

Jean-Pierre Davant (JPD) - Thomas Tursz (TT) - Guy Vallancien (GV), avec Pierre Boncenne (PB) : La Révolution médicale, Seuil, mars 2003

Au cours de l'année 2002, *Jean-Pierre Davant*, président de la Mutualité française, *Thomas Tursz* oncologue et directeur de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif, et *Guy Vallancien* chirurgien urologue de l'Institut mutualiste Montsouris se sont réunis plusieurs fois sous le regard de *Pierre Boncenne*, journaliste, pour faire un bilan (assez réaliste) de l'état du système de soins en France, élaborer une réflexion et une prospective sur la médecine du XXIème siècle. Ce [livre](#) rapporte le résultat de leur expérience et de leur vision de professionnels reconnus de la santé en 8 chapitres sur la recherche, l'hôpital, les professions de santé, les médicaments, l'évaluation, l'information et les médias, l'espérance de vie, les inquiétudes et les espoirs.

Il existe fort peu d'autres livres ou études en France aussi complets sur ces sujets que cet ouvrage paru en mars 2003 mais qui reste, pour l'essentiel (faut-il s'en réjouir ?) d'actualité.

LA RECHERCHE

Une réflexion collective permettant de mieux comprendre les enjeux scientifiques, sociaux, économiques et culturels de la médecine d'aujourd'hui et de demain. Un mutualiste, un chirurgien urologue, un oncologue directeur d'hôpital s'accordent pour dire qu'il est urgent de réformer notre système de santé, même s'ils divergent parfois sur les méthodes à employer pour y parvenir.

L'écart se creuse entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée, il faudra concentrer les efforts sur un métier innovateur : la recherche de transfert. Une mutation scientifique considérable a commencé depuis une vingtaine d'années avec les découvertes réalisées par la génétique. Au même moment sont apparus en chirurgie de nouveaux instruments et de nouvelles techniques qui relèvent presque de la science-fiction, comme le robot permettant d'opérer à distance.

Changement de paradigme dans la science : ce n'est pas nouveau : physique nucléaire, Pasteur (les microbes, les germes : nouvelles notions, ont changé la façon de penser les maladies infectieuses !), Fleming (les antibiotiques). A partir de 1925, Fleming a commencé à comprendre qu'il y avait dans les champignons des substances antibiotiques, mais ce n'est que 20 ans plus tard, après 1945, que la pénicilline fut largement disponible pour les maladies. La médecine actuelle se situe quelque part entre Pasteur et Fleming, entre les microbes et les antibiotiques : aujourd'hui, le saut fondamental dans un autre paradigme a été accompli : on est passé de l'organe et de la cellule au gène et à l'ADN. Mais on n'a pas encore les moyens d'en exploiter les conséquences thérapeutiques. Sans Pasteur, on ne pouvait pas trouver les antibiotiques : la cible n'était pas connue et donc le concept informulable. Entre la découverte des microbes et celle des antibiotiques, il y a eu des progrès médicaux. Avant, lorsque l'on classait les maladies infectieuses sur le seul critère « fièvre », on mélangeait des maladies très différentes. En ce début du XXIe siècle, on cherche à mieux classer et à mieux individualiser

les maladies. Ex : traiter une tumeur donnée avec ses propres caractéristiques génétiques. A l'heure actuelle, on mélange les questions sur les grands groupes de maladies qu'on ne sait pas distinguer. En théorie, si on arrive à identifier les gènes, cela devrait faciliter les thérapies : soit on fera de la thérapie génique, soit on se servira d'inhibiteurs de tel ou tel gène. Une des conséquences de cette révolution thérapeutique, c'est que les méthodes pour accomplir les essais cliniques sont peut-être totalement dépassées.

Va-t-on, pendant 10 ou 20 ans, faire des essais sur 1000 malades tirés au sort pour montrer de toutes petites différences d'efficacité alors que le produit testé est probablement actif, mais seulement sur un petit groupe de malades que l'on ne sait pas encore reconnaître à l'avance ? Il faut tenter d'autres voies de recherche, plus rapides et dynamiques. Il faut inventer d'autres critères d'évaluation. Les grands espoirs ce sont :

1. les marqueurs avec des prises de sang : grâce aux techniques de la génomique et de la protéomique, on peut essayer d'avoir assez tôt des indications précises sur l'état du marqueur. Un marqueur est un produit craché par les cellules du malade et que l'on peut détecter non pas dans la tumeur mais dans le sang. Le marqueur indique à quel stade en est le malade et, en cas de traitement, permet de savoir s'il y a effet ou pas ;
2. l'imagerie : avec le PET-scan, l'échographie Doppler, l'IRM. Jusqu'à présent, l'imagerie visait à prendre une photo des couleurs, des formes, de la localisation d'une tumeur. Le PET-scan, lui, va montrer l'état biologique : il s'agit de tomographie par émission de positons. En gros, cela combine les méthodes de l'imagerie traditionnelle avec celles de la scintigraphie (on injecte un produit radioactif, qui s'incorpore dans les cellules et on voit une localisation comme une densité de fixation). Le PET-scan, ce n'est pas seulement une photo, mais c'est aussi une activité cérébrale, cardiaque ou d'une tumeur. D'où de meilleurs et de plus rapides diagnostics. Pour le cancer, la cible, ce n'est pas les gènes ou, si l'on veut, le disque dur de l'ordinateur des cellules cancéreuses, mais l'ordinateur lui-même, c'est-à-dire la cellule. La chirurgie essaie d'enlever les tumeurs, la radiothérapie de les brûler par des rayons et la chimiothérapie de la tuer par des drogues. L'outil de mesure reste l'image, et la cible, la cellule vue par la microscopie, mais ces instruments sont insuffisants : la photo d'un volume ne reflète pas ce qui se trouve dedans. Et puis l'examen microscopique des cellules, s'il donne des éléments sur un cancer et sa malignité, ne permet pas de dire à quel type de médicaments ce cancer-là va répondre, ni de savoir les risques de métastases ou de récurrence après chirurgie. Au contraire, la génomique, on l'espère du moins, devrait permettre de disposer de ces repères.

Le progrès est une question de politique scientifique et de stratégie. Entre Pasteur et les antibiotiques, il y a eu à peu près 60 ans. A priori, on pourrait penser qu'il faudra du temps. C'est un raisonnement faux parce que la recherche ne fonctionne pas de la même façon : l'information, les connaissances, les moyens ont beaucoup changé. Mais il y a la question de la complexité : il faut de grosses machines faisant appel à la biochimie, à l'informatique ou à la haute technologie. Il faut créer de nouveaux métiers qui sont le fruit de multiples disciplines. Mettre en contact la biologie, la chimie et les mathématiques, les statistiques, l'informatique. Il n'y a pas de véritable volonté de recherche dans ce sens en Europe. On continue à produire la connaissance, l'analyse de tel ou tel gène et sa fonction. L'objectif des hôpitaux est de soigner les malades avec les méthodes actuelles en dépensant le moins possible. Personne ne pose la question clairement à propos de ce nouveau transfert des connaissances et de cette nouvelle gestion de la complexité avec les outils de la communication moderne.

A l'heure actuelle il existe un médicament intelligent du cancer, visant à empêcher électivement l'action d'un gène anormal dans une tumeur. (le Glivec : leucémie myéloïde

chronique et les sarcomes du tube digestif correspondant à l'anomalie d'un gène précis). L'accès à la connaissance génétique représente donc un enjeu considérable dont il faudrait beaucoup plus débattre en public. (on n'entend parler que de José Bové ou de certains Verts. Obscurantisme ?) TT « Je reconnais qu'il faut faire attention avec les OGM. Mais de là à vouloir interdire l'expérimentation et détruire des cultures d'OGM, c'est une bêtise crasse. » On mélange allégrement les OGM, la vache folle, la dioxine, le sida, qui correspondent à des risques sanitaires différents, comme il en a toujours existé au long de l'aventure humaine. Cette fixation obscurantiste ne montrant que les dangers de la science est un péril pour la recherche dont les malades peuvent, à la longue, pâtir. Comment gérer la science de façon citoyenne ? En ne se laissant pas aveugler par des slogans démagogiques de type José Bové.

Il y a 100 ans, un grand savant pouvait prétendre connaître, au moins dans les grandes lignes, toute la science. Pasteur était globalement la synthèse vivante de toutes les connaissances biologiques de son temps. Actuellement, il me semble qu'une telle figure ne peut exister. S'il y avait une véritable « gouvernance » européenne ou même mondiale dans la recherche sur le cancer, est-ce que l'on n'irait pas plus vite ? Aux USA, où l'on dispose d'énormément de moyens, il n'y a pas d'utilisation collective rationnelle ni de volonté générale pour mettre en commun ces moyens dans une optique de progrès non directement commerciale. Le souci de concurrence entre les firmes pharmaceutiques et de préservation de la rentabilité à court terme est trop grand. JPD : « Voilà pourquoi seule l'Europe me semble pouvoir relever le défi ». Il existe une sorte d'exploitation de l'Europe, qui a laissé partir trop de scientifiques. Pour leur formation, il faut souvent les laisser partir aux Etats-Unis : on paie pour que nos meilleurs étudiants y soient formés ; là-bas, employés comme des petites mains parmi les Chinois ou les Indiens, ils font néanmoins des découvertes. Du coup, l'aspect le plus productif de leur vie scientifique s'accomplit aux Etats-Unis, et une partie d'entre eux reste sur place étant donné le cadre de vie et les moyens offerts. Le XXe siècle, celui de la décolonisation, a réussi paradoxalement à créer le colonialisme scientifique. En France, des laboratoires de grande qualité échangent peu entre eux. Le centre névralgique de la recherche reste les USA.

TT : si demain j'avais la responsabilité d'organiser la recherche sur le cancer, je mettrais en réseau cinq instituts du cancer européen et j'essaierais d'élaborer un programme commun pour les mettre en synergie, les faire partager leurs données, leur permettre de combler l'ensemble de leurs manques. Puis j'essaierais de m'associer à deux ou trois partenaires industriels en leur demandant s'ils sont prêts stratégiquement à investir sur plusieurs années pour permettre à l'Europe d'exister vraiment sur le plan scientifique. Au-delà des moyens indispensables, ce qui est important, c'est la prise de conscience et la volonté politique. Enfin, je lancerais des programmes de formation accélérée tout en utilisant beaucoup mieux les associations de malades et les mutualités européennes. Entre la recherche fondamentale et le soin de routine aux malades, il manque quelque chose : une équipe, par exemple, qui trouve un gène intéressant et important. Après la recherche fondamentale, la recherche de transfert consistera à dire que, pour aller du fondamental à l'appliqué, il faut que 10.000 tumeurs soient caractérisées avec toute les techniques modernes de la génomique. Certes c'est une forme de travail de routine, mais avec d'importants moyens industriels, biologiques et informatiques. Le type même de la recherche de transfert, c'est l'association française contre la myopathie (AFM) que les téléspectateurs connaissent à cause du Téléthon. Comme il s'agissait de gènes très rares et ne touchant que peu de malades dans le monde, il était financièrement impossible d'imaginer une recherche dans cette direction. D'où l'idée de créer le Téléthon qui permettait de financer une véritable recherche de transfert au génétique avec de la recherche industrielle : on a été du gène de la myopathie jusqu'à la découverte des

médicaments. Il faut consacrer plus d'argent à cette recherche de transfert afin d'améliorer la santé de nos concitoyens. Il faut aussi des interprètes, car dans les métiers si complexes de la recherche, tout le monde ne parle pas le même langage, loin de là. La recherche, ce n'est pas seulement un problème d'argent. Il faut aussi une volonté politique et une vision stratégique. C'est parce qu'il y a eu une véritable demande citoyenne pour le sida qu'il y a eu des progrès en recherche fondamentale avec des résultats. D'autre part, le sida a fait prendre conscience aux malades et à leurs associations de la force qu'ils représentaient, il a influencé la vision des politiques et il a obligé les industriels à modifier leur stratégie. TT : tout ce que j'évoque concerne la biologie. Mais ce qui est pitoyable, en France comme en Europe, c'est la situation des sciences humaines, sociales et économiques dans le domaine de la santé : il n'y a pas de moyens et très peu de personnes qualifiées. Il s'agit d'un problème de société. Car il y a là un trou total. Dans une maladie comme le cancer, on a toujours considéré qu'il fallait se concentrer sur le traitement curatif. Et tout ce qui allait autour, c'est-à-dire le confort du malade, l'éducation sanitaire, la prévention, était tenu pour un détail secondaire. Cette vision segmentée, où un malade est d'abord pris comme un organe mais non comme un homme, une femme ou un enfant à part entière, est devenue un problème très grave dans notre système de santé, qui se trouve ainsi totalement cloisonné. En médecine, la façon de regarder l'homme, cela reste tout de même ... l'assemblage des organes. Seuls peut-être le côté sexuel du sida et l'argent que l'on a mobilisé pour lutter contre lui ont permis de sortir de cette déplorable attitude.

Il y a eu trois morts à cause de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (la « vache folle »), 80.000 décès du sida au total depuis le début de l'épidémie en 1981 et 150.000 par an du cancer. Pour une médecine citoyenne, il faut considérer la santé dans sa globalité (ce qui ne veut pas dire : moins d'argent dans le sida et la vache folle !)

TT : il est urgent de s'interroger sur le rôle des médias dans leur traitement des progrès de la recherche. Les médias balancent entre une version triomphaliste, arrogante et peu compréhensive de la recherche, et une vision pessimiste, catastrophiste et non objective. Il existe aussi une vision de la recherche scientifique isolée, coupée des réalités et de la souffrance des malades et, pour tout dire, inhumaine. Or, pour soigner des gens avec un maximum d'humanité, on a besoin de sciences cognitives en apparence inhumaines. La recherche, ce sont des hypothèses, de la rigueur, de la méthodologie, des évaluations objectives. Considérer qu'un hôpital doit apporter du bien-être sans vouloir faire de la science me paraît une erreur rédhibitoire.

Quels effets concrets pour la recherche contre le cancer ?

TT : On évolue vers une médecine à la carte, avec une nouvelle classification des cancers, qu'on essaie d'individualiser, comme on ne peut pas, pour des raisons de toxicité, répéter les traitements tous les jours, un certain pourcentage de cellules cancéreuses étant en repos lors de l'administration du médicament échapperont à son action et se remettront à proliférer plus tard. D'autre part, les cellules peuvent devenir résistantes à des médicaments ou à des rayons. Les nouveaux médicaments devront agir sur une cible précise, en inhibant l'action d'un gène, en corrigeant l'action d'un autre. Enfin, la thérapie génique visera à remplacer l'action d'un gène détruit ou déficient. Une méthode est de prélever les cellules pour les traiter en laboratoire et les réadministrer : dans une maladie grave, comme celle des bébés-bulle qui ont des déficits immunitaires, le pr Alain Fisher aux Enfants-Malades (hosp. Necker, Paris) a pris des cellules souches de la moelle, les a cultivées in vitro, a fait de la thérapie génique en y introduisant un virus porteur d'une copie normale du gène porteur génétiquement déficient chez ces enfants et responsable de leur maladie. Puis ces cellules, où le nouveau gène était actif, ont été réadministrées au bébé. Actuellement, il y a une dizaine d'enfants qui vivent grâce à cette technique. Mais, pour d'autres organes que la moelle osseuse, on ne sait pas encore les traiter.

Les limites éthiques ne se situent pas en recherche cognitive, mais en recherche appliquée. Dire aujourd'hui : « Imaginez ce qu'aurait fait Hitler s'il avait connu le génie génétique ... » est une mauvaise façon de poser le problème. Car le pb des sociétés et des citoyens est d'empêcher un nouvel Hitler de prendre le pouvoir, plus que d'imposer un moratoire. (TT)

GV : dans des entreprises comme Sanofi-Synthélabo ou Avantis, il y a des chercheurs qui sont nobélisables. Or il existe une version très française selon laquelle privé et public ne se marient pas bien. Nous sommes un pays qui redistribue par un système contraint alors qu'aux Etats-Unis, quand un hôpital important affiche un déficit, on organise un dîner *charity-business* qui, en une soirée, éponge ce déficit. Chez nous, le paradoxe, c'est que nous sommes à la fois très individualistes et très communautaires en ce qui concerne l'argent de la recherche. Même si cela reste frileux, il existe pourtant des exemples de partenariat. Je songe en particulier, dans le domaine des techniques chirurgicales, à ce qui a été fait pour les ultrasons focalisés (un moyen de traitement des tumeurs) : l'INSERM a travaillé avec une entreprise privée pour développer un projet très intelligent. Toute la difficulté de la combinaison public-privé est de savoir jusqu'où pèsera l'actionnaire. Aux Etats-Unis, on a vu des sociétés de capital-risque qui ont poussé des chercheurs à des folies avec des protocoles bâclés et des traitements mis à l'essai avant même de savoir ce qui se passait. C'est ainsi qu'un soi-disant chercheur qui avait trouvé le traitement contre le cancer du côlon a gagné des fortunes grâce à une société qui avait investi sur lui et se retrouve maintenant quasiment en prison. L'actionnaire pur et dur se fiche éperdument des conséquences pratiques de son investissement. C'est odieux. Il y a un temps pour la recherche et un temps pour le développement, puis la mise sur le marché. Je suis un chaud partisan du partenariat, mais il nous faudra certainement définir des règles comme en bioéthique. Sinon nous connaissons des situations, de type américain, où il y a des scandales avec des morts par démarrage de protocoles thérapeutiques innovants vraiment en dessous de la sécurité minimale.

GV : dans le domaine de l'acte chirurgical, la priorité, c'est une optimisation de l'efficacité pour aller vers le zéro défaut, comme l'ont fait les constructeurs d'avions, d'automobiles ou de TGV. En matière de cancer, la chirurgie est excellente : quand on a une petite tumeur dans un organe, on arrive à des taux de guérison de l'ordre de 98 pour cent. Mais la chirurgie a sa morbidité et ses risques fonctionnels. Tout notre travail consiste, donc, à limiter les conséquences néfastes d'une intervention, ce qui passe par des procédures de sécurité de plus en plus standardisées. Voilà pourquoi nous voyons arriver en chirurgie, ce qui était inconcevable il y a trente ans, l'informatique et tous les systèmes de repérages. Avec une tumeur du foie, par exemple, grâce à un scanner, on peut localiser la tumeur et dessiner les organes dangereux autour comme la veine porte. Le chirurgien hépatique, s'il travaille avec un système à télécommande ayant reçu les informations de la machine, pourra savoir que derrière la tumeur qu'il veut enlever, il y a un vaisseau capital à cinq millimètres. Les systèmes experts disent alors : « stop, passez à droite ou à gauche. » cela ressemble typiquement à un atterrissage ou à un décollage d'avion réalisés aux instruments. La main humaine, bien sûr, est indispensable, mais quand la météo est mauvaise, ce n'est plus elle qui guide les opérations. C'est une révolution de la chirurgie. Nous sommes actuellement dans le passage à la robotique. Là aussi, on se disait que la main d'un bon chirurgien est celle d'un artiste, mais la main est limitée : lorsque vous la tournez en allongeant votre bras, la main ne fait que 270 degrés de rotation, tandis qu'un robot fait 360 degrés et, en plus, vingt fois de suite s'il le faut. La maniabilité des commandes chirurgicales est inouïe, même s'il ne s'agit pas d'un robot autonome et que le chirurgien reste aux manettes. Le

chirurgien n'est plus devant le patient, il est à une console de travail avec une vision en trois dimensions extraordinaire. Grâce aux instruments optiques introduits dans le corps, il peut se promener presque partout dans les vaisseaux ou autour des organes. Tout cela est d'une maniabilité fantastique. Quant au robot lui-même, il est au-dessus du patient. Le chirurgien de demain, c'est la génération Nintendo. Du reste, les jeunes sont très doués pour ces nouvelles médecines, ils comprennent tout de suite, c'est le monde de la téléinformation et de la télémanipulation.

JPD cette généralisation de la téléchirurgie peut-elle se développer en France ?

GV : en Europe, pour l'instant, on est dominé par les Etats-Unis parce que ce pays s'il est peu inventif, rattrape l'innovation, et, si vous mettez dix chercheurs sur un problème, là-bas ils en mettent deux cents pour gagner le marché mondial. Les industriels français restent forcément frileux par rapport à cela, et l'on n'imagine pas de dynamique de recherche chirurgicale alors que nous disposons d'excellents chirurgiens et de bons blocs opératoires. Embaucher Thales (ex-Thomson) ou Alcatel, voire Renault, dans la recherche médicale est très difficile : l'industrie française a peur de la médecine parce que nous sommes dans un système de financement contraint. Les petites sociétés innovantes, notamment, ont beaucoup de mal à trouver des investisseurs. C'est ainsi que **toute l'imagerie médicale a disparu de France. Or l'image, c'est comme dans un avion de combat : si vous savez cibler, après, il ne reste plus qu'à tirer. Dans l'imagerie, il y a maintenant General Electric (USA), Toshiba (Japon) et Siemens (Allemagne), mais pas de Français. Il faut donc absolument que la recherche chirurgicale soit pensée au niveau européen et que nos PME ingénieuses soient aidées par Bruxelles. Et puis il faut savoir perdre de l'argent, quitte à en perdre beaucoup, pour gagner à l'arrivée. Après tout, nous avons été capables, en Europe, de rivaliser avec Boeing pour construire Airbus. Quand je considère un tel exemple avec la construction des éléments d'Airbus dans différents pays, je me dis que rien n'est perdu pour la recherche mécanique ou robotique en chirurgie.** La différence entre les Etats-Unis et nous, c'est que leurs laboratoires subissent de véritables audits et que l'on n'hésite pas à fermer ceux qui ne sont pas performants. Chez nous, à l'intérieur de l'INSERM ou du CNRS, on continue à maintenir des unités de recherche qui ne produisent rien de valable.

J-PD : est-il intéressant de réaliser des interventions chirurgicales à distance ?

GV : cela n'a pas bcp d'intérêt, même si c'est fascinant. Il y a eu une ablation de la vésicule réalisée entre NY et Strasbourg. Mais il faut bien, là où se trouve le malade, un chirurgien, et s'il est mauvais, il vaut mieux, à la limite, fermer l'hôpital ou transporter le malade ailleurs. En revanche, **à l'intérieur d'un hôpital, je crois véritablement que l'on passe actuellement de la chirurgie artisanale à la chirurgie industrielle. Avec des robots télécommandés, on va pouvoir avoir, dans une même salle, trois tables d'opération contiguës, un seul anesthésiste suivant sur les écrans ce qu'il se passe, et une seule panseuse ; les trois opérations sont réalisées avec des instruments de télémanipulation, des assistants opératoires à la console et un chirurgien senior qui, lui, aura une quatrième console et qui, tel un réalisateur de télévision avec ses écrans, suivra ce qui se passe. Moi, je veux bien être celui-là : tout à coup, lorsque lon a un moment difficile, on se concentre sur la table N°1 puis on revient à l'ensemble. En une matinée, je pourrais ainsi réaliser trois opérations dans le temps d'une seule jusqu'ici !**

J-PD : est-il concevable qu'un chirurgien opérant un cancer de la prostate à San Francisco veuille vous consulter, vous le spécialiste à Paris, et vous montrer donc un problème sur une opération en cours ?

GV : Oui, et le vrai progrès est là. Du reste, ce type de consultation a déjà eu lieu. A l'occasion d'un congrès à Paris réunissant 100 urologues, à propos du développement des

techniques futures, j'ai dit à l'un de mes collègues de m'appeler sur mon portable alors que je participais à une table ronde. Je me suis excusé auprès de mes confrères en leur disant : « Désolé, j'ai une urgence. » A ce moment-là, on a projeté les images d'une opération se déroulant en Île de France, et on entendait le chirurgien me dire : « Je suis en train de faire un côlon. J'ai un problème, je ne trouve pas l'uretère gauche. » Moi de lui répondre, depuis la salle des congrès à Paris : « T'embête pas, va un peu plus à gauche, descend maintenant, tu vois, il est là. Allez, bravo et au revoir. » Ne croyez pas qu'il s'agisse d'une performance pour s'amuser. Car ce type de consultation va se développer ; il s'agit, pour reprendre le terme anglais, de « télémonitoring », c'est-à-dire de l'assistance opératoire à quelqu'un qui, dans un lieu donné, est confronté à une difficulté et veut demander à distance et en direct l'avis d'un spécialiste. La plupart des centres de soins vont progressivement s'équiper en télétransmission parce que cela va bien au-delà de la chirurgie : on transmettra ainsi toutes les images radio, les scanners, les coupes de microscope, etc.

J-PD : En fait, ces nouveautés permettront d'abord à des chirurgiens de spécialités très différentes d'être associés au quotidien. Mais, en même temps, cela crée la possibilité qu'un urologue, par exemple, assiste un chirurgien cardiaque, et, au bout du compte, cela apporte aux malades des progrès considérables en matière de sécurité.

GV : c'est exactement cela. Et ce que vous expliquez vaut même à l'intérieur d'un hôpital. Déjà, dans la salle à côté de mon bureau, je peux suivre sur un écran le travail en cours chez mes collègues. **Le mélange effectif des spécialités est une vraie révolution médicale. Nous profitons, nous, chirurgiens, des progrès réalisés dans l'industrie militaire et dans l'industrie spatiale. Un char Leclerc, par exemple, se déplace à 60 kilomètres-heure et il est équipé de formidables systèmes experts permettant de tirer quelle que soit la configuration du terrain où il roule. Pour nous, chirurgiens, c'est pareil : une tumeur est une cible, il faut que nous possédions les instruments permettant de la tuer quels que soient les organes impliqués. Jusqu'à maintenant, soyons francs, on travaillait avec des fourchettes et des couteaux. Mais, désormais, on va avoir des moyens semblables aux systèmes experts des chars Leclerc, moyens qui étaient auparavant beaucoup trop chers pour nous, pauvres civils, et nous allons surtout modifier nos méthodes de travail pour accentuer la sécurité. A ce propos, voici une histoire significative : il y a quelque temps, un cabinet d'audit est allé observer les procédures de trafic à l'aéroport de Francfort puis il s'est rendu dans deux hôpitaux de la ville pour examiner les procédures chirurgicales. Conclusion du cabinet d'audit : si jamais on utilisait les procédures de l'hôpital à l'aéroport, il y aurait deux crashes par jour...**

J-PD : c'est une anecdote d'autant plus troublante que, dans la médecine, ce sont les chirurgiens qui ont les procédures les plus sûres. Dans tout ce qui concerne la médecine de ville, la sécurité laisse beaucoup à désirer.

GV : en chirurgie, la jeune génération de trente-quarante ans qui me suit est prête à appliquer les nouvelles procédures. Il est vrai que le chirurgien réalisait jusqu'ici une sorte de travail d'artisan exactement comme l'ébéniste, parce qu'il existe un savoir-faire indéniable. Mais on peut être aidé d'une manière fantastique par les systèmes experts informatiques. Il faut, néanmoins, que le public sache ceci : progresser en chirurgie en gagnant un petit pourcentage de sécurité coûte très cher. Vous voulez la sécurité ? D'accord, moi le premier, je ne demande que cela en tant que chirurgien. Mais ce n'est pas gratuit. Comment, alors, financer des hôpitaux où il y aura plus de sécurité ? une seule solution : en avoir moins avec plus de monde. (...) Nous, chirurgiens, restons trop individualistes alors que notre métier devient de plus en plus un travail d'équipe.

J-PD : les progrès de la recherche en chirurgie conduisent donc ce métier exercé par des individualistes à être bcp plus collectif ?

GV : Exactement. **Ce qui manque aujourd'hui dans le bloc opératoire, c'est tous les personnels intermédiaires restés à un niveau de base. A la limite, il n'y a plus besoin d'écoles pour les panseuses puisqu'il n'est plus nécessaire, par exemple, de revêtir des gants pour opérer : je suis à la console. il y a un fossé énorme entre la formation du personnel et l'évolution technologique (mais c'est vrai un peu partout). Nous avons réuni dernièrement les panseuses, les infirmières et les brancardiers du bloc opératoire et nous leur avons dit de prendre conscience que dans cinq ans leurs métiers ne seront plus adaptés à la technologie nouvelle et qu'ils devront changer leurs méthodes de travail. Un brancardier m'a répliqué : « Mais vous demandez quoi, au bloc ? Du bac +12 ? » J'ai répondu : « Eh bien oui, en quelque sorte. » Dans un monde hyper technique, c'est indispensable. Il nous manque des informaticiens et notamment des gens ayant une expertise de connectique, ce qui ne s'improvise pas : c'est l'art de connecter entre eux les instruments et de détecter les pannes. Ce n'est pas forcément beaucoup d'argent en plus, mais d'abord un changement de personnel. Les panseuses sont souvent très intelligentes ; si on leur offrait 6 mois de formation dans de bonnes écoles, elles pourraient opérer une véritable reconversion et devenir bcp plus performantes. Elles-mêmes souhaitent vivement ce type de formation.**

J-P D : dans la chirurgie cardiaque, il y a 20 ans, pour les opérations à cœur ouvert, on faisait appel à la circulation extracorporelle avec des machines énormes nécessitant une dizaine de personnes. Aujourd'hui, cela marche avec une seule personne derrière des écrans de télévision et un ordinateur portable.

GV : je voudrais souligner un frein considérable à l'innovation. Quand un chirurgien veut développer une technique, il faut le laisser faire, avec des règles, évidemment : il est hors de question d'exposer un malade pour rien. Mais, s'il y a trop de contrôle, une agence sanitaire par-ci, un assureur par-là, cela tue l'innovation. C'est d'ailleurs ce qui se passe aux Etats-Unis. Le problème des contrôleurs, c'est que souvent ils n'ont pas la connaissance technique nécessaire pour apprécier l'innovation et qu'en plus ils sont ... jaloux. L'impression de bien faire qui, au fond, pousse toujours l'innovateur n'est pas quantifiable et impossible à régler juridiquement. Le neurochirurgien Cushing, qui a apporté de véritables innovations, au début, sur 50 malades atteints de tumeurs cérébrales, a eu 48 décès. A l'époque, personne ne disait rien parce qu'on admettait que les nouvelles expériences chirurgicales pour des cas dramatiques puissent tuer. Aujourd'hui, au contraire, on estime qu'on ne peut plus perdre un malade. Conséquence : vous arrêtez avant une tentative trop périlleuse. Les Etats-Unis se retrouvent un peu dans ce dilemme. Et quand des collègues américains viennent chez nous, ils disent que nous avons beaucoup de chance. Eux, ils se sentent coincés par la FDA (Federal Drug Administration), des avocats ou des assureurs. Alors, où vont-ils faire des essais ? En Amérique Latine, en Inde ou ailleurs, dans des pays plus souples juridiquement. *[Les Iers essais pour la chirurgie robotique ont été faits en RDA, Ndlr.]* Et c'est ainsi qu'une fois de plus le tiers-monde sert les riches. Je reconnais que ce n'est pas glorieux, mais en même temps, quelle autre solution pour faire avancer la chirurgie ? Les pauvres servaient à faire la guerre car ce sont eux que l'on envoyait au front, et aujourd'hui ils vendent leurs organes. Pour quelques centaines de dollars, un Colombien accepte de vendre un rein, quand on ne va pas voler les yeux des gamins de Bogota pour prélever des cornées. C'est horrible et monstrueux. En revanche, en ce qui concerne les expérimentations chirurgicales, à conditions, bien sûr, qu'il s'agisse de projets sérieux scientifiquement, j'avoue que je ne condamne pas, *a priori*. Du moins je m'interroge.

(...) Nous avons eu un jeune homme ayant un cancer d'un testicule avec plein de métastases, des boules énormes dans l'abdomen, et qui a subi d'innombrables chimiothérapies sans succès. La seule solution, c'était : ça passe ou ça casse, ou on arrive à enlever et il a une chance, ou on n'arrive pas et c'est la fin. Eh bien, l'un de mes collaborateurs, avec une équipe de chirurgie cardiaque et vasculaire, a tenté l'opération. Croyez-moi, dans un cas extrême comme celui-là, on se sent avec des responsabilités énormes. Le jeune homme a été sauvé. En revanche, nous aurions eu le même cas à quatre-vingts ans, moi, j'aurais hésité à prendre la décision d'opérer. Il y a un moment où il faut avoir le courage de conseiller de vivre avec son cancer. Les Anglais, là-dessus, ont un côté très dur, mais en même temps, c'est un pragmatisme qui a ses vertus. J'ai des malades avec une tumeur du rein que je n'opère pas et que je suis régulièrement en les aidant à vivre. Plus on est âgé, plus on désire goûter la vie sans avoir à subir des soins inconsiderés et des opérations traumatisantes.

J-PD : que pensez-vous du rôle des comités d'éthique ?

Les comités d'éthique, c'est à la fois bien et dangereux. C'est bien parce que cela fait réfléchir les acteurs, et c'est dangereux parce que cela peut empêcher l'innovation. Voilà un vrai débat. A mon sens il faut des garde-fous mais non corporatistes. Les comités d'éthique peuvent empêcher de bouger un système parce que l'on en vit... le comité doit donc servir plus à réfléchir, à poser des questions, à essayer de donner des réponses culturelles à un problème et, ensuite, il faut laisser les acteurs responsables de leur choix. Si le comité d'éthique se mêle d'interdire, on en revient à l'Inquisition.

J-PD : est-ce que des menaces juridiques croissantes pèsent sur votre métier de chirurgien ?

GV : en France, pas trop. Mais le nombre de procès augmente. Notre chance, c'est la nouvelle loi sur l'aléa thérapeutique qui, sur le fond, est bonne. Si, à la suite d'une opération, vous avez une complication, en principe vous ne serez plus obligé de faire un procès, et après négociation, il y aura indemnisation. Cela existe en Norvège : le malade, la famille, le chirurgien et le conciliateur se voient et discutent sans qu'il y ait, *a priori*, des méchants et des gentils.

J-PD : le problème, c'est qu'il faut pouvoir distinguer le véritable aléa thérapeutique, ce que l'on ne peut pas prévoir, de la faute plus ou moins caractérisée du chirurgien ou de l'hôpital.

GV : oui, c'est problématique. J'ai eu le cas d'une greffée du rein qui nous a fait un procès pour sa cicatrice, qu'elle trouvait un peu large. On lui a répondu : est-ce que vous vous rendez compte que votre vie a été sauvée par quelqu'un de décédé dont le conjoint ou les parents ont accepté de donner le rein ? et vous vous plaignez maintenant de la largeur de votre cicatrice ! cela s'est terminé par un non-lieu. Mais nous aurons à l'avenir des excès de la sorte.

L'HOPITAL

L'hôpital de demain doit se concentrer sur les techniques et les méthodes les plus innovantes.

GV : la crise des hôpitaux, réelle et grave, est moins financière que managériale. Vouloir simplement injecter encore plus d'argent dans un système à bout de souffle reviendrait à croire que faire le plein d'essence d'une vieille voiture évite la révision des 150.000 km. L'hôpital souffre de ne pas s'adapter à des pratiques modernes de management pour des raisons historiques et structurelles.

Quand 2 villes de 25.000 habitants, séparées d'à peine 30 km par un réseau d'accès autoroutier d'accès facile, s'acharnent à obtenir la totalité des moyens ultrasophistiqués de diagnostic et de traitement pour leur propre hôpital, on mesure le gouffre financier d'une telle absence de politique cohérente d'aménagement du territoire sanitaire. Proposez donc aux mêmes habitants d'avoir accès à ces moyens à condition d'en payer une partie sur leurs impôts locaux... très probablement, les maires des deux villes en question, sous la pression inverse de leurs élus, décideraient d'un partage des compétences et des moyens financiers à allouer aux hôpitaux incriminés. (...) Il faudrait payer un producteur de soins en fonction de sa performance et non pas, comme aujourd'hui, sur la base d'indicateurs complexes, globaux, jamais révisés et profondément iniques, pour une gestion plus saine des établissements hospitaliers. (...) Actuellement, les opérations les plus complexes sont celles qui sont le moins bien remboursées : mieux vaut faire dix cataractes qu'une ablation de la prostate pour un cancer ! La pénurie de chirurgiens qui s'annonce découle directement d'une telle absurdité.

Les coûts supplémentaires que les hôpitaux supportent selon qu'ils font de l'enseignement, de la recherche ou les deux à la fois feraient l'objet d'autres enveloppes budgétaires basées elles aussi sur la performance et donc révisables. Si l'on accepte le jeu de la performance, ce que tout malade réclame lorsqu'il s'adresse à un chirurgien, acceptons aussi de concentrer les moyens de la production chirurgicale au lieu de continuer à subventionner certains hôpitaux où les plus avertis n'osent même plus se faire soigner. (...). La concentration de ces moyens humains et matériels pour optimiser la pratique chirurgicale ne veut pas dire qu'il faille fermer tous les petits hôpitaux mais les transformer en services de soins de suite et en maisons d'accueil pour les personnes âgées ou dépendantes, dont nous manquons cruellement.

Lorsqu'il faut se faire opérer, compte tenu de la brièveté des durées de séjours hospitaliers actuelles, chacun doit comprendre que faire 50 ou 100 km n'est pas une régression dans l'accès aux soins, mais la conséquence d'un progrès dans leur efficacité.

Il est aujourd'hui scandaleux que la totalité des médecins et du personnel paramédical du système public soit payée de la même façon alors que les responsabilités et la charge de travail peuvent être totalement différentes d'un poste à l'autre. Qu'aucune incitation financière ne vienne récompenser les meilleurs est insupportable. Changer les mentalités demande du temps et un esprit de concertation animé par une vision à long terme qu'aucun gouvernement n'a, à ce jour, pu concrétiser.

*Il n'y a pas d'autre solution que d'abolir le statut public de l'hôpital pour lui permettre cette adaptation au monde moderne de management qui lui fait tant défaut. Le vrai et nécessaire rôle de l'Etat sera d'annoncer haut et clair quelle doit être la mission de l'hôpital et contrôler que cette même mission est bien remplie par les établissements sous peine de ne pas les accréditer. Refuser ces initiatives exposera inexorablement au déclin rapide de la médecine française. Possédant encore des équipes médicales et chirurgicales de grand talent, située au centre de l'Europe, bien desservie par les transports, la France peut et doit devenir le premier pays de l'Union européenne en matière de qualité des soins et d'efficacité du management hospitalier. Développer une véritable **industrie des soins**, créatrice de bien-être, d'innovations médicales et d'emplois, est encore possible, à condition d'être tous assez courageux pour surmonter nos médiocres corporatismes.*

TT : Dans ce panorama, on ne retrouve pas une affirmation des missions du service public, au premier rang desquelles l'innovation, l'enseignement et la recherche.

GV : une très grande partie de ce qui est fait dans l'hôpital public pourrait être réalisé dans le privé : des greffes d'organes, de la recherche complexe et même l'accueil des malades

les plus démunis. En gros, tout ce qui donne lieu à un remboursement par la Sécu et par les mutuelles complémentaires. Nous n'avons plus de médecine strictement libérale (il n'y a que 0,3 pour cent des médecins dont les actes ne sont pas remboursés). Les médecins qui ont une pratique privée à l'hôpital, comme les médecins dits libéraux sont d'une certaine façon des salariés de la Sécu. Il y a en revanche des pratiques libérales dans un système organisé, ce qui, précisément, crée la confusion. TT et moi, nous sommes tous deux dans une structure de droit privé participant au service public hospitalier (PSPH). Et nous voyons bien l'intérêt d'être des deux côtés. Par ex., nous avons la liberté de commander du matériel, à commencer par les gommes et les crayons, sans passer par les systèmes du secteur public avec appel d'offres et d'achats trop complexes et trop longs.

JPD : la France, depuis 50 ans, n'a pas su faire évoluer son réseau hospitalier public ou privé. A cette époque, les besoins (répartition de la population), les infrastructures (modes de transport, réseaux routiers, avions), la technologie (appareillages d'imagerie, techniques de télétransmission, internet) étaient différents ou n'existaient pas. Le maire de la ville est président du conseil d'administration de l'hôpital. Politique, santé, aménagement du territoire sont mélangés. *Quand je regarde la carte hospitalière, je m'aperçois que la France est le pays développé qui, sur une aire géographique donnée, est le plus maillé en termes de sites et de blocs opératoires. Comme il fallait valoriser ces structures hospitalières et ces blocs opératoires, on a agréé un nombre faramineux d'autres unités extrêmement coûteuses comme des centres de transplantation de tel ou tel organe. Or 22 pour cent des blocs opératoires accueillent 80 pour cent de la chirurgie pratiquée en France.* Les personnels hospitaliers qui travaillent au ralenti manquent cruellement à d'autres hôpitaux et deviennent de moins en moins performantes techniquement, allant jusqu'à constituer un danger pour la santé des patients. On ne tient pas compte des réels besoins sanitaires : c'est une bagarre constante entre élus pour obtenir un scanner par ci, une IRM par là. Ne pas confondre démagogie électorale et gage de qualité pour le malade : certains hôpitaux ont des IRM et des scanners mais pas les équipes techniques pour les utiliser correctement ! On ne peut le chiffrer, mais l'immobilisme, à coup sûr, sacrifie des vies humaines. Chaque fois que l'on est confronté à une question de délocalisation, les médias traitent la question de manière trop caricaturale. Avoir un hôpital près de chez soi n'est *a priori* pas un gage de sécurité : il y a eu (moins maintenant, car c'était un vrai scandale) des maternités de proximité très dangereuses pour les mères et les nouveau-nés.

TT : nous avons fait ressortir les aberrations structurelles de cet ensemble.

GV : *Au passage, une absurdité supplémentaire que je viens d'apprendre. A Paris, il y a 14s services d'orthopédie susceptibles d'intervenir dans les urgences. Combien y-a-t-il, en moyenne, d'urgences orthopédiques par nuit à Paris ? Trois ! 14 équipes pour 3 opérations par nuit... A Paris, la nuit, pour assurer les urgences, on n'aurait besoin que d'un seul service d'orthopédie ouvert.*

TT : Dans une société où la réussite matérielle individuelle est hypervalorisée par rapport à la réussite collective, le maintien de la structure et de l'esprit de l'hôpital public est, je crois, un bon choix. La loi Debré de 1958 a instauré la triple mission de l'hôpital : les soins, la recherche, l'enseignement. Evidemment, personne ne peut prétendre être à 300% un grand chercheur, un grand enseignant, un grand médecin. Le vrai problème moderne, jamais abordé, c'est de faire fonctionner ces trois missions ensemble.

JPD : il y a 3 catégories d'établissements : le service public, le secteur privé à but non lucratif qui participe au service public et le secteur privé à but lucratif. Les établissements de type PSPH (le privé se donnant des objectifs de santé publique) relèvent soit de la

Mutualité, soit de grandes associations telles que la Croix-Rouge ou le Centre de lutte contre le cancer. Ces structures sont à but non lucratif et gérées comme des fondations.

GV : Moi, je préfère qu'on abandonne la distinction entre privé et public pour parler, plutôt, de secteur commercial et de secteur non commercial, parce que les deux côtés sont payés par les mêmes organismes de Sécurité sociale avec le complément des mutuelles.

JPD : le secteur privé à but non lucratif ne verse ni dans les excès du public (administration archaïque) ni dans ceux du secteur commercial (contraintes de rentabilité au jour le jour, avec les risques de dérapages qui peuvent en découler). A l'avenir, le secteur commercial et non commercial devront travailler bcp plus en synergie. Il y a des villes où les urgences sont partagées entre une ou deux cliniques et un hôpital, et l'on ne peut que s'en féliciter.

GV : Pour ce qui est de l'hôpital, je trouve que l'on pourrait déléguer une bonne partie de l'activité chirurgicale s'il y a contrôle de l'Etat. A l'heure actuelle, déjà 65 pour cent de la chirurgie se pratique hors de l'hôpital, et cela ne me dérangerait en aucune manière que cette proportion augmente. Le budget de la santé ne doit pas être voté par moins de 10 députés présents dans l'hémicycle à minuit, quelle honte si l'on y songe !

J-PD : l'état du savoir comme celui des techniques obligent, de plus en plus, à se spécialiser. Quant aux urgences : il y a peu d'urgences réellement médicales parmi toutes les personnes qui s'y présentent. La plupart des urgences sont d'ordre social lié au malade. Il faut les traiter, bien sûr, mais pas à l'hôpital. Les urgences sont embouteillées ; dans le flou des urgences sociales, les urgences médicales peuvent être sous-estimées ; les urgences sont devenues une spécialité, ce qui conduit les représentants des urgentistes à déclarer que tous les Français ont droit d'aller aux urgences. Or rien ne serait plus dommageable que de donner plus de moyens aux urgences en restant dans le cadre hospitalier actuel. *L'urgence, si j'ose dire, c'est de distinguer le médical du social en inventant d'autres lieux d'accueil que l'hôpital.*

TT : Moi, je constate de manière prosaïque que, pour changer de voiture ou de télévision, les Français font plein d'efforts d'information et se déplacent afin d'aller comparer les offres. Ils pourraient peut-être, s'ils étaient mieux informés, faire des efforts similaires quand ils sont atteints d'un cancer... Faire fonctionner à tout prix de petites structures sans qualité, ce n'est pas un avantage pour la population, c'est un faux droit ou, plutôt, un droit à la catastrophe. Et le rôle de l'Etat est de prévenir les risques auxquels sont exposées les populations.

GV : aller chercher en hélicoptère un malade isolé coûte moins cher que l'entretien d'une équipe chirurgicale à proximité qui n'assure, parfois, qu'un acte par jour. Il est illogique que, dans une même région, il y ait plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU). Dans le grand Ouest, par exemple, il y a Brest, Rennes, Nantes, Tours, Caen et Angers à 150 km les uns des autres, et pour faire la même chose. On pourrait spécialiser ces CHU pour favoriser l'excellence. A Paris, c'est encore plus caricatural : onze CHU, couvrant chacun pratiquement toutes les spécialités.

TT : En fait, un hôpital fonctionnant dans la qualité, au bout du compte, revient moins cher. Exemple : réopérer un malade qui a été mal opéré. Or on présente toujours la qualité comme coûteuse.

J-PD : la méthode actuelle, qui consiste à dresser des cloisons entre les équipes médicales et les équipes administratives, n'est pas une bonne solution. Il y a là deux mondes qui vivent côte à côte sans constituer, pour autant, une équipe cohérente avec une véritable volonté d'entreprise. Le changement de cette situation passe par une mutation culturelle profonde mais, aussi, par une redistribution du rôle des uns et des autres à l'intérieur de l'hôpital. A l'étranger, il arrive que certains chefs de service, l'âge venant, n'opèrent plus et entrent dans les dispositifs administratifs, jouant les *go-between* entre les équipes ayant en charge la vie économique de l'hôpital et celles qui animent la vie médicale. Nous

sommes, chez nous, d'une pauvreté effrayante d'imagination à ce sujet. Lorsqu'il a été construit, l'HEGP (Hôpital Européen Georges Pompidou, 75015) était un établissement sans projet. Ses installations correspondaient à des idées dynamiques et innovantes, mais on n'avait pas réussi à faire partager aux médecins un projet d'entreprise. On avait reproduit dans du neuf les querelles et les divisions qu'il y avait dans du vieux. On avait regroupé 4 hôpitaux dans un seul mais sans discussion collective sur le projet. A l'inverse, l'institut Gustave Roussy est une vieille structure avec plein de problèmes de fonctionnement mais avec un vrai projet. En France, le directeur de l'hôpital sort d'une école formant des directeurs d'hôpital mais sans fournir l'apprentissage d'un véritable projet médical. La culture d'entreprise de nos médecins est très déficiente : ils sont élevés dans une sorte d'arrogance et de mépris des questions financières et sociales.

GV : avant les réformes Debré, c'était bien pire ! L'hôpital était le lieu où les praticiens venaient opérer le matin puis partaient en clinique. A l'époque, il n'y avait pas de direction mais un chef du personnel, parfois venu de l'armée, sans aucune logique entrepreneuriale et avec des budgets mal contrôlés. Les directeurs ont amélioré le management général et les médecins y sont, tout de même, plus sensibles. Mais il est vrai que nous sommes très en retard par rapport aux bouleversements qu'ont connus les entreprises depuis 30 ans en diminuant les échelons hiérarchiques et en mobilisant mieux leur personnel, par exemple par la formation permanente. L'hôpital est resté très militaire et, en même temps, quand on interroge individuellement le personnel, nul ne sait vraiment de qui il ou elle dépend.

TT il faut réconcilier l'hôpital et l'entreprise, le corps médical et la collectivité. L'état d'esprit : « C'est mon malade, j'en suis le propriétaire et je n'ai de comptes à rendre à personne » perdure trop souvent, même chez les jeunes générations. Or il n'est pas déshonorant de dire qu'on ne peut pas faire n'importe quoi à n'importe quel prix.

GV : Il arrive que le colloque singulier patient-médecin entre en contradiction avec des considérations budgétaires. Prenons l'exemple des dépenses de médicaments à l'hôpital, où l'on doit s'occuper des problèmes postopératoires. Sauf cas particuliers, il est clair que les différents services pourraient s'entendre pour réaliser des économies d'échelle, regroupant les commandes d'antibiotiques postopératoires, ce qui permettrait de négocier auprès des industries pharmaceutiques exactement comme le fait une grande surface. Mais, avant que les médecins d'un hôpital s'entendent pour choisir la même molécule, il faudra du temps. Parce que, précisément, le médecin a du mal à comprendre une telle rationalisation : il a une relation individuelle avec son malade et il pense que sa prescription est meilleure que celle de ses confrères. Or la prescription isolée dans un hôpital plombe son budget. Quand on regarde l'évolution de la chirurgie, on constate qu'elle a eu lieu, en majeure partie, grâce au privé. En coelochirurgie digestive, ce sont des cliniques privées ou semi-privées comme chez mes collègues mutualistes qui ont permis une nouvelle formation, et je ne confonds pas formation et innovation. Il s'agit ici de formation avec des cours. Je cite en exemple une clinique de Bordeaux où l'on fait des cours de chirurgie accrédités par des associations savantes : on a été sur place, on a évalué, contrôlé, et, c'est vrai, on y opère bien et on y prodigue un bon enseignement. Ce qui compte, pour moi, c'est le résultat. Ne faudrait-il pas que les internes destinés à faire de la chirurgie connaissent les deux systèmes avec un passage de 6 mois à un an dans le secteur privé ? Il ne s'agit pas de privatiser l'hôpital public. Il faut un minimum d'actes chirurgicaux pour être un bon praticien. Si, à l'hôpital, on fait 20 hernies par an et à la clinique deux cents, avec, de surcroît, des équipes plus restreintes, excusez-moi, mais soyons pragmatiques : 1) il vaut mieux aller à la clinique ; 2) si la clinique n'organise pas l'enseignement, du moins elle pourrait y participer.

TT : Si vous voulez, mutualisons l'hôpital, et par ailleurs, défendons ceux des médecins qui, tout en travaillant dans des conditions matérielles et intellectuelles intéressantes, n'ont pas l'argent comme seul étalon. Le PSPH pourrait être un modèle (modèle privé participant au service public hospitalier. Ex : L'institut Mutualiste Montsouris où travaille le Pr Guy Vallancien, responsable du service d'urologie, et l'institut Gustave-Roussy, dirigé par le Pr. Thomas Tursz, oncologue-cancérologue).

GV : la télétransmission a permis de concentrer à la Génomole d'Evry une bonne part de ce qui existe en génétique aujourd'hui : c'est un lieu où toutes sortes de PME tournent avec des chercheurs en contact permanent entre eux. Nous travaillons tous avec la Génomole, on peut discuter en télétransmission, et je ne demande pas que ces chercheurs en génétique soient à Montsouris.

TT : moi, je suis plus sensible à la notion de campus, qui est l'une des clés de l'institut Gustave-Roussy, avec la présence des chercheurs sur place, mais il est vrai que nous sommes centrés sur une pathologie : le cancer.

J-PD : *je suis convaincu qu'il faut coupler un hôpital conçu comme un pôle d'excellence avec une unité de recherche appliquée assez proche.* Mais le plus important, c'est déjà d'organiser une meilleure rationalisation de la recherche et de meilleures liaisons.

GV : essayons maintenant d'esquisser le modèle hospitalier pour les décennies à venir. D'abord, l'hôpital en matière chirurgicale devra être concentré sur des villes d'au moins quarante mille à cinquante mille habitants. A côté, il doit y avoir des structures hôtelières accueillant les familles ou le malade dès qu'il est sorti, et ces résidences devront être remboursées par la Sécu. L'hôpital, lui, doit être un lieu de soins aigus, et l'on doit externaliser au maximum ce qui peut l'être. Aujourd'hui, les boîtes d'instruments chirurgicaux peuvent être stérilisées par des entreprises privées européennes, cela n'a aucune importance, et c'est même mieux. Etant donné toutes les précautions nécessaires, maintenant, plus personne, en réalité, dans les hôpitaux, n'est aux normes en ce qui concerne les stérilisations. L'hôpital doit être au top pour les interventions, tout le reste doit être réalisé à l'extérieur. Voilà la révolution pour le 21^e siècle. Mais je précise, pour que l'on me comprenne bien : la stérilisation des instruments chirurgicaux du style bistouri peut être confiée au privé à condition que des groupes d'hôpitaux, par exemple dans une région, se réunissent pour passer la commande de telle sorte que le seul marché ne dicte pas sa loi. Là, on devient à la fois fort et performant.

TT : pour moi, l'important, c'est de considérer que l'hôpital n'est pas un acteur économique isolé : il vit dans un monde, il dépend de son environnement et il doit négocier dans une situation de faiblesse inouïe. *Dans un budget déjà si dépendant des médicaments et des équipements, je suis un nain économique face au marketing de l'industrie, alors que je représente un label valorisant. Il faut absolument que je trouve des partenariats pour développer la recherche et l'innovation. Pour tout le reste, la stérilisation, les transports, les hôtels pour les familles, l'accompagnement du malade et la vie autour, je dois trouver aussi un vrai partenaire.* Et le seul qui existe actuellement ayant assez de surface, c'est la Mutualité. Pourquoi est-ce le seul ? A cause de la fossilisation de l'hôpital public.

J-PD : Je considère que les mutualités, représentant 60 % de la population, ont une légitimité à représenter l'intérêt général. Mais on nous a exclus sous prétexte que nous participons aussi à l'offre de soins avec nos établissements et que nous pourrions être juges et parties. Souvent, l'hôpital est le premier employeur d'une ville, voire d'un département : dès lors, accordons-leur qu'il n'est pas facile de prendre des décisions pourtant nécessaires pour sortir du gâchis démagogique.

LES PROFESSIONS DE LA SANTE

GV : ici je crois utile de relire, dans sa version actualisée, le serment d'Hippocrate, qui fait partie de notre code de déontologie :

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leur conviction. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers, et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences, je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

A quelques détails près concernant surtout l'appareillage technique qui nous environne maintenant, l'esprit du serment d'Hippocrate reste le même aujourd'hui pour les médecins qu'il y a 2.500 ans. Certes, si nous travaillons plutôt en équipe, un médecin, c'est d'abord quelqu'un ayant un colloque singulier avec une autre personne affaiblie. On peut discuter entre collègues des traitements appropriés pour tel patient, mais la décision finale devra être prise par le médecin connaissant le mieux le malade, son environnement, sa famille, son travail, ses angoisses. Dans les cas graves, les décisions ne peuvent pas se prendre d'un coup de baguette magique.

JPD : compte tenu de la connaissance scientifique actuelle et de l'appareillage technique dont nous disposons, je ne crois pas que la médecine puisse continuer à justifier une sorte de secret jalousement gardé sur ses pratiques réelles avec leurs conséquences sociales, économiques et culturelles. Il faut garder la relation particulière avec le malade et, en même temps, il devient urgent de réorganiser l'exercice de la médecine, qui, nécessairement, doit devenir plus collective. Un des grands défis de la médecine de demain, c'est bien de garder comme fil conducteur le

contact avec une personne humaine tout en réorganisant le système de santé de façon beaucoup plus rationnelle et juste. Or on peine beaucoup à accomplir cette mutation indispensable en France. Nous sommes un des rares pays développés où la médecine spécialisée reste encore exercée dans le cadre d'un cabinet en ville par une femme ou un homme seul.

GV : depuis 50 ans les médecins ne sont plus des libéraux au sens exact du terme, mais ils ne l'ont pas compris et l'on n'a jamais voulu leur dire. D'où un système un peu bâtard : la médecine est financée par la collectivité tout en ayant des paiements à l'acte individuel et un mode de fonctionnement solitaire. C'est du pseudo-libéralisme qui masque les enjeux capitaux pour demain. L'énorme erreur, c'est de faire accomplir au médecin des centaines de tâches qui ne sont plus les siennes. C'est le même médecin généraliste qui toise un gamin pour lui permettre de pratiquer un sport et qui, un quart d'heure plus tard, devra peut-être faire le diagnostic d'un mélanome. La durée moyenne d'une consultation en France est de moins de 12 mn. Il est unimaginable qu'un médecin bac + 10 soit nécessaire pour établir un certificat d'aptitude à pratiquer un sport avec en complément le prix d'une consultation. Et, même dans ma spécialité, l'urologie, une fois que j'ai vu un malade avec mon équipe et qu'il entre dans un traitement où nous possédons d'excellents indicateurs techniques sur l'évolution de son état de santé, un assistant médical devrait être habilité à lui renouveler son ordonnance. En déléguant les responsabilités, le médecin doit pouvoir revenir à l'expertise vraie avec du travail de consultation plus lent.

C'est l'ensemble du système qui ne fonctionne plus et qui, dès lors, favorise l'irresponsabilité.

TT : Médecine scientifique et médecine humaine doivent apprendre à fonctionner ensemble, mais cela repose sur l'abandon d'un type de médecine où un homme prétend avoir toutes les compétences, tous les savoirs et toutes les vertus, ce qui ne correspond plus du tout à l'état de la science d'aujourd'hui. Le problème de la médecine actuelle et future, c'est le partage, la multidisciplinarité, l'interface, c'est-à-dire inventer un nouveau système où les techniques, les missions et les savoirs se complètent dans l'intérêt du malade. Il n'y a plus de médecin unique, il y a une équipe de soins. L'une des difficultés évidentes, c'est que le malade doit s'y retrouver et comprendre de quoi il s'agit. Dès lors il doit y avoir au sein de l'équipe de soins un intercesseur, une sorte de médecin référent, l'homme ou la femme unique portant le dialogue singulier dans le rôle d'écoute, d'explication et de conseil. ***Il faut que les malades comprennent que dans les équipes de soins, il y aura des gens aux compétences complémentaires : des médecins, des infirmières, des techniciens, mais aussi des gens spécialisés dans les questions sociales, psychologiques, administratives ou économiques. Or en France, il n'y a pas de réflexion et encore moins de formation allant dans ce sens, comme le prouve la pauvreté des recherches en sciences humaines et sociales sur la santé.***

GV : ma grande inquiétude, c'est la technicisation à outrance quand on devient l'homme d'un geste, ce qui est dramatique en médecine. Je crois qu'il faudrait plutôt que nous soyons l'homme d'une maladie. Désormais, dans ma spécialité, je crois, d'une part, que l'on ne pourra plus traiter toute l'urologie et, d'autre part, qu'à l'hôpital, aux côtés de techniciens accomplissant des gestes chirurgicaux ou de radiologistes, on devra faire plus appel à des médecins généralistes servant un peu de référents ou d'intercesseurs, comme l'a dit TT.

TT : la médecine n'est plus un métier de soliste mais de musicien jouant dans un orchestre.

GV : dans mon service, nous avons trois médecins généralistes qui ne sont pas urologues et qui ont accepté de rentrer à l'hôpital pour s'occuper des malades avant l'intervention chirurgicale et après.

TT : à l'institut Gustave Roussy et avec les centres anticancéreux, nous avons une expérience complémentaire qui a voulu se fonder sur la multidisciplinarité : le « comité », c'est-à-dire la discussion collective initiale entre un médecin, un chirurgien et un radiothérapeute pour traiter de tous les cas et de toutes les décisions. La catastrophe survient lorsqu'on pousse à bout cette logique du Comité en considérant que le malade doit, en quelque sorte, comparaître devant le tribunal constitué de ce trio d'experts ayant discuté sur son cas. La seule solution pour éviter cette situation détestable est de garder l'expertise collective du comité, mais d'introduire une relation humaine avec un médecin unique comme interlocuteur avec le malade, annonçant et expliquant les décisions du comité. A la base du comité, il y a le partage du savoir, notion bien étrangère à la culture médicale actuelle. Pourtant, il y a un vrai plaisir collectif, à tous les niveaux, à remporter une victoire ensemble. On ne pourra plus exercer la médecine de ville sans un réseau hospitalier et des relations avec des équipes de soins.

JPD : *De par la loi, aujourd'hui, en France, il n'y a pas de formation continue obligatoire pour les médecins. En clair, on ne vérifie pas l'état de leurs connaissances tout au long de leur vie professionnelle.*

TT : *je suis favorable à l'accréditation.*

GV : *elle existe dans les pays anglo-saxons, que nous nous complaisons tant à critiquer.*

TT : *il faut que le public réclame l'accréditation, car il s'agit d'une vraie défense des consommateurs. Le rôle de contrôle de la société civile sur le système médical est de réclamer la transparence, et non pas de juger ce qui est de la bonne ou de la mauvaise science. La société civile peut et doit pouvoir obtenir des critères clairs de qualité dans l'exercice de la médecine.*

GV : il y a 3.000 médecins-conseils des Caisses d'assurance maladie qui, en principe, sont là pour contrôler les abus dans les prescriptions, par ex. les ordonnances à répétition. Il serait bcp plus efficace de transférer ces 3.000 médecins à l'Agence nationale d'évaluation en santé (ANAES), qui met en place le système d'accréditation.

TT : Dans l'intérêt même des médecins, afin d'éviter que le tribunal devienne le dernier recours pour juger un système de soins, il faut instaurer la transparence dans notre système de soins. Moi, en tant que médecin, je me refuse à être jugé par des personnes qui, en dehors de leur connaissance en droit, n'ont pas la connaissance scientifique pour évaluer mes travaux ou mes actes.

GV : le délabrement actuel du système est dû, pur moitié, au médecin et, pour l'autre moitié, à l'impéritie de l'administration, des gouvernements, mais, aussi, à l'irresponsabilité des citoyens.

JPD : je suis très choqué que la loi de 1996 sur la formation continue obligatoire des médecins ne soit pas encore appliquée.

TT : personne n'essaie de proposer une réforme du système de santé par l'innovation. La bête noire de notre système, c'est l'innovation, perçue comme une fatalité coûteuse [TT parle-t-il de l'innovation ou de la créativité ? « L'innovation peut être définie comme un changement de la réalité. La créativité comme un changement de la perception. » *Luc de Brabandere*, co-directeur du *Boston Consulting Group*.Ndlr.

Voir le lien vers la présentation de Luc de Brabandère : « Les 10 paradoxes de la créativité » : <http://www.universite-du-si.com/fr/conferences/4/sessions/817> : « Et en plus, mon bon monsieur, il y avait déjà le scanner ou l'IRM, et ces connards nous

réclament maintenant des PET-scans. » Pareil pour les médicaments. Il y a une attitude résignée devant l'innovation, fatalité coûteuse, et aucune volonté de l'appréhender comme le meilleur moyen de modifier le système de soins dans ses composantes économiques et sociales. [Innovation et créativité ne sont donc pas synonymes, très loin s'en faut. L'innovation, en matière de santé, c'est : un peu plus de la même chose : plus joli, plus si, moins ça, mais c'est toujours la même chose : *plus ça change, plus c'est pareil*, comme diraient les [Shadoks](#). La créativité, c'est la rupture. Et la rupture, ça fait mal, c'est-à-dire que ça pose *la question qui tue* : aurait-on raté une occasion de voir le monde autrement ? Ndlr.]

Avec le PET-scan, nous sommes dans la créativité, qui fait appel à la capacité à voir le monde autrement : TT : le PET-scan, c'est encore mieux, dans certains cas, que l'IRM ou le scanner. Il ne s'ajoutera pas dans l'avenir à ces examens mais s'y substituera.

JPD : L'innovation (la créativité) vient s'ajouter à la facture finale au lieu de jouer un rôle de substitution permettant de soigner mieux avec des coûts mieux maîtrisés. Et, au bout du compte, on tue l'innovation (la créativité). Dans le domaine pharmaceutique, on a continué pendant des années à rembourser des médicaments sans intérêt scientifique qui nous ont coûté des milliards d'euros.

GV : l'innovation (la créativité) ne peut pas être nationale. Autant une partie de la médecine est devenue industrielle avec des enjeux internationaux, autant une autre partie reste très localisée sur des bassins de population. Mais on ne sait pas faire cela, en France : l'évaluation des coûts médicaux par rapport à des régions, aux dimensions respectives des structures hospitalières ou à la composition sociale de la population.

JPD : si on organisait mieux la médecine de ville à travers des réseaux collectifs et la médecine hospitalière avec des pôles d'excellence reliés entre eux, on pourrait faciliter le développement de l'innovation en faisant bénéficier tous les malades des techniques les plus pointues.

GV : En France, aujourd'hui, il y a des réseaux au mauvais sens du terme : copinage et relations basées sur l'amateurisme, pour ne pas dire petit trafic de clientèle. [Prenons l'exemple de ces cardiologues qui posent une dizaine de stents à un malade plutôt que de l'envoyer consulter un chirurgien cardiaque, sous prétexte de ne pas affoler le malade, en réalité, pour le garder car ce malade lui rapporte. Ndlr.] Combien de médecins n'utilisent pas de logiciel d'aide à la prescription ? Sans l'informatique permettant un transfert des dossiers, il est impossible de disposer d'informations sérieuses sur l'état d'un malade. Bien sûr il ne faut pas que les dossiers patients tombent aux mains d'assureurs privés, la CNIL fait bien d'être vigilante ! Il existe pourtant des possibilités techniques pour crypter ces questions et rendre leur consultation confidentielle.

Ce qu'il faut essayer de faire comprendre aux Français, c'est qu'au XXI^e siècle, il ne pourra plus y avoir de médecins isolés, même à la campagne. Il faut des cabinets de généralistes organisés en réseau : deux sont en formation, deux au repos, cinq en consultation de proximité et cinq en consultation de ville. L'ensemble a une véritable force de frappe avec des infirmières, des secrétaires, des véhicules ; il s'agit d'une véritable PME performante.

Dans notre pays, nous sommes deux cent mille médecins, y compris les chercheurs, et il y a un médecin pour 3.000 Français. Qu'on ne vienne pas me dire qu'avec un tel potentiel on ne peut pas faire du bon travail, à condition que tous les corps intermédiaires, en particulier les infirmières, participent à la réforme. Dans ma spécialité, la chirurgie, c'est pareil. Il faudra des équipes d'au moins dix chirurgiens d'une même spécialité dans des villes d'au moins 50.000 habitants. Même type de formation : les uns se reposent, les autres sont en formation, en consultation avancée

avec les petits soins ou au bloc lourd avec tous les moyens techniques nécessaires. Dans tous les domaines, de la cardiologie à la cancérologie, de la gastro-entérologie à l'urologie, il en ira de même. Les généralistes ont presque tous une partie de la médecine qu'ils connaissent mieux et il serait souhaitable de les faire venir à l'hôpital pour consulter et permettre à leurs malades de bénéficier, si besoin est, de l'avis d'un spécialiste.

JPD : pour l'essentiel, la médecine de ville s'exerce de façon très isolée, intellectuellement, techniquement, physiquement. *Disons-le franchement, dans les faits, la médecine libérale n'existe plus, c'est un trompe-l'œil qui empêche toute réforme. Les médecins libéraux pensent tenir leur liberté de ce fameux paiement à l'acte dont on a même prétendu qu'il faisait partie intégrante du colloque singulier entre le soignant et son patient. En somme, le malade perdrait la confiance qu'il a dans son médecin si ce n'était pas lui, et lui seul, qui le payait (le plus souvent en liquide...). Ce genre d'argument est, d'ailleurs, une insulte à la médecine hospitalière, qui n'est pas dans cette situation. Pis, c'est une insulte à l'intelligence. Aujourd'hui, si on peut enfin aborder le débat de la rémunération des médecins sans être cloué au pilori des syndicats ou de la presse médicale, je m'en réjouis. Mais on n'a pas encore franchi une étape décisive en admettant que le mode de rémunération actuel paralyse la modernisation des dispositifs de soins, y compris dans son agencement. Moi, je suis prêt à faire la concession suivante : imaginons de mieux rémunérer les médecins en échange d'une rupture avec la pratique du paiement à l'acte. Pourquoi sommes-nous l'un des seuls pays européens où les médecins sont payés à l'acte ?*

TT : admettons qu'il faut rémunérer la qualité aussi, constatons que ce n'est pas compatible avec l'actuel paiement à l'acte et, à partir de là, discutons sur des solutions possibles à la française.

GV : je pense qu'on devrait imaginer une base fixe minimale de rémunération, que l'on devrait compléter par une variable tenant compte des critères de qualité.

Si on donnait à une structure privée les moyens financiers de pratiquer la greffe du cœur et du rein, elle le ferait très bien. En dehors de l'aspect commercial, qu'est-ce qui différencie l'hôpital de la clinique en termes de patients ? C'est l'accès pour tous. Mais aujourd'hui, 65 pour cent de la chirurgie est accomplie dans le privé. [Dans le privé, il y a la RC (responsabilité civile). Une famille confrontée à la question du don d'organes qui s'estime lésée – voir l'affaire d'Amiens – peut porter plainte contre un membre du corps médical, tandis que l'hôpital public ne connaît pas la RC, c'est l'hôpital qui défend le médecin ou l'infirmière attaqué(e) au nom de l'institution hospitalière. Le père de Christophe, dans l'affaire d'Amiens, a perdu suite à sa plainte déposée en justice pour prélèvements non autorisés. Quid si cette plainte avait été déposée contre un médecin ou une infirmière dans le privé ? Ndlr.] Pourquoi la chirurgie est-elle partie dans le privé ? Parce qu'elle est rémunératrice. A l'inverse, tout ce qui est de la médecine comme l'Alzheimer est très mal payé. Demain, on décrète que l'Alzheimer ou l'accident vasculaire cérébral (qui conduit dans certains cas à la mort encéphalique et donc, au don d'organes, Ndlr.) sont nos vraies urgences, vous verrez qu'il y aura plein de services hospitaliers ou de cliniques qui se mobiliseront.

TT : une intervention chirurgicale est, par exemple, cotée avec la lettre clé K, un acte radiologique avec R, un acte de radiothérapie avec Z, parce que le système est purement quantitatif. Ce qui gomme la qualité comme l'innovation (ou la créativité, Ndlr.) et devient inflationniste. Cela incite les pourvoyeurs de soins à en fournir le plus possible et les malades à consommer au maximum parce qu'ils pensent qu'ils seront mieux soignés s'ils ont plus de K, de R ou de Z. au demeurant, ils y ont droit ! tout

cela est extraordinairement dangereux et pervers. Il faudrait casser cette rémunération quantitative des actes, à laquelle le plan Juppé n'a pas touché. Il faut aller vers un système prenant en compte la qualité, le travail en équipe et l'innovation.

GV : la meilleure formule pour la chirurgie serait le forfait. Si l'on prend 100 malades opérés pour un cancer de la prostate, on sait, dans mon service, quelles complications on va rencontrer, quelle est la durée moyenne du séjour et quelles sont les suites postopératoires possibles. On peut alors calculer un prix intégrant, de par notre expérience scientifique, tous les paramètres, y compris les émoluments des chirurgiens. On aurait, ainsi, une transparence extraordinaire, car celui qui opère bien sera récompensé tandis que celui dont 30 pour cent des malades restent en réanimation deux mois sera automatiquement obligé de s'améliorer ou d'arrêter. Le forfait, c'est la plus transparente initiative incitant à bien faire tout en étant rémunératrice pour les chirurgiens. Pour l'instant, on ne peut pas établir des coûts par pathologie parce que c'est ultracompliqué.

JPD : il ne faut pas oublier que partout dans le monde on a pu observer que c'est l'offre de soins qui conditionne la demande et non l'inverse, comme on le croit souvent.

GV : regardons ce qu'il se passe aux urgences hospitalières : pour 80% des personnes arrivant là, il s'agit d'urgences sociales, d'angoisse et de stress de la vie quotidienne. Aux urgences, il n'y a pas 10% d'hospitalisation et peut-être même pas 1% de chirurgie. A l'hôpital de Gap, qui était engorgé, il s'est monté une expérience concrète très originale : 55 médecins de la ville ont accepté d'assurer une permanence de nuit dans une « maison médicale », chacun à tour de rôle. Cette initiative a aidé à désengorger les urgences de l'hôpital de Gap.

Les infirmières en ont assez et elles ont raison. Avec deux années en plus de formation, certaines d'entre elles pourraient devenir de vraies assistantes des médecins avec délégation de pouvoir pour certaines tâches. Dans nos facultés de médecine, le drame, c'est que l'on a un arbre qui n'a pas de branches assez tôt. On pourrait, par exemple, imaginer un nouveau diplôme, la maîtrise de soins, supposant quatre ans d'études médicales et débouchant sur un métier d'assistante. C'est une révolution qui est réalisable très vite et qui permettrait de nombreux débouchés valorisants pour les jeunes.

Avec les trente-cinq heures, on va droit à l'émergence de médecins bo-bos, du style : « je fais mes heures et je m'en vais ». du coup, il va falloir multiplier le nombre de postes, alors qu'il aurait été plus humain et dynamique de proposer de meilleures rémunérations à celles ou ceux qui ont envie de travailler plus. La vraie crise de la médecine française, c'est la fracture entre les praticiens suivant les patients de A à Z et les médico-techniques, notamment les anesthésistes, dont la prestation est très calée sur un temps donné sans que le malade ne soit suivi après l'opération.

TT : *pourquoi les infirmières quittent-elles le métier ? Parce que, malgré l'intensité de la charge, l'intérêt et la qualité du travail sont faibles et qu'on ne leur offre pas de possibilités d'évolution. Dans la formation initiale des infirmières il y a une dévalorisation de l'acte technique et de son intérêt même. Or les métiers techniques sont passionnants et pourraient leur permettre de changer : cela offrirait aux infirmières l'opportunité de faire de l'échographie, des manipulations biologiques, de la kinésithérapie et même de la recherche. Il y a des pays où des pans entiers de la recherche sont assurés par des infirmières, par ex pour étudier la qualité de vie ou pour aborder la question capitale de l'évaluation de la douleur. L'importance de la génétique est grandissante. Qui mieux qu'une infirmière peut demander : « Votre mère, votre père, vos frères et sœurs, vos oncles ou tantes, ont-ils eu des maladies ?*

Lesquelles ? Quand ? » Ces questionnaires de dimension technique et scientifique ne sont pas assez valorisés, alors qu'ils permettraient aux infirmières d'excellentes réorientations. Mais, à l'heure actuelle, on est juste focalisé sur les grilles de rémunération.

GV : à l'hôpital, il y a des attachés de recherche clinique (ARC) qui prennent en charge les dossiers lorsqu'il y a des traitements à mettre au point : interview des malades et possibilité de les examiner. C'est un vrai travail. La preuve : l'industrie pharmaceutique, en les payant mieux, cherche à les recruter. Avec l'évolution des technologies, aujourd'hui dans un bloc opératoire on a besoin de spécialistes d'informatique, de robotique, de connectique, mais il y a encore la panseuse, dont le rôle est devenu minime. Du coup, elle est totalement déphasée alors qu'elle ne demande qu'à être formée à de nouveaux métiers. Les secrétaires, elles aussi, ne demandent qu'à bénéficier de nouvelles formations pour mieux intervenir dans la chaîne de soins aux malades. Il faut que les Français le sachent : les établissements de soins tournent, à l'heure actuelle, avec des sparadraps et s'appuient sur la bonne volonté de la plupart des acteurs parce qu'ils ont affaire à des malades. Si les personnels soignants avaient à fabriquer des pots de yaourt ou des voitures, ils seraient tous en grève illimitée.

TT : en France, il y a une prestigieuse Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et le CNRS, où l'on trouve des chercheurs parfois de grande renommée. Mais, que ce soit en sociologie ou en anthropologie, la santé ne les intéresse pas. Quand, par hasard, ils abordent le pb, il y a une chose qui leur fait peur par-dessus tout, c'est l'hôpital, un monde où l'on craint, peut-être, de rencontrer des hommes et des femmes dans la douleur. L'autre raison majeure, c'est la crainte du pouvoir médical ou, pour employer un langage plus savant, celle (peut-être justifiée) d'être instrumentalisé(e) par les médecins. Les quelques bons chercheurs en sciences sociales s'intéressant à la santé se sont focalisés sur le sida. La recherche en psychologie ou en sociologie liée au cancer est proche du zéro. Un peu de théorie, aucune pratique. Dans les pays anglo-saxons ou scandinaves, c'est tout à fait différent.

JPD : cela provient du fait que j'ai déjà souligné : en France, on conçoit la santé sous l'angle unique du tout-curatif, qui est du ressort des seuls médecins. De plus, on ne raisonne qu'en termes quantitatifs au détriment de la qualité. Or les métiers de la santé, si l'on va des médecins jusqu'aux ambulanciers, cela représente près de deux millions et demi de personnes employées et 11 pour cent du PIB de notre pays. Voilà pourquoi s'imposent des réformes en profondeur qui favoriseront un vrai changement des mentalités.

LES MEDICAMENTS

JPD : l'industrie pharmaceutique française s'est très peu restructurée par rapport aux laboratoires allemands, suisses, anglais, américains. Ne pouvant suivre en termes d'investissements les évolutions nécessitées par la recherche, l'industrie pharmaceutique française a délaissé aussi bien le marché des génériques que celui de l'innovation. Notre industrie pharmaceutique s'est focalisée sur les produits vieillissants en les relookant et elle s'est concentrée sur le marché français en proposant des médicaments comme les vasodilatateurs (arthrite, symptôme des jambes lourdes) dont il a été prouvé (évaluations scientifiques répétées) que les effets thérapeutiques sont quasi nuls. La France représente 70% du marché mondial des veinotoniques ! Les laboratoires pharmaceutiques français proposent souvent des génériques, mais vendus plus cher. Ils ont orchestré de véritables campagnes de

désinformation pour faire croire que les génériques étaient des médicaments au rabais et que leur développement risquait de mettre en péril la recherche innovante. Ce sont les labos qui informent le corps médical à travers des journaux qu'ils financent *via* la publicité ... Voilà une des causes profondes permettant d'expliquer la surconsommation de médicaments. En apparence, les médicaments français sont moins chers que dans d'autres pays européens, mais à l'arrivée les laboratoires se rattrapent largement grâce au volume vendu. Ces médicaments, leur remboursement, représentent un gaspillage économique faramineux, d'autant plus stupéfiant qu'une partie de ces médicaments ne sert à rien du point de vue médical. Lorsque l'on prend trop d'antibiotiques, il se développe des résistances dangereuses. Un antibiotique vedette, la ciprofloxacine (ciflox), montre maintenant des signes de faiblesse. Ce médicament avait été largement utilisé de façon préventive lors d'attentats aux lettres piégées contenant le bacille du charbon qui avaient fait cinq morts aux USA à la fin 2001. Conséquence inquiétante : les quinolones fluorées appartiennent à une famille d'antibiotiques dont l'efficacité est passée de 97 pour cent contre la bactérie E. coli (en 97) à 79 pour cent en 2002 or cette famille d'antibiotiques est la seule qui puisse être prise par voie orale dans certains cas d'infections pulmonaires (mucoviscidose). La résistance au médicament impose donc de passer à un traitement par injection intraveineuse, qui réduit la qualité de vie du malade. Il est vital de s'assurer que ces quinolones fluorées demeurent efficaces contre certains organismes. On en arrive à ne plus pouvoir soigner certains malades, sauf à doubler ou à tripler les doses. En France, les prix des médicaments sont fixés par les pouvoirs publics, et ces prix sont établis à la suite de compromis entre les laboratoires pharmaceutiques et les responsables politiques. Ces prix manquent à tout le moins de transparence, alors qu'ils sont précisément établis par la « Commission de transparence ». Troc et marchandage ont supplanté la rigueur scientifique et le seul intérêt sanitaire. On fait passer l'aménagement du territoire, en termes de structures hospitalières et d'emplois, avant l'évaluation des besoins sanitaires et leurs satisfactions.

TT : nous sommes un pays très mal adapté aux évolutions naturelles, du coup, de temps à autre on fait une révolution pour éviter la sclérose totale. Nous détenons le record du monde pour le nombre de prescriptions. Le Français lambda développe une automédication à partir de sa propre armoire à pharmacie. En France, l'Etat favorise la logique consumériste du médicament. Mais on nous cache soigneusement le fait que le médicament a aussi une nocivité. D'autre part, il y a chez nous une véritable schizophrénie administrative : à partir du moment où on a décidé de protéger l'innovation et la recherche, on a vu se mettre en place toutes sortes de lois et de commissions finissant par hypercontrôler cette recherche innovante. Pour de bonnes raisons, j'en conviens, il est très cher, très long et très complexe de mettre sur le marché un médicament. Mais, d'un autre côté, on ne fait rien pour rendre le système moins compliqué. Au contraire, chaque gouvernement semble vouloir rajouter une couche pour alourdir le principe de précaution. En revanche, pour tout ce qui s'est passé avant, par exemple des médicaments présents sur le marché depuis 30 ans et qui n'ont jamais démontré leur utilité thérapeutique, alors là rien ne bouge, on n'effectue aucun contrôle. Comment admettre que la recherche innovante soit si sévèrement encadrée et, d'un autre côté, laisser passer des ordonnances avec 5 ou 6 médicaments dont l'interaction est dangereuse ?

JPD : nous sommes en effet l'un des rares pays développés à ne pas réaliser d'évaluation des médicaments après leur mise sur le marché. Pour un médicament mis sur le marché il y a 20 ans, on possède justement toutes sortes d'éléments statistiques

concernant, par ex., ses effets tardifs, et permettant de le réévaluer de façon positive ou négative. Mais on ne le fait pas.

TT : Après l'autorisation de mise sur le marché, il n'y a plus de contrôle. En amont, nous sommes dans la science et dans l'éthique et, en aval, nous nous retrouvons dans une logique de marchand de lessive. On parle, pour un médicament, d'un « index thérapeutique fort » : ce que l'on attend comme service rendu doit être supérieur à ses inconvénients. Dernièrement, par exemple, on a eu des problèmes avec des médicaments anti cholestérol, les statines, qui donnaient des atteintes des fibres musculaires ou les détruisaient. Il n'y a pas de médicament parfait : un médicament actif ne limite pas ses actions à l'organe traité. Il est indéniable que beaucoup de bactéries et de germes deviennent de plus en plus résistants à cause de l'hyper prescription d'antibiotiques. Les antibiotiques sont de moins en moins efficaces et ce n'est pas seulement un pb hospitalier (la question des infections nosocomiales, celles que l'on attrape à l'hôpital) : c'est un grand problème pour la société. On est en train de perdre la course de vitesse contre les germes par hyper prescription médicale et mauvaise utilisation des médicaments (on néglige la prescription d'antibiotiques plus ciblés en donnant des antibiotiques dont le spectre d'action est plus large). Le regain de la tuberculose multi-résistante dans le monde en est une autre conséquence.

GV : il est vrai que, dans le budget du médicament, il y a trop de dépenses liées, en gros, à la pub, aux relations publiques, à des congrès bidon. Mais il y a aussi – il faut avoir l'honnêteté intellectuelle de le reconnaître – de vrais budgets de formation, dont il faut tenir compte.

Enfin, nous avons quand-même quelques remarquables fleurons industriels : Aventis (à 50% avec l'Allemagne) et Sanofi-Synthelabo, deux belles machines, et, dans une catégorie inférieure des entreprises comme Pierre Fabre, qui essaient de passer de la PME familiale au vrai laboratoire industriel. En ce qui concerne le remboursement des médicaments, ce qui me gêne, c'est le médicament remboursé à 35%. Un médicament efficace à 35% seulement, c'est absurde. Demain, la Sécu ne pourra plus tout rembourser. Qu'elle choisisse avec ses experts ce qui doit être pris en charge par la collectivité et que le reste revienne sur le marché libre.

TT : un médicament qui soulage la douleur doit être remboursé sans états d'âme. Il y a une opposition idiote entre produits naturels et médicaments. Certains médicaments anticancéreux sont extraits de la pervenche. De même, le Taxol, beaucoup utilisé maintenant dans le cancer, est extrait de l'écorce d'if, et la chimie de la nature recèle certainement encore des produits que l'on n'a pas découverts. A l'inverse, les hommes peuvent, par synthèse, faire parfois mieux que la nature. Quand on met en place de grands systèmes de solidarité et de santé publique comme la Sécu, il faut absolument que cela s'accompagne d'efforts culturels et d'éducation. Il a été irresponsable de la part de la gauche comme de la droite de ne pas y réfléchir plus.

JPD : un médicament en aucun cas ne devrait être dit de confort, comme si les autres relevaient de l'inconfort ! le remboursement à 35% d'un médicament ne repose sur aucune base scientifique et n'a même pas de valeur morale. Ce sont les laboratoires pharmaceutiques qui ont fait de la résistance à partir du moment où il a été prouvé, cette fois sur des bases scientifiques, que ces médicaments de confort n'avaient que peu ou pas d'effets. Après tout, il n'est pas choquant qu'à un moment donné de la connaissance, quand les systèmes d'évaluation étaient différents, on ait cru que ces médicaments avaient un effet et que des années plus tard, avec l'expérience, on revienne sur cette expertise. Le problème, c'est qu'en ne stoppant pas net le remboursement de ces médicaments, on a freiné le développement des médicaments innovants et on a accentué les dépenses de santé. C'est là que les laboratoires sont

coupables, en ayant fait du chantage à l'emploi, voire en prétendant qu'on allait les pénaliser à l'exportation. Généralement, dans ces cas-là, les politiques cèdent au chantage (voir l'exemple récent de la grippe A ou grippe porcine, Ndlr.), et voilà comment on s'est retrouvé avec une liste de médicaments remboursés à 35% (il y a même eu un projet aberrant prévoyant des remboursements à 15%, 35% et 65%).

GV : aujourd'hui, en consultation, il est beaucoup plus long d'expliquer que l'on ne va pas prescrire, c'est-à-dire délivrer une ordonnance. C'est une réalité quotidienne qu'il ne faut pas masquer : les malades ne comprennent pas que l'on ne leur prescrive rien. Il faut être un sacré grand professeur non payé à l'acte pour qu'ils l'acceptent, et encore, j'en suis certain, avec des doutes sérieux en se demandant s'ils ne vont pas aller consulter ailleurs, histoire de se rassurer. Il faut savoir que les frais engendrés par un médecin généraliste se décomposent ainsi : un tiers pour ses revenus, deux tiers pour les dépenses induites par ses prescriptions (examens de biologie, radios, scanners, médicaments, cures, etc.).

GV : il vaudrait mieux avoir des généralistes donnant des consultations de 30 mn à 40 euros mais qui, en échange, prescrivent moins de médicaments et d'exams. La communauté entière y gagnerait.

TT : encore une fois, la schizophrénie administrative et politique pense qu'en régulant le haut du système, c'est-à-dire l'innovation dans les hôpitaux de pointe, on va réformer l'ensemble. C'est, au contraire, la base inerte qui coûte de l'argent. Personne n'a le courage d'aller au fond des choses : on préfère étrangler la recherche qui, forcément, coûte cher, en pensant que cela va redonner les 5% de marge financière dont on a besoin. C'est une profonde dérive structurelle. Ce qui ruine le système, ce n'est pas l'innovation, mais les petits médicaments efficaces. On met dans le même panier de remboursement les veinotoniques inutiles et les molécules innovantes en essayant de faire une grande régulation macroéconomique. L'innovation est doublement pénalisée, dans sa difficulté à émerger et dans son impact financier.

JPD : les médicaments expertisés et jugés d'un service médical insuffisant auront coûté, pour 2002, à la Sécu et aux mutuelles la bagatelle de un milliard trois cents millions d'euros ...

TT : Mais je vais être concret et essayer d'expliquer comment l'invention réelle est pénalisée. Dans le processus actuel d'évaluation des médicaments, le seul examen de passage imposé est l'autorisation de mise sur le marché (AMM), qui débouche sur une inclusion dans un mécanisme de remboursement avec répercussion sur le budget global des hôpitaux. Ce système favorise la routine au détriment de l'innovation efficace et, surtout, il a des effets très pervers sur le budget des hôpitaux. En cancérologie, par ex, il y a eu un certain nombre de recherches innovantes : alors que, pendant 20 ans, on n'avait rien découvert de capital, cinq ou six médicaments formidables sont apparus ces derniers temps. Le Taxol et le Taxotère sont, ainsi, devenus des médicaments de référence dans le cancer de l'ovaire au point que de ne pas traiter, en première intention, avec ces médicaments relève presque de la faute thérapeutique. Il en va de même avec le cancer du côlon, qui était resté un parent pauvre de notre discipline avec, pendant très longtemps, un seul médicament modestement efficace : nous disposons maintenant de plusieurs molécules que l'on peut combiner pour mieux traiter un cancer du côlon même avancé. Or l'arrivée au même moment sur le marché de toutes ces molécules nouvelles alourdit le budget des hôpitaux pratiquant la cancérologie, car celles-ci sont extrêmement onéreuses. D'un côté, les laboratoires qui ont mis sur le marché ces médicaments estiment qu'il faut amortir en peu de temps leurs investissements de recherche, et, de l'autre côté, le budget des hôpitaux continue à fonctionner sur une dotation globale que l'on reconduit

pour l'année suivante sans prévoir d'enveloppes supplémentaires pour les innovations. Conséquence : quand, dans notre spécialité, plusieurs molécules innovantes arrivent, les hôpitaux se retrouvent avec des déficits budgétaires graves. C'est d'autant plus paradoxal que ces molécules innovantes ont été mises sur le marché grâce à des essais cliniques effectués à Gustave Roussy, à Curie ou dans les grands centres de lutte contre le cancer. Les firmes pharmaceutiques utilisent – et je n'y suis nullement opposé – des relations partenariales pour mettre au point leur nouvelle molécule. Mais le jour où il y a mise sur le marché, ces relations s'écroulent, et l'on nous fait payer un maximum des produits que nous avons prescrits gratuitement pendant 5 ans dans le cadre d'essais cliniques.

Comment trouvait-on, il y a 20 ans, un nouveau médicament ? Les découvreurs de médicaments étaient essentiellement des chimistes synthétisant de nouvelles molécules puis les confiant après à des pharmaco biologistes en leur demandant de leur trouver une activité. Ceux-ci s'intéressaient à des organes ou à des maladies et faisaient passer ces molécules de synthèse par des tests de criblage pour voir dans quels domaines on pouvait trouver des applications. A l'issue d'un processus long et coûteux, le nombre de médicaments vraiment innovants était restreint. Aujourd'hui, le décryptage du génome et l'analyse des protéines qu'il code, même si l'on ne connaît pas tous les gènes et que l'on ne comprend pas à quoi ils servent tous, change fondamentalement la méthode. On dispose de vraies cibles. En d'autres termes, on a l'ordinateur, et, en partie, le langage de l'ordinateur. C'est-à-dire que l'on connaît le fonctionnement général des cellules et que l'on sait où se trouvent les cibles moléculaires des médicaments, en somme l'endroit où l'on veut qu'ils agissent. Et, comme on connaît la cible, on peut concevoir par ordinateur ce qui sera capable de se fixer sur la cible. Quand on comprend comment la cible marche, on peut alors comprendre comment inhiber ses fonctions pour l'empêcher d'interagir ou d'aller dans tel endroit de la cellule. Dans ce processus complexe, on renverse complètement le mécanisme de découverte des médicaments : il faut agir sur telle cible pour l'empêcher d'exercer telle fonction. Ce sont donc, maintenant, les biologistes qui se retrouvent en amont pour aller, ensuite, demander aux chimistes de trouver quelque chose allant se coller à tel endroit tout en interagissant avec tel ou tel élément. *Les chimistes deviennent des fabricants de molécules à façon et à la commande passée par le biologiste.* Voilà le renversement formidable : on ne va plus de la molécule à l'effet escompté mais de la fonction dans les gènes à la molécule. Cette machine moléculaire n'est pas un rêve : elle a déjà donné des anticancéreux, des antihypertenseurs et des médicaments agissant sur le système nerveux comme le Prozac.

GV : il n'y aura plus d'usines chimiques puisque c'est le vivant qui se reproduit. On peut repiquer des petits bouts d'ADN pour y introduire des protéines, et cela ne coûte pas cher à fabriquer. Ajoutons qu'une même structure moléculaire que l'on tord (ou déforme un peu) n'a pas les mêmes effets tout en gardant les mêmes composants. Il y a donc aussi de la physique dans les nouveaux médicaments. On va vers une production avec, pour paraphraser le langage militaire, de moins en moins de dommages collatéraux. Toute la recherche autour des médicaments essaie de descendre l'ennemi malade et non le reste.

TT : A l'heure actuelle, il faut que le public tente de comprendre ceci : avec le génome, on dispose du livre complet de l'organisme humain mais on ne sait pas vraiment encore dans quelle langue il est écrit. On sait, tout de même, où sont les cibles : il s'agit de 30.000 gènes, ce qui est une réduction d'échelle considérable par rapport aux centaines de millions de molécules dont on parlait avant dans le processus de recherche d'un médicament.

GV : lorsqu'on dispose d'une nouvelle molécule brevetée, fruit de beaucoup de recherches et d'investissements, il est difficile d'aller la distribuer pas cher dans des pays où l'on sait qu'il y aura du piratage. Avec les nouveaux médicaments nés du génome, ce genre de problèmes va se multiplier, et cela deviendra l'un des grands débats politico-médicaux de l'avenir.

TT : la France commence à faire fuir les laboratoires innovants, ceux-ci trouvant que la recherche chez nous devient trop compliquée et trop coûteuse.

GV : attention, on retrouve la même situation aux Etats-Unis, où, du coup, les protocoles d'essais sont réalisés dans d'autres pays à moindre demande financière et avec moins de contrôles juridiques. D'autre part, même s'il y a beaucoup de défauts structurels, il ne faut pas sous-estimer la recherche française. Chez Sanofi-Synthélabo, ou chez Aventis, il y a des chercheurs nobélisables.

TT : ... que les USA cherchent à récupérer en leur offrant des conditions de travail bien meilleures ... L'Europe de la recherche est la seule solution pour essayer de proposer une nouvelle donne.