

e ntre...O.R.L

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

L'ORL en 2030 : grandeur et...

Disserter, comme on me le demande, sur l'avenir de notre spécialité relève davantage de la chiromancie que de l'analyse cartésienne et présume d'une compétence divinatoire infailliblement démentie par les faits, tant il est vrai, comme nous l'a enseigné un illustre philosophe aujourd'hui disparu, que « *les prévisions sont difficiles, surtout en ce qui concerne l'avenir* »*. Pourtant cet exercice, aussi risqué soit-il, peut se montrer de quelque utilité en ce que, partant de données avérées, il permet d'imaginer des situations à venir et d'anticiper les décisions adaptées. C'est tout ce qui distingue prédire de prévoir...

Combien de divisions ?

L'analyse de la démographie ORL représente une base assez solide pour initier pareille réflexion.

L'étude menée conjointement de 2012 à 2013 par le Conseil National Professionnel ORL (CNPORL) dénombrait près de 2 700 médecins ORL exerçant en France métropolitaine, soit une densité de 4,3/100 000 habitants. Parallèlement, d'autres enquêtes s'accordent toutes à prévoir une réduction significative du nombre d'ORL en exercice dans les quinze prochaines années, double conséquence de la baisse du *numerus clausus* intervenue il y a près de deux décennies et du vieillissement des confrères dont l'âge moyen est

d'environ 55 ans et que les mesures politiques récentes n'inciteront guère - c'est peu de le dire - à prolonger une activité de plus en plus contrainte et encadrée.

Ce que d'aucuns appellent un « *trou d'air* » *démographique* (singulièrement profond pour tout confrère cherchant successeur) sera probablement corrigé - au moins partiellement - à l'horizon 2030 d'une part par le relèvement progressif de ce *numerus clausus* et d'autre part par le recrutement d'ORL étrangers issus ou non de la communauté européenne.

Mais d'ici là certaines évolutions irréversibles se seront produites.

Une recomposition géographique

La première conséquence de ces données démographiques sera *le regroupement des lieux d'exercice*.

Il est en effet inscrit que dans les années à venir le nombre de cabinets individuels diminuera et que l'activité ORL se concentrera sur les établissements de santé publics ou privés, les maisons dites de santé et les cabinets de groupes. Outre le déclin démographique souligné plus haut, plusieurs raisons concourent à cette évolution : lourdes contraintes architecturales imposées aux structures privées (l'aménagement de l'accès aux handicapés en est un exemple), coût croissant des inves-

tissements et des frais de secrétariat, nécessaire mutualisation des plateaux techniques, recherche d'une complémentarité entre collègues s'étant surspécialisés, meilleure organisation du travail permettant une répartition des tâches, gardes et astreintes notamment, recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée pas seulement liée à la féminisation de la profession, douillette aspiration sociétale au temps libre (Ah ! ce médiocre repos compensateur plébiscité par les internes !).

1 moins 2 = 3

Les motivations, justifications et avantages de tels regroupements sont donc multiples et peu discutables. Ils portent toutefois en germe deux conséquences.

La première, évidente et d'ailleurs largement développée dans le rapport du CNPORL, est le risque de voir émerger *des déserts médicaux* par réduction de l'offre médicale. Peut-être les recommandations suggérées dans ce rapport seront-elles susceptibles de les limiter mais il reste fort probable qu'à l'instar de ce que l'on a observé en gynécologie-obstétrique ou tout récemment pour les urgences médicales, les patients ne soient obligés en maintes régions de parcourir de longues distances pour voir pris en charge leurs problèmes ORL.

La seconde est une *évolution du statut socio-économique du médecin*.

*Pierre Dac.

Evolution sociale d'abord, car en 2030 nombre d'ORL « libéraux » seront devenus « salariés » soit qu'ils aient choisi le secteur hospitalier, soit qu'ils aient intégré les réseaux de soins ou les centres de santé contrôlés par les mutuelles et les compagnies d'assurances.

Evolution économique ensuite, car s'il est clair que le revenu d'un ORL « salarié » sera inférieur à celui d'un ORL « libéral », celui de ce dernier sera tout aussi clairement affecté dès lors que la loi de Santé en cours d'adoption entrera en vigueur et que lui sera imposé le mortifère TPG. Devant accorder - au nom de quoi ! - une avance de trésorerie à la Sécurité Sociale, il lui faudra de plus poursuivre, tard dans la nuit, l'une ou l'autre des centaines de compagnies d'assurances à laquelle seront affiliés ses clients pour obtenir règlement de ses actes. Or de nombreuses projections estiment le taux d'impayés aux environs de 15 à 20%. Se mettent d'ailleurs déjà en place des officines proposant leurs services pour assurer leur recouvrement. Moyennant bien sûr rétribution...

En d'autres termes, une *érosion inéluctable* du niveau de vie de l'ORL est programmée. Avec pour effets collatéraux - et quoiqu'ils en disent - une *désaffection pour notre discipline* (et plus généralement pour la médecine) *de la part des étudiants les plus brillants* légitimement soucieux de voir valoriser « sonnantes » plus d'une dizaine d'années d'études ainsi qu'une *discrète dégringolade* dans l'échelle sociale. De quelques barreaux tout de même.

En d'autres termes encore, et quelles que soient les dénégations et assurances politiques réitérées, c'est un secteur 1 généralisé qui se profile à l'horizon 2030. Est-ce à dire que seul ce secteur survivra ? Que nenni ! Car il adviendra ce qui advient et ce qui est toujours advenu dans tout système nationalisé : *Le secteur 2 est mort ! Vive le secteur 3 ! ... et ses ombres !*

ORL chirurgicale

On peut sans risque excessif prédire aussi une notable *évolution de la pratique chirurgicale ORL*.

Qualitativement, en raison du développement continu de la technologie : robotisation, navigation déjà assistée par ordinateur mais bientôt couplée à une imagerie anatomique et surtout fonctionnelle de plus en plus précise, etc. Toutes ces remarquables avancées présentes et à venir concourront à une plus grande précision du geste et à une amélioration de la qualité de l'exercice, y compris à distance grâce à l'e-chirurgie. Ces progrès ne devraient a priori concerner que les interventions lourdes effectuées en établissements publics ou privés, capables d'investir dans des équipements coûteux, les actes de « petite » chirurgie restant eux de type conventionnel.

Quantitativement, car d'autres avancées technologiques comme celles de l'irradiation, l'immunothérapie, les thérapeutiques dites personnalisées, pour ne citer qu'elles, contribueront paradoxalement à une *diminution des indications chirurgicales* en oncologie : neurinomes de l'acoustique, paragangliomes, tumeurs malignes de quelque localisation qu'elles soient en sont déjà les témoins.

Mais au-delà de ces considérations techniques, et à supposer que l'offre anesthésique soit sinon augmentée du moins stabilisée, d'autres facteurs pèseront sans doute à l'avenir sur nos décisions thérapeutiques. D'abord *la judiciarisation croissante et l'intervention prévisible des mutuelles et compagnies d'assurance*. L'exemple des U.S.A. est à cet égard significatif lorsque l'on sait que les laryngectomies partielles ou la chirurgie du neurinome ont vu, en raison de leur iatrogénie, leurs indications considérablement réduites. Ensuite *les services financiers* de certains établissements, privés notamment, qui, d'ores et déjà, discutent avec les chirurgiens du bien-fondé économique de certaines techniques ou de l'utilisation de certains matériels. Enfin, *certaines compagnies fabricantes* soucieuses d'assurer la promotion et la diffusion de leurs implants auditifs, neurologiques ou autres dont la sophistication extrême pourra justifier le concours de leurs techniciens dédiés à la pose et aux réglages per- ou post-opératoires, cornacs attentifs et

compagnons très attentionnés dans les déplacements internationaux... Ce partenariat médico-industriel de plus en plus prégnant, de moins en moins caché doit inciter à la vigilance quant à de possibles *conflits d'intérêt*.

Vox populi et démocratie sanitaire

Mais d'ici 2030, les indications chirurgicales (ou d'ailleurs médicales), déjà diluées au sein de RCP pour ce qui concerne certaines pathologies, devront bientôt être partagées avec un autre acteur : *les Associations de malades !* Rappelons que depuis la loi Kouchner de 2002, ces associations sont désormais partie prenante du processus de santé et qu'au fil des ans leur influence et leur efficacité n'ont fait que croître. En témoigne la simple évocation de sigles tels que l'ARC, l'AFM, l'ARNS ou encore du Génopole, sans parler du Téléthon. Ces associations - il y en a plusieurs milliers dont l'immense majorité non agréées par le ministère de la santé - avec leurs dizaines, centaines ou milliers d'adhérents représentent une force (électorale) considérable disposant de l'oreille très attentive des pouvoirs publics.

On peut s'irriter de l'intrusion d'un tiers dans un dialogue autrefois singulier et la considérer comme une manifestation populiste de démocratie sanitaire. Il s'agit en réalité d'une évolution sociétale irréversible dont il nous faut désormais tenir compte. Et c'est sans doute en travaillant de concert avec ces associations, en leur faisant comprendre nos problèmes et revendications qu'il nous sera possible de lutter avec quelque efficacité contre la pieuvre politico-technico-administrative qui nous enlance.

...et ORL médicale

La probable déflation chirurgicale à laquelle nous assisterons dans les quinze années à venir devrait accentuer l'aspect purement médical de notre spécialité. A cet égard, il semble important d'informer les jeunes internes choisissant notre discipline réputée médico-chirurgicale que leur future pratique, si elle s'exerce en ville, sera essentiellement médicale.

Sans plonger dans la fiction pure et prédire l'avènement d'une « médecine sans médecin »** - comme il y aura bientôt des voitures sans chauffeurs - il est aisé d'imaginer une profonde évolution du rapport médecin-malade, en raison notamment du développement inexorable de la « médecine assistée par ordinateur », variante technologique de celle mentionnée plus haut.

En 2030, la quasi-totalité des patients choisiront leurs ORL - lorsque leur choix ne sera pas contraint par la réduction de l'offre - en fonction des appréciations qu'ils auront glanées sur des forums de discussion et ne manqueront pas de comparer leurs dires avec les connaissances qu'ils auront acquises la veille de leur rendez-vous en consultant Internet. Entrez d'ores et déjà un quelconque symptôme dans la barre d'accueil du moteur de recherche de votre choix - par exemple « angine » -, vous trouverez alors une dizaine de sites vous informant de l'attitude à tenir, des traitements conseillés, des risques iatrogéniques, et... du meilleur confrère à consulter.

Quel seront alors le rôle et la place du médecin face à des malades proactifs à défaut d'être compétents ? Sans doute à l'entrée et à la sortie de cette médecine informatisée. A l'entrée, car quel que soit le raffinement des algorithmes diagnostiques et thérapeutiques programmés, il faudra encore et toujours l'instinct, l'intuition, le flair du clinicien pour déceler derrière le cortège de symptômes cochés sur la grille d'items proposés le détail, l'indice, la particularité orientant vers le bon diagnostic. A la sortie, car seule l'expérience permet de hiérarchiser, de trier, et de décider de la bonne attitude thérapeutique au milieu de la foudritude proposée sans discernement par l'ordinateur aussi intelligent soit-il...

Dans tous les cas, cette dérégulation de l'information donnant au patient l'illusion d'une égalité dans la connaissance ne facilitera guère le dialogue. Là encore, mieux vaut s'y préparer.

...et ORL fonctionnelle

L'exploration des fonctions sensorielles

représente une part significative de la pratique ORL. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans l'enquête citée plus haut onze des vingt actes les plus pratiqués concernaient les bilans auditif et vestibulaire.

Cette activité est pour l'heure surtout assurée par certains de nos confrères s'étant délibérément spécialisés sur ce secteur. Mais leur nombre insuffisant a conduit beaucoup d'ORL déjà surchargés à « déléguer » la pratique de ces examens longs et minutieux à des techniciens travaillant sous leur contrôle. C'est le cas de nombreux hôpitaux mais aussi de cabinets privés et c'est pourquoi une formation non qualifiante de Technicien en Explorations Fonctionnelles avait été créée il y a quelques années (j'ai personnellement eu l'honneur de la diriger durant plusieurs années) procurant à des non-médecins les bases physiopathologiques et paracliniques des troubles sensoriels de notre discipline.

On peut certes espérer que la modification de la maquette de l'internat sensibilisera les jeunes ORL à cette activité médico-technique mais compte tenu du déclin démographique à venir il est probable que, face à une demande croissante liée notamment au vieillissement de la population, cette *délégation de tâches* ne devienne une nécessité, soulevant de délicats problèmes médico-légaux et financiers.

Cette « *délégation de tâches* » qui *in fine* vise à garder le contrôle de ce secteur médico-technique au sein de notre discipline se heurte aujourd'hui à la notion de « *transfert de tâches* » avec la problématique majeure de voir en 2030 ces examens réalisés par des non-médecins.

En ce qui concerne le bilan auditif, cette perspective semble malheureusement difficilement évitable pour au moins trois raisons :

1. *la multiplication des tests de dépistage gratuits* proposés par certaines grandes chaînes d'audioprothèse. J'avais ici même dénoncé vigoureusement cette politique commerciale, stigmatisant non la gratuité du test et encore moins la qualité de sa réalisation mais sa

dérive marchande, la découverte d'un déficit auditif se voyant immédiatement accompagnée d'une proposition d'aide auditive, court-circuitant le minutieux travail d'adaptation de l'audioprothésiste et surtout l'indispensable enquête étiologique que seul un ORL est à même de conduire. Il faut à cet égard se féliciter de l'accord intervenu en juin 2015 entre la SNORL et l'UNSAF rappelant clairement que l'évaluation auditive proposée par l'audioprothésiste est « un test non médical », qu'en cas de déficience auditive le bénéficiaire est invité à prendre contact avec son médecin ORL, et qu'en cas de vente d'une prothèse, l'audioprothésiste doit s'assurer d'une « prescription médicale préalable et obligatoire... ».

2. *la démographie*, non pas celle des ORL que nous avons déjà évoquée, mais celle *des audioprothésistes*. Alors qu'environ 85 étudiants s'inscrivent au DES d'ORL chaque année, un arrêté du JO en date du 15 juillet 2015 fixe à 199 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'audioprothésiste. Sans vouloir jouer les Cassandre, j'avais également dénoncé tout aussi vigoureusement les conséquences de l'ouverture de nouvelles écoles d'audioprothèse. Car le nombre d'audioprothésistes devenant sous peu largement supérieur à celui des ORL, c'est tout un pan de l'otologie qu'il nous faudra dès lors partager. A nous de renforcer un partenariat aussi indispensable que bénéfique pour nos patients, en veillant toutefois au risque majeur de démedicalisation de la surdité.

3. *les arrière-pensées politiques enfin*, qui voient très favorablement la pratique de ces actes assurée par des non-médecins, donc sous-cotée et donc moins remboursée. Je sais le syndicat ORL mobilisé sur ce point. Puisse-t-il être entendu.

2030 ou 1984 ?

Alors délégation ou transfert de tâches ? Cette distinction sera bientôt résolue car obsolète.

A l'instar de ce qui se fait déjà en optique, il suffira bientôt d'un casque branché sur un ordinateur connecté à Internet pour qu'un bilan de l'audition et, en cas de perte auditive, les paramètres prothétiques de réhabilitation ne soient effectués *objectivement*, et ce même chez l'enfant. Un site se proposera alors d'adresser sous 48 heures l'aide auditive ad hoc, une fois fait le choix de sa couleur, de son design, etc., et, s'il est raisonnablement conçu, conseillera éventuellement une consultation médicale (pas forcément auprès d'un ORL) pour en justifier la prescription ! Idem pour le bilan vestibulaire qui sera mené à l'aide de tests visuels, virtuels ou non, d'exercices éventuellement ludiques, de simulateurs de déplacements, etc.

Mais nos fonctions cochléo-vestibulaires ne seront pas les seules à être informatisées. Car en 2030 une révolution Orwellienne, déjà en cours, aussi géniale que diabolique, sera achevée : elle a nom *Connectivité*. Aujourd'hui, nous compulsions frénétiquement à longueur de temps nos iPhones et autres iPads. Demain ce sera l'inverse. Ces outils ou des puces implantées enregistreront en permanence nos constantes biologiques, surveilleront notre consommation de cigarettes et d'alcool, mesureront notre exposition sonore, analyseront la pollution aérienne, etc., et, tous calculs faits, définiront nos facteurs de risque, nos taux de cotisation aux assurances, mais aussi détecteront les premiers signes d'une pathologie.

Se poseront alors d'incommensurables et vertigineux problèmes : contrôle de la confidentialité, bouleversement de l'épidémiologie, « Ubérisation » de la santé, etc. Peut-être nous faudra-t-il créer nos propres plateformes sécurisées et dûment agréées pour lutter contre, ou plus modestement tenter de contenir les effets perfides du Big Brother et des Big Data.

Quelle ORL demain ?

Ce devoir d'imagination, qui n'engage naturellement que son auteur, peut, j'en conviens, apparaître pessimiste. Mais le pire n'est jamais sûr. L'oto-rhino-laryngologie est et restera une spécialité passionnante. Mon vœu le plus cher est que ceux qui l'exerceront dans une quinzaine d'années en soient comblés...

Patrice Tran Ba Huy

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



e[n]tendre

La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

■ L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.

■ Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.

■ Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.

■ Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.