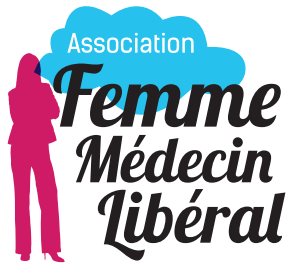


# COMMUNIQUÉ DE PRESSE



LES 3<sup>èmes</sup> ATELIERS-DÉBATS  
Association Femme, Médecin Libéral  
Samedi 30 janvier 2016



Paris, le 15 Février 2015,

L'Association Femme, médecin libéral (FML) a organisé ce week end à Paris, ses 3<sup>èmes</sup> Ateliers-débats, sur le thème :

### Médecin : un métier de rêve ?

Le Dr Alice Deschenau, jeune médecin psychiatre, rédactrice en chef du journal What'Up Doc, est notre «Grand Témoin» de la journée.

Un succès assuré par la participation de nombreuses personnalités.

#### Dr Patrick BOUET - Président du CNOM

##### — La médecine fait partie des 4 ou 5 métiers régulateurs de l'équilibre de la société !

Le médecin est moteur d'innovation technique et technologique. Les médecins sont présents sur l'ensemble du territoire et il n'y a pas de déserts médicaux mais des territoires désertifiés ; les médecins n'ont pas à culpabiliser pour les erreurs de gouvernements successifs, ils en sont eux aussi victimes.

L'Ordre a réalisé une grande consultation des médecins (plus de 35000 réponses ce qui montre l'implication des médecins) : 80% estiment que ce n'est pas le métier qu'ils avaient pensé, cependant 80% referaient la même chose.

Les jeunes qui échouent au moment de la sélection vont de plus en plus la contourner pour aller faire leurs études dans d'autres pays et revenir pour l'examen classant.

Annuellement 60.000 jeunes s'inscrivent en première année de médecine.

Environ 7 800 réussiront le concours, actuellement 1 500 recalés vont à l'étranger et on estime que ce chiffre devrait atteindre entre 3 000 et 5 000 dans 5 ans.

Seulement 53% des médecins recommanderaient ce métier à leurs enfants du fait de l'environnement administratif et de la pénibilité des exercices.

##### — 97% de confiance dans mon médecin

Concernant les Français, ils font confiance à leur médecin pour 93% d'entre-eux, mais seulement 73% ne font pas confiance à la gouvernance, les médecins non plus d'ailleurs. Ils ont un rêve commun : l'humanisme.

Les femmes et les hommes ont besoin de proximité humaine. Quel que soit l'univers technologique, il n'en est pas moins vrai que le premier plan c'est la relation humaine.

##### — Gardons l'essence première de notre métier

Les jeunes veulent faire médecine parce que c'est une discipline particulière qui implique la rencontre avec l'autre, et en même temps appelle à s'impliquer dans un processus de progrès.

Les médecins ne doivent pas rester statiques vis-à-vis du progrès. L'impérialité des nouveaux chemins qui se tracent doit les faire emprunter avec lucidité.

C'est un métier à idéaliser avec lucidité. Créer un idéal inapprochable n'est pas dans la nature humaine. Il faut être capable de résister aux évolutions néfastes.

Les nouveaux économistes de la santé ont une vision beaucoup moins liberticide de la médecine.

Il faut assoir une vision nouvelle du système de santé tout en gardant la relation particulière avec l'autre. Des hommes et des femmes viennent, sans avoir été formés par notre système de santé pour soigner en France.

Le Docteur Bouet indique que l'Ordre des Médecins est vigilant à toutes ces évolutions et par cette consultation et ses propositions, entend le faire savoir aux institutions.

## ATELIER N°1 : REVE ET TECHNICITE

«*Comment les nouvelles technologies font-elles évoluer notre métier de médecin ?*»

**Pr Christian Latrémouille - chirurgien cardiaque à l'Hôpital Européen G. Pompidou il a réalisé la première implantation humaine du cœur artificiel.**

- Le cœur et la circulation nous occupent depuis 4000 ans ; les Egyptiens le pesaient pour savoir si le défunt évitait les enfers, il avait une grande importance dans les rituels Maya ; Galien décrivait l'esprit vital dans le cœur et imaginait un passage du VD vers le VG à travers le septum inter ventriculaire ; Vésale démontrait l'étanchéité du septum et se heurta à l'inquisition ; Servet décrit la petite circulation en désaccord avec Calvin et fut brûlé vif ; Harvey décrivit la circulation mais il lui manquait les capillaires.
- L'insuffisance cardiaque terminale a commencé à être traitée efficacement par greffe cardiaque dès l'arrivée de la ciclosporine dans les années 80, elle connaît un essor jusque dans les années 94 95 puis une stabilisation du fait de la pénurie de greffons.
- **360 transplantations sont réalisées annuellement en France** ce qui représente 10% des transplantations cardiaques dans le monde mais ne traite que 5 à 7 % des patients, plus de 90% des patients sont donc laissés de côté. L'espoir d'un cœur totalement implantable qui remplacerait l'organe pourrait en soigner 20 à 30% de plus. L'espérance de survie du greffon est de 11 ans chez les patients jeunes mais tombe à 8 ans après 60 ans. Il existait des ventricules artificiels, ou des turbines ou même des cœurs mais, soit ils ne permettaient pas un flux pulsé, soit ils nécessitaient une anti coagulation très difficile à gérer et ne représentaient donc que des bridges à la greffe.
- Le CARMAT (acronyme des noms du Pr Carpentier et de la société Matra Défense) est le seul à faire appel à des valves biologiques (bio-prothèses Carpentier-Edwards en péricarde de veau) et à des membranes biologiques ; c'est le premier cœur artificiel totalement implantable pensé pour remplacer l'organe. Il permet un flux pulsatile et des capteurs permettent d'adapter le flux à l'activité en 5 battements. La prothèse actuelle fait 750cm<sup>3</sup>, 850g et avec 30W débite 9l /mn ; il est probable que la prochaine génération fasse 6 à 7 l de débit. La compatibilité avec les patients est mesurée par scanner. Après les essais sur les animaux, les premières 4 implantations humaines ont été autorisées avec pour but l'absence de thrombose, d'hémolyse ou d'AVC et un fonctionnement de la prothèse pendant un minimum de trois mois. Les premiers patients devaient être en grade 1 (décès prévisible dans les 48h) ou 2 (inotropes à forte dose). Après les 4 premiers patients, et une amélioration de la fiabilité après le deuxième patient, l'implantation vient d'être autorisée chez des patients en grade 3 (stables sous inotropes). Les doses d'anticoagulants qui ont pu être diminuées ne sont pas encore tout à fait ajustées.

**M. Vasile Zoicas - fondateur de CODESNA Mesure du stress**

■ **Les médecins vont devoir s'adapter au progrès !**

En 2014, les objets connectés ont représenté un marché de 2 milliards d'euros ; on estime qu'en 2019 cela représentera 5,4 milliards d'euros (Source: Parks Associates). Les motivations des utilisateurs sont le sport, la santé ; le monitoring à la carte, les données de fitness, la e-santé. Mais quelle est la fiabilité des capteurs ? Quelles sont la qualité et la pertinence des données ? Ces données sont-elles informatives ? Les médecins réclament des garanties quant à la fiabilité de ces données.

■ Par exemple pour le rythme cardiaque la référence médicale est l'ECG, des capteurs ne prenant qu'une dérivation et calculant uniquement l'intervalle RR retransmis sur une montre (le tracé QRS n'est pas accessible pour vérification), ou un simple bracelet censé détecter le pouls mais sensible aux mouvements et à la température ? Si les usages et attentes des patients évoluent, la santé connectée ne peut se faire qu'avec les médecins.

■ Nous avons mis au point un appareil innovant de mesure ECG/VFC/FC temps réel, qui détecte les arythmies et qui analyse le déséquilibre sympatho- vagal et l'amplitude de la variabilité cardiaque en seulement 2 minutes, ces derniers paramètres étant révélateurs de l'effet du stress sur le corps.

**Dr Michel Caillol - médecin chirurgien orthopédiste et docteur en philosophie, master Sciences-Po Paris**

**« L'impact des progrès techniques sur la pratique de la médecine »**

■ **Pour Galilée « l'univers est écrit en langue mathématique », maintenant nous en sommes au transhumanisme !**

Mais la mathématisation de l'univers n'est pas suffisante.

Trois conséquences sur les liens entre médecine et science :

■ 1/ Le corps, pur objet, est dissocié de la personne

Pour Descartes seule la pensée existe. Le corps »tel un cadavre « n'est qu'un objet. La vérité n'est que scientifique. Le corps pur objet est dissocié de la personne.

Le paradoxe du soin c'est une technicité agressive, l'objectivation est une nécessité ... mais c'est une abstraction.

■ 2/ La médecine voudrait fonctionner comme une science.

La médecine voudrait être une science, la science implique une causalité, or la médecine est incertitude (courbe de Gauss)

Le risque est comparé au bénéfique, sur les conséquences connues, ou des conséquences hypothétiques.

■ 3/ La science détiendrait le monopole de la vérité.

Les probabilités objectives ne peuvent s'appliquer à un individu. La science n'est que dans l'exactitude, les mystères de la vie lui échappent.

Le soin ne s'adresse ni à une chose, ni à un animal, ni à une machine, ni à un organe.  
Le champ de la nécessité est celui de la personne humaine.  
Être au monde est différent de pouvoir être au monde.

— Trois questions fondamentales :

**1/ le champ de la médecine : quelle est sa visée ?**

**2/ le motif d'un acte de soin : pourquoi faire ?**

**3/ l'exigence technique : comment faire ?**

La médecine est technique et scientifique mais sa seule finalité est une personne humaine. La gestion des progrès techniques en santé convoque l'éthique. C'est la question des limites : tous les moyens visant à « soigner » une personne humaine n'ont pas tous une égale valeur morale.

L'indispensable technique impose une grande rigueur, nécessite l'objectivation du patient. Le danger : sa réduction au geste soignant = la déshumanisation.

### **Alice, Grand Témoin :**

La e-santé, j'y vais, mais j'ai peur ! Parce qu'il faut avancer avec le progrès en portant des valeurs, en étant acteur du changement mais également moteur, être « dedans » pour mieux comprendre l'objectif.

Dans toutes ces innovations, les patients, de même que les médecins, ont le pouvoir d'usage. Mais il faut lutter contre l'exclusion au progrès, pour les patients qui ne peuvent y accéder.

Afin de préserver l'Éthique à travers l'évolution technique, il faut de la formation « Réfléchir par soi-même et donner confiance sans paternalisme », parce que la finalité de la médecine, c'est de faire du bien avant tout.

## **ATELIER N°2 : REVE ET ECONOMIE**

**« Nouveaux modèles économiques, nouvelles organisations professionnelles, associant ingénierie-économie et médecine. Ces nouvelles organisations correspondent-elles aux aspirations des médecins? »**

**Pr Alain Bretto, professeur des Universités,  
membre du conseil national des Universités**

### ■ **« Economie numérique nomade »**

L'activité humaine est largement basée sur des raisonnements constructiviste tandis que les ordinateurs traitent des informations binaires (oui, non) mécanisées. Avec le progrès des algorithmes (« esprit de la machine) les machines vont inéluctablement remplacer des tâches humaines.

■ L'« Uberisation » est une mise en relation dont la vocation est de créer ou de modifier une fonction. Ces activités ne sont pas, jusqu'ici, à forte valeur ajoutée. Néanmoins on peut « uberiser » beaucoup de fonctions par dé-corrélation physique (ingénieurs, médecins, enseignants, chercheurs) par exemple un médecin peut être géographiquement dans un pays tandis que l'action est effectuée dans un autre. Certaines mutuelles et assurances complémentaires en France veulent créer des consultations sur internet. Les professions intellectuelles peuvent se nomadiser, c'est le deuxième changement.

■ Le troisième changement est la digitalisation de l'intelligence. La robotique peut modifier l'action : google car, imprimante 3D, surveillance policière par drones animés par une matière grise naturelle ou artificielle pouvant se situer à des milliers de km.

■ Les implications sociétales : positives par la disparition des tâches ingrates et l'amélioration des conditions de travail mais impliquant la disparition de nombreux emplois qui ne seront pas forcément compensés par les nouveaux ainsi créés. Des emplois salariés vont disparaître au profit des auto-entrepreneurs. La concurrence peut devenir sauvage : les médecins Français liés par un code de déontologie contraignant vont se trouver face à des sociétés régies par le code du commerce ou des médecins étrangers autorisés à faire des sites internet. Il faut s'interroger sur l'utilisation assurantielle ou marchande des données de santé ainsi confiées sur internet par les patients. Un dossier médical peut se vendre...

### **Quelles réponses économiques donner ?**

En France comme aux états unis, les classes moyennes ont vu leurs revenus diminuer avec nécessité d'endettement massif.

Dans notre pays, l'état s'octroie une part disproportionnée du PIB.

Notre société Française n'est pas adaptée aux bouleversements qui se préparent.

Il va falloir totalement revoir la fiscalité. Un investissement massif est indispensable dans l'éducation et la formation continue. Si les politiques sont figés, la société civile va devoir reprendre la main.

**Dr François Pelen - médecin ophtalmologiste, fondateur de Point Vision**  
***Le médecin de demain sera un entrepreneur.***

- **Point Vision : 17 centres d'ophtalmologie libéraux** ayant pris en charge 500.000 patients en 2015 et employant 350 personnes, dont 100 ophtalmologistes et 100 orthoptistes. La délégation de tâches est une nouvelle organisation.

**Mais pourquoi travailler en équipe et en collaboration ophtalmologistes-orthoptistes ?**

- Les délais de RV s'allongent, la demande augmente avec le vieillissement de la population et le nombre d'ophtalmologistes diminue
- L'insatisfaction des patients augmente et de ce fait, les politiques s'en occupent (loi Hamon, loi Macron, loi de Santé Publique, Mission IGAS confiée à Dominique Voynet par Marisol Touraine).

**L'organisation des points vision est un modèle économique qui implique que le médecin devienne « entrepreneur » et se forme au management.**

Un partenariat avec HEC pour construire un enseignement dédié aux ophtalmologues est mis en place. D'autres spécialités médicales avec des activités « techniques » pourraient peut-être bénéficier d'une organisation similaire.

Un point fondamental dans un tel type d'organisation est le **contrôle de la qualité et la certification.**

Point Vision suit avec une grande attention les questionnaires de satisfaction remplis par les patients (120.000 répondants à ce jour)

**Dr Emilie Monrigal - chirurgienne, Montpellier - Association MIS (Institut du Sein)**

- C'est une organisation coordonnée par des libéraux du parcours de soin des femmes atteintes d'un cancer du sein.
  - **50 professionnels de santé libéraux** en réseau loi 1901 depuis 2012.
  - **700 nouvelles patientes par an**
- Le dispositif préconise une rencontre systématique de l'assistante sociale dès le début du parcours et pris en charge gratuitement. La proximité est favorisée par un lieu unique de rencontre et d'accueil, avec un numéro de téléphone unique. Il est préconisé une activité physique dès le début de la prise en charge. Un programme d'éducation thérapeutique par e Learning et des ateliers diététiques ont été proposés. Une campagne de sensibilisation a été relayée par la presse : «dépister les copines » Un espace collaboratif a été mis en place : une plateforme web pour femmes et professionnels de santé héberge ainsi les données de santé MIS.  
**L'équipe se compose** : d'assistantes de parcours, d'une infirmière de liaison, d'assistantes sociales, d'une psychologue, et d'un réseau d'IDE MIS libérales

**L'équipe se retrouve régulièrement autour de rencontres de formation, d'organisation d'évènements et la production d'outils de communication.**

**Le modèle économique mise sur une adhésion des professionnels à l'association et des subventions grâce en particulier aux actions d'éducation thérapeutique du patient.**

*Annexe : Institut du Sein de Montpellier (site : <http://www.le-mis.fr>). Le MIS (Montpellier Institut du Sein) est destiné aux femmes touchées par un cancer du sein ou présentant un risque familial de cancer du sein. Ce réseau rassemble des praticiens soucieux de concilier qualité des soins et qualité de vie de chacune. Il propose des parcours de soins personnalisés, du dépistage jusqu'à l'après-traitement.*

**Alice, Grand Témoin :**

La génération Y est entrepreneur de sa carrière professionnelle. Les sociologues annoncent une génération Z pleinement entrepreneur, et donc peut-être encore plus créative.

L'ubérisation en santé serait possible, peut-être même un outil permettant un maillage sécurisant des soins. Il est en tout cas évident que nos modèles économiques en santé vont être bousculés alors qu'ils ne sont déjà plus adaptés à la réalité actuelle. Il reste là aussi beaucoup à écrire...



## ATELIER N°3 : REVE ET HUMANISME

« *Comment évolue la relation médecin/patient face aux nouveaux enjeux économiques, techniques et sociétaux?* »

**Dr Jean Pellet - médecin cardiologue et écrivain (Médecine et Humanisme)**

— La médecine est un village gaulois où l'on pratique l'Humanisme. La part du rêve en médecine doit être préservée, cela fait partie du métier. La médecine contractuelle que l'on veut nous vendre est un contre sens. La médecine est un pacte de confiance. La médecine organiciste est réductrice. L'injonction est source de souffrances, et nécessite une obligation de moyens, des exigences comptables, et entraîne la marchandisation de la santé (santé publique et soins, extrême diffusion de l'information ...). Sur les souffrances des soignants. Il y a collusion entre révolution technique, humanité assiégée, médecin assiégé. Exigence comptable, marchandisation, santé, santé publique et soin, extrême diffusion des informations alors même qu'il y a des zones d'ombre.

— **Médecine et humanisme sont deux mots qui vont ensemble.**

Le pacte symbolique avec le patient n'exclut pas l'erreur, à la différence de la médecine contractuelle. Au centre non pas l'homme malade mais la maladie, non plus l'homme souffrant mais l'organe, non plus la clinique mais la technique ! L'attente du patient est claire : une relation avec son médecin humainement fiable.

On n'est pas dans une relation normée, elle est asymétrique : une demande de soin est la dépendance par laquelle on répond par l'empathie.

**Annexe :**

Auteur de livres : «Le cauchemar d'Hippocrate» (février 2006) et «Médecine et Humanisme: le grand écart» (mai 2013), «La nuit des défaites» (janvier 2015)

**Mr Philippe Barrier,- philosophe et écrivain, enseignant Espace Ethique AP/HP**

— **L'écoute, la transmission du savoir**, faire du patient un allié par rapport à la maltraitance des pouvoirs publics. On s'appuie sur l'auto normativité, concept puisé dans l'expérience de la maladie. La maladie peut être insupportable, s'il y a déni ou refus de l'importance de la maladie, le médecin doit se mettre en phase d'écoute. Si le médecin considère qu'il est le seul détenteur de la norme, la relation est vouée à l'échec. Il faut que les médecins ne s'arc-boutent pas dans leur vérité ou leur technicité. Le patient a une capacité normative différente. Il faut une nouvelle norme entre le savoir du médecin et l'existentiel du patient. A partir d'un relatif échec ou malaise, on piste des solutions : thérapie ouverte, l'écoute du patient est thérapie.

- **Auto-normatif** : le patient se meurt dans un temps, il peut être bloqué dans une cellule économique ou sociale. La maladie chronique est différente de la maladie aiguë mais pas étrangère.  
Le malade est un adulte responsable. Si le patient veut un guide, il faut profiter de l'aubaine.  
Les patients les plus désagréables seraient les enseignants et les plus difficiles seraient les médecins.  
Le patient s'intègre dans un parcours mouvant, quelle que soit sa volonté il ne perd pas le désir d'être respecté.  
On parlera également de la souffrance du médecin, qui reçoit la souffrance de son patient. Vouloir le bien du patient à sa place: erreur fondamentale!
- Le bon patient et le bon médecin ont pour objectif de soigner la «relation de soin.».

**Annexe :**

Auteur de livres : «La Blessure et la Force/ La maladie et la Relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité (avril 2015) et «Le patient autonome» (février 2014)

**Dr Alice Deschenau, médecin psychiatre, rédactrice en chef du journal What's Up Doc, le journal des jeunes médecins**

- Alice s'interroge : l'humanisme ça s'apprend ? ça se désapprend ? Et donc la formation des médecins est-elle à la hauteur de cet enjeu ?

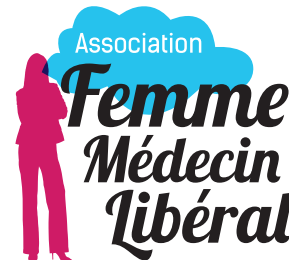
*Annexe : What's Up Doc : la revue de tous ceux qui restent jeunes. En rupture totale avec la presse médicale conventionnelle, WUD traite de la formation, des problématiques de recrutement, des carrières médicales et des loisirs des jeunes médecins car les jeunes accordent autant d'importance à leurs choix professionnels qu'à leur niveau de qualité de vie.*

CONTACT PRESSE ET RELATION INSTITUTIONNELLE

Association Femme, médecin libéral  
28 boulevard Pasteur - 75015 Paris

**Frédérique Martz**  
Tél.: 06 15 70 92 39  
[assofml@gmail.com](mailto:assofml@gmail.com)

## CONCLUSION



**M. Bernard Ennuyer, docteur en sociologie**, (ex ingénieur) a été directeur d'un service d'aide et de soins à domicile pendant 30 ans, aujourd'hui chercheur associé à l'EA « Ethique, Politique et Santé » de l'université Paris Descartes.

### ■ Quelques réflexions sur les évolutions actuelles de la société ... et quelques références de lectures !

On doit pouvoir débattre des idées sans vouloir démolir son contradicteur, la controverse a toujours été le moteur des avancées scientifiques et sociales.

■ En 2015, l'espérance de vie a reculé pour la 1ère fois en France depuis une trentaine d'années : **à quel moment les progrès des technologies médicales se retournent-ils contre les progrès en santé ?** (voir Ivan Illich, réf. Némésis médicale)

■ Pour comprendre la vulnérabilité et le désavantage social d'une personne, il faut se rapporter à la classification de l'OMS (CIF 2001) : une déficience ou un trouble de santé n'est pas en soi un désavantage social ou une vulnérabilité, tout dépend de la façon dont l'environnement social au sens large regarde cette déficience et y pallie ou au contraire l'amplifie...cette approche conceptuelle de l'OMS permet ainsi de réfléchir aux inégalités sociales de santé.

Ainsi les représentations sociales, notamment de la maladie et de la santé, sont souvent plus déterminantes de la façon dont les gens ressentent leur état de santé que des données de santé objectives (Michel Foucault, réf. l'archéologie du savoir)

Pour Marc Hunyadi, sociologue (réf. la tyrannie des modes de vie), nous nous plaignons souvent de modifications des modes de vie qui nous sont imposées alors que par ailleurs nous contribuons à les créer et à les pérenniser, même si nous en souffrons ... !

Une des interrogations modernes sur l'évolution de nos sociétés et sur la modification de nos comportements individuels, c'est la croissance exponentielle de la technologie (nanotechnologies, connectique, robotique, informatique, etc.) qui tout en nous donnant plus de moyens concrets d'aller plus vite dans notre vie quotidienne nous donne l'impression d'être toujours en retard... (Hartmut Rosa, réf. accélération et aliénation).

D'autre part l'introduction massive de la robotique, demain, pose des questions quant à la place de l'homme face aux nouvelles technologies (Jean Michel Besnier, réf. l'homme simplifié : le syndrome de la touche étoile). Est-ce que l'outil est au service de l'homme ou l'homme à la merci de l'outil ? (Ivan Illich, réf. la convivialité). Voir aussi un article du journal Le Monde sur la mise au point de robots tueurs dont le contrôle pourrait échapper à l'homme !

En tant que citoyen et être humain, il y a, pour que la démocratie fonctionne, une nécessité de multiplication de groupes de discussions et de controverses, pour décider ensemble des règles éthiques auxquelles nous acceptons de nous soumettre, ce qui est la définition grecque de l'autonomie : « nous sommes indissociablement individu singulier et individu collectif » (Norbert Elias, réf. la société des individus).

**En conclusion, quel que soit notre métier ou notre profession et particulièrement dans le domaine de la santé, ne laissons pas l'avenir de nos organisations sociales et de notre environnement écologique aux mains de quelques-uns dont l'action pourrait conduire à la multiplication des situations de fragilité et d'exclusion que nous essayons de combattre.**

Nous nous tenons à votre disposition pour toute information et commentaire complémentaire.

Nos partenaires : GEMA, Groupe Pasteur Mutualité, Allianz

Site de l'Association FML, accessible depuis l'adresse : [www.asso-fml.com](http://www.asso-fml.com)