l'expression d'une parole libre, utile à tous. Cette liberté d'expression ou de proposition serait grandement facilitée, voire garantie, du fait que les enjeux institutionnels se "négocieraient" ailleurs, y compris avec la mise en œuvre des procédures de concertation officielles déjà en vigueur (par exemple lors de la finalisation des textes réglementaires et des procédures d'autorisations régionales ou nationales).

C - Composition du nouveau CA

Dans cette logique, plusieurs possibilités peuvent être envisagées, à l'initiative de l'Etat. Quatre de ces possibilités sont évoquées ci-dessous.

Le CA pourrait ainsi être composé :

- soit des membres de l'Etat stricto sensu : représentants du ministère chargé de la santé, du ministère chargé de la recherche, président du CA ;

- les mêmes, complétés de ce que l'usage appelle improprement les organismes de tutelle avec les représentants des caisses d'Assurance-maladie ;
- les mêmes, complétés des organismes nationaux de recherche et des agences de santé ;
- les mêmes, complétés de quelques personnalités qualifiées.

La question qui se pose alors est celle de la participation des représentants des professionnels, des patients, des établissements et de certaines personnalités qualifiées liés aux personnes morales précédentes, actuellement présents dans le CA. La question se justifie d'autant plus qu'il existerait une nouvelle instance, plus adaptée à la fonction qui leur est demandée par l'Etat : constituer le lieu de l'expression et de la coordination entre acteurs.

Une solution consisterait à ce que ces membres actuels du CA, représentants de leurs personnes morales, assistent de droit aux CA, mais sans droit de délibération, un peu comme les représentants du personnel dans les CA des sociétés anonymes.

D - Composition de la nouvelle instance ("Conseil consultatif" ou "Comité de coordination", ou "Conseil des patients et des professionnels" ou "Conseil des patients et des professionnels et des chercheurs"...)

Au-delà de l'influence des choix opérés en ce qui concerne la composition du CA, deux solutions sont envisageables ici :

- **Même composition**
Soit on garde la même composition que dans l'actuel CA. Puisque l'INCa est l'agence d'Etat compétente pour le cancer, le Président de l'INCa y siégerait avec tous les membres du CA actuel qui ne sont pas liés par la position de l'Etat dans leur vote. Les représentants des administrations concernées y assisteraient lorsque l'ordre du jour le justifie, sur demande du Président ou d'un nombre minimum de membres titulaires.
Il serait dommage d'en rester là. La réforme proposée donne en effet l'occasion d'élargir le tour de table sans faire subir à l'instance de décision le risque de phénomène d'agora.
- **Elargissement**
La distinction des rôles et des champs de légitimité permet en effet de revoir et/ou d'élargir la composition de l'instance nouvellement créée. L'article 6 de la Convention constitutive en donne la possibilité (*Article 6 - Adhésions* "Toute personne morale de droit public ou privé interve-

nant dans le domaine de la santé et de la recherche sur le cancer qui souhaite devenir membre de l'Institut national du cancer, doit recueillir l'accord de l'assemblée générale statuant à la majorité des deux tiers des voix des membres présents ou représentés").

A titre d'exemple, on pourrait ainsi :

- revoir la proportion des professionnels de santé et des représentants des établissements pour être plus proche de leur contribution effective à la prise en charge de patients ;
- élargir la représentation des patients à des institutions généralistes type CISS (Comité interassociatif des usagers du système de santé) ou spécialisées type "Europa Donna" ou "Vivre avec"... ;
- faire une place à des représentations professionnelles du type société savantes ou représentatives de métiers fortement impliqués dans la lutte contre le cancer comme celles impliquées dans le dépistage, les laboratoires d'analyse... ;
- poser la question de la présence des nouveaux acteurs de la cancérologie que sont les réseaux de santé ou les cancéropôles ;
- poser la question de l'opportunité d'avoir des représentants de l'industrie, plus grosse pourvoyeuse en matière d'innovation mais aussi en termes de budgets de formation.

On rejoindrait ainsi l'idée des fondateurs qui voulaient disposer d'une "maison commune" à tous les acteurs de la lutte contre le cancer afin de créer un lieu de dialogue, de confrontation, d'échange facilitateur de leur nécessaire mise en cohérence, en synergie. La qualité des travaux, des initiatives et de l'expertise de l'INCa s'en trouverait singulièrement enrichie. Sa capacité d'accès à une information directe lui donnerait la capacité de débats basés sur les faits. Son caractère "consultatif" faciliterait des échanges protégés des enjeux de pouvoirs forcément forts compte tenu des budgets accordés à la "priorité cancer" et qui ont tant nui au démarrage de l'INCa.

E - Fonctionnement de cette nouvelle instance

Le Président de l'INCa comme toutes les administrations ou les agences concernées auraient droit de saisine de ce nouveau "Conseil" sur tout sujet concernant la lutte contre le cancer et son évaluation.

A l'inverse, le nouveau "Conseil" aurait droit de saisir le Président et/ou le Conseil d'administration de toute question qu'il juge importante sur les

mêmes sujets, il aurait de la même manière un droit d'information garanti par ses statuts, selon des règles de majorité fixées par son règlement intérieur.

Ainsi que pour les autres réformes de la "gouvernance" qui seront adoptées, il y aurait modification de la convention constitutive de l'INCa et/ou des règlements intérieurs concernés.

F - La question de l'Assemblée générale

La composition de l'Assemblée générale devrait logiquement être revue pour tenir compte des décisions prises concernant le CA et le nouveau Conseil. Logiquement l'Etat devrait y rester majoritaire en voix. Cette question ne devrait pas poser de difficulté les autres ayant été tranchées.

Ainsi la gouvernance de l'INCa serait adaptée à son nouveau statut d'agence d'Etat et à l'exigence qu'elle s'est fixée d'articulation et de mise en cohérence des acteurs.

Le tout se ferait sans confusion des champs de légitimité ou de responsabilité ce qui serait une garantie de bon fonctionnement et donc de capacité de régénérescence de l'institution.

L'institution se verrait aidée par une double expertise

- scientifique le "Conseil scientifique international" d'une part,
- professionnelle et sociétale d'autre part (le nouveau "Conseil consultatif"),

et le renfort

- du Comité des usagers et des malades qui veille aux droits des malades et à leurs intérêts
- et du Comité de déontologie qui veille à la transparence et la pertinence des actions conduites.

L'Etat s'en trouverait renforcé dans son action en matière de lutte contre le cancer et disposerait ainsi de l'institution originale et créative qu'il souhaite pour le seconder dans la gestion de cette priorité de santé publique.

ANNEXE 1

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

A. 8 de la Convention constitutive

Les droits statutaires des membres du groupement à l'assemblée générale sont les suivants :

L'Etat, à savoir : - 3 représentants du ministère chargé de la santé - 2 représentants du ministère chargé de la recherche - président du conseil d'administration	3 x 4voix 2 x 6 voix 1 voix	25 voix
INSERM	1 voix	13 voix
CNRS	1 voix	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	1 voix	
Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole	1 voix	
Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés	1 voix	
Ligue nationale contre le cancer	2 x 1 voix	
Association pour la recherche sur le cancer	1 voix	
Fédération hospitalière de France	2 x 1 voix	
Fédération de l'hospitalisation privée	1 voix	
Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer	1 voix	
Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif	1 voix	
	Total :	38 voix

ANNEXE 2

CONSEIL D'ADMINISTRATION

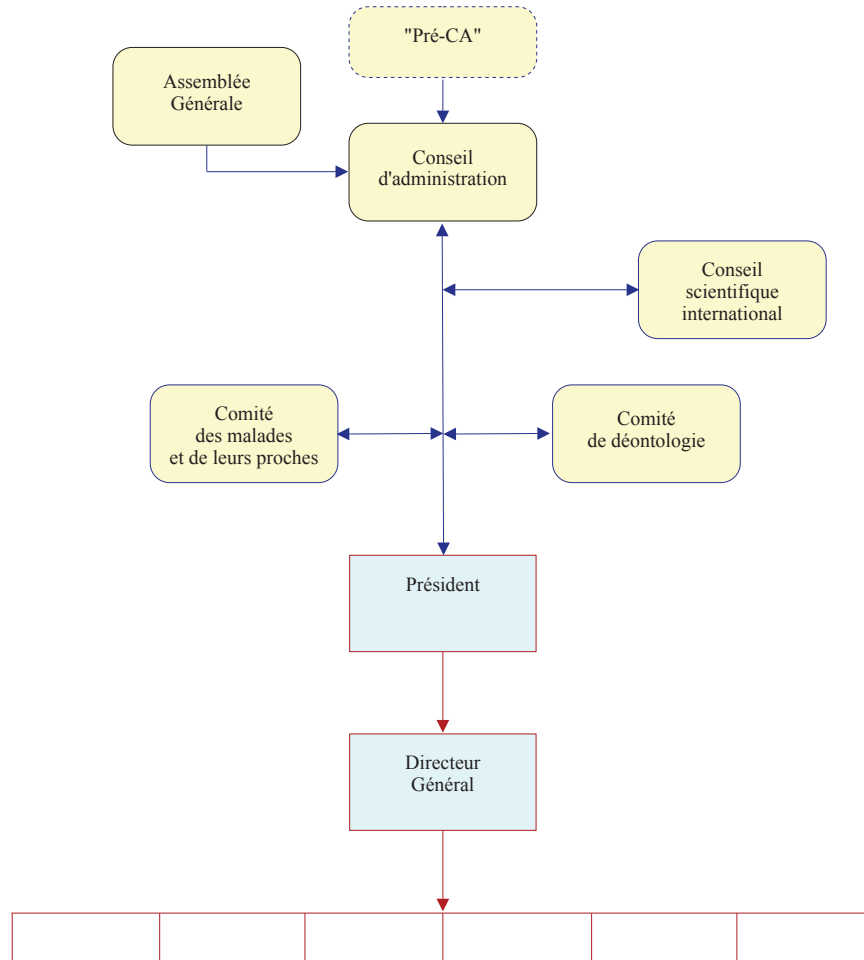
A. 9 de la Convention constitutive

		35 membres
L'Etat, à savoir : - 3 représentants du ministère chargé de la santé - 2 représentants du ministère chargé de la recherche - président du conseil d'administration	3 x 4voix 2 x 6 voix 1 voix	25 voix
INSERM	1 voix	21 voix
CNRS	1 voix	
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	1 voix	
Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole	1 voix	
Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés	1 voix	
Ligue nationale contre le cancer	2 x 1 voix	
Association pour la recherche sur le cancer	1 voix	
Fédération hospitalière de France	2 x 1 voix	
Fédération de l'hospitalisation privée	1 voix	
Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer	1 voix	
Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Personnalité qualifiée	1 voix	
Total :		46 voix

ANNEXE 3

INCa

L'organisation actuelle de la "gouvernance"

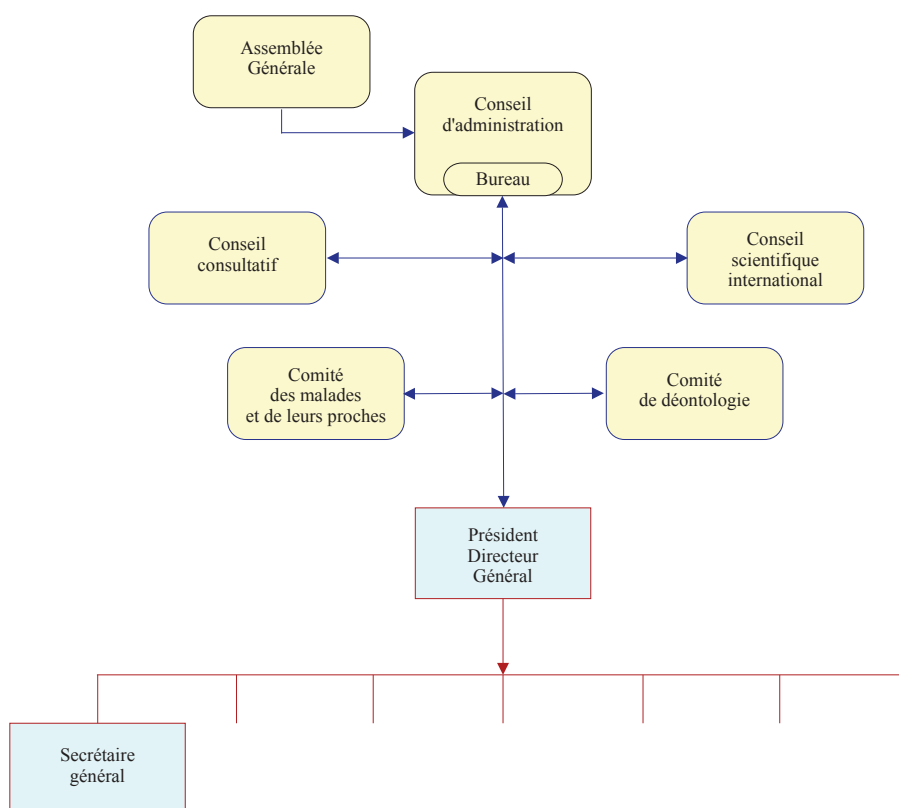


ANNEXE 4

INCa

L'organisation proposée de la "gouvernance"

suite au séminaire du CA du 29 Novembre 2006



13.2

**APM - Agence de Presse Médicale
Service InfoAPM**

SUJET : CANCER INSTITUT INCA GOUVERNANCE

TITRE : L'Inca se positionne comme une agence d'Etat

PARIS, 21 décembre 2006 (APM) - L'Institut national du cancer (Inca) adopte un positionnement d'agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, a-t-on appris auprès de son président jeudi à l'issue d'un conseil d'administration.

A la suite de la polémique qui a touché l'Inca en 2006, le positionnement du nouvel institut thématique par rapport aux services de l'Etat a fait l'objet de débats. La loi qui l'a créé n'était pas suffisamment précise.

Le conseil d'administration de jeudi portait sur le positionnement et les orientations stratégiques de l'institut, l'analyse des remarques sur la gouvernance faites dans le rapport d'audit du Contrôle général économique et financier, rendu public fin juin, l'analyse financière et le vote du budget et des orientations, indique à l'APM le Pr Dominique Maraninchi, président du conseil d'administration.

Le positionnement de l'institut a fait l'objet d'un travail approfondi avec les services de l'Etat et les administrateurs notamment au cours d'un séminaire organisé le 29 novembre dernier, et on s'est orienté vers un positionnement d'agence, précise-t-il.

"L'institut a vocation à être une agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie" et travaillera avec ses deux ministères de tutelles (santé, recherche), ajoute-t-il.

En tant qu'agence, "*l'Inca produit de l'expertise sur saisine externe ou sur auto-saisine, intra-muros et extra-muros par et à travers ses partenaires via les appels d'offres et des partenariats*", explique le Pr Maraninchi. "*On sort de l'ambiguïté*", commente-t-il.

En plus d'être une agence d'expertise, l'Inca est une agence d'objectifs et de moyens. *"L'expertise ne sera pas déconnectée par rapport aux actions extra-muros"*, souligne le président.

Le schéma d'orientation a été voté à l'unanimité. Le Pr Maraninchi cite notamment l'amélioration de la prévention des cancers, faciliter le diagnostic précoce et définir la prise en charge, optimiser cette prise en charge, stimuler une politique de recherche dédiée en cancérologie privilégiant une accélération du transfert entre les connaissances et les soins plutôt qu'entre les connaissances et les valeurs monétaires.

L'action avec les cancéropôles sera soutenue et renforcée avec une politique à long terme. La collaboration avec les organismes de recherche tels que l'Inserm et le CNRS s'inscrit aussi sur le long terme avec l'installation de 50 nouvelles équipes de recherche compétitives sur le territoire.

"2007 sera une année de production, en matière d'expertise et d'appels à projets bien coordonnés, d'évaluation et d'adaptation et de remobilisation sur le futur du Plan cancer", indique à l'APM le Pr Maraninchi.

UN BUDGET DE 115 MILLIONS D'EUROS

Le conseil d'administration a aussi adopté jeudi un budget prévisionnel de 115 millions d'euros, en progression de 12,3 % par rapport au précédent.

Ce budget se compose de 50 millions d'euros de subventions nouvelles provenant du ministère de la santé (en hausse de 10 %), de 45 millions d'euros du ministère de la recherche (dont la participation a augmenté de 15 % en trois ans) et de 19 millions d'euros de report des crédits non utilisés.

L'institut a fait le choix d'abandonner le dossier de la valorisation qui prévoyait la création d'un fond d'investissement pour lequel étaient fléchés cinq millions d'euros (c'est ce qui explique pourquoi la part du ministère de la recherche est inférieure de cinq millions à celle du ministère de la santé).

Toutes les charges liées à des engagements déjà pris et non encore attribuées (dans le cadre d'appels d'offres) seront rapidement distribuées au premier semestre 2007, assure le Pr Maraninchi.

Dans ce budget, 77 % des ressources seront mobilisées sur les actions externes et frais de campagnes d'information, tandis que 13 % iront au frais de personnel. Une provision pour travaux a été votée en vue de l'installation du siège sur l'île Seguin, projet qui a pris un an à un an et demi de retard.

Par programmes, 51 % du budget 2007 sera dirigé sur les programmes par appel d'offres, en épidémiologie et recherche, 19 % pour la prévention, le dépistage et l'information, 20 % pour l'organisation de l'offre de soins et l'accès à l'innovation et 10 % pour les fonctions de support.

En matière de soins, les priorités d'action et budgétaires porteront sur l'impact des autorisations d'activité de cancérologie avec une mobilisation de crédits pour les réseaux et les 3C (centres de coordination en cancérologie) notamment.

Le budget des référentiels et recommandations a bénéficié d'une augmentation substantielle (de 546.000 à 934.000 euros).

L'extension du dépistage organisé du cancer colorectal va faire l'objet d'une "*énorme mobilisation*" sur le plan de l'organisation mais aussi de l'évaluation, de l'expertise, de l'impact sur le système de soins, de la recherche (pour trouver de nouveaux marqueurs). L'Inca n'est pas opérateur du dépistage, rappelle le président de l'institut.

Les effectifs internes de l'Inca ne seront pas modifiés. L'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) 2006 prévoyait 189 équivalents temps plein. L'Inca en compte environ 173 actuellement. Le chiffre de 180 est retenu dans le budget adopté jeudi. La masse budgétaire salariale est en légère baisse de 5,5 %, précise le président qui s'est engagé à maintenir l'emploi à son arrivée.

Concernant la gouvernance, suite au rapport d'audit, plusieurs améliorations seront proposées au prochain conseil d'administration (CA): la création d'un bureau (de six ou sept membres) au sein du CA pour faciliter les relations entre l'institut et les administrateurs, d'une commission d'audit dans le cadre du CA et en dehors du CA, la mise en place d'un comité de professionnels comme il existe déjà un comité des patients.

En termes de gouvernance directe, certaines délégations de signature et de compétences reviennent au président. L'introduction d'un commissaire du gouvernement proposée dans le rapport d'audit n'a pas été retenue.

Enfin, il a été souligné de toujours veiller à l'équité et à la lutte contre les inégalités, note le Pr Maraninchi.

sl/fb/APM polsan

redaction@apmnews.com

SLJLL003 21/12/2006 18:48 ACTU CANCER

13.3



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

24 mai 2007 | Communiqué de Presse

**La Haute Autorité de Santé lance une enquête
auprès de tous les professionnels de santé
sur les nouvelles modalités de coopération**

La Haute Autorité de Santé a publié le 27 mars dernier un rapport d'étape sur la coopération entre professionnels de santé. Elle réalise aujourd'hui une enquête sur son site Internet dont l'objectif est de permettre aux professionnels et équipes de santé de partager leur expérience en termes de coopération : nouveau partage des tâches, nouvelles pratiques paramédicales, etc... Ce questionnaire sera disponible jusqu'au 31 juillet 2007 sur www.has-sante.fr

La Haute Autorité de Santé a été chargée par le ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, d'élaborer une recommandation visant à :

- * clarifier les conditions de la coopération entre professionnels de santé dans le domaine de la santé ;
- * identifier les évolutions qui pourraient la faciliter.

Les actions mises en place par la HAS pour répondre à cette mission sont décrites dans le rapport d'étape « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » disponible sur le site www.has.fr.

Le Pr. Yvon Berland notait, dans ses travaux successifs, que de nouvelles modalités de travail ont d'ores et déjà été imaginées et mises en place par les professionnels de santé et les équipes soignantes, tant en ville qu'à l'hôpital. La HAS souhaite que sa recommandation puisse tirer enseignement de ces pratiques de terrain, encore trop peu connues.

La HAS engage aujourd'hui une enquête, qui a pour objectif d'inviter les professionnels de santé à participer à la réflexion sur l'avenir des professions de santé en partageant leurs expériences en termes de coopération : nouveau partage des tâches, nouvelles pratiques paramédicales, etc... Ils pourront le faire en

répondant directement à un questionnaire accessible sur le site Internet de la HAS jusqu'au 31 juillet 2007.

Ce questionnaire peut être complété seul ou en équipe de soins, de manière anonyme ou non. Dans tous les cas, les renseignements recueillis ne feront pas l'objet d'une publication nominative. La HAS insiste sur la nature exclusivement informative de cette enquête. Il ne s'agit en aucune façon d'une procédure de validation des pratiques professionnelles qui seront décrites.

Le questionnaire et le rapport d'étape sont directement accessibles à partir des adresses suivantes :

Le questionnaire : <http://www.modalisa.com/has/accueil.html>

Le rapport d'étape : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_497724
(rubrique « Professionnels de santé » puis « Santé publique »)

Responsable de la communication
Karen Candau

Contacts presse
Virginie Lanlo
Gilles Djeyaramane
contact.presse@has-sante.fr
Tél : 01 55 93 70 00



Madame, Monsieur,

La coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé à bien des égards. Elle est un levier **d'amélioration de la prise en charge** des patients dans un contexte d'évolution des savoirs et des techniques, **d'amélioration de l'accès aux soins** dans le contexte démographique actuel des professions de santé, mais également de **valorisation des professions**, tant médicales que paramédicales.

La Haute Autorité de Santé a été chargée par le ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, d'élaborer une recommandation visant à :

- clarifier les conditions de la coopération entre professionnels de santé dans le domaine de la santé ;
- identifier les évolutions qui pourraient la faciliter.

Pour répondre à cette mission, la HAS s'appuie sur l'évaluation de 11 expérimentations, actuellement en cours, sur des groupes d'expertise et sur la consultation des professions concernées. Le détail des actions mises en place par la HAS est disponible sur le site www.has.fr. Par ailleurs, le Pr. Y. Berland notait, dans ses travaux successifs, que de nouvelles modalités de travailler ont, d'ores et déjà, été imaginées et mises en place par les professionnels de santé et les équipes soignantes, tant en ville qu'à l'hôpital. La HAS souhaite que sa recommandation puisse également **tirer enseignement de ces pratiques de terrain**, encore trop peu connues.

C'est pourquoi la HAS réalise une enquête dont l'objectif est de permettre aux professionnels et équipes de santé de partager leur expérience en termes de coopération : nouveau partage des tâches, nouvelles pratiques paramédicales, etc...

Nous vous remercions par avance du temps que vous voudrez bien nous accorder en répondant au questionnaire ci-joint.

Vous pouvez choisir de le remplir seul ou au sein de votre équipe, de manière anonyme ou non. Dans tous les cas, les renseignements recueillis ne feront pas l'objet d'une publication nominative.

Enfin, la HAS insiste sur la nature exclusivement informative de cette enquête. Il ne s'agit en aucune façon d'une procédure de validation des prati-

ques professionnelles qui seront décrites.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Claude Maffioli
Collège de la Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Evaluation des programmes et politiques de santé publique

**Délégation, transfert, nouveaux métiers....
Conditions des nouvelles formes de coopération
entre professionnels de santé**

Recommandation de santé publique - rapport d'étape

Objectifs Ce rapport d'étape a pour objectif de présenter la méthodologie sur laquelle la Haute Autorité de Santé s'appuie pour élaborer une recommandation visant à clarifier les conditions de la coopération dans le domaine de la santé et à identifier les évolutions qui pourraient la faciliter, afin de préserver, voire d'améliorer, la qualité des soins pour les patients. En particulier, il présente les méthodes d'évaluation développées pour suivre 11 projets, actuellement en cours, expérimentant de nouvelles formes de coopération entre médecins et auxiliaires de santé. La publication de ce rapport d'étape s'inscrit dans la perspective d'une consultation publique dont l'objectif est de permettre à tous les acteurs concernés de réagir sur ce thème, fondamental pour l'avenir du système de santé.

Résumé Pour garantir la pertinence et l'acceptabilité de l'ensemble de la démarche de recommandation, deux principes forts sous-tendent la méthode développée : l'évaluation structurée de projets expérimentaux et la consultation de l'ensemble des acteurs impliqués et souhaitant s'exprimer sur le sujet.

La HAS s'appuiera notamment sur l'évaluation des onze expérimentations qui ont été autorisées par l'arrêté de mars 2006. L'évaluation de ces projets expérimentaux se décline concrètement en trois études :

- * une évaluation fondée sur un recueil prospectif par chaque site de données quantitatives d'activité et de résultats permettant d'étudier la faisabilité, la sécurité et la qualité des soins ;
- * un recueil de l'avis des patients par questionnaire organisé sur chaque site afin d'apprécier la perception et l'acceptation par les patients de cette ré-organisation de sa prise en charge ;
- * une évaluation qualitative, par entretien semi-directif, organisée sur chaque site auprès des professionnels de santé concernés. Elle sera plus particulièrement centrée sur

les aspects liés à la faisabilité et à l'organisation des nouvelles formes de coopération.

La recommandation sur les conditions de généralisation des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé intègrera, outre l'analyse des expérimentations en cours, les enseignements d'expériences étrangères, des travaux spécifiques sur des thèmes transversaux dans le cadre de groupes d'expertise et la consultation avec les professionnels et les institutionnels.

Compte-tenu du nombre de professions concernées et d'organisations professionnelles légitimes pour s'exprimer sur le sujet, la HAS initie, au printemps 2007, une consultation publique qui se déroulera en plusieurs étapes successives jusqu'à l'automne : réunion d'information auprès des principales organisations professionnelles, enquête auprès des professionnels de santé, consultation publique sur internet. Cette dernière étape permettra aux acteurs concernés de réagir et de faire des propositions argumentées.

Date de l'étude janvier 2007

Méthode La démarche est pilotée par un comité de suivi constitué de membres de la Haute Autorité de Santé et de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Un conseil scientifique garantit la qualité méthodologique de l'évaluation des projets expérimentaux.

Cible Professionnels de santé et institutions

Promoteur Cette mission a été confiée à la HAS par le Ministre de la Santé Xavier Bertrand. Elle est réalisée par la HAS en collaboration avec l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS).

Document n° 14

Dépêches de presse APM relatives aux Rencontres 2007

L'Agence de Presse Médicale a bien voulu rendre compte des Rencontres 2007. Elle y a consacré deux dépêches qui sont reproduites ci-après.

- Radiothérapie et oncologie médicale libérales : Xavier Bertrand annonce la reprise des discussions
- Gouvernance de l'Inca : l'UNHPC et la FHP proposent de réunir les professionnels et patients au sein d'un comité consultatif statutaire



APM - Agence de Presse Médicale Service InfoAPM

SUJET : CANCER RADIOTHERAPIE ONCOLOGIE
CLINIQUE UNHPC MINISTRE

**TITRE : Radiothérapie et oncologie médicale libérales :
Xavier Bertrand annonce la reprise des discussions**

PARIS, 15 janvier 2007 (APM) - Le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a annoncé vendredi la constitution d'un groupe de travail réunissant l'Etat, l'assurance maladie et les professionnels en réponse aux demandes des radiothérapeutes et oncologues médicaux libéraux.

Les difficultés rencontrées par l'oncologie médicale privée (démographie médicale préoccupante, crise des vocations et charge de travail croissante) ont été rappelées lors des XIIIèmes rencontres de la cancérologie libérale et hospitalière privée organisées vendredi à Paris par l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC).

Le Syndicat français des oncologues médicaux (Sfom) demande une réforme du système de facturation de l'activité de chimiothérapie, à enveloppe constante, sur la base d'un forfait supprimant l'effet volume.

Exprimée depuis cinq ans, cette demande a été renouvelée en novembre 2006 à l'occasion des procès en cours à Grasse et Nice (cf dépêche APM SLJK6003). Elle s'inscrit dans l'application du Plan cancer dont la mesure 51 vise à moderniser la cotation de certains actes médicaux ou soignants lorsqu'elle est inadaptée, notamment en faisant évoluer l'acte de surveillance d'une chimiothérapie vers un acte intellectuel de supervision du protocole avec un tarif incitatif à la pratique pluridisciplinaire.

"Il est urgent de relancer la totalité de la filière dans le privé et dans le public", a souligné le Dr Franck Bürki (Saint-Jean, Haute-Garonne), président du Sfom.

En janvier 2006, lors des précédentes rencontres de l'UNHPC, le conseiller du ministre, Daniel Nizri, avait indiqué que *"tout serait réglé dans les trois mois"*. *"Or nous attendons toujours"*, a déploré le président.

De son côté, le président du Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO), le Dr Francis Lipinski (Bayonne), a rappelé les engagements pris et non suivis d'effet pour la radiothérapie libérale, notamment sur la mise en place d'un recueil PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) pour l'activité de radiothérapie libérale.

Au cours de la journée, Daniel Nizri est venu remettre aux présidents des deux syndicats des lettres du ministre de la santé répondant à leurs revendications. Il a été annoncé à cette occasion aux deux présidents qu'ils seraient convoqués sous 10 à 15 jours pour une réunion de travail associant la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et l'assurance maladie.

Sur l'oncologie médicale, Xavier Bertrand reconnaît qu'une réflexion ancienne a été menée avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) aboutissant à un "consensus" et que le Plan cancer a souligné la nécessité de moderniser la cotation des actes de cancérologie libérale, afin de favoriser une meilleure pratique.

"Je suis très attaché à cette évolution qui devrait conduire à une amélioration de la qualité des soins et à une plus grande sérénité de votre exercice", écrit le ministre au Dr Bürki dans une lettre dont APM a eu copie et dans laquelle il fait allusion aux affaires judiciaires en cours.

"Il importe donc, aujourd'hui, que ces travaux soient repris et conduits avec diligence", ajoute le ministre en précisant qu'il a demandé au directeur de la CNAMTS de reprendre la réflexion *"en sorte d'aboutir dans les plus brefs délais"*.

DES INVESTISSEMENTS EN RADIOTHERAPIE

S'agissant de la radiothérapie, le ministre fait le point sur les travaux engagés depuis un an par ses services.

"La mise en place d'un recueil d'information de type PMSI dans vos cabinets est réaliste, même s'il persiste aujourd'hui quelques sujets techniques notamment informatiques et de transmission à résoudre", écrit Xavier Bertrand.

"Au-delà de la réflexion sur le financement que cette information contribuera à situer, elle est importante pour faire la démonstration de l'ampleur de votre concours à l'offre de soins en radiothérapie, et à conduire une planification efficiente des équipements", commente-t-il. Le SNRO estime à 60% la part des patients traités par le privé.

Dans son courrier, Xavier Bertrand souhaite que le parc d'appareils de radiothérapie évolue, *"ce qui implique un investissement économique"*. *"Il faut donc réfléchir à un dispositif qui permette d'orienter les financements qui seraient consentis vers l'acquisition d'équipements servant l'objectif de qualité et de sécurisation des soins"*, ajoute-t-il.

Interrogé lundi par l'APM, le Dr Bürki se réjouit de la prise de position du ministre mais attend sa concrétisation. Le président du Sfam espère que la mise en pratique tiendra compte des variations de structure à structure, notamment pour celles qui, par un biais de recrutement, pratiquent un nombre d'actes plus important par patient (selon la pathologie) et qui vont donc voir leur chiffre d'affaires baisser.

Le président du SNRO affiche une réaction "mitigée" mais se dit "plein d'espoir". "C'est ce que nous attendions depuis de nombreux mois. Nous sommes contents d'avoir cette lettre qui entérine la mise en route prochaine du PMSI dans les cabinets de radiothérapie", indique le Dr Lipinski.

"Nous prenons acte de la nécessité d'injecter de l'argent pour l'acquisition de matériel", ajoute-t-il. Le président du SNRO note en revanche que l'évolution du statut des cabinets des centres de radiothérapie vers celui d'établissements de santé -avancée début 2006- n'est pas du tout envisagée.

Le secrétaire général de l'UNHPC, le Dr Gérard Parmentier, salue les engagements du ministre sur l'oncologie médicale et relève que le "dossier n'est pas oublié" pour la radiothérapie, avec la confirmation des orientations présentées il y a un an. "Le dossier avance un peu et l'annonce du groupe de travail tripartite donne l'espoir que des décisions soient prises".

Lors de la clôture des rencontres, le président de l'UNHPC, le Dr Bernard Couderc, a estimé que la meilleure façon de reconnaître l'oncologie médicale était "d'intégrer les oncologues médicaux aux groupes d'oncologues radiothérapeutes".

"L'articulation avec les autres spécialités, en particulier la chirurgie oncologique, ne peut être effective que dans la pluridisciplinarité", a-t-il souligné. "L'ouverture à de nouvelles fonctions et à de nouveaux métiers des soignants, par la délégation d'actes, doit pouvoir nous y aider".

sl/cd/APM polsan
redaction@apmnews.com
SLKAF001 15/01/2007 18:35 ACTU CANCER



**APM - Agence de Presse Médicale
Service InfoAPM**

SUJET : CANCER INCA GOUVERNANCE UNHPC FHP CLINIQUE

**TITRE : Gouvernance de l'Inca :
l'UNHPC et la FHP proposent de réunir
les professionnels et patients au sein d'un comité consultatif statutaire**

PARIS, 16 janvier 2007 (APM) - Les représentants de la cancérologie privée proposent d'adapter la gouvernance de l'Institut national du cancer (Inca) à son nouveau statut d'agence d'Etat en réunissant les acteurs de la cancérologie au sein d'un comité consultatif statutaire plutôt qu'au sein du conseil d'administration.

Cette proposition de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC) et de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a été présentée dans une note remise aux administrateurs lors du dernier conseil d'administration (CA) du 21 décembre 2006.

Elle a été remise vendredi aux participants des XIIIèmes rencontres de la cancérologie libérale et hospitalière privée organisées vendredi à Paris par l'UNHPC. Cette contribution sera débattue avec les autres projets de réforme de la gouvernance lors du prochain CA de l'Inca, dont la date n'est pas encore connue.

Lors du CA de juillet 2006, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, avait dit que l'Etat choisirait entre les deux options d'orientation de l'Inca : la "*maison commune des professionnels, des chercheurs et des patients*" prônée par les fondateurs ou "*l'agence d'Etat*", à la suite du rapport d'audit, rappellent la FHP et l'UNHPC dans leur proposition.

Or, l'Etat a choisi de faire de l'Inca une agence d'Etat (cf dépêche APM SLJLL003).

Afin de revaloriser le rôle du CA "*en lui faisant jouer un vrai rôle et non plus celui de simple prolongement du 'pré-CA'*" (qui réunit l'Inca et les représentants de l'Etat) et de continuer à faire profiter l'Inca de l'apport de tous les acteurs de la lutte contre le cancer, la cancérologie privée propose de créer un "*Comité consultatif*" statutaire, symétrique du Conseil scientifique.

"Ainsi, l'Inca, son CA et son président seraient renforcés par les avis scientifiques d'un Conseil scientifique et les avis 'sociétaux' et du terrain d'un Comité consultatif rassemblant les acteurs de la lutte contre le cancer", indiquent la FHP et l'UNHPC.

En se retirant du CA pour former un Comité consultatif, les acteurs de la lutte contre le cancer pourraient mieux exprimer leur avis que dans le CA actuel au sein duquel l'Etat est majoritaire.

Les CA sont en effet précédés d'un "pré-CA" qui se réunit sur le même ordre du jour et au cours duquel les représentants de l'Etat arrêtent leur position, rapportent la FHP et l'UNHPC, qui relèvent que le CA rencontre, de ce fait, *"des difficultés pour jouer le rôle d'instance de concertation, d'expression et d'information mutuelle que l'Etat veut lui donner"*.

Selon leur proposition, le CA serait ainsi recentré sur les responsabilités que lui donne la loi, à savoir les délibérations et décisions, tandis que le nouvel organisme statutaire appelé Comité consultatif ou de coordination aurait plus une vocation de concertation et de coordination et permettrait aux professionnels et institutions concernés d'avoir accès à une information directe et à une capacité d'expression sur toutes les questions touchant le cancer.

"L'idée des ministres fondateurs de créer une 'maison commune' des chercheurs, des professionnels et des patients prendrait corps dans une organisation adaptée", soulignent la FHP et l'UNHPC.

Dans cette configuration, les autres organes statutaires resteraient inchangés dans leur définition avec un conseil d'administration qui délibère et qui décide, un conseil scientifique international qui réunit des experts reconnus, un conseil consultatif qui fédère l'ensemble des acteurs, un comité des usagers et des malades qui veille aux droits des malades et à leurs intérêts et un comité de déontologie qui veille à la transparence et la pertinence des actions conduites.

LA "MAISON COMMUNE" DES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Le nouveau CA pourrait alors être composé soit uniquement de représentants de l'Etat (ministères de la santé et recherche et président du CA), soit les mêmes complétés de représentants de l'assurance maladie, ou encore les mêmes complétés des organismes de recherche et des agences de santé ou bien les mêmes complétés de quelques personnalités qualifiées, proposent les auteurs du texte.

Quant à la nouvelle instance consultative statutaire, elle pourrait reprendre la composition actuelle du CA avec tous les membres qui ne sont pas liés par la position de l'Etat dans leur vote, plus le président du CA.

Mais la FHP et l'UNHPC penchent plutôt pour un élargissement en revoyant la proportion des professionnels de santé et des représentants des établissements pour être plus proche de leur contribution effective à la prise en charge des patients (ce qui augmenterait la représentativité du privé dans cette instance).

Les auteurs de la proposition citent aussi une ouverture à d'autres associations généralistes, comme le Comité interassociatif des usagers du système de santé (CISS), ou spécialisées comme Europa Donna ou Vivre avec..., et non pas seulement à la Ligue nationale contre le cancer et à l'Association pour la recherche sur le cancer (ARC).

La question de la présence des nouveaux acteurs de la cancérologie que sont les réseaux de santé ou les cancéropôles se pose également, et pourquoi pas des représentants de l'industrie, "plus grosse pourvoyeuse en matière d'innovation mais aussi en termes de budgets de formation", avancent-ils.

"On rejoindrait ainsi l'idée des fondateurs qui voulaient disposer d'une 'maison commune' à tous les acteurs de la lutte contre le cancer", soulignent-ils.

Sur le plan du fonctionnement, ce nouveau conseil pourrait être saisi et aurait, à l'inverse, droit de saisir le président et/ou le CA.

sl/cd/APM polsan
redaction@apmnews.com
SLKAF002 16/01/2007 16:33 ACTU CANCER

- IV -
INFORMATIONS
UNHPC ET RENCONTRES

- Les différents thèmes des Rencontres de 1994 à 2007
- Eléments bibliographiques
- Schémas récapitulatifs des composantes de la “plateforme commune” des organisations représentatives de la cancérologie libérale et hospitalière privée.
- Coordonnées des orateurs présents aux Rencontres 2007
- Index des intervenants aux Rencontres 2007

Thèmes des Rencontres de la Cancérologie Libérale et Hospitalière de 1994 à 2007

- 1994 :** Quelle cancérologie pour la France ?
- 1995 :** L'accréditation en cancérologie
- 1996 :** Les réseaux de soins en cancérologie
- 1997 :** Partage de l'information, transmission et confidentialité dans les réseaux
- 1998 :** La concertation pluridisciplinaire en cancérologie
- 1999 :** Soins palliatifs et phases terminales
- 2000 :** Controverses autour du dossier médical
Quelle information pour le patient ?
- 2001 :** L'évolution de la prise en charge des malades en chimiothérapie
L'ouverture du droit coopératif aux professionnels de santé
- 2002 :** La chirurgie du cancer à travers l'exemple de la chirurgie du cancer du sein
La fonction qualité et l'évaluation des pratiques en cancérologie
- 2003 :** La radiothérapie
La tarification à l'activité
- 2004 :** Radiologie et lutte contre le cancer : la place du privé
Recherche clinique et innovations thérapeutiques : la place du privé
- 2006 :** L'administration de la santé par l'Etat :
Quelles incidences sur nos pratiques ?
Comment fonctionne une économie administrée ?
- 2007 :** Quel avenir pour nos métiers ?
Le Plan Cancer bouscule nos métiers. Les refonde-t-il ?
L'oncologie se dissout-elle dans la multiplication des spécialités ou constitue-t-elle un métier aux multiples compétences ?
Que voulons-nous ? Que pouvons-nous ?

Éléments bibliographiques UNHPC

Les actes des Rencontres :

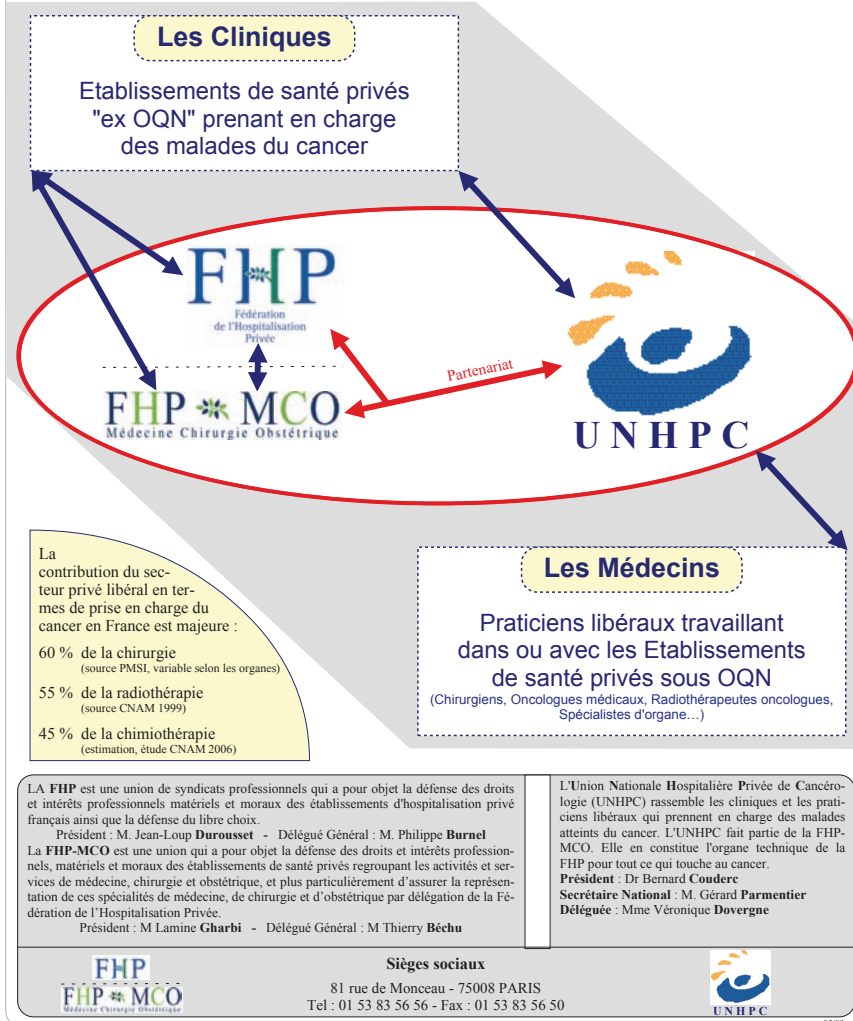
- **2001 :** Prise en charge **chimiothérapique** - Accès au **droit coopératif** pour les cliniques à actionnariat médical et pour les réseaux de santé
365 p.
- **2002 :** **Chirurgie** cancérologique : l'exemple du cancer du sein
La fonction qualité et l'évaluation des pratiques dans les **réseaux** de cancérologie
532 p.
- **2003-2004 :** **2003 :** La radiothérapie aujourd'hui en France
Cancérologie et Tarification à l'activité
2004 : La radiologie et la lutte contre le cancer
La recherche clinique et l'innovation. 699 p.
- **2006 :** **L'administration de la santé par l'Etat.** Quelles incidences sur nos pratiques ? Comment fonctionne une économie administrée. 647 p.

Mais aussi :

- Dossier « Partage de l'**information**, transmission et confidentialité dans les réseaux de soins » Hospitalisation Nouvelle n° 253, décembre 1997, p. 1-2 & 9-32
- « Cancérologie privée : **qualité** et nouvelle organisation des soins » Hospitalisation Nouvelle n° 258, mai 1998, p. 1-2 & 13-35
- **Charte** des Centres et réseaux de la Cancérologie Libérale - UNHPC - mars 1999 - 2ème édition
- **Labellisation** des réseaux en cancérologie sur la base de principes d'organisation et d'indicateurs médicaux - UNHPC, 1999, 96 p.
- « **Cancérologie privée** : attentes et réalisations » Hospitalisation Nouvelle n° 276, mars 2000, p. 1-37
- « **Réseaux et organisation de la cancérologie** : Réglementation, Plan Cancer, Définitions, Schémas, Tableaux, Propositions » - UNHPC, Février 2005, 200 p

LA CANCÉROLOGIE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE PRIVÉE

- Les Cliniques et les sites de cancérologie -








LA CANCÉROLOGIE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE PRIVÉE

- La "plateforme commune" -

Deux organismes à vocation "verticale" spécialisée (SFOM - SNRO), deux organismes à vocation générale et organisationnelle (UNHPC et FCLH), un organisme à vocation de recherche (SFCP).

Les trois premiers (SFOM - SNRO - UNHPC) et la société savante (SFCP) se consacrent exclusivement au cancer.

Plus largement, la FCLH fédère tous les intervenants dans la prise en charge du cancer (les oncologues radiothérapeutes, oncologues médicaux, établissements spécialisés, mais aussi chirurgiens, radiologues, FHP, société savante...).

«PLATE FORME COMMUNE»					
	ONCOLOGUES	RADIOTHERAPEUTES	ETABLISSEMENTS	CORPS MEDICAL	TOUS LES INTERVENANTS
Logo					
Sigle	SFOM	SNRO	UNHPC	SFCP	FCLH
Dénomination	Syndicat Français des Oncologues Médicaux	Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues	Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie	Société Française de Cancérologie Privée	Fédération de la Cancérologie Libérale et Hospitalière
Rassemble	Les médecins exerçant la spécialité d'oncologie médicale à titre exclusif	Les oncologues radiothérapeutes libéraux	Les Etablissements de santé privés ayant une activité en cancérologie et les médecins oncologues de toutes spécialités exerçant en établissements privés	L'ensemble des médecins traitant le cancer dans le secteur libéral afin de développer l'étude du cancer. Ces praticiens sont regroupés au niveau de Sections Départementales	- SFOM - SNRO - UNHPC - FHP - SFCP - UCDF - UCCMSF - FNMR
Président	Dr Franck BÜRKI	Dr Denis FRANCK	Dr Bernard COUDERC	Dr Gérard AUCLERC	Dr Didier LAMBERT
Secrétaire National	M. Gérard PARMENTIER				
Adresse Siège	SFOM Clinique de l'Union Boulevard de Ratalens 31240 SAINT-JEAN	62 Bd Latour Maubourg 75007 PARIS Standard : 01 53 59 34 00 Fax : 01 45 51 83 15	81 rue de Monceau 75008 PARIS Tel : 01 53 83 56 56 Fax : 01 53 83 56 50		81 rue de Monceau 75008 PARIS Tel : 01 53 83 56 56 Fax : 01 53 83 56 50
Adresse Président	Clinique de l'Union Boulevard de Ratalens 31240 SAINT-JEAN Secr : 05 61 37 87 61 Port : 06 84 75 44 64 Mél : frankburki@free.fr	Centre d'Oncologie et de Radiothérapie de Haute Energie du Pays Basque 14 allées Paulmy 64100 BAYONNE Std : 05 59 59 38 71 Fax : 05 59 25 79 28 Mél : flipski@wanadoo.fr	GROP Polyclinique de l'Ormeau 10, Chemin de l'Ormeau 65000 TARBES Std : 05 62 93 59 29 Port : 06 89 10 86 64 - Fax : 05 62 51 17 77 Mél : coudercbernardgrop@wanadoo.fr		Domaine d'Erété 64290 BOSDARROS Tel / F : 05 59 21 67 60 Port : 06 11 78 46 14 Mél : didierlambert@wanadoo.fr
Adresse Secrétaire National	M. Gérard Parmentier 4 rue du Château - 95300 PONTOISE Tel : 01 30 32 43 11 Port. : 06 07 40 32 57 Mél : gerard.parmentier@wanadoo.fr				

FHP : Fédération Hospitalière Privée ; représente les Etablissements de santé privés sous OQN, à statut commercial

UCF : Union des Chirurgiens de France

UCCMSF : Union Collégiale des Chirurgiens, Médecins et Spécialistes Français

FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues et Spécialistes en Imagerie Diagnostique et Thérapeutique

Pour tous renseignements :

Gérard Parmentier
Tel : 01 30 32 43 11 ou 06 07 40 32 57
Mél : gerard.parmentier@wanadoo.fr

Véronique Dovergne
Tel/Fax : 01 30 27 92 77 ou 06 87 42 63 50
Mél : unhpc-vd@wanadoo.fr

**Coordonnées des orateurs
présents aux Rencontres
2007**

Docteur Guy BAZIN	5 allée Maud Mannoni 44000 NANTES
Professeur Roland BUGAT	Institut National du Cancer (INCa) 52 avenue André Morizet 92513 BOULOGNE-BILLANCOURT
Madame Martine BURDILLAT	Ministère de la Santé et des Solidarités ONDPS 10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon 75014 PARIS
Docteur Franck BÜRKI	Syndicat Français des Oncologues Médicaux Clinique de l'Union Boulevard de Ratalens 31240 SAINT-JEAN
Docteur Bernard COUDERC	Groupe Radiothérapie et Oncologie des Pyrénées 10 chemin de l'Ormeau 65000 TARBES
Docteur Roger-Ken DANIS	Fédération de l'Hospitalisation Privée 81 rue de Monceau 75008 PARIS
Professeur Bernard HËRNI	Institut Bergonié 180 route de Saint-Genès 33076 BORDEAUX
Docteur Francis LIPINSKI	Centre d'Oncologie et de Radiothérapie de HauteEnergie du Pays Basque 14 allée Paulmy 64100 BAYONNE
Monsieur André MALICOT	Association des Compagnons du Devoir 82 rue de l'Hôtel de Ville 75004 PARIS
Professeur Dominique MARANINCHI	Institut National du Cancer (INCa) 52 avenue André Morizet 92513 BOULOGNE-BILLANCOURT

Professeur Yves MATILLON	Mission Evaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé Hôpital Saint-Joseph 185 rue Raymond Losserand 75014 PARIS
Monsieur Yves NOËL	Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine 15-35 rue Claude Boucher 33000 BORDEAUX
Monsieur Gérard PARMENTIER	Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie 4 rue du Château 95300 PONTOISE
Monsieur Henri VACQUIN	Idée Consultants 220-224 boulevard Jean Jaurès 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT
Docteur Guy VALLANCIEN	Institut Mutualiste Montsouris 42 boulevard Jourdan 75014 PARIS

Index des Intervenants aux Rencontres 2007

B	BAZIN	78, 155 , 176, 184, 187, 341, 343 , 347
	BRETEL	186
	BUGAT	79, 81 , 107, 108, 109, 311
	BURDILLAT	115 , 124
	BÜRKI	31 , 105, 129, 237 , 247 , 255
C	CHEULA	109
	COUDERC	16 , 20, 27, 29, 57, 79, 110, 113, 114, 128, 130, 154, 178, 187, 188, 213
D	DANIS	17
	de ANDOLENKO	124
	DESPAX	105
G	GANEM	123, 129
H	HÈRNI	189 , 212, 375
L	LARÛE-CHARLUS	114
	LAUGIER	75, 108, 154, 177, 184
	LIPINSKI	41 , 129, 222, 231 , 241, 233
	LOIZELET	172, 174
M	MALICOT	131
	MARANINCHI	21
	MATILLON	59 , 75, 77, 291, 293, 303, 309
N	NIZRI	128 , 129, 227
	NOËL	47
P	PARMENTIER	54, 76, 108, 110, 153, 176, 177, 178
	PEUVREL	124
	PLUCHON	212
R	ROUËSSÉ	106, 187
V	VACQUIN	57, 73, 75, 78, 107, 140, 144, 146, 147, 148, 153, 166, 167, 170, 176, 177, 459
	VALLANCIEN	179 , 184, 186, 363, 365, 369

**Professionnels de la cancérologie.
Quel avenir pour nos métiers ?**

Le Plan Cancer bouscule nos métiers.
Les refonde-t-il ?

L'oncologie se dissout-elle
dans la multiplication des spécialistes
ou constitue-t-elle un métier
aux multiples compétences ?

Que voulons-nous ? Que pouvons-nous ?

Ce livre est la reprise des actes des **Rencontres 2007 de la cancérologie libérale et hospitalière privée**, telles qu'elles se sont tenues à Paris le 12 janvier 2007 complétées de la documentation fournie aux participants. Il est destiné aux professionnels de santé impliqués dans la lutte contre le cancer et aux patients des associations spécialisés.

Ces Rencontres Nationales sont organisées chaque année par l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC).

Elles sont l'occasion d'un dialogue fructueux entre professionnels d'origine, de métiers et de statuts différents, mais tous réunis pour approfondir telle ou telle dimension d'organisation, de régulation ou d'évaluation de la prise en charge et du traitement du cancer. Ils partagent la même conviction : l'environnement et les conditions d'organisation déterminent de plus en plus la qualité des soins. Environnement, organisation, modalités de l'allocation des ressources ne vont pas de soi. Ils méritent autant d'attention que la recherche ou le développement des compétences.

Les travaux des Rencontres 2007 étaient consacrés au thème de **l'avenir des métiers de la cancérologie**. Ce thème a été abordé et mis en perspective par quelques-uns des meilleurs spécialistes du secteur.

Les **Rencontres 2007 de la cancérologie libérale et hospitalière privée** ont été organisées avec le soutien des Laboratoires Amgen, Roche et sanofi aventis :

AMGEN

Roche

sanofi aventis
Laboratoires

Ce livre a été édité par l'UNHPC.


UNHPC