



PARITÉ
ENCORE DES
EFFORTS...

Bloc opératoire
Sérénité = sécurité

MÉDECINE
COMPLÉMENTAIRE
L'hypnose
est un outil
thérapeutique



Corps médical

Féminisation de la médecine



éditorial
Ségolène
Benhamou

La féminisation de la profession médicale est une réalité : un gain de 9 points en 11 ans. Les femmes représentent 47 % des effectifs de médecins¹ en activité régulière, 61 % des médecins de moins de 40 ans, ou encore 67 % des généralistes et 22 % des spécialistes chirurgicaux de moins de 34 ans. Une évolution lente mais attendue au regard d'une population² française composée de 34,6 millions de femmes et 32,5 millions d'hommes.

Comment les grands enjeux auxquels le corps médical fait face faciliteront cette féminisation ? D'une manière générale, l'aspiration des jeunes médecins, hommes et femmes, est désormais à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, ce qui participera probablement à plus d'égalité. La pénurie médicale ouvrira-t-elle au bénéfice des femmes de nouveaux champs délaissés par les hommes ? Les femmes juniors et seniors aborderont-elles différemment la digitalisation de la santé de leurs pratiques ? L'intelligence artificielle en santé sera-t-elle féminine ?

Aujourd'hui, le corps médical se féminise mais peu de femmes occupent des postes de pouvoir.

Aujourd'hui, le corps médical se féminise mais peu de femmes occupent des postes de pouvoir. Nombre ou excellence n'y font rien, les femmes médecins comme les femmes managers se heurtent à un plafond de verre. Combien de femmes présidentes de CME d'établissements de santé privés ? Combien de femmes médecins libérales sont invitées dans des congrès ou publient dans des revues scientifiques ?

Un collectif de médecins appelait le gouvernement en décembre dernier à mener un état des lieux sur la place des femmes dans les carrières hospitalo-universitaires car si elles sont 52 % du corps médical de l'hôpital, elles ne représentent que 19 % des PU-PH en médecine.

La FHP-MCO a souhaité dans ce *Dialogue Santé* faire le point sur la féminisation espérée ou réelle du corps médical, un challenge que nous souhaitons relever et réussir aux côtés des établissements de santé.

Nous vous souhaitons une nouvelle année 2019 pleine de transformation et de réussite !

1. Atlas CNOM, 2018 ; 2. Insee, 2017

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO

La féminisation en chiffres

47 %

Les femmes représentent 47 % des effectifs de médecins en activité régulière (+9 points depuis 2007). La part des femmes chez les généralistes et spécialistes médicaux est respectivement de 38 % et 42 %. Elle est de seulement 30 % chez les spécialistes chirurgicaux.

63 %

Les spécialités médicales (hors MG) se sont fortement féminisées, avec 63,1 % de femmes chez les moins de 40 ans (41 % des 60 ans et plus).

46 %

Les spécialités chirurgicales se sont elles-aussi fortement féminisées mais l'exercice reste majoritairement masculin même chez les jeunes : 46 % des chirurgiens de moins de 40 ans sont des femmes (20 % des 60 ans et plus).

(Source : Atlas 2018 de la démographie médicale en France, CNOM)



Ségolène BENHAMOU
Présidente de la FHP-MCO
Le Dr Gilles SCHUTZ
Président de la FHP-DIALYSE
Le Dr Denis FRANCK
Président de l'AFC-UNHPC

Les administrateurs et l'équipe de permanents vous souhaitent une année 2019 pleine de transformation et de réussite.

ALAIN-MICHEL CERETTI, PRÉSIDENT
DE FRANCE ASSOS SANTÉ

UN REGARD PLUS EMPATHIQUE SUR LE PATIENT

La féminisation du corps médical amène certainement un nouveau regard sur la souffrance, le soin, le prendre soin. Il est globalement plus empathique. Le rapport de force vu par un homme ou une femme n'est pas le même et celui entre un sachant-soignant et un patient est très déséquilibré. C'est ce rééquilibrage qui à mon sens est sou-



Je pense que c'est une chance pour la médecine et les malades d'avoir des femmes médecins.

haitable, parce que la déshumanisation de la médecine est liée d'abord à un regard hyper technique plus qu'humain, où l'on soigne l'organe plus que la personne autour de l'organe. Pour l'avoir vécu, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas des femmes cassantes, masculines. Mais la plupart le sont moins et introduisent de façon assez naturelle plus de compassion et de bienveillance qu'un homme dans leur relation avec une personne en situation d'infériorité, de souffrance.

Je pense que c'est une chance pour la médecine et les malades d'avoir des femmes médecins. Le rapport humain exclusivement géré par l'homme n'est pas toujours de bonne qualité. Je ne suis pas pour autant naïf. Chef d'entreprise, je vois bien ce qu'il peut se passer dans un environnement exclusivement féminin au travail. Ce n'est pas non plus glorieux tous les jours mais entre les hommes non plus.

La compétence à la place du genre

Le problème le plus important est pour les femmes médecins de pouvoir aller là où seuls les hommes vont. Pour l'instant, personne ne les accompagne vers la présidence d'une CME ou vers une direction. À l'hôpital public ou dans le champ de la recherche, pas de publication signifie pas de promotion. Il faut s'appeler Marie Curie pour réussir et encore parce que son mari s'est mis en danger pour promouvoir son épouse. Je pense qu'on a beaucoup de Marie Curie mais qu'il nous manque des Pierre Curie.

L'arbitre est le client

Dans une clinique, l'arbitre est le client donc le patient et il juge exclusivement la compétence. Quel que soit l'âge ou le sexe, si le chirurgien a une mauvaise réputation non usurpée, il sortira des radars à un moment ou un autre, car un très mauvais médecin ne reste pas. Ce qui n'est pas le cas dans le secteur public qui ne dispose pas d'outils pour le faire sortir.

En réfléchissant, je me dis que les plus belles carrières que j'ai vues sont dans le secteur privé – lucratif ou non – et j'ai en tête plusieurs femmes qui ont pris leur retraite ces dernières années et qui en ont fait d'exceptionnelles. Dans le public, il y en a aussi, d'ailleurs notre ministre en fait partie.

PARITÉ

Femmes médecins, au cœur de la profession

Les qualités professionnelles des femmes médecins sont plébiscitées par leurs patients et leurs pairs. Elles font carrière dans le secteur privé, où chacun trouve une place à l'aune de son efficacité. Parmi nos invités, 3 professionnelles d'un même établissement témoignent.

ISABELLE BIELLI-NADEAU, DIRECTRICE, CMC LES CÈDRES À BRIVE, VICE-PRÉSIDENTE DU CERCLE SIMONE¹

LA GROSSESSE, UN NON-ÉVÉNEMENT PROFESSIONNEL

Qu'ils soient hommes ou femmes, il faut rassurer les jeunes médecins qui sortent des universités et des CHU sur le sentiment de saut dans le vide que représente le passage dans le secteur privé. L'établissement peut aider une société de médecins (SCP, SEL) à intégrer un jeune médecin, le temps qu'il monte en puissance, et garantir des honoraires pour rassurer les professionnels.



Il faut que ce soit un événement intégré, normal, qui fait partie de la vie de l'établissement et du contrat libéral de cette personne.

De la même manière et en fonction des couvertures assurantielles, nous pouvons nous engager sur une période de quatre à cinq mois - qui correspond à la durée d'un congé de maternité pour nos salariés - à garantir un certain niveau d'honoraires à une femme médecin, afin que sa grossesse ne signifie pas une perte de revenus. C'est primordial que ces femmes puissent se dire : « Je peux faire un enfant, je ne suis pas pénalisée car l'établissement m'aide. J'ai x mois devant moi et peux m'occuper de mon bébé. »

Je souhaite que la grossesse, un événement très important sur le plan personnel, soit considérée comme un presque non-événement au plan professionnel. Il faut réussir à banaliser l'arrêt d'activité pour cause de grossesse. Il faut que ce soit un événement intégré, normal, qui fait partie de la vie

de l'établissement et du contrat libéral de cette personne. C'est à nous, au système libéral, de s'adapter.

Troupes féminines

Dans un établissement de santé privé, ce sont les qualités professionnelles qui priment sur tout le reste. Outre leurs compétences, les femmes médecins apportent leur humour et ont plutôt un rôle d'apaisement dans cet espace clos et très masculin que reste encore le bloc opératoire.

Sur 63 praticiens, les troupes féminines sont : 2 ophtalmologues, 2 gastro-entérologues, 1 ORL, 1 anesthésiste, 1 gériatre, 1 pneumologue, 1 angiologue, 2 radiologues, 2 médecins nucléaires, 1 oncologue.

1. Le Cercle Simone rassemble des femmes managers d'établissements de santé privés.

DR LAETITIA BOVIN, OPHTALMOLOGUE,
CMC LES CÈDRES À BRIVE

« ON SE DIT QUE C'EST POSSIBLE ! »

J'ai le souvenir d'un chirurgien orthopédiste qui nous avait dit en cours : « On devrait interdire aux filles de choisir la chirurgie à l'internat car après elles prennent les places des hommes. » Devant un tel discours, je n'ai parlé de mon souhait de faire de la chirurgie qu'à très peu de personnes et surtout qu'après mon classement très confortable à l'inter-



J'ai eu autour de moi des exemples de femmes qui ont su mener à la fois une vie personnelle, familiale de qualité et une carrière brillante.

nat, qui m'a permis de choisir ce que je voulais. Ensuite, j'ai eu autour de moi des exemples de femmes qui ont su s'imposer et mener à la fois une vie personnelle, familiale de qualité et une carrière brillante. On se dit alors que c'est possible. S'il a pu y avoir des tensions dans certains services durant ma formation, aujourd'hui, pour moi au bloc, cela se passe très bien.

Un équilibre vie professionnelle/ personnelle

Pour ma génération, il est hors de question de travailler comme certains confrères généralistes qui terminent leurs visites à domicile à 22h, sont de garde le week-end et joignables 24/24, qui n'ont pas vu grandir leurs enfants et se disent : « Vivement que je sois grand-père pour profiter de mes petits enfants. » Nous sommes 4 associés dont 3 à avoir la quarantaine et des enfants à peu près des mêmes âges. Mes collègues sont des hommes et ont globalement la même vision que moi. Nous essayons tous de trouver un équilibre pour faire face à la demande du mieux que nous pouvons, en gardant aussi un minimum de qualité de vie.

Je travaille dans un cabinet qui permet une certaine souplesse d'organisation du travail avec partage des astreintes, de la gestion du matériel et du personnel. Je développe un cabinet secondaire, tout en gardant du temps pour ma vie privée.



ÊTRE BIEN MARIÉE ET BIEN ORGANISÉE

Installée depuis 2005, ma génération a vu la profession se féminiser. En dix ans, la proportion de femmes dans le monde médical a augmenté de 60 %, selon les dernières estimations. Si le côté technique de certains actes endoscopiques a pu freiner les femmes à choisir la spécialité d'hépatogastro-entérologie, ce n'est plus le cas au-



Le temps de travail me paraît aujourd'hui plus un problème générationnel qu'un problème de féminisation de la profession.

jourd'hui. De plus en plus de femmes font partie de nos sociétés savantes, territoire longtemps réservé à la gente masculine. Depuis quelques années, certaines consœurs sont « aux manettes » lors des retransmissions en direct d'actes d'endoscopie thérapeutique dans des congrès nationaux ou internationaux, témoignant de la reconnaissance et de la confiance des experts.

PR JEAN SIBILIA, PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE DES DOYENS DES FACULTÉS DE MÉDECINE

« LE MACHISME CONSERVATEUR EST RÉVOLU »

Nous observons une féminisation des études médicales avec 60 à 70 % d'étudiantes qui réussissent la PACES. Cela est lié à un choix préférentiel des filières médicales par les lycéennes mais aussi par des critères de réussite factuellement mieux maîtrisés par les jeunes femmes. Il est très intéressant d'analyser ces déterminants pour bien les



Nos équipes universitaires se sont réellement enrichies de cette diversité qui est devenue une évidence.

comprendre et optimiser nos projets et nos réformes pédagogiques à venir. Pour le choix de la discipline, l'analyse est complexe puisque cela dépend d'un classement mais aussi d'un choix personnel multifactoriel. Ce choix s'explique notamment par la projection que l'étudiant fait de son futur métier. Nous constatons des évolutions sensibles, même si les hommes optent toujours plus volontiers pour des disciplines chirurgicales historiquement masculines. Cependant, certaines spécialités chirurgicales attirent de plus en plus de jeunes femmes comme l'ophtalmologie ou l'ORL. Cette féminisation des études de médecine n'a pas eu d'impact sur l'approche et l'organisation pédagogique, même si nous essayons autant que faire se peut de favoriser les projets de chacun, notamment par des choix de stage en surnombre.

Néanmoins, la carrière hospitalo-universitaire reste difficile d'accès comme dans beaucoup de spécialités. Si les postes de chef de clinique assistant sont largement attribués aux femmes, le parcours universitaire est ensuite semé d'embûches. Les exigences demandées sont parfois inégales entre hommes et femmes. Pour preuve, le nombre de PU-PH femmes dans ma spécialité.

Une carrière libérale

Ayant pour ma part « choisi » le monde libéral, je mets au défi les détracteurs selon lesquels les femmes travailleraient moins que les hommes de venir passer une journée avec moi. Une vie professionnelle aboutie est tout à fait compatible avec une vie personnelle épanouie à la condition, je vous le concède Messieurs, d'être bien mariée et bien organisée.

Le problème du temps de travail me paraît aujourd'hui plus un problème générationnel qu'un problème de féminisation de la profession puisque les jeunes médecins, hommes ou femmes privilégient plus qu'avant leur qualité de vie.

Aujourd'hui encore, trop peu de femmes s'engagent dans les carrières hospitalo-universitaires pour devenir PU-PH. En effet, la période pendant laquelle se construit une carrière hospitalo-universitaire (entre 30 et 40 ans) est très exigeante car elle correspond aussi à une période d'engagement dans la vie familiale. Notre modèle d'organisation sociale peut encore freiner l'engagement professionnel de certaines.

Un plafond de verre

En revanche, l'ère d'un machisme conservateur qui pourrait guider les choix me semble réellement révolue. Les critères d'excellence déterminés par des CNU réglementairement paritaires ont pour objectif de recruter les candidates et les candidats les plus aptes à mener une carrière hospitalo-universitaire. Nous sommes très vigilants dans nos structures universitaires paritaires, comme les conseils d'UFR, à fonder les choix, sans aucune discrimination, sur des éléments de qualité et de motivation. Nos équipes universitaires se sont réellement enrichies de cette diversité qui est devenue une évidence. La féminisation du corps médical doit être intégrée comme une évolution démographique importante mais elle est encore parfois désignée comme responsable d'une diminution de temps consacré à l'exercice par les jeunes médecins, ce qui est une erreur. Tous, hommes et femmes, aspirent désormais à un équilibre plus juste entre leur vie professionnelle et personnelle, ce qui est une bonne chose pour des soignants responsables.

« J'ESPÈRE QUE CELA S'EST AMÉLIORÉ »

Je vois trois raisons à la féminisation du corps médical. D'abord, les jeunes femmes sont plus motivées, se donnent les moyens de réussir et ont le concours plus facilement. Ensuite, c'est une profession qui nécessite de l'empathie, et les femmes ont souvent cette qualité. Troisième raison, plus sociologique : la profession médicale est en perte de vitesse vis-à-



Le privé nous a ouvert ses portes à une période où l'hôpital fermait un peu les siennes aux femmes pour les postes à responsabilités.

vis des revenus, donc attire moins les personnes qui la choisissaient pour le prestige ou la rémunération.

Au niveau médical, il y a longtemps que les femmes ont investi l'ensemble des spécialités. Avec une particularité que l'on retrouve chez toutes les femmes médecins : elles ont tendance à avoir des consultations plus longues, de 4 à 5 mn environ. Ce phénomène a été étudié. Bien sûr, cela impacte leur revenu.

Pour la chirurgie, elles étaient plutôt confinées à la chirurgie pédiatrique et gynécologique. Il y a encore des freins dans certaines spécialités comme la chirurgie lourde, l'orthopédie, etc. Les femmes y font leur place, parfois en calquant l'attitude de leurs collègues masculins, en se pliant à leurs codes. Mais c'est clairement en train de changer, au fur et à mesure qu'elles s'implantent dans toutes les spécialités. Les chefs de service sont contraints d'accepter les femmes internes, au risque de ne plus avoir d'internes du tout. Ma génération a beaucoup souffert de cela : on n'était pas forcément bien accueillies, on devait faire nos

preuves, davantage que nos collègues masculins.

À l'époque, pour avoir une carrière hospitalo-universitaire, les postes de PH étaient tracés. Vous n'aviez le concours que si vous aviez le poste, et les femmes qui les obtenaient étaient issues de familles de médecins. Mon patron m'avait dit « *Sophie, vous êtes une femme, vous n'avez pas besoin de faire une carrière. Vous devriez être contente qu'on accepte de vous apprendre votre profession...* ». Alors qu'un tiers de ma thèse avec mes résultats avaient été publiés, mon nom n'apparaissait qu'en 7^e position. J'espère que tout cela s'est amélioré.

Réussir dans le secteur privé

La plupart des femmes partent encore dans le secteur privé, où elles font de belles carrières et s'épanouissent. Il y est aussi beaucoup plus facile d'organiser son temps de travail que dans le secteur public. Le privé nous a ouvert ses portes à une période où l'hôpital fermait un peu les siennes aux femmes pour les postes à responsabilités. La féminisation n'est pas responsable de la réduction du temps de travail des jeunes médecins. Les étudiants en médecine aujourd'hui sont majoritairement des enfants d'enseignants, de cadres administratifs, et plus comme autrefois de professions libérales. Ils ont été élevés par des parents qui travaillent 35 h. Ils veulent du temps familial. Nos pouvoirs publics ne le comprennent pas : pour un médecin qui part à la retraite, il en faut un et demi pour le remplacer.

* L'association « Femme médecin libéral », issue du SML, est devenue un think tank. Un autre groupe de femmes s'est construit au sein du SML, « Femmes médecins et toutes les libérales » et reste actif d'un point de vue syndical.

LA SANTÉ N'EST PAS L'AFFAIRE DE TOUS

POUR VOUS ASSURER, FAITES CONFIANCE À UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ !

beah Bureau Européen d'Assurance Hospitalière **clinic**

L'assurance des établissements dédiée à l'hospitalisation privée.
www.beah.fr
claphama@beah.fr - 06 82 81 30 08
dridia@beah.fr - 07 87 36 27 12

UNE COUVERTURE DES RISQUES OPTIMALE ET SUR-MESURE

HYGIERISK Exercez (r)assuré

L'assurance RC professionnelle des praticiens du plateau technique lourd.
www.hygierisk.fr - 03 81 26 10 10
bonnetg@beah.fr

DEMANDE DE DEVIS EN LIGNE

DÉVELOPPEMENT DURABLE : LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AGISSENT !

DÉCHETS

70 %

identifient et quantifient leurs gisements de déchets ; 36 % valorisent leurs déchets et forment leur personnel.

AIR INTÉRIEUR

40 %

analysent la qualité de l'air (composés organiques volatils) de leurs locaux.

ÉNERGIE

10 %

produisent de l'énergie renouvelable (énergie solaire, géothermique, photovoltaïque et biomasse).

dialogue
santé

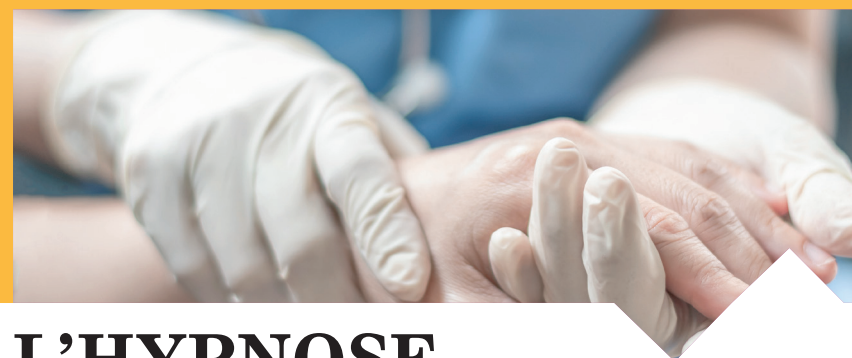
Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Janvier 2019. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : Shutterstock.

Source : Observatoire IDD en santé diffusé en janvier 2019 (données 2017). Voir www.c2ds.eu

INNOVATION



COMMISSION SMART



Bloc opératoire

« LE TRAVAIL D'ÉQUIPE, GARANT DE LA SÉCURITÉ DES SOINS »

Centre névralgique, le bloc est soumis à de fortes tensions. Créer une ambiance sereine est pourtant indispensable.

C'est un des messages portés par la campagne 2018-2019 de la Commission SMART du Collège français des anesthésistes-réanimateurs. Cette campagne qui porte sur les conflits et relations dans le travail sur les plateaux techniques promeut une communication apaisée et la cohésion des équipes. Objectifs : prévenir les risques psycho-sociaux et garantir la qualité et la sécurité des soins. Différentes études montrent en effet qu'une mauvaise communication – fonctionnement d'équipe défaillant, défaut de transmissions, intimidations, etc. – est impliquée dans 72 % des événements indésirables graves.

Une communication déficiente

Au bloc opératoire, 30 % des communications seraient ainsi défectueuses, or il s'agit d'un milieu fermé soumis à de fortes pressions qui favorisent les conflits. Les modes de communication déficients sont parfois liés à une certaine culture professionnelle. Ils peuvent aussi résulter d'une charge de travail trop intense ou d'une

organisation du travail rigide, qui ne permet pas de s'adapter aux imprévus ou ne ménage pas suffisamment d'autonomie. Les comportements hostiles qui en découlent impactent la qualité de vie au travail, et engagent la sécurité des soins en altérant la confiance au sein de l'équipe.

Différentes études montrent en effet qu'une mauvaise communication est impliquée dans 72 % des événements indésirables graves.

En 2017, 115 faits de violence au bloc opératoire ont été déclarés à l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), dont 59 % d'atteintes aux personnes (agressions verbales, etc.) et 41 % d'atteintes aux biens (gestes d'humeur, etc.).

Parmi les faits signalés, des cas de pressions exercées par les chirurgiens pour installer plus rapidement les patients avant même que la salle ne soit opérationnelle et la check-list complétée. À noter que seul 1 % des faits serait déclaré à l'ONVS.

Soutenue par la FHP-MCO, cette campagne est mise à disposition auprès des sociétés savantes, organisations professionnelles et partenaires institutionnels (ministère de la Santé, HAS, etc.). www.cfar.org

LA QUALITÉ PAYE

Le bilan complet et définitif de l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) 2018 n'est pas encore connu, mais la liste des établissements de santé rémunérés au titre de IFAQ 2018 est diffusée. 248 cliniques et hôpitaux privés exerçant une activité MCO, dont 75 centres de dialyse, sont récompensés, soit au titre du niveau de qualité « atteint », soit au titre de l'« évolution » positive de leur niveau de qualité, soit à ces deux titres. Pour mémoire en 2017, 80 % des établissements de santé étaient éligibles au dispositif IFAQ et près de 40 % de ceux du secteur MCO avaient bénéficié d'une rémunération.

L'HYPNOSE TROUVE SA VOIE

En anesthésie, la liste des indications thérapeutiques ne cesse de s'allonger.

Plébiscitée par les patients, elle l'est aussi par les soignants. Reste à les former largement, et intégrer l'hypnose dans l'organisation des soins.

« La clef, c'est de démystifier l'hypnose, qui n'est qu'une technique de communication, puis de prouver son efficacité » résume le Dr Grégory Falk, anesthésiste de la Clinique chirurgicale Porte Océane. Pour cela, il a hypnotisé brièvement, un par un, les soignants de son établissement qui le souhaitaient. Tâche plus rude pour les chirurgiens, peu enclins à lâcher prise. C'est donc lors d'une CME qu'il a proposé une séance d'hypnose collective, dont les praticiens sont ressortis convaincus. L'implication des chirurgiens est cruciale, puisqu'ils doivent patienter pendant l'induction hypnotique, puis se synchroniser avec l'anesthésiste qui adapte son récit au fil de l'intervention.

Réduction des doses de morphine

Au Centre Anesthésie de l'Hôpital Privé Saint Martin de Pesac, l'hypnose permet une anticipation positive de la phase de réveil – ainsi écourtée et adoucie – et une réduction des doses de morphine. 9 anesthésistes sur 11 la pratiquent, et 70 % des patients en bénéficient. Le Dr Yannick Breton souligne qu'elle améliore aussi le bien-être des soignants : lors d'une intervention sous hypnose, l'équipe se soude autour d'une même attention au patient. « Dans 10 ans, je pense qu'elle sera enseignée aux internes en anesthésie, peut-être à tous les internes car elle peut être utilisée lors de tout acte de soin désagréable » annonce le Dr Falk. Le Dr Stéphane De Mortillet (chirurgien plasticien à Tours) déplore quant à lui l'absence de formation universitaire, et le manque de soignants formés, notamment d'anesthésistes. « S'ils proposaient de l'hypnose, ils seraient choisis par les patients, qui se retrouvent ainsi placés au cœur du projet thérapeutique : on leur parle, on parle d'eux, de ce qu'ils aiment. Quand un anesthésiste fait ça, en leur tenant la main, je peux vous dire qu'après les patients le choisissent. » Une pratique valorisée et valorisante par la dimension humaine qu'elle ajoute à cette spécialité. « C'est important que le chirurgien soit au moins initié » ajoute-t-il.

Le principal frein à la généralisation est le coût

Le principal frein à la généralisation de l'hypnose, c'est son coût. « Une intervention sous hypnosédation prend quasiment le double de temps. Il faut préparer le patient en amont et l'opération est plus longue. Il n'y a pas de cotation particulière. » constate le Dr De Mortillet. La formation des IADE pourrait être la solution car « L'anesthésiste ne peut pas pratiquer l'hypnose s'il a deux salles à gérer, ce qui n'est pas leur cas. » conclut-il.

« La commission Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail (SMART) propose une aide aux praticiens en souffrance physique ou psychique, via des autotests, des fiches pratiques et des campagnes d'information. Elle évalue également les impacts des conditions d'exercice sur la qualité des soins. »