

---

# L'année australienne. Comparaison des systèmes de santé français et anglo-saxon (Australie)

---

B. LAUNOIS  
Université de Rennes I  
Université d'Adélaïde (S.A.)

Correspondance :  
Professeur Bernard Launois  
bernard.launois@univ-rennes1.fr

---

## Résumé

A l'heure où la chirurgie française est en crise, il est intéressant de comparer deux systèmes de santé, deux organisations différentes. Cette expérience a été menée sur le plan universitaire en tant que « full professor » de chirurgie et sur le plan hospitalier comme chirurgien consultant. Les fonctions de professeur de chirurgie ont été exercées au Département de Chirurgie de l'Université d'Adélaïde. Les fonctions de consultant ont été exercées au Royal Adélaïde Hospital, au Queen Elizabeth Hospital et à Flinders Medical Center de Flinders University. Une semaine par mois les fonctions hospitalières étaient également exercées dans « l'outback » dans les hôpitaux de Whyalla et de Port Augusta. L'activité opératoire a été de deux sortes : 1 - une chirurgie universitaire. A Adélaïde, portant essentiellement sur la chirurgie hépatique et oesophagienne 2 - dans l'outback, l'activité était essentiellement une activité de chirurgie générale et d'urgence mais dans un rayon de 1.000 km environ. L'activité universitaire a été marquée par la participation sous forme d'exposés à 14 « grand rounds » sur les sujets les plus divers de chirurgie digestive et à 3 congrès australiens. L'enseignement se prolongeait par les « tutorials » aux résidents. L'activité de recherche s'est traduite par 9 publications et un éditorial. Un manuel d'urgence a en outre été édité pour tous les internes. L'organisation des soins, des systèmes public et privé a pu être comparée, avec une importance considérable des assurances privées. En conclusion, cette expérience a été très riche. Si l'enseignement des étudiants et des internes est excellent, l'organisation classique « à la française » mérite néanmoins d'être privilégiée.

**Mots clés :** Systèmes de santé / enseignement / pratique chirurgicale / hôpitaux publics et privés

---

A l'heure où la chirurgie française est en crise, il est très intéressant de comparer deux systèmes de santé, deux organisations différentes.

C'est le but de cet exposé.

## Matériel et méthodes

Cette expérience a été menée sur le plan universitaire en tant que « full professor » de chirurgie et sur le plan hospitalier comme chirurgien consultant. Les fonctions de professeur de chirurgie ont été exercées au Département de Chirurgie de l'Université d'Adélaïde\*. Les fonctions de consultant ont été exercées au Royal Adelaide Hospital, au Queen Elizabeth Hospital et à Flinders Medical

---

## Abstract

**The Australian year. A comparison of health care systems in France and Australia.**

At a time when French surgery is in crisis, it is interesting to compare two health care systems, two different organizations. A study was made of two positions: one a full professor of surgery at the department of surgery at the University of Adelaide; the other, a surgical consultant at the Royal Adelaide hospital, the Queen Elizabeth Hospital, and the Flinders Medical Center. One week per month surgery was practised in the "outback" in the hospitals at Whyalla and at Port Augusta.

Two kinds of surgery were practiced: 1. Academic surgery at the University of Adelaide, primarily liver and oesophageal surgery. 2. Outback surgery; this was primarily general and urgent surgery within a radius of about 1000 kilometers around the hospitals at Whyalla and Port Augusta. Academic work was performed by giving lectures in 14 grand rounds and at 3 Australian congresses on a variety of topics in digestive surgery. Follow-up tutorials were given to residents. The research appeared in nine publications and one editorial. An emergency manual was published for all interns. A comparison was made of health care in private and public hospitals, with considerable importance given to private insurance. In conclusion, this study was important and useful. If the teaching and training of medical students and interns is excellent, classical french organisation deserves being favored.

**Keywords :** Health care systems / teaching / surgical training / surgery / public and private hospitals

---

Center de Flinders University. Une semaine par mois les fonctions hospitalières étaient également exercées dans « l'outback » dans les hôpitaux de Whyalla et de Port Augusta. Ce texte a été validé par les Professeurs G.G. JAMIESON et G. MADDERN (Adélaïde).

## Résultats

### Enseignement

- Sélection des étudiants en médecine : les notes de lycée, tests, double interview par médecin et non médecin
- Enseignement de la chirurgie « Medical Education Unit » : les chirurgiens ne sont pas souvent demandés

- Formation des chirurgiens :

2 – *Interne* : deux premières années de chirurgie

### **Basic surgical training**

- OSCE : Observe, Standardize, Clinical examination chez 8 patients

- Examen écrit comprenant : anatomo-pathologie, physiologie, anatomie.

Ils ne sont pas toujours reçus à la 1<sup>ère</sup> année (90 % de reçus) et à la fin de la 2<sup>ème</sup> année ils peuvent se représenter.

*Registrars* : 4 ans de formation.

\* Cette nomination a été prolongée jusqu'au 7 mars 2007.

### **Advanced training**

Durant ces 4 années ils doivent passer un autre examen comprenant 6 étapes :

1 – examen écrit sur une question longue

2 – questions-réponses courtes

3 – anatomopathologie chirurgicale (oral)

4 – anatomie chirurgicale (oral)

5 – technique chirurgicale (oral)

6 – examen de malade (long cases, short cases).

Le taux de réussite est de 70 % mais il est présent sur 4 ans.

Pratique chirurgicale :

Dans les services la priorité est à la formation (training) :

- 80 interventions par an de catégorie 1 (cholécystectomie laparoscopique, colectomie, résection du grêle, thyroïde et mastectomie.

- pas de chiffre pour les catégories 2 (hernies, varices) et 3 (chirurgie ambulatoire).

- 200 endoscopies

- 100 colonoscopies

### **Au total**

300 interventions de catégorie I après 4 ans, dont 50 % comme chirurgien opérateur.

En outre, chaque année on leur donne plus d'indépendance.

Le College of Surgeons surveille cette formation et les unités qui ne fournissent pas le nombre de cas nécessaires pour les registrars doivent en expliquer la raison, et si elles ne le peuvent pas, sont retirées de la liste des unités-formatrices.

Publication : ils doivent publier un travail dans un journal à comité de lecture ou 2 communications dans un congrès national.

*Senior registrars* (formation complémentaire) : chirurgiens qui restent plus longtemps pour un followhip (chirurgie digestive).

## **Recherche**

Priorité à la recherche.

Il existe un laboratoire de recherche chirurgicale dans chaque hôpital, beaucoup de fellows (d'Angleterre, Inde, Japon, Chine) viennent en recherche. Les fellows font soit 6 mois de recherche, 6 mois de travail/clinique, soit 1 ans de recherche, 1 an de travail clinique.

## **Soins**

Les unités de soin :

- les locaux sont faits de :

- chambres à 6 lits avec un mélange des malades des différentes unités spécialisées avec les mêmes infirmiers

- les registrars et les consultants exercent un rôle essentiel

- technique opératoire :

- quasi constance de l'intervention par un junior :

- pas de champ de bordure

- pas d'écarteurs autostatiques

- rôle limité de l'instrumentiste

## **Les ressources hospitalières**

Les revenus hospitaliers proviennent d'un système de financement fondé sur l'activité. La somme qu'un hôpital peut dépenser en services et staff y compris les juniors et seniors staff est directement en rapport avec ses revenus (Points WIES).

Chaque hôpital reçoit un nombre de points qui lui est alloué sur la base « des cases-mix » attendues y compris la « charge de travail ».

Les économies hospitalières sont fondées sur :

1 – la limitation des examens (tomodensitométrie)

2 – l'enseignement des signes cliniques

3 – l'utilisation d'unités de « high dependency » du lieu d'unités de soins intensifs

4 – la sorte précoce

5 – la chirurgie ambulatoire (day Surgery)

6 – l'admission le jour de l'intervention (day of surgery admission) même pour une œsophagectomie.

## **Le rôle de l'état**

Le rôle de l'état fédéral (Commonwealth) : il intervient dans la médecine générale, la délivrance des médicaments, l'équipement, les standards de soins.

Le rôle de l'état d'Australie du Sud : il intervient dans la gestion des hôpitaux publics, les soins d'urgence et les soins aigus.

## **Le rôle de la sécurité sociale**

### **Hôpitaux publics**

Les revenus des hôpitaux publics proviennent de la sécurité sociale (75 %) et directement du budget de l'Etat. Il n'y a pas nécessité d'avoir une assurance privée.

### **Hôpitaux privés**

- La sécurité sociale paie toute l'hôtellerie, les soins infirmiers et 75 % des honoraires chirurgicaux.
- Les assurances privées :
  - soit la facture est envoyée à l'assurance privée qui paie le complément
  - soit la facture est adressée au malade avec le montant que l'on désire mais habituellement le tarif est celui de l'AMA (Australian Medical Association) (3000 dollars pour hépatectomie).

La régulation des dépenses hospitalières est donc faite :

- par l'état dans les hôpitaux publics ;
- par les assurances privées dans les hôpitaux privés.

### **Le secteur privé des chirurgiens universitaires**

Le secteur privé peut être dans l'hôpital, à l'extérieur de l'hôpital (le plus fréquent) ou dans un hôpital privé contigu à l'hôpital public (St Vincent : Sydney ; Flinders Adelaide).

### **Le rôle de l'Australian College of Surgeons**

- Il organise le congrès annuel de chirurgie
- Il organise également, l'enseignement, la formation et les examens de spécialités (board).
- Il organise les différentes spécialités
- Il est responsable du maintien de la qualité des standards grâce au département de développement professionnel continu : vérification de la présence aux congrès (tous les 3 ans), sans cette vérification, il est impossible d'obtenir les privilèges d'opérer à l'hôpital

Dans chaque hôpital, le chirurgien doit fournir 3 attestations :

- l'attestation ci-dessus
- l'adhésion au médical board

- la preuve de l'inscription à une assurance.

Pour avoir ce certificat de développement professionnel continu :

- un audit concernant leur propre pratique (mortalité et morbidité)
- les meetings auxquels il a assisté, les publications et les communications auxquels il a participé (un séminaire régional 9 points, national 15 points).
- Mais le collège est aussi un syndicat. Il est aussi le siège de nombreuses commissions.

### **Conclusion**

La comparaison des deux systèmes de santé permet surtout de définir une meilleure maîtrise économique du système australien de santé par :

- Une limitation drastique du budget de l'état en matière d'hôpitaux publics (avec fermeture de lits... et liste d'attente).
- Un appel plus grand aux assurances privées pour les honoraires chirurgicaux (mais non pour l'hospitalisation)
- Un contrôle plus grand des standards chirurgicaux par le développement et le contrôle de la formation continue.

Les points forts du système français sont l'excellence du système de santé, dont les limitations sont plus faibles, une sécurité sociale indépendante, une structure hospitalo-universitaire associant l'enseignement, la recherche, les soins et surtout plus homogène, une organisation en services avec la même unité de lieu et de soins, la qualité de la chirurgie.

## Discussion

### Intervention de B. KRON

A l'heure où la Chirurgie Française est en crise il est intéressant de comparer deux systèmes de santé...

Le système français évolue vers l'étatisation, avec une participation des assurances privées inférieure à 3%. Le système australien tend à une meilleure qualité et plus de libéralisme. Si « l'année australienne » est une excellente description de la Chirurgie Anglo-Saxonne qui rejoint l'expérience de Bristol rapportée récemment. On est loin de ce qu'indiquait le LANCET de 1991. « L'organisation classique à la Française était d'excellente qualité à cette date, mais la dégradation du système s'est rapidement accélérée depuis. »

**La première raison** est la lourdeur du système français, aggravée de façon insupportable et entraînant un surcoût administratif au détriment de la rémunération de l'acte opératoire bloqué depuis 20 ans.

**La deuxième raison** est les rendez-vous manqués de la Chirurgie.

- Absence de réforme du système social et d'évolution du plein temps hospitalier depuis la réforme DEBRE, avec notamment une absence de postes hospitaliers à temps partiel gratifiants et de « ponts » entre le public et le privé.
- Détérioration, très rapide, de la Chirurgie Conventionnée (un œsophage est rémunéré 3.000 dollars en Australie, 500 euros en France. Une garde de chirurgien 700 euros en Angleterre, 60 à 150 euros en France).
- Surcoût considérable de l'exercice conventionnel (RCP, rémunération de l'aide opératoire et facturation à l'euro près des charges par les cliniques).
- Fermeture de la moitié des cliniques conventionnées d'Ile de France, ruinant l'exercice de nombreux chirurgiens. Celles-ci sont remplacées par des cliniques de « soins de suite » 50% plus chères.
- Augmentation de la pression administrative (PMSI, T2A, CCAM, DMP).
- Absence d'enseignement aux chirurgiens, de l'endoscopie digestive, abandonnée aux gastro-entérologues et retard de l'enseignement de la vidéo chirurgie, par l'université.
- Absence de cursus de formation organisé pour pallier la suppression du concours de l'Internat. L'enseignement des internes devrait s'inspirer du système australien, avec une plus grande présence de « seniors formateurs » en salle d'opération et création de nouvelles filières telle une « Grande Ecole Nationale de Chirurgie ».
- Absence de prise en compte des urgences par la chirurgie, dans de nombreux hôpitaux, abandonnées aux médecins urgentistes.

**La troisième raison** est l'absence de volonté politique, avec un non respect des accords du 24 août, obtenus par « Chirurgiens de France », entraînant une nouvelle « manche » dans le Sussex. La Grande Bretagne a en effet commencé à réformer le NHS en libéralisant le système avec le recrutement de praticiens français.

Il faudrait s'inspirer des missions dans « l'out back » pour renforcer l'exercice des chirurgiens dans les zones désertées, avec une coopération entre la chirurgie hospitalière et la chirurgie libérale.

La souplesse du système australien devrait inspirer une ouverture libérale à notre Chirurgie contrairement à l'évolution vers le « tout administratif ».

**La quatrième raison** est l'étatisation en marche. La chirurgie était conventionnée. Elle est maintenant subventionnée sans aucune liberté tarifaire. Mille chirurgiens libéraux restent les otages du groupe 1. La création d'un syndicat chirurgical multi catégoriel représentatif entre Alliance - Chirurgiens de France – l'AFU – le SYNGOF va essayer de stopper cette dérive. Le libéralisme dans notre pays a une connotation péjorative, confondant l'ultra capitalisme et le libéralisme. Le libéralisme marche, puisque plus de 60% des actes de chirurgie sont faits dans le privé, pour un coût inférieur (l'enquête sur l'appendicectomie montrait une différence de plus de 1.400 euros en faveur des cliniques). Ce n'est pas le « parcours de soins » et le secteur 1 avec un tarif optionnel misérable qui va créer des vocations pour la chirurgie.