

Historique de l'évolution de la chirurgie (et de la médecine)

Jean-Gabriel Balique

Chirurgie générale et digestive - Clinique du Parc - 9 bis, rue de la Piot - 42270 Saint-Priest-en-Jarez.

Les progrès considérables réalisés en médecine et particulièrement en chirurgie, (transplantation, oncologie, chirurgie hépatique...) faisant de la médecine française la meilleure du monde (ce qui, à mon sens n'est plus le cas, actuellement) étaient dus :

- à la **qualité de la formation des chirurgiens** basée sur l'internat et le compagnonnage ;
- aux **perspectives de carrière et le bon train de vie allant avec** :
 - que ce soit à l'hôpital avec la perspective d'une carrière hospitalo-universitaire prestigieuse ou le « patron » était respecté, décideur, ayant une bonne rémunération par rapport aux autres acteurs ;
 - que ce soit en secteur libéral ou le train de vie était considérable (J Cuilleret, étant assistant, me disait qu'après un remplacement d'un mois il s'offrait une BMW comptant et il lui restait encore de l'argent !!! ;
 - que ce soit dans les hôpitaux généraux.

Tous ces progrès ont été possibles grâce à un système dominé par un « mandarinat médical » mais surtout parce qu'aucun de ces acteurs ne comptait son temps :

- l'interne corvéable « à merci », exploité et sous payé, l'acceptait car il savait qu'à la sortie il aurait une expérience inégalable et qu'il trouverait une situation financière des plus favorables ;
- le train de vie des PUPH était très largement au-dessus des autres médecins et ils n'avaient pas de souci financier, ceci leur permettant de réaliser leur passion en même temps qu'ils contribuaient au développement de la médecine et à la qualité de formation de ses élèves ;
- les chirurgiens installés, en privé, par leur train de vie, acceptaient une vie dure souvent au détriment de leur vie familiale.

L'étatisation progressive de l'ensemble de la médecine française, devenue le dernier système totalitaire du monde, a tué tout ce dynamisme et cet enthousiasme

À l'hôpital

- Le mandarinat administratif a remplacé le mandarinat médical et a étouffé les PUPH :
 - soumis au dictat du directeur administratif, à l'autorité

des petits chefs que sont les cadres, les PUPH doivent assumer toutes les responsabilités non seulement médicales mais aussi administratives sans avoir aucun moyen pour les assumer et sans aucune contrepartie financière ;

- la conséquence est la désaffection pour ces carrières, autrefois enviées par tout le monde !!! ;
- La création du statut de PH a contribué à tuer la passion en créant des supers cadres médicaux sans perspective d'avancement autre qu'à l'ancienneté et soumis aux 35 h ;
- conduisant à une médecine saucissonnée, allant à l'encontre de la prise en charge personnalisée et responsable des patients. Ceci est concevable pour des spécialités comme les urgences ou la réanimation ou des spécialités où les soins sont courts mais évidemment pas pour des spécialités chirurgicales lourdes comme la chirurgie digestive, cardio-vasculaire, oncologique ;
- proportionnellement bien payés pour leur activité avec une retraite supérieure au PUPH !, sans les soucis administratifs, les PH sont devenus des fonctionnaires, postes occupés par des médecins sans motivation. Une des raisons de mon départ du CHU a été la perspective d'être entouré de PH ingérables.
- La réforme de l'internat pour tous, la réglementation européenne, le repos compensateur, la génération 35h vont à l'encontre du compagnonnage. C'est le premier pas de la fonctionnarisation ;
- Le rôle de l'interne à l'hôpital s'est dégradé : l'interne est devenu un super externe et l'assistant : l'interne d'autrefois ;
- De plus la limitation administrative des postes d'internes a entraîné une pénurie de chirurgiens ;
- On peut aussi ajouter les principes de précautions et la lourdeur administrative dans le fonctionnement hospitalier ;
- L'absence de distinction dans la rémunération d'un PH à forte activité par rapport à un PH 35h ! ;
- Un interne de chirurgie n'a pas la même vie qu'un interne de médecine, d'une spécialité à l'autre la pénibilité n'est pas la même. C'est pourquoi les internes s'orientent :
 - soit vers des carrières de salariés pour les plus pépères qui veulent soigner leur « qualité de vie » ;
 - soit vers des spécialités bien rémunérées, d'où la désaffection pour les spécialités à haute responsabilité, chronophages et mal rémunérées, comme la chirurgie viscérale ou cardio vasculaire. Cf. classement des internes à Lyon

Correspondance :

Jean-Gabriel Balique

Chirurgie générale et digestive - Clinique du Parc - 9 bis, rue de la Piot - 42270 Saint-Priest-en-Jarez.

E-mail : JGBalique@aol.com

en 2011***** (tableau I).

Les conséquences :

- la paupérisation et la fonctionnarisation de la médecine ont abouti à une démotivation des médecins entraînant une dégradation de la prise en charge des patients : il n'y a plus d'investissement personnel, ce sont les 3X8. A 16 h il n'y a plus de secrétariat, les délais de rendez-vous s'allongent, la pénurie de praticiens entraîne l'embauche d'étrangers souvent extra UE de formation douteuse ne parlant pas toujours la langue ;
- la démotivation ou l'incompétence entraînent une perte de chance pour le patient sans compter les surcoûts que cela occasionne ;
- à l'heure où le patient demande une prise en charge de plus en plus efficace, personnalisée et rapide, le système s'alourdit et se dégrade. Un exemple : la disparition des chirurgiens et des internes de chirurgie dans les services d'urgence est à l'origine de catastrophes médicales.

En privé

- Le blocage des tarifs (de la CCAM) depuis 25 ans, entraîne le départ des chirurgiens libéraux du secteur 1 qui ne peuvent pas compenser leur augmentation de charge par une augmentation d'activité. Ils préfèrent un poste salarié qui est finalement mieux rémunéré sans les soucis du privé (tableau II).
- C'est la raison pour laquelle les quelques chirurgiens qui s'installent le font en secteur 2 dans 90 % des cas.
- L'avenant 8 récent assure la fin du secteur 2 et l'étatisation de la médecine libérale dont la seule liberté est d'organiser son temps de travail !
- La limitation puis la baisse des compléments d'honoraires ne permettra plus de faire face à l'augmentation croissante des charges.
- A ces problèmes s'ajoute l'incertitude du maintien de l'existence même de ces structures du fait de la réduction des dotations de l'ONDAM. Ces établissements, appartenant de plus en plus à de grands groupes, n'ont de liberté, de privé, que la possibilité de fixer le prix des chambres, du café, des boissons et du téléphone !!!! Par ailleurs sans solidarité des médecins, le risque est que les médecins soient soumis à leur tutelle !

Les conséquences : Ces mesures vont entraîner de facto la fin de la médecine libérale, toutes les structures privées risquent la faillite et ou n'arriveront plus à renouveler leurs médecins actuels.

Cas particulier : l'eldorado des cliniques mutualistes

Dans ce sombre tableau, il existe un Eldorado : les cliniques mutualistes, structures mixtes publiques/privés avec les avantages des deux sans les inconvénients. Ces établissements sont riches :

- par les dotations équivalentes à celles des hôpitaux c'est à dire 30 % de plus que les cliniques ;
- par leurs cotisants, grâce, entre autre, aux options dépassements d'honoraires qu'ils proposent et qu'ils n'utilisent que rarement, surtout s'ils se font soigner dans ces établissements.

Très bien équipées, elles offrent des conditions idéales pour les praticiens, qui bénéficient d'un statut sans équivalent : salaire d'un PUPH (10 000€/mois environ), deux mois de congés par an, retraite double de celle d'un PH, un recrutement automatique et une assurance professionnelle prise en charge. C'est la raison pour laquelle ces postes sont très attractifs, au détriment de l'hôpital et du secteur privé.

Spécialités	1 ^{er} à choisir	Rang limite
Néphrologie	65	258
Dermatologie	57	444
Gastro-entérologie	93	500
Hématologie	120	767
Ophthalmologie	89	957
ORL	162	1001
Radiologie	80	1062
Médecine interne	195	1066
Neurologie	69	1232
Médecine nucléaire	1289	1289
Cardiologie	95	1407
Oncologie	98	1447
Gynécologie obstétrique	12	1559
Pédiatrie	61	1668
Anesthésie-réanimation	17	1851
Neurochirurgie	107	2098
Rhumatologie	366	2227
Endocrinologie	545	2285
Pneumologie	1255	2392
Chirurgie orale	2509	2509
Chirurgie générale	44	2850
Anatomo-pathologie	1871	3008
Gynécologie médicale	3089	3089
Médecine physique et réadaptation	1999	4320
Psychiatrie	624	4954
Biologie médicale	2926	5394
Santé publique	55	6462
Médecine du travail	4956	7045

Tableau I : Classement des internes à Lyon en 2011*****

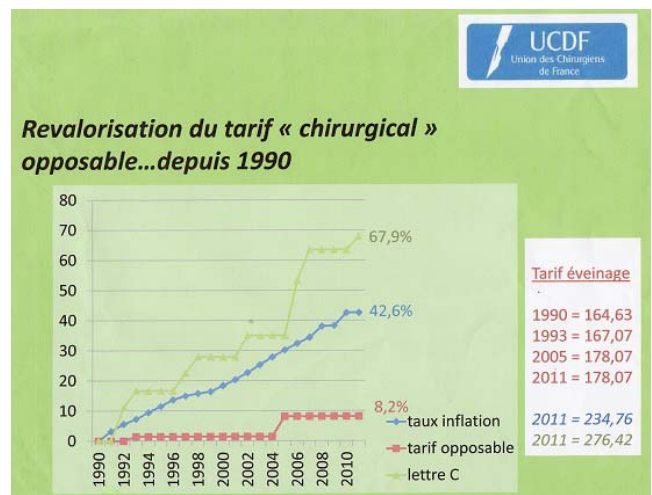


Tableau II : Revalorisation du tarif chirurgical opposable depuis 1990.

Enfin, par la gratuité des soins qu'elles proposent, elles représentent une concurrence déloyale par rapport aux cliniques.

Que faire

Restaurer le pouvoir médical ;
Relancer la motivation et l'attractivité de la chirurgie ;
Relancer l'envie et l'enthousiasme pour s'adapter aux nouvelles conditions d'exercices.

Préambule

La Chirurgie évolue vers une **chirurgie d'organe** en collaboration avec les spécialités médico-chirurgicales (endoscopie, radiologie interventionnelles) qui sera réalisée dans de **grands centres publics, universitaires ou pas, et privés**, avec une complémentarité entre ces structures.

Il n'y aura plus de petites structures, grâce aux moyens actuels de transport, tous les patients pourront bénéficier d'une prise en charge compétente avec pratiquement toutes les spécialités nécessaires ce qui est impossible dans de petites structures, isolées avec un ou deux chirurgiens généralistes, plus ou moins bien formés.

Ces restructurations permettent :

- d'une part une plus grande efficacité dans la prise en charge des patients ;
- et d'autre part assurer à la nouvelle génération, par un travail d'équipe, un bon confort de vie.

Formation des chirurgiens

- La longueur et la pénibilité de la formation des chirurgiens doivent conduire à une **filière spécifique** largement mieux rémunérée que l'internat et l'assistantat classiques, quitte à créer un statut spécial. Cela va à l'encontre de la pensée unique et du statut unique du système totalitaire mais c'est la seule façon d'attirer les plus motivés et brillants étudiants de médecine. Autrefois, il fallait être dans les premiers pour faire de la chirurgie ce qui n'est plus du tout le cas actuellement.
- **Ouvrir la formation**, purement hospitalière, sur le privé pour une partie de la chirurgie courante (certains assistants sortent sans maîtriser la cœlioscopie, certains ne savent pas faire une hernie inguinale par cœlioscopie, ou n'ont pas le droit d'utiliser la cœlioscopie en urgence !) d'où mon idée de « **stage en alternance** » (comme dans les formations professionnelles) : une semaine tous les mois ou deux mois pendant un ou deux semestres en privé, plutôt que des semestres entiers trop difficiles à organiser en privé. Ceci permet à l'interne de rester à l'hôpital.
- **Revoir la formation** : en fait la pratique de la chirurgie se fait et évolue vers une **chirurgie d'organe** que ce soit en public ou en privé. Il faut donc revoir la maquette de l'internat pour, dès le début de l'internat réaliser ces semestres en chirurgie de la spécialité chirurgicale mais aussi quelques semestres dans les **spécialités techniques médicales** de l'organe (gastro-entérologie, radiologie en chirurgie digestive) ? La suppression des petits hôpitaux et le regroupement des moyens permettront toujours d'avoir plusieurs praticiens par spécialités. Les moyens actuels de transport permettent d'offrir à tout patient une prise en charge compétente et aux praticiens y exerçant des conditions normales de vie. La complémentarité publique-privée doit partout contribuer à cet objectif.
- Peut-être faudra-t-il créer une filière spéciale pour former quelques chirurgiens généraux pour certaines régions désertiques ?
- Pour les futurs candidats aux postes de PUPH prévoir des conditions particulières et motivantes pour leur assurer une qualité de vie décente durant leur difficile parcours (lors des masters, année de recherche, échange...) pour ne pas être pénalisé par rapport aux autres et arrêter de se sacrifier pour réussir.
- Enfin, inculquer une culture de l'évaluation : EPP (évaluation des pratiques professionnelles)...pendant la formation.

Vie professionnelle

À l'hôpital

- Redonner un certain pouvoir aux médecins.
- **Revaloriser les statuts des PUPH** avec un vrai statut de PH (c'est à dire considérée la rémunération hospitalière comme un salaire et non comme une indemnité avec en conséquence une retraite sur cette part exactement comme pour le vrai PH).
- **Rémunérer les fonctions et missions transversales** : CME, Commissions...
- **Distinguer dans le statut ou la rémunération les PH assurant des activités difficiles** comme les transplantations ou ayant des activités spécifiques pas de différence entre un PH de chirurgie aux 3-8 et des PH responsables de techniques lourdes, difficiles (CHIP (Chimio-Hyperthermie Intra-Péritonéale), Transplantation, grandes interventions de cancérologie).

Pour le secteur privé

- **Avoir une volonté politique de maintenir et aider les établissements privés** qui ont et font d'énormes efforts de restructuration et qui répondent en permanence aux exigences toujours plus draconienne de l'HAS (actuellement 30 % sont à la limite du dépôt de bilan).
- Ces établissements jouent un rôle important aussi dans les missions d'intérêts publics, notamment au niveau des urgences, sans sélection de patient comme cela est laissé entendre par les politiques.
- **Revaloriser considérablement les honoraires des actes pratiqués** pour répondre aux exigences des médecins libéraux :
 - prise en charge personnelle du patient engageant complètement la responsabilité du chirurgien et demandant une très grande disponibilité (à la différence de l'hôpital) ;
 - lourdeurs des charges toujours plus importantes ;
 - remise en cause de leur pratique (accréditation quasi obligatoire des chirurgiens privés) ;
 - réaliser une chirurgie toujours plus performante pour maintenir son activité et donc ses revenus.

Dans tous les cas et en contrepartie, aussi bien pour l'hôpital public que privé

Il faut exiger des résultats d'efficacité dans la qualité de prise en charge des patients et dans les résultats : délai de prise en charge, d'attente, temps d'hospitalisation, taux de ré interventions, de passage en réanimation, ré hospitalisations, de mortalité... Ce qui sera certainement difficile à mettre en place et à évaluer. Cette évaluation ne devant relever que de l'autocritique des chirurgiens, comment ?

Message :

Pour le public mais aussi surtout pour les hommes politiques de droite comme de gauche.

- En 2004, la grève des chirurgiens avait pour but de dénoncer la crise de la chirurgie : « **Par qui serez-vous opéré dans 10 ans ?** ». Aucune mesure prises n'ont été appliquées.
- En 2013, « **C'est fait la pénurie est là avec tout ce que cela peut entraîner dans la prise en charge des patients** » : de nombreux hôpitaux ou services ne fonctionnent que grâce à des étrangers, il n'y a plus de candidat pour prendre les successions des PUPH, il n'y a plus de jeunes pour s'installer en établissements privés dont l'avenir est incertain.

IL Y A URGENGE A REAGIR.

A propos de la FHP-MCO

La FHP-MCO regroupe 580 cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) participant aux missions du service public de la santé. Acteur incontournable du paysage sanitaire français, l'hospitalisation privée MCO représente 27 % de l'offre de soins nationale et 36 % des hospitalisations. Les cliniques et hôpitaux privés accueillent chaque année 8,5 millions de patients pour une capacité de 66 000 lits et places, dont 2,2 millions de passages par an dans 132 services d'urgence. Le secteur privé MCO est le leader national en chirurgie (55 % des actes réalisés) et le second en médecine (25 % des séjours médicaux) et obstétrique (27 % des naissances). Il réalise également 67 % de la chirurgie ambulatoire, 32 % des séances de chimiothérapie, 34 % de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Environ 150 000 salariés (infirmières, sages-femmes, aides-soignants et hôteliers) y travaillent, ainsi que 41 000 praticiens libéraux et salariés.