

JEAN-PIERRE FAVRE
Président du 108ème Congrès Français de Chirurgie
2ème Congrès de Chirurgie de la Francophonie
PARIS 2 Octobre 2006

Monsieur le Ministre d'Etat,
Mesdames, Messieurs les Parlementaires,
Mesdames, Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,
Chers Collègues,
Chers Amis,

Monsieur le Ministre d'Etat, il y a deux ans et demi, sollicité pour être mon invité d'honneur lors de cette séance inaugurale, vous avez immédiatement accepté et ainsi montré votre intérêt pour l'assemblée de chirurgiens français et étrangers réunie ce matin. Nous sommes honorés de votre présence.

Ce 108^{ème} Congrès Français de Chirurgie est aussi le 2^{ème} Congrès de Chirurgie de la Francophonie. Il a cette année une résonance particulière et je salue la présence de nos collègues d'Israël et du Liban parmi d'autres chirurgiens francophones. Leur présence est le témoignage de leur fidélité. Merci à Fouad ZANATI et Négib GEAHCHAN, respectivement, Président et Secrétaire Général de la Société Libanaise de Chirurgie Générale qui, malgré les difficultés que nous imaginons, ont tenu à participer avec beaucoup de leurs collègues à ce congrès. C'est pour nous tous un témoignage d'amitié et de fidélité.

Chers collègues, vous m'avez désigné pour être le Président de ce 108^{ème} Congrès. Cette charge me fait hésiter entre la reconnaissance et l'émotion et je mesure l'honneur qui m'est fait.

Les circonstances d'une carrière ont fait qu'après un cursus classique et un séjour comme chirurgien au Royaume-Uni, j'ai momentanément quitté l'hôpital public en attente

d'un poste hospitalo-universitaire, pour créer et financer une clinique privée. Ceci m'a confronté aux problèmes et aux inquiétudes de la gestion d'une entreprise privée ; l'expérience a été gratifiante, non sur le plan pécuniaire, mais parce qu'elle m'a permis de comprendre les enjeux des cliniques privées. Je voulais le dire pour celles et ceux d'entre vous qui considèrent souvent qu'un acteur d'un hôpital public ne comprend rien aux problèmes des établissements privés.

A côté d'une activité opératoire, de la gestion d'un service hospitalier, de charges d'enseignement et de recherche, de responsabilités administratives hospitalières et universitaires, j'ai acquis une culture administrative. Sollicité pour certaines missions parfois délicates par les ministères successifs en charge de la santé et ce sur tout le territoire français métropolitain ou autre, elles m'ont sensibilisé à l'organisation territoriale, à la nécessaire connaissance de la santé publique, à la gestion administrative, humaine et financière des établissements. Ainsi, j'ai accepté de présider l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne, depuis plus de dix ans, puis de briguer le poste de Président de la Conférence Régionale de Santé depuis le début de cette année. Ces différentes expériences permettent d'associer les compétences d'un chirurgien, d'un enseignant, d'un gestionnaire. Elles me permettent d'éclairer mes propos aujourd'hui.

Car la médecine est au cœur d'un bouleversement qui secoue tous les acteurs de la santé. Cela concerne 925.580 personnels de santé parmi lesquels 205.644 médecins, 13.264 chirurgiens et 3.592 gynécologues accoucheurs dont plus de 1.500 sont aussi chirurgiens. Considérant le recours aux soins des français, ce sont 16,5 millions de personnes qui sont en contact chaque année avec un ou des professionnels de santé. Mais la chirurgie est particulièrement touchée par ce bouleversement.

En effet tous les chirurgiens rêvent d'un idéal, mais beaucoup, quel que soit leur âge, s'inquiètent que cette profession soit en train de perdre son prestige. L'inquiétude des plus anciens gagne les plus jeunes et nous comprenons leurs interrogations devant un avenir professionnel qui ne correspond plus à leurs espérances. Les bouleversements atteignent notre système de protection sociale et l'organisation administrative de notre système de santé.

S'engager porte-malheur : c'est la maxime inscrite sur le fronton du temple de Delphes. Elle s'applique à la chirurgie dans les moments difficiles. Elle peut s'appliquer à une carrière politique, mais nous ne sommes pas là pour céder au pessimisme et il faut aller au bout de ses rêves.

Alors, ensemble, aujourd'hui faisons un premier rêve tant la revalorisation de la chirurgie nécessite de revoir quelques principes.

Rêvons d'une meilleure place de la chirurgie dans les études médicales, pour que les plus jeunes aient l'envie de s'engager dans cette spécialité et ne se laissent pas gagner par un pessimisme à la mode.

Rêvons de changer la mentalité de la médecine française qui entretient l'idée que le recours à la chirurgie n'est considéré que comme un échec du traitement médical.

Rêvons que l'on ne considère plus que l'on meurt à cause d'un acte chirurgical, et malgré un traitement médical, avec ce corollaire qu'il n'y a que les médecins qui réfléchissent et des chirurgiens qui agissent.

C'est à nous, chirurgiens, d'éviter cette dérive technicienne de notre métier en privilégiant le bon sens et de ne pas avoir comme seul objectif la chirurgie dite factuelle et maintenant d'envisager comme le nec plus ultra, la chirurgie virtuelle.

Les malades, eux, sont bien réels.

Pour devenir un bon chirurgien comme pour devenir un bon boulanger, il faut en avoir envie. Cette envie est un véritable acte de foi.

Les différentes réformes engagées ces dernières années pour devenir chirurgien incitent à choisir un métier par une vocation réglementée par des textes et des réformes plutôt que par une vocation inspirée par l'admiration de ses aînés.

Il faut modifier le concours de l'internat même s'il reste la base indispensable de la formation des spécialistes, sauf à entraîner une catastrophe rapide pour des spécialités qui sont en mal de recrutement. En étant déjà devenu l'internat pour tous, il deviendra très rapidement l'internat pour personne.

Valorisons l'intégration des chirurgiens étrangers en solutionnant deux problèmes :

En premier lieu il faut organiser l'accueil de chirurgiens étrangers qui souhaitent acquérir une formation spécifique auprès des centres de chirurgie français universitaires ou privés avec à la clef des diplômes reconnus et de même niveau que les diplômes français. Le bricolage, l'absence de diplômes de niveau identique dans nos universités fait que beaucoup d'étrangers se tournent vers les pays anglo-saxons.

En second lieu il faut intégrer les chirurgiens étrangers qualifiés. Pour les européens la procédure est simple mais il existe des chirurgiens de valeur, parfaitement formés dans leur pays qui doivent pouvoir exercer si l'on s'est assuré de leur niveau de compétence. Il ne doit pas y avoir de qualification différente pour exercer dans une clinique privée et dans un hôpital public.

Revalorisons la chirurgie par rapport à d'autres disciplines, compte tenu de sa technicité, de sa pénibilité, mais à la condition que les chirurgiens soient de bons chirurgiens. La pratique chirurgicale doit être suffisante en volume pour être de qualité car on ne fait bien que ce qu'on fait souvent.

De plus la chirurgie n'est pas qu'un acte chirurgical, mais un ensemble de gestes qui doivent commencer par le diagnostic, se continuer par un geste technique et se terminer par la prise en charge des suites opératoires et du suivi. Celles-ci ne doivent pas être laissées à d'autres spécialistes non-chirurgiens.

La critique et l'évaluation des résultats chirurgicaux doivent être réalisées que par des professionnels aguerris dans ce domaine. Méditons l'exemple de nos amis anglo-saxons et nous aurons fait déjà un grand pas en avant. Est-on sûr que tous les critères statistiques de nos associations scientifiques, des conférences de consensus constituent un bénéfice pour nos malades ? Est-ce que la survie actuarielle, les survies sans rémissions et autres critères utilisés pour justifier des traitements inutiles soient toujours un bénéfice pour nos malades. DISRAELI au début du siècle dernier, expliquait qu'il y avait trois façons de mentir : le mensonge, le super-mensonge et les statistiques.

Ainsi, la prudence d'un chirurgien vient de son tempérament, mais la hardiesse ne peut venir que de son expérience. Les malades d'un chirurgien qui s'attache à progresser personnellement vont mieux que les malades du chirurgien qui ne prétend que faire des prouesses chirurgicales. Un de mes patrons anglais avait l'habitude de dire qu'il y avait deux sortes de chirurgiens, ceux qui écrivent des livres de techniques chirurgicales et ceux qui opèrent ; malheureusement disait-il ce ne sont jamais les mêmes.

Les chirurgiens sont heureux puisque le soleil illumine leur succès, et Dieu sait si certains succès sont illuminés par nos médias, et que la terre dissimule leurs erreurs.
(Jean MATHEY)

Pour revaloriser notre métier, faut-il faire comme les urgentistes et miser sur Georges CLOONEY et ses successeurs ? Après le succès de la série Urgences faut-il attendre les effets bénéfiques de la série télévisée « Grey's Anatomy » pour motiver les jeunes chirurgiens ?

Faisons un autre rêve : que notre protection sociale perdure.

Le vieillissement de la population, le développement de nouvelles techniques pèseront de façon plus importante dans l'augmentation des dépenses.

L'assurance maladie ne gère que l'argent des français et non pas son propre argent, ce que l'on oublie en écoutant le discours de certains responsables.

Le but est de soigner nos concitoyens qui ne sont jamais consultés sur l'utilisation de leur argent, puisque l'Etat a abandonné toutes ses prérogatives au système d'assurance maladie dont le fonctionnement est pour le moins opaque.

Ce système accorde d'ailleurs plus de confiance aux revendications confuses de différents syndicats, qu'ils soient de médecins, d'étudiants, de personnels, d'usagers, qu'à une analyse objective de la situation.

La gestion de l'assurance maladie raisonne par automatisme, laissant croire qu'à une pathologie correspond automatiquement une thérapeutique et exerce ainsi des contrôles exagérément tatillons.

L'incapacité de l'assurance maladie à maîtriser les coûts a eu pour conséquence de placer un médecin gendarme derrière chaque médecin en activité. Interrogeons-nous, à

une époque où certaines spécialités médicales affichent une pénurie, si ces médecins gendarmes ne devraient pas soigner des malades plutôt que de contrôler d'autres confrères.

Certes, les chirurgiens ne sont pas des saints, mais pour la plupart des hommes de bonne volonté qui voudraient certainement être mieux compris et mieux aidés.

Il existe un préjugé défavorable des élus nationaux vis-à-vis des médecins et particulièrement des chirurgiens. Ceux-ci sont taxés de défendre uniquement leurs intérêts catégoriels et ces mêmes élus nationaux supportent mal la liberté que les chirurgiens réclament. Les responsabilités, la pénibilité, les ennuis judiciaires que nous connaissons ne sont pas les mêmes dans toutes les professions.

Alors si l'on peut affirmer que les chirurgiens ne sont en effet que des serviteurs, j'ose affirmer qu'ils sont uniquement au service des malades.

Rêvons que l'on arrête d'opposer dans notre système de soins, le service public et les établissements privés. Tous les chirurgiens ont été formés dans les Hôpitaux Universitaires. Tous concourent au bien-être de nos concitoyens, à 50 % pour chaque secteur. Personne n'a le monopole de la vertu ou de l'excellence.

La complémentarité est donc un élément déterminant, encore faut-il se donner les moyens, de la mettre en œuvre et ne pas la laisser aux initiatives personnelles.

Essayons d'imaginer un service civique obligatoire temporaire dans les Hôpitaux Publics ? Nous sommes formés avec l'argent des français qui nous rémunèrent. Ne peut-on imaginer comme les élèves de l'Ecole Nationale d'Administration que chaque ancien Interne et Chef de Clinique-Assistant consacre l'équivalent d'une ou deux années temps complet ou partiel à l'hôpital public, ce serait huit ans de moins que les élèves de l'ENA. Quel meilleur mélange de culture l'on aurait, chacun connaîtrait le fonctionnement de l'autre.

Rêvons que l'on puisse engager une réflexion sur le système figé des carrières des médecins des Hôpitaux publics ? Ne peut-on pas remettre en cause le statut unique ? Selon les spécialités nous n'avons ni les mêmes activités, ni les mêmes risques, ni la même pénibilité, ni les mêmes horaires, mais la rémunération est pourtant identique.

Rêvons qu'une partie de l'activité publique, temps partiel ou contractuelle, soit déterminée en fonction des besoins de l'établissement et des résultats et donc soumise à un renouvellement non automatique sans remettre en cause le statut de fonctionnaire auquel certains tiennent, même s'il n'est que temps partiel.

Les primes des directeurs d'administration centrale vont évoluer en fonction de leur efficacité. Pourquoi ne pas adopter la même mesure pour celles et ceux qui exercent des responsabilités plus importantes comme les chefs de services hospitaliers ?

Dans le secteur privé, des différences existent entre certaines spécialités elles sont historiques, personne ne souhaitant voir disparaître ses avantages. Pourquoi l'argent collecté par les impôts devrait-il rémunérer, par l'intermédiaire du système de santé, de grands groupes financiers, voire des fonds de pensions et non les chirurgiens et les personnels de santé.

L'Etat doit maintenir, pour tous les patients, l'accès à des chirurgiens de qualité, mais pour cela il faut que ces derniers soient motivés. Trois éléments peuvent y concourir : l'intérêt professionnel, la qualité de vie, et les rémunérations dont on n'ose jamais parler car politiquement incorrect. Ne pas tenir compte de ces trois facteurs va nous conduire à la catastrophe.

Notre système de protection sociale doit s'assurer de la qualité des soins chirurgicaux, c'est le rôle des professionnels, s'ils ne le font pas eux-mêmes, d'autres le feront à leur place, avec une vue encore plus administrative et tatillonne.

On ne peut admettre en médecine que des non professionnels jugent de l'activité et des résultats d'autres personnes. On ne peut admettre que la gestion des établissements de Santé dont le produit fini, si j'ose employer cette expression, est un malade, ne soit pas assurée de façon prioritaire par un médecin compétent, sauf à gérer des établissements sans malades ce qui paraît être le souhait de gestionnaires arcqueboutés sur leurs prérogatives. C'est peut-être pour cela que l'on a inventé la nouvelle gouvernance hospitalière. Là aussi prenons exemple sur nos amis anglo-saxons.

Faisons un dernier rêve pour que l'organisation de notre Etat soit modifiée : SROS, CROSS, CNOSS, PRSP, PRSE, PSHC, ARH, ARS, CRS, DDASS, DRASS, PRAPS, ARDT, CRAM, CNAM, URCAM, SREPS, etc... On peut à l'infini décliner ce catalogue à la Prévert,

et je défie qui que ce soit de faire un "sans faute" dans la définition de ces sigles et surtout dans les missions qui leur sont confiées. Elles n'ont pour effet que de multiplier les paliers d'organisation inefficaces de notre santé étatique.

Simplifier notre organisation c'est économiser de l'argent et permettre de meilleurs soins. On ne parle que des coûts directs des dépenses de santé, mais un malade mal pris en charge initialement engendre un surcoût très important.

L'organisation de notre système de santé sur le territoire ne doit pas être identique. Il existe des différences géographiques, épidémiologiques, météorologiques. En dépit de la tentation de centralisation de l'Etat, l'organisation de la santé ne doit pas être calquée partout sur celle de l'Ile de France et je le dis sans a priori devant tous mes amis parisiens. Sans défendre à tout prix une organisation régionale, une autonomie compatible avec les besoins de la population est nécessaire. En aucun cas l'argent de la protection sociale qui, je le rappelle, est l'argent des français, ne doit être utilisé pour l'aménagement du territoire, quels que soient le souhait des élus et leurs récriminations rarement justifiées.

Faisons le rêve d'arrêter d'asphyxier notre système sous une inflation d'organisation. Nous avons d'abord eu l'évaluation, puis la labellisation, l'accréditation, l'évaluation des pratiques professionnelles, maintenant les recommandations de multiples autorités officielles créées périodiquement en attendant la création de l'autorité chargée d'évaluer les autorités.

Certaines structures sont nécessaires mais est-il besoin d'abattre autant d'arbres pour multiplier les décrets, les arrêtés, les circulaires et les réglementations ?

Notre système de santé vit au rythme des plans : plans blancs, plans bleus, plans rouges, plan canicule, plan grand froid, plan grippe aviaire, plan cancer...

Certains sont utiles, d'autres peuvent être modifiés. Le plan cancer est une idée généreuse : la professionnalisation était indispensable. On voit cependant la lutte féroce des réseaux de cancérologie soucieux de garder des parts de marchés. Rappelons, devant des chirurgiens, qu'en matière de cancérologie, et je ne parlerai que des tumeurs solides,

la chirurgie est le seul traitement qui entraîne une survie à long terme pour une tumeur diagnostiquée précocement et enlevée en totalité. En terme simple que tout un chacun peut comprendre, plus la maladie est grave, plus le pronostic est mauvais et vice versa. Que d'études prospectives, randomisées, en double aveugle a-t-il fallu mener pour vérifier cette évidence ? Alors comment se fait-il que sous la pression de quelques lobbies, on soit entré dans une logique perverse vis-à-vis de certains prescripteurs, voire "adresseurs" de malades chirurgicaux créant ainsi un nouveau pouvoir. Je ne citerai que ces réunions de concertations pluridisciplinaires qui, si elles n'étaient que confrontations d'expériences multiples, serviraient aux malades. Je suis choqué de voir dans un domaine précis comme celui du cancer du rectum essentiellement de traitement chirurgical qu'une indication thérapeutique soit souvent posée avec des traitements adjuvants non anodins sans qu'aucun chirurgien n'ait vu précédemment le malade et que personne n'ait même réalisé un toucher rectal.

Gardons-nous de cette dérive sinon nous serons véritablement ramenés à ce que beaucoup souhaitent, c'est-à-dire de purs manuels aux ordres de pseudo savants

Notre technologie est en train de dépasser notre humanité et ceci est dommageable pour les malades que nous avons à prendre en charge.

Alors rêvons que la chirurgie sera de nouveau attractive pour tous nos jeunes collègues, que notre système de protection sociale qui est un exemple mondial perdure, que l'organisation de l'Etat en matière de santé s'interroge sur des simplifications possibles.

Pour que ces rêves se réalisent je citerai le philosophe ALAIN

Le pessimisme est d'humeur mais l'optimisme est de volonté.