

Problèmes posés par les endovidéo-chirurgies et les imageries interventionnelles

**Jean BOUQUET DE LA JOLINIÈRE
1993**

à mes chers Maîtres, ces humanistes qui m'ont fait découvrir dans mon métier que l'Autre mérite respect, amour et compréhension à travers notre acte thérapeutique - toute ma reconnaissance et ma fidèle affection.

M.A BRUHAT

ma reconnaissance ne sera jamais à la hauteur de ce que vous m'avez donné ...
Ma très sincère et filiale affection.

J. SENEZE

un grand maître de la chirurgie qui m'a honoré de sa confiance et donné son affection.
Toute la mienne en retour à jamais fidèle.

M. LEVARDON

un patron merveilleux de gentillesse et de compétences. Tu m'as montré comment un homme peut être généreux.
Sois assuré de ma loyauté et de mon amitié.

Ph. BLOT

Tu m'as aidé quand j'étais sans rien. En dix huit mois, j'ai reçu la leçon d'obstétrique et eu la chance d'être ton élève.
Toute mon amitié.

J.B. DUBUISSON

Entre nous, les mots sont inutiles... et pas assez forts.

à mon frère d'armes, compagnon d'internat, Michel CANIS.

Si je te dis ... JONATHAN !

PLAN

● INTRODUCTION

I - HISTORIQUE DE LA COELIOCHIRURGIE

● ETAT DE L'ART

II - NOTRE DEMARCHE PERSONNELLE

III - HISTORIQUE DU PROJET DE RECHERCHE

IV - EMERGENCE DES PROBLEMATIQUES

● MATERIELS ET METHODES

V - ELABORATION DE LA RECHERCHE

VI - ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

VII - MISE EN PLACE DU QUESTIONNAIRE

● RESULTATS

VIII - CARACTERISTIQUE DES POPULATIONS (questions 1 à 20)

IX - ATTITUDES FACE AUX ENDOVIDEPOCHIRURGIES (questions 21 à 40)

● DISCUSSION

X - CRITIQUES METHODOLOGIQUES

XI - ANALYSE QUALITATIVE DES RESULTATS

XII - INTERROGATIONS PERSONNELLES

XIII - PERSPECTIVES D'AVENIR

● RESUMES

● BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

I - HISTORIQUE DE LA COELIOCHIRURGIE

La coelioscopie est née en France au début des années 40 avec Raoul Palmer, chirurgien gynécologique qui eut l'idée de faire pénétrer dans l'abdomen via l'ombilic, une optique rigide éclairée après avoir créé artificiellement un pneumopéritoine.

Une nouvelle méthode diagnostique était née, permettant de voir précocement et en toute sécurité une pathologie pelvienne à son début, attitude qui deviendra logique et favorable dans un climat d'urgence.

N'oublions pas Henri Mondor dans son traité "Les urgences abdomino-pelviennes" qui disait "les grossesses extra-utérines urgentes sont assises dans vos salles d'attente..."

La trentaine d'années qui suivirent ont laissé le temps d'évaluer cette méthode, permettant ainsi d'élargir le champ des indications diagnostiques aux stérilités tubo-péritonéales, aux pathologies annexielles, à l'endométriose, à l'évaluation des adhérences.

Raoul Palmer eut également la tentation d'effectuer de petits gestes (biopsies, libération des pavillons tubaires à l'aide d'une aiguille), mais ce n'est qu'en 1972 que M.A BRUHAT et H. MANHES tentèrent avec succès pour la première fois au monde à Clermont-Ferrand le traitement conservateur coelioscopique d'une grossesse extra utérine (G.E.U).

La coeliochirurgie naissait clandestinement pour paraître au grand jour en 1979, après de nombreuses autres tentatives. Une nouvelle ère chirurgicale commence. Là débute notre histoire...

ETAT DE L'ART

II - NOTRE DEMARCHE PERSONNELLE

A la fin de nos études médicales, après un diplôme universitaire d'endocrinologie nous avons décidé d'étendre nos connaissances à la gynécologie.

Ayant appris l'existence de l'aventure naissante de l'école de Clermont-Ferrand, l'internat des hôpitaux en 1979 nous permet l'approche de notre maître M.A BRUHAT, l'intégration dans cette équipe pionnière et la découverte de la chirurgie.

II - 1 LE COMPAGNONAGE CHIRURGICAL

L'apprentissage de la chirurgie a ceci de spécifique qu'elle s'enseigne à l'hôpital, au bloc opératoire au contact de seniors qualifiés. Les gestes de base sont montrés de très nombreuses fois et appliqués à des interventions réglées dans le temps et anatomiquement.

Le jeune interne doit savoir regarder et intégrer patiemment cette gestuelle au travers de la répétitivité des interventions et des pathologies rencontrées.

La difficulté de cette transmission du savoir tient à sa capacité visuelle d'emmagasiner les images, surtout quand "l'approche" des tissus varie avec les opérateurs.

Au début, la chirurgie apparaît comme mythique et un peu inaccessible. L'ambiance du bloc opératoire, hautement technique et feutrée, la violence sous jacente à l'acte chirurgical lui-même, le statut très "valorisé" du chirurgien peut créer chez l'interne certains blocages, une angoisse liée à son émotivité. Il faut donc quelques mois avant de s'adapter.

Dépeindre ces situations nous semble essentiel pour comprendre notre démarche de recherche.

La première année d'internat servira donc à intégrer les règles de base de la chirurgie classique avant que le senior, suprême honneur, accepte d'inverser les rôles et d'aider l'interne. Ce moment du premier "lâcher" chirurgical va conditionner en partie l'avenir : après avoir vu par exemple une vingtaine de césariennes, l'interne qui connaît tous les temps de l'intervention est persuadé de les reproduire facilement.

Malheureusement, il constate que ses gestes sont très difficiles, "gauches", maladroits. Il y a discordance entre le savoir, la mémoire visuelle et la réalisation du geste +++

Ceci est très important à souligner pour faire émerger une des problématiques essentielles de notre D.E.A
Il existe plusieurs cas de figure :

- un blocage apparaît qui va conditionner l'individu dans la suite de sa carrière. La chirurgie lui apparaîtra toujours comme très difficile, sujet de stress et d'anxiété. Son auto évaluation va lui montrer ses limites.

- ailleurs, l'angoisse est franchie faisant admettre que cet art n'est que manuel, technique, le talent restant lié à sa créativité propre, à la possibilité de vaincre ses émotions.

C'est la démystification de ce monde qui est la clé de la réussite.

II - 2 POLYDISCIPLINARITE DE L'APPRENTISSAGE

Apprendre les règles de base, les temps opératoires classiques, les méthodes de réparation chirurgicale s'étendent à tous les viscères. Il n'est pas question de vouloir faire de la chirurgie gynécologique sans bases solides en chirurgie digestive, urologique et vasculaire.

C'est la raison pour laquelle, l'internat doit permettre le passage dans d'autres disciplines chirurgicales que la spécialité choisie.

L'interne ainsi se sécurisera en possédant tous les "outils" nécessaires à l'exécution de son savoir.

Le contrôle de cette capacité est codifié par les autorités universitaires, l'ordre des médecins, qui ont défini les services validants, les semestres nécessaires à l'obtention d'une compétence chirurgicale. Enfin, l'interne au bout de quatre ou cinq années devient lui-même senior pour pratiquer sous sa responsabilité une à deux années supplémentaires pendant son clinicat.

II - 3 UNE NOUVELLE TECHNIQUE CHIRURGICALE

Il fallait d'abord traduire les problèmes liés à cet apprentissage chirurgical pour comprendre notre aventure... L'internat chez M.A BRUHAT nous a demandé un effort supplémentaire. Pendant que notre formation de base nous était donnée, nous avons eu la chance de pratiquer en même temps, la coeliochirurgie avec les inventeurs.

Ainsi, Hubert MANHES a passé des matinées entières à nous inclure dans sa recherche.

L'effort consistait à intégrer une gestuelle complètement différente de la chirurgie classique. La caméra vidéo n'existait pas encore et le senior regardait en même temps que nous l'intérieur du ventre, grâce à un espion (TEACHER) placé en dérivation sur notre optique.

En travaillant à travers le ventre fermé, avec des instruments nouveaux, prototypes, notre cerveau devait intégrer en plus une "troisième dimension".

D'une situation d'enseigné, nous passions pendant les deux premières années à une position de

"découvreur", de pionnier dans un domaine nouveau, que nous ne possédions encore qu'incomplètement.

Cette aventure enthousiasmante a bien sûr élargi l'approche chirurgicale, les concepts profonds, changé les indications, pour définir chez nous une autre "philosophie" du tissu, faite de respect, de non-violence et tendant à nous rendre plus conservateur.

Il fallait apprendre des règles de base sur le drainage, les sutures et d'un autre côté chercher à ne pas suturer (les instruments n'existaient pas encore) à revoir les problèmes de l'hémostase, à inventer le lavage, et à admettre que la physiologie du pelvis pouvait être différente.

La tentation était chaque jour d'aller plus loin, de se transformer en mécano, de penser technologies, de devenir toujours plus habile, malin et créatif.

Ainsi nous avons eu la chance de participer à l'élaboration des nouvelles techniques de traitement des kystes de l'ovaire, de la stérilité tubo-péritonéale, de l'endométriose.

Depuis 1979-1980, l'école de M.A BRUHAT, a également été la première au monde à utiliser un laser, nouvel instrument "magique" qui se substituait au bistouri pour couper, détruire les tissus malades à travers le ventre.

Il fallait donc aussi un bagage technique scientifique pour réfléchir aux effets produits sur les tissus.

Tous les progrès en médecine sont passés par le génie créateur de certains, donc par une phase d'expérimentation. Nous avons donc pendant quatre ans, fait une chirurgie nouvelle, en sachant qu'il était possible à tout moment d'y renoncer pour traiter classiquement.

Pendant tout cette période, jamais aucun problème sérieux pour une patiente n'est apparu. La rigueur de notre maître nous a imposé de façon permanente une évaluation très stricte des problèmes. Cette remise en question, la réalisation de nombreuses séries a permis de définir des indications et de faire émerger les limites raisonnables de cette nouvelle chirurgie.

III - HISTORIQUE DU PROJET DE RECHERCHE

III - 1 LES ANNEES PARISIENNES

En 1984, après avoir été reçu à la médaille d'or des hôpitaux, notre bon maître Jean SENEZE nous nomme Chef de Clinique Assistant dans son service à l'hôpital Beaujon pour une durée de quatre ans. Le contexte historique de l'époque est propice à une autre aventure, celle de diffuser ces nouvelles techniques à Paris.

III - 1 - 1 Un monde chirurgical pragmatique

A l'époque nous avons publié avec l'école clermontoise les premières grandes séries de traitement coelioscopique de la G.E.U, les premiers scores tubaires et adhérentiels dans la prise en charge de la stérilité tubo-péritonéale.

En France, la spécialité restait pragmatique devant les travaux de M.A. BRUHAT, alors qu'à l'étranger (U.S.A, Europe) il étonnait particulièrement.

A Paris, seul mon ami le Professeur J.B. DUBUISSON à Port-Royal pratiquait cette coeliochirurgie ayant inventé lui-même la technique de salpingectomie.

Ma mission était celle de développer la coeliochirurgie, d'ouvrir le service à tout le monde, de publier mes premiers résultats dans les sociétés savantes. Ce qui fût fait début 1985, avec la première série de kystes ovariens évalués, la première série de néosalpingostomies évaluées également.

La réaction fût sévère : mes résultats bien que très intéressants ont soulevé l'hostilité des confrères s'appuyant non sur la rigueur scientifique, mais sur une forme de rejet systématique ?...

Notre recherche continua malgré tout car de façon très confidentielle nous avons appris que certains d'entre eux tentèrent de pratiquer la même technique, faisant venir certains étrangers pour être initiés à la méthode...

III - 1 - 2 Les grandes initiatives

En 1987, collaborant avec Bichat, nous réalisons la première reperméation tubaire mondiale intégralement par coelioscopie (déliçature).

Ce fut très modestement une prouesse technique publiée immédiatement aux U.S.A. Si nous arrivions à traiter avec succès les occlusions tubaires distales (le chemin parcouru depuis 1985 était trop parlant pour continuer à être nié), les reperméations étaient une nouvelle voie...

En Allemagne, notre intervention fit grand bruit. Après de nombreuses tentatives, toutes aussi réussies, nous n'avions au bout de deux ans eu qu'une grossesse pour environ vingt trompes opérées ; alors que la microchirurgie obtenait dans ce cas 80% de bons résultats. Force était de constater et de proclamer que notre technique était mauvaise...

Nous constatons encore que certains (U.SA, Allemagne) s'évertuent à la pratiquer avec toujours des résultats décevants...

III - 1 - 3 Les premières journées universitaires parisiennes de coeliochirurgie

L'école clermontoise et ses élèves sont maintenant connus dans le monde entier.

En 1988, avec J.B. DUBUISSON (Port-Royal), M. LEVARDON (Beaujon) et l'aide de mon maître BRUHAT, nous décidâmes de créer un grand rassemblement annuel qui voulait être un carrefour d'évaluation, de réflexion, de nouvelles propositions sur ces techniques.

C'était également le début de la coeliochirurgie digestive que nous pratiquions également.

Nous avons donc invité les deux ou trois ténors dans le domaine.

La salle était pleine de chirurgiens digestifs et gynécologues. La cholécystectomie par coelioscopie était la vedette : la réaction de l'auditoire était en sa faveur, prouesse technique indiscutable.

Par contre, dans le même temps, l'A.F.C (association française de chirurgie) semblait ne pas donner d'importance à cette méthode. Quatre ans plus tard, 70% de son programme est consacré aux nouvelles techniques parfois même à propos de un cas. C'est à celui qui tentera la première "ventrectomie" coelioscopique pour entrer dans le "who's who" de la technique.

III - 1 - 4 Euromédecine de Montpellier 1989

Invité à remplacer M.A. BRUHAT dans une table ronde contradictoire, en présence des chirurgiens digestifs, je fus amené malheureusement à intervenir car les digestifs présentaient des cassettes superbes, sans parler bien sûr des difficultés techniques, des risques et des échecs. Dans une table ronde contradictoire mon intervention avait pour but d'expliquer à l'auditoire (60% à 70% de jeunes chirurgiens) qu'un apprentissage était nécessaire, de définir les bonnes indications, d'évaluer les résultats comparés à ceux de la laparotomie. Je donnais de même le chiffre de vingt morts sur le territoire français en annonçant un décès dans notre service dû à l'entêtement et à l'ignorance d'un chef de clinique.

Bien sûr, la réaction fut terrible : " je n'avais pas le droit de dire qu'il y avait des morts sans preuves... j'allais casser la méthode...".

Après avoir tenté de réexpliquer aux chirurgiens digestifs qui présidaient que j'étais autorisé à dire cela (j'avais trois fois plus d'années de pratique qu'eux, j'étais un pionnier et défenseur de la méthode), la séance fut levée ex abrupto, avec violences verbales... Les journalistes présents s'emparant de l'affaire.

Il a fallu attendre six mois pour que le ministre de l'époque et son conseiller, le Professeur B. GAYET, confirment en fait vingt deux décès sur le territoire ! Nous retrouvions enfin la sérénité...

III - 1 - 5 Les interviews

Ces quatre dernières années que nous considérons comme celles de la maturité, une prise de conscience effective des problèmes nous a conduit à faire une analyse et à nous engager dans une action de mise en garde.

Participant à l'hôpital Beaujon, en collaboration avec tous les services de spécialités chirurgicales, au développement de nouvelles techniques (thoracoscopie opératoire, intervention orthopédique sur le rachis, chirurgie digestive), nous avons constaté que la technologie instrumentale pouvait faire soulever de nouveaux problèmes (sutures digestives, abord de nouveaux viscères comme le cœur, destruction de disques vertébraux) avec d'énormes risques de complications dues à leur inadaptation. Problèmes de stérilisation du matériel devant la multiplication des interventions, dégradation de ce dernier entraînant l'arrêt de ces interventions, réutilisation sauvage de matériel à usage unique, etc...

Les images nous ont également interpellés : le terme d'endovidéo chirurgies devient adéquat avec leurs problématiques évidentes (utilisation et stockage).

Notre compagnon d'aventure M. CANIS, soulevait dans un éditorial de notre congrès déjà beaucoup de remise en question (2). Le Professeur SOUTOUL, gynécologue et expert en droit, n'a de cesse de nous mettre en garde depuis plusieurs années (3).

Ainsi, à l'occasion de nos 4èmes Journées de coeliochirurgie qui ont permis la diffusion de notre questionnaire, nous avons donné un interview à un grand magazine médical (voir annexes) concernant les risques de la coeliochirurgie (5).

Encore une fois, et malgré notre bonne intention, cet article a soulevé une polémique vive pouvant (de la part de certains) nuire à notre carrière. Il ne nous appartenait pas de soulever ces problèmes, bien que depuis des années personne n'a bougé. Seul le Professeur SOUTOUL (voir annexes) nous a donné un appui inconditionnel ainsi que notre maître M.A. BRUHAT.

C'est donc après ce cheminement laborieux, que nous tentons d'étudier les problématiques éthiques de cette nouvelle chirurgie, malheureusement toutes indissociables et qui feront l'objet d'une plus vaste étude au cours de la thèse.

IV - EMERGENCE DES PROBLEMATIQUES

IV - 1 PROBLEMATIQUE ETHIQUE DE TOUTE NOUVELLE CHIRURGIE

Chaque nouvelle technique chirurgicale impose de définir :

- une gestuelle nouvelle
- des indications
- une instrumentation ou l'utilisation de matériels nouveaux

Cela relève donc d'une chirurgie nouvelle avec les problèmes suivants :

- la non évaluation de la méthode utilisée
- la non évaluation des risques encourus par la patiente liés :
 - . au chirurgien lui-même
 - . à la technique
 - . aux instruments utilisés.

L'aspect éthique à étudier est celui du CONTRAT CHIRURGIEN - PATIENT :

- information du malade. C'est le consentement éclairé +++ lui faisant apprécier avantages et inconvénients de la méthode
- ne pas créer de PERTE DE CHANCE :
 - . par la non validité des résultats
 - . par rapport aux méthodes classiques dont la morbidité est évaluée
- l'obligation de moyens définie par le code de déontologie
- le risque acceptable à subir par la patiente

IV - 2 PROBLEMATIQUES PROPRES AUX ENDOVIDEO CHIRURGIES

IV - 2 - 1 Celle de l'apprentissage et de la formation :

- tout diplôme d'état de docteur en médecine confère à son détenteur la possibilité de tout faire dans le respect du code de déontologie.
- pour un chirurgien, la formation aux endovideo chirurgies n'est pour l'instant pas obligatoire. Sa formation pratique est fonction actuellement de son âge et de son expérience.

Les internes et chef de clinique actuels bénéficient du compagnonnage hospitalier alors que ceux plus âgés qui sont installés depuis plusieurs années n'ont que la formation médicale continue, les congrès, les ateliers pratiques sur animaux, les diplômes souvent trop théoriques d'université.

IV - 2 - 2 Celle de la nouvelle instrumentation

- la connaissance de la haute technologie (laser, courants électriques basse et haute fréquence, ultra-sons)
- le bon environnement technique en tenant compte du rapport coût-efficacité-qualité-ergonomie
- l'existence d'un plateau technique adéquat (nouvelle approche de l'anesthésie, formations du personnel de bloc opératoire, nouveau bloc opératoire)
- du partenariat avec les industriels et des "pressions" possibles sur l'achat du matériel.

IV - 2 - 3 Celle de l'hospitalisation courte

Ces techniques chirurgicales à corps fermé permettent de raccourcir les temps d'hospitalisation qui peuvent atteindre la chirurgie ambulatoire de 24 heures.

Ce qui nécessite de repenser les modalités :

- de la surveillance post opératoire
- du retour à domicile
- du partenariat avec les confrères

IV - 2 - 4 Celle de l'image

L'image est stockable et représente donc un nouveau savoir médical l'enregistrement de toutes ces données pose le problème :

- de la préservation du secret médical
- de la confidentialité de l'art
- de la propriété du corps car il est possible de les utiliser à des fins (d'enseignement, de diffusion en direct, de diffusions commerciales publicitaires pour des instruments, de congrès médicaux).

IV - 2 - 5 Celle des indications chirurgicales

Nous prendrons quatre exemples :

- celui du cancer en général : dans l'état de l'art actuel et de l'instrumentation, la tentation de pratiquer certains gestes peut engendrer des résultats insuffisants quant au traitement oncologique.
- celui des cholécystectomies : la relative simplicité de l'acte a entraîné certains confrères à enlever des vésicules lithiasiques asymptomatiques que l'on ne traitait pas avant par laparotomie. Une conférence de consensus suite à l'Euromédecine de Montpellier 89 a défini les indications.
- l'incontinence urinaire d'effort : des jeunes femmes en souffrent souvent après accouchements de gros enfants. Utiliser une coelochirurgie non encore efficace peut grever définitivement l'avenir fonctionnel de ces jeunes femmes alors que la méthode chirurgicale classique la répare pour de nombreuses années.
- les kystes dermoïdes : on pensait que la voie coelioscopique était devenue la seule solution. Certains semblent devenir plus modérés avec le recul.

MATERIELS et METHODES

V ELABORATION DE LA RECHERCHE

V - 1 DEFINIR NOTRE POPULATION - CIBLE

Etant donné la diversité des spécialités chirurgicales utilisant l'endovidéo-chirurgie, nous avons décidé de ne pas cloisonner une population particulière comme les gynécologues pionniers dans le domaine, ceci afin de ne pas biaiser la qualité des réponses.

Un congrès multidisciplinaire comme les 4èmes Journées universitaires parisiennes de coelochirurgie permettent de toucher une population de chirurgiens très variée.

V - 2 LES AGES ET L'EXPERIENCE

Au cours d'un congrès, la fréquentation est très hétérogène. Il y a de jeunes chirurgiens toujours ou/et encore au fait même des nouveautés et ceux plus âgés dont c'est l'une des seules méthodes pour rester au courant ou pour se mettre au courant de l'actualité.

On avait ainsi la certitude d'avoir un éventail d'âge et d'expérience chirurgicale suffisants pour "dégager" un comportement ou des réponses significatives.

V - 3 FAIRE ABSTRACTION DE NOTRE PROBLEMATIQUE PERSONNELLE

Monsieur Marc-Alain DESCAMPS, dans son enseignement nous a bien mis en garde de ne pas transmettre indirectement par nos questions, nos propres pré-supposés.

Pour définir notre méthodologie plusieurs solutions étaient envisageables mais aucune n'était satisfaisante tant la population étudiée pose des problèmes liés spécifiquement à son monde.

- les chirurgiens, nos confrères, sont en général d'accès difficile. Ils sont détenteurs d'un savoir acquis après de longues études (nombreux concours, carrière universitaire titrée) et représentent une "aristocratie" parmi les médecins. Ils ont réussi, considérés par l'internat des hôpitaux et le clinicat comme la "crème" surnageant les autres.

- pendant longtemps (jusqu'à ces dernières années) ils étaient considérés ou se considéraient comme les chefs de bloc, détenteurs du bistouri donc du pouvoir, comme Saint Pierre du paradis : sans eux point de passage à la béatitude thérapeutique

Aller demander s'ils se considèrent comme bien formés en direct, lors d'un interview, aurait été de nature suicidaire deux fois sur trois.

V - 4 CHOISIR NOTRE METHODOLOGIE

Force est donc de refuser l'interview et l'étude comportementale en direct par un tiers compte tenu de ce que l'on vient de dire sur le "drame théâtral" en bloc opératoire.

Restait donc le questionnaire anonyme remis à l'entrée du congrès et récupéré à la sortie tout aussi anonymement.

VI ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire (voir annexes) a été élaboré avec l'aide de notre maître le Professeur Michel LEVARDON, chef de service de chirurgie gynécologique et obstétricale, Maternité de l'hôpital Beaujon (université Paris VII).

Nous avons pu bénéficier de l'aide de Monsieur Marc-Alain DESCAMPS, Professeur de psychologie sociale à l'Institut de psychologie (Université Paris X).

VI - 1 LA PREMIERE PARTIE

Elle tente de définir les populations par rapport à leurs activités et à leur expérience :

- professionnelles
- techniques
- formations
- comportement social

L'âge étant un des facteurs que nous espérons pouvoir corrélérer aux résultats. En matière d'actualité et de nouvelles techniques chirurgicales, il sera probablement un des indicateurs significatifs.

VI - 2 LA DEUXIEME PARTIE

Suivant les règles enseignées par Marc-Alain DESCAMPS, les premières questions doivent être claires, faciles et suffisamment attirantes pour donner au sujet l'envie de continuer.

Les questions 21 à 25 entrent ainsi dans le vif du sujet concernant :

- le consentement éclairé
- la perte de chance

Pour ne pas induire de "malaise" ou de suggestion quant à la notion d'échec en cas de passage à la chirurgie classique, nous avons volontairement intercalé les questions 22 et 23 (consentement éclairé) entre les questions 21, 24, 25. Jamais nous n'avons introduit le mot ETHIQUE dans le questionnaire pour ne pas "alerter" les réponses sur ce problème.

Nous espérons ainsi pouvoir recueillir des réponses non biaisées, plus authentiques ?

Les questions 26 à 34 se rapportent à l'IMAGE. Elles sont simples et nouvelles pour les chirurgiens qui n'ont jamais réfléchi au problème.

Ce passage intercalé a pour but de "décontracter" le sujet avant la dernière partie. Les questions 35 à 40 se veulent brutales, insolites et très intimes. Elles doivent théoriquement bousculer les réponses (5 seulement) puisqu'il s'agit de la fin du questionnaire.

On espère avec elles avoir une étude comportementale à travers laquelle on dégagera les problèmes éthiques.

VI - 3 REFUS DE QUESTIONS OUVERTES

C'est volontairement que nous n'avons pas posé de questions ouvertes sur les problèmes éthiques. Dans le cadre d'un D.E.A, il aurait été impossible sur 106 questionnaires d'analyser ces dernières, en prenant de surcroît, le risque de n'obtenir que très peu de réponses. Comme nous l'avons déjà dit, cette population ne s'est pas posée collectivement ces problèmes.

VII MISE EN PLACE DU QUESTIONNAIRE

VII - 1 LE QUESTIONNAIRE TESTE

Nous avons testé sur quelques chirurgiens ce questionnaire à partir d'une pré-enquête. Il est relativement long (40 questions) mais il est possible d'y répondre en 15 minutes en moyenne.

VII - 2 PRESENTATION

Nous avons sur une feuille à entête des 4èmes Journées universitaires de coeliochirurgie spécifié les raisons du questionnaire en insistant sur son ANONYMAT.

4èmes JOURNEES UNIVERSITAIRES
PARISIENNES DE
COELIOCHIRURGIE

Organisateurs
Pr J.B DUBUISSON, Dr J. BOUQUET DE JOLINIERE

CNIT (La Défense)
JANVIER 1993

Dans le cadre d'une enquête ANONYME sur l'endovidéo-chirurgie, pouvez-vous répondre à ce questionnaire en marquant par une croix la case de la réponse choisie.

Les résultats de cette enquête seront publiés et commentés lors d'une réunion ultérieure de la Société Française d'Endoscopie en Gynécologie.

Merci pour votre aide.

Nous n'avons pas spécifié que ce questionnaire servirait à la réalisation d'un D.E.A d'éthique pour ne pas biaiser les réponses.

Ce questionnaire a été remis à l'entrée du congrès par des hôtessees en même temps que les pochettes d'inscription.

Leur récupération se faisant anonymement dans une boîte à la sortie de l'amphithéâtre. Sur environ 200 questionnaires distribués nous en avons récupérés 106.

VII - 3 ANALYSE DES RESULTATS

L'étude des questionnaires a pu être réalisée grâce au Docteur Fabienne PESSIONE, praticien hospitalier, épidémiologiste au STAMA (service de traitement ambulatoire des maladies alcooliques) du Professeur RUEFF - Hôpital Beaujon - Clichy.

La saisie des données a été réalisée au niveau des cases en face de chaque réponse sur ordinateur EPI-INFO-SAS.

L'analyse statistique a utilisé :

- test t de student pour les comparaisons de moyenne
- test du CHI-2
- la technique de régression logistique
- l'analyse factorielle des correspondances

Les différences sont considérées significatives pour les valeurs de $p < 0,05$

RESULTAT

VIII - CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS

Sur 200 questionnaires distribués, 106 intervenants ont rempli le questionnaire de façon correcte et complète ayant pu ainsi être analysés.

VIII – 1 - ETAT CIVIL

VIII - 1 - 1 Les âges des personnes ayant répondu aux questionnaires s'étagent entre 25 et 65 ans avec une moyenne de 41,1 ans (std = 8,6)

La distribution est indiquée dans le tableau n°1

CLASSE D'AGE	N	%
< 30	8	8,5
31 à 40	51	48,1
41 à 50	28	26,4
> 50	18	17,0

Tableau n°1

VIII - 1 - 2 - Les sexes

Les questionnaires ont été remplis par 10 femmes (9,4%) et 94 hommes (88,7%). 1,9% n'ayant pas répondu.

VIII - 2 - CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES

VIII - 2 - 1 La répartition en fonction des spécialités chirurgicales a été étudiée, représentant la population qui fréquentait le congrès (tableau n°2) exprimée par ordre décroissant.

SPECIALITES	N	%
GYNECOLOGIE	63	59,4
UROLOGIE	33	31,1
DIGESTIF	17	16,0
THORACIQUE	5	4,7
PEDIATRIQUE	3	2,8

Tableau n°2

VIII - 2 - 2 Leur expérience professionnelle a été étudiée en séparant l'exercice de la chirurgie proprement dite, de celle de l'endividéo chirurgie (E.V.C) (tableaux n°3 et n°4)

DUREE EXERCICE CHIRURGIE	N	%
1 à 5 ans	23	21,7
5 à 10 ans	31	29,2
+ de 10 ans	51	48,1
inconnu	1	0,9

Tableau n°3

DUREE EXERCICE

E.V.C	N	%
Pas d'exercice	3	2,8
1 à 3 ans	46	43,4
3 à 5 ans	29	27,4
5 à 7 ans	16	15,1
10 ans	12	11,3

Tableau n° 4

VIII - 2 - 3 Nature de l'expérience professionnelle en étudiant le pourcentage de l'activité consacrée à l'E.V.C pour tenter d'évaluer le comportement chirurgical des populations étudiées (tableau n°5)

% ACTIVITE CONSACRES à L'E.V.C

	N	%
O	3	2,8
10%	26	24,5
10 à 30%	31	29,2
50%	24	22,6
> 50%	21	19,8

Tableau n°5

VIII - 2 4 Type d'activité

La répartition entre établissement privé et public ou les deux a été exprimée dans le tableau n°6.

	N	%
PUBLIC	43	40,6
PRIVE	29	27,4
PUBLIC + PRIVE	30	28,3
INCONNU	4	3,8

Tableau n°6

VIII - 2- 5 La formation des chirurgiens à l'E.V.C est détaillée dans le tableau n°7.

79 personnes ont répondu oui à la question n°8, soit 74,5% en avouant avoir eu une formation qu'ils considèrent comme spécifique. Nous avons regroupé dans le tableau ce qui représente une formation essentiellement pratique en la séparant de ce qui est plus théorique (FMC, congrès, et diplôme d'université).

FORMATION	N	% N/106	% N/79
PRATIQUE			
INTERNAT	43	40,6	54,4
ATELIERS	33	31,1	41,8
THEORIQUE			
FMC	28	26,4	35,4

CONGRES	41	38,7	51,9
D.U	18	17,0	22,8

Tableau n° 7

VIII - 2 - 6

Parmi les 106 réponses, 26 chirurgiens soit seulement 24,5% sont abonnés à une revue spécialisée d'E.V.C et 65 (61,9%) d'entre eux se sont souciés de la formation de leur équipe chirurgicale (anesthésistes, panseuses, instrumentistes).

VIII - 3 QUALITE DES EQUIPEMENTS

Nous avons dans les questions 11 à 13, tenté d'évaluer la qualité de l'instrumentation utilisée, le coût, et savoir combien de chirurgiens utilisent un laser qui est en soi le témoignage d'une haute technologie (tableau n°8).

COÛT	N	%
50 000 F	5	4,7
100 000 F	18	17,0
> 100 000 F	67	63,2
INCONNUS	16	15,1

Tableau n° 8

44 chirurgiens sur 106 utilisent un laser soit (41,5%). La majorité d'entre eux (35) utilise un laser CO2.

La question n°3 comporte 6 items qui devaient être évalués suivant une échelle de valeur de 1 à 6 dans l'ordre d'importance. On tenait compte de la qualité, du coût, du rapport qualité/prix, la dernière technologie de pointe, l'ergonomie, les conseils des fabricants pour emporter la décision d'achat.

Le label qualité a été retenu 35 fois en position n°1 et le rapport qualité/prix 37 fois en position n°1.

L'ergonomie n'a été retenue que 8 fois et le coût 9 fois seulement. Mais la majorité des chirurgiens a très mal rempli les cases concernant la question.

VIII - 4 IMPACT MEDICO-SOCIAL DE L'E.V.C

VIII - 4 - 1 La question n°14 apprécie le pourcentage de la chirurgie à hospitalisation courte (< 48h) pratiquée par les chirurgiens.

89 d'entre eux (84%) la pratiquent.

VIII - 4 - 2 83 seulement savent que l'E.V.C est née en France (78,3%) ; 16 (15,1%) pensent qu'elle est née en Allemagne et 7 (6,6%) aux U.S.A

VIII - 4 - 3 Les questions n°16 à 20 étudient le vécu social des chirurgiens dans leur pratique de l'E.V.C.

72 d'entre eux (67,9%) considèrent mériter plus d'honoraires.

Le tableau n°9 montre leur opinion sur l'efficacité, donc l'importance de cette nouvelle chirurgie sur les résultats en terme de coût de santé / efficacité.

AMELIORATION	N	%
COÛT DE SANTE	34	32,1
EFFICACITE THERAPEUTIQUE	8	7,5
LES DEUX	52	49,1

PAS D'OPINION 11 10,4

Tableau n° 9

VIII - 4 - 4 79 (74,5%) informent leur correspondant sur leur nouvelle pratique.

VIII - 4 - 5 Les questions n° 19 et n° 20 situent l'opinion des chirurgiens sur l'impact social de cette nouvelle chirurgie.

Le tableau n°10 donne les réponses sur l'appréciation de la qualité de l'information au grand public.

INFORMATION DU GRAND PUBLIC			
	N	%	
1 - SUFFISANTE	24	22,6	
2 - INSUFFANTE	16	15,1	
3 - INADAPTEE	63	59,4	
2 + 3	1	0,9	
SANS OPINION	2	1,9	

Tableau n°10

Le tableau n°11 montre leur façon d'envisager l'E.V.C dans le contexte d'aujourd'hui en discriminant l'E.V.C comme une mode sans avenir, un réel progrès et/ou un phénomène social.

Les recoupements statistiques permettent d'associer dans les cases 4 et 5, deux items différents.

E.V.C EST POUR VOUS			
	N	%	
1 - MODE SANS AVENIR	0	0	
2 - PROGRES REEL	85	80,2	
3 - PHENOMENE SOCIAL	5	4,7	
1 + 3	1	0,9	
2 + 3	11	10,4	
SANS OPINION	4	3,8	

Tableau n°11

IX ATTITUDES FACE AUX ENDOVIDEOCHIRURGIES

C'est l'étude des questions 21 à 40 qui représente la deuxième partie du questionnaire.

Comme nous l'avons souligné précédemment (VI - 2) cette deuxième partie comporte trois groupes de questions.

Les questions 21 à 25 ont un rapport direct avec les problèmes éthiques concernant le consentement éclairé du patient et la notion de perte de chance.

Les réponses demandées sont simples avec une case oui ou non.

Tous les commentaires surajoutés n'ont pas été pris en compte.

IX - 1 CONSENTEMENT ECLAIRE DES PATIENTS

Il est étudié avec les questions 22 et 23 qui mettent en avant les avantages, risques et inconvénients de cette nouvelle méthode.

EXPLIQUEZ-VOUS	OUI	NON	MANQUANTS
LES AVANTAGES	96 (90,6%)	3 (2,8%)	7
LES INCONVENIENTS	96 (90,6%)	2 (1,9%)	6

IX - 2 NOTION DE PERTE DE CHANCE

Les questions 21, 24, 25 testent cette notion en demandant aux chirurgiens s'ils ont été obligés de stopper une E.V.C pour passer en chirurgie classique et s'ils considèrent cette attitude comme un échec et une perte de chance pour le patient.

	OUI	NON	MANQUANTS
PASSAGE EN CHIRURGIE CLASSIQUE	79 (74,5%)	15	12
ECHEC THERAPEUTIQUE	7 (6,6%)	94 (88,7%)	5
PERTE DE CHANCE	14 (13,2%)	86 (81,1%)	6

Tableau n°12

IX - 3 ATTITUDE FACE A L'IMAGE

Les questions 26 à 34 testent les chirurgiens dans leur comportement, leur vécu et leur conception de l'image.

IX - 3 - 1 59 d'entre eux (55,7%) enregistrent leurs interventions . 7 n'ont pas répondu.

IX - 3 - 2 Les enregistrements peuvent être réalisés à des fins différentes (usage personnel, enseignement, commercial).

Le tableau n°13 donne les résultats.

MONTAGE	OUI	NON	MANQUANTS
PERSONNEL	26 (24,5%)	31 (29,2%)	49
ENSEIGNEMENT	41 (38,7%)	16 (15,1%)	
COMMERCIAL	3 (2,8%)	54 (50,9%)	

Tableau n° 13

IX - 3 - 3 51 chirurgiens (48,1%) considèrent l'image comme faisant partie du dossier médical et 97 (91,5%) considèrent qu'elle ne représente pas une atteinte à l'intégrité corporelle du patient. (questions n° 28 et 29).

IX - 3 - 4 Les questions 30, 31, 32 concernent l'usage des enregistrements et l'utilisation de l'image pour l'enseignement "en direct".

90 (84,9%) ne donnent pas la cassette de l'intervention enregistrée au patient et 86,8% d'entre eux considèrent que ce mode d'enseignement en direct est efficace.

IX - 3 - 5 Les questions 33 et 34 se réfèrent à la notion de perte de confidentialité de l'art par l'image et aux craintes juridiques liées au stockage de cette dernière.

79,2% des chirurgiens n'ont pas l'impression d'avoir perdu leur "intimité" en opérant avec une caméra vidéo ; mais un sur deux considère ce stockage comme une arme juridique (43,4% oui ; 48,1% non).

IX - 4 PROBLEMES ETHIQUES GRAVES

Les 5 dernières questions (35 à 40) sont destinées à analyser ce que nous considérons comme le plus grave dans l'attitude du chirurgien.

Est-ce que son environnement social, professionnel, technique a pu engendrer une modification de son comportement aboutissant à un accident grave, à la tentation de pousser une indication à l'extrême, à la prise de conscience de ses limites.

IX - 4 - 1 A la question 35 sur la notion "perdre la face, clientelisme" :

94 (88,7%) ont répondu non,

3 (2,8%) oui,

9 se sont abstenus.

IX - 4 - 2 A la question 36 qui explore la tentation de pousser l'indication chirurgicale à l'extrême :

81 (76,4%) ont répondu oui

15 (14,2%) ont répondu non

10 ont préféré s'abstenir

IX - 4 - 3 Le chirurgien se sent-il "diminué" de ne pas réaliser une E.V.C :

32 (30,2%) disent oui

64 (60,4%) non

10 abstentions

IX - 4 - 4 A cette question fondamentale sur l'accident grave :

19 (17,9%) ont reconnu avoir eu un accident grave

77 (72,6%) non

10 abstentions

IX - 4 - 5 Parmi ceux qui ont eu un accident grave (28,3%) ont modifié leur attitude mais 37,7% d'entre eux n'ont pas changé de comportement

IX - 4 - 6 Enfin, 10 (9,4%) considèrent que le fait d'être chirurgien les dispense d'un "apprentissage" aux nouvelles techniques contre 90 (84,9%) d'entre eux qui semblent être raisonnables.

DISCUSSION

X - CRITIQUES METHODOLOGIQUES

Le danger de ce type de questionnaire est de créer un biais d'échantillonnage en sélectionnant les sujets qui doivent répondre.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi les 4èmes Journées Universitaires Parisiennes de Coeliochirurgie qui sont fréquentées par des chirurgiens et non chirurgiens de toutes disciplines.

La population ciblée devient donc hétérogène et nous semble donc moins biaisée.

Le questionnaire est anonyme, distribué à l'entrée de l'amphithéâtre et récupéré anonymement à la sortie du congrès.

On ne peut donc pas considérer que les chirurgiens n'ayant pas répondu n'ont pas répondu.

Cependant, d'autres biais ne peuvent pas être complètement éliminés :

- 1) il est toujours possible d'émettre un doute sur la sincérité du chirurgien qui répond.
- 2) bien que nous n'avons jamais employé le mot éthique, la deuxième partie du questionnaire a pu engendrer la méfiance de certaines réponses et rendre perplexe sur le but de l'enquête.
- 3) il y a toujours le risque d'induire ses propres présupposés dans une question trop suggestive.

Enfin, nous avons réussi à isoler une cohorte de 16 chirurgiens connus qui ont spontanément signé leur questionnaire. Tous sont des spécialistes reconnus de la coeliochirurgie et ont (probablement par sincérité et amitié) accepté de se révéler.

L'étude statistique de cette cohorte va faire apparaître des résultats étonnants. Doit-on penser que l'étude est biaisée en utilisant leurs résultats ?

XI - ANALYSE QUALITATIVE DES RESULTATS

Il n'y a pas de tentative de discriminer les bons et les mauvais chirurgiens ou de définir parmi eux une hiérarchie éthique comportementale. Nous avons tenté une analyse pertinente des questions à partir d'un questionnaire uniquement qualitatif.

Cette entreprise n'est pas anodine et ouvre des perspectives intéressantes pour l'avenir.

XI - 1 CHOIX DES VARIABLES

Si nous constatons que la majorité des chirurgiens sont des hommes entre 30 et 60 ans, exerçant principalement en milieu hospitalier, leur spécialité de gynécologie, chirurgie digestive ou urologique avec pour 50% d'entre eux, une expérience chirurgicale supérieure à 10 ans, l'endovidéo-chirurgie reste une activité nouvelle ayant moins de 5 ans d'existence et représentant en moyenne 25% de leur activité. Ceux qui la pratiquent sont en général bien équipés, ont reçu une formation théorique et pratique convenable et utilisent dans 50% des cas la haute technologie comme le laser.

Pour comprendre l'existence d'accidents graves, il était nécessaire de choisir quelques variables pouvant définir un profil de chirurgien à risques et non de réaliser une recherche causale ou étiologique.

Nous avons donc étudié les variables suivantes :

- accidents
- image enregistrée
- expérience en E.V.C

en tenant compte des 16 chirurgiens connus.

IX - 2 LES CHIRURGIENS CONNUS

Il s'agit de 16 hommes répartis suivant leur spécialité en : 10 gynécologues, 2 chirurgiens digestifs, les 4 autres pratiquant l'urologie, la pédiatrie et la chirurgie thoracique.

12 sont hospitaliers et 3 installés en activité libérale (1 n'ayant pas répondu).
 Seulement 50% d'entre eux pratiquent l'E.V.C depuis moins de 5 ans, 25% ont une activité chirurgicale en E.V.C inférieur à 30%.
 62,5% utilisent un laser, 73,3% enregistrent leurs interventions et tous les montrent en congrès ou en enseignement.
 Enfin 50% d'entre eux ont déclarés avoir eu au moins 1 accident grave.

XI - 3 ANALYSE DES ACCIDENTS

XI - 3 - 1 Sur la totalité des questionnaires (106) 19 médecins (20%) déclarent avoir eu des accidents graves. 76 déclarent ne jamais avoir en avoir eu, 11 se sont abstenus.
 Sur les 19, on retrouve 10 gynécologues, 3 digestifs, 3 urologues, 1 thoracique.
 Tous pratiquent l'hospitalisation courte, 68,4% utilisent un laser et 21% considèrent la chirurgie classique comme un échec +++.
 80% enregistrent leurs interventions. Chaque fois le p est < 0,05 donc significatif. (tableau n°14).

VARIABLES	ACCIDENTS(%)	PAS D'ACCIDENT (%)	p
UTILISATION DU LASER	68,4	38,2	0,02
HOPITALISATION COURTE	100	81,8	0,04
CHIRURGIE CLASSIQUE = ECHEC	21,0	3,9	0,01
ENREGISTREMENT DES IMAGES	78,9	44,0	0,006

Tableau n° 14

XI - 3 - 2 On constate que de nombreuses variables sont liées aux accidents :

- laparotomie considérée comme un échec de l'E.V.C, enregistrements des images, perte de l'intimité, première intervention, médecin connu, durée de l'exercice de l'E.V.C, pourcentage de l'activité, utilisation du laser, hospitalisation courte.

En faisant une analyse multivariée (régression logistique) pour ajuster l'analyse sur l'ensemble de ces variables on constate que :

- seulement deux variables restent liées aux accidents après avoir tenu compte de l'effet de l'ensemble de ces variables :
 - . le fait d'être "connu" (p = 0,003)
 - . le fait de considérer la chirurgie classique comme un échec (p = 0,01)

Ces deux variables ont un effet propre sur la variable "accident grave"+++ (tableau n° 15).

CHIRURGIENS LAPAROTOMIE

PAS ECHEC				
% accidents	N			
CONNUS	0	0	50	7/14
PAS CONNUS	57,1	4/7	10,8	8/74

Tableau n° 15

CHIRURGIENS CONNUS

	ACCIDENTS	PAS D'ACCIDENT
LAPAROTOMIE = ECHEC	0	0
LAPAROTOMIE = PAS ECHEC	7	7

CHIRURGIENS PAS CONNUS

	ACCIDENTS	PAS D'ACCIDENT
LAPAROTOMIE = ECHEC	4	3
LAPAROTOMIE = PAS ECHEC	8	66

On constate donc la différence comportementale entre les chirurgiens connus qui ont 50% d'accidents en ne considérant jamais la laparotomie comme un échec et ceux qui ne sont pas connus qui ont 57% d'accidents car ils considèrent la laparotomie comme un échec !

XI - 3 - 3 Si maintenant on enlève de l'analyse multivariée la variable "connu" en la remplaçant par la variable "enregistrement des opérations", on constate que les deux variables les plus liées aux accidents sont :

- . "enregistrement" (p = 0,005)
- . "échec thérapeutique" (p = 0,08)

Avec la distribution suivante pour une combinaison des deux variables.

	% ACCIDENTS	p
ENREGISTREMENT (OUI) et ECHEC (OUI)	66,7	0,002
ENREGISTREMENT (OUI) et ECHEC (NON)	26,2	0,002
ENREGISTREMENT (NON)	8,7	0,002

XI - 4 COMPORTEMENTS PAR RAPPORT A L'IMAGE

Les chirurgiens qui considèrent que l'image fait partie intégrante du dossier médical sont dans 60% des cas des gynécologues (p = 0,02). Ceci représente bien le profil des coeliochirurgiens actuels.

91,5% d'entre eux considèrent que l'intégrité corporelle du patient n'est pas bafouée. Ils acceptent dans la même proportion l'utilisation de ces images en vidéo transmission en direct et pour l'enseignement.

On peut donc constater que la notion de propriété de l'image n'est pas leur problème bien que la moitié d'entre eux (43,4%) craignent que leur stockage ne devienne un jour une arme juridique. Ceux-ci sont essentiellement des chirurgiens libéraux (p = 0,04) qui fréquentent les congrès (p = 0,009) et qui utilisent les images à des fins personnelles (p = 0,01).

XI - 5 - 1 On constate que la majorité des chirurgiens informent leur patient sur les avantages et inconvénients des nouvelles méthodes. Seulement 2 à 3% ne le font pas ; par négligence ? Cette attitude leur est peut-être habituelle et ils considèrent dans leur pratique qu'il n'y a pas faute à ne pas éclairer les patients sur leur geste chirurgical.

Si le consentement éclairé est respecté, la notion de perte de chance est sujette à commentaires. En effet, le passage à la laparotomie n'est pas considéré comme un échec dans 88,7% des cas, donc non associé à une perte de chance.

Cependant, lorsque l'étude par régression logistique intègre d'autres variables (XI - 3 - 2) on se rend compte que les accidents graves apparaissent +++ :

- le fait d'être connu et de ne pas considérer la laparotomie comme un échec engendre des accidents (50%).

Il y a donc chez ces chirurgiens une motivation à toujours aller plus loin par endovidéo-chirurgie, sachant qu'ils "pourraient s'en sortir" par chirurgie classique.

Les indications sont poussées très loin +++ : là nous considérons en cas d'accident qu'il y a perte de chance ! +++

Ailleurs le fait de ne pas être connu et de considérer la laparotomie comme un échec entraîne un taux d'accidents (57,1%) plus élevé.

Ces chirurgiens qui découvrent l'endovidéo-chirurgie ont un certain orgueil, veulent faire comme les autres, aller plus loin... Ils sont dangereux. Il y a perte de chance grave +++.

Ceci semble corroborer nos présupposés initiaux +++

Le tableau n° 11 (VIII - 4 - 5) montre que 10% des chirurgiens considèrent l'E.V.C comme un phénomène social +++

XI - 5 - 2 L'image stockée, fait partie du dossier médical pour la majorité d'entre eux ; mais 50% craignent qu'elle ne devienne une arme juridique.

Pourquoi ? Ils sont installés en privés (XI - 4), enregistrent leurs interventions à des fins personnelles. Ils ont en moyenne 44 ans et leur temps d'expérience en E.V.C est inférieur à 5 ans.

Ils font partie de ceux qui pensent que la laparotomie est un échec (donc à haut risque d'accidents) (XI - 3 - 2). Dans 84,9% ils ne donnent pas leur enregistrement au patient.

C'est le groupe de jeunes chirurgiens d'aujourd'hui qui a découvert la haute technologie, l'image et qui avec enthousiasme peut-être ou inconscience ailleurs, veulent repousser les limites du possible ++

Ils craignent que si les accidents sont en augmentation, le juridique ne s'empare de la preuve visuelle des interventions, arme se retournant contre eux.

XI - 5 - 3 L'expérience de l'E.V.C ?

Il était nécessaire de savoir devant le pourcentage des accidents, à quelles variables était liée l'expérience.

Nous avons réalisé un tableau à double entrée pour définir deux groupes de population (tableau n° 16).

% E.V.C DANS L'ACTIVITE CHIRURGICALE

N	10%	30%	50%	> 50%
DELAI EXERCICE EVC				
3 ans	22	12	5	6
5 ans	2	12	10	5
7 ans	2	4	7	3
10 ans	0	3	2	7

Tableau n° 16

Le 1er groupe a peu d'expérience (61 chirurgiens) :

- délai d'exercice < 3 ans ou
- activité < 10% ou
- délai < 5 ans et activité < 30%

Le 2ème groupe avec expérience (41 chirurgiens) :

- délai > 5 ans
- ou activité > 50%

Nous avons cherché à voir si l'âge jouait un rôle

	GROUPE 2	GROUPE 1	p
AGE	39,0 (7,7)	44,2 (9,3)	0,004

L'âge est inférieur dans le groupe d'expérience ce qui veut dire que leur formation en E.V.C est ancienne. Ils sont souvent passés par l'internat. L'autre groupe est fréquenté par les autres spécialités que gynécologie et ont donc pris de "le train en marche" (p = 0,002).

Parmi ceux qui ont de l'expérience (groupe 2) 73,2% ont une activité en chirurgie > 10 ans, 91,7% ont un équipement >100 000 F donc bien performants (p = 0,009) et utilisent le laser (p = 0,001). Ils utilisent et montrent leurs cassettes dans les congrès (p = 0,002). C'est donc le groupe à risques (XI - 3). On sait également que parmi ceux qui sont connus, 75% ont de l'expérience contre 33% chez ceux qui ne sont pas connus.

Le fait d'être connu apparaît donc non corrélé avec le fait d'avoir de l'expérience +++.

Enfin, 5% de ceux qui ont de l'expérience pensent que la laparotomie est un échec alors que les chirurgiens connus ne le pensent jamais.

XII INTERROGATIONS PERSONNELLES

- Face à toute nouvelle chirurgie la question principale est de savoir si elle n'est pas en fait une "chirurgie expérimentale in vivo" ?

L'éthique du chirurgien, sa déontologie lui imposent de calculer le risque réel encouru par le patient sans que ce dernier en soit pénalisé.

- Le risque chirurgical existe toujours mais doit rester prévisible sans aucun dépens pour le patient.

L'obligation de moyens inscrite dans le code de déontologie prévaut toujours. C'est donc là que le comportement du chirurgien prend une dimension éthique +++

Il ne doit jamais sous quelque pression que ce soit (sociale, mode, médias, clientélisme, orgueil professionnel, enthousiasme) transformer son attitude thérapeutique en aventure iatrogène et dangereuse.

- Etant dépendant de la technique, le chirurgien n'est plus complètement maître de son art. Il peut et doit stopper l'intervention si l'instrumentation nouvelle ne fonctionne pas.

La vidéo-chirurgie rend complice toute l'équipe chirurgicale qui fait naître un transfert de responsabilités et exalte la prise de conscience thérapeutique collective.

- Dans sa formation le futur chirurgien regarde le senior pratiquer une laparotomie mais reste lui-même acteur alors que la vidéo-chirurgie lui permet de voir sans faire. Sa gestuelle s'enrichira plus tard de son expérience "in vivo". C'est donc là que se pose le problème de la formation et l'apprentissage des nouvelles technologies.

Dans un article sur la bioéthique, Guy BOURGEAULT tente de resituer l'éthique par rapport aux déontologies. Pour lui, "les modalités de l'intervention professionnelle sont le résultat de choix éthiques et politiques inéluctables qu'ils soient délibérés ou inconscients. Les pratiques médicales contribuent d'emblée et comme automatiquement à la valorisation de la santé et par là à la valorisation de la pratique médicale".

Enfin, son éthique sera de résister à la trop belle image, celle qui fait-valoir, en restant sincère dans ses témoignages, d'éviter à travers le montage des films, l'escamotage des échecs chirurgicaux.

Chercher la vérité, n'est point la définir...

XIII PERSPECTIVES D'AVENIR

Cette première étude ébauchée laisse entrevoir des problèmes non élucidés.

XIII - 1 PERSPECTIVES SOCIO ECONOMIQUES

Le coût de ces nouvelles chirurgies et la nouvelle technologie devra être évalué en tenant compte du rapport bénéfice/efficacité.

XIII - 2 FORMATION DES CHIRURGIENS

La problématique de la formation sera dans un proche avenir un point crucial à évaluer. On a vu que le comportement des chirurgiens était en train de changer, que la pression sociale d'une part, de la profession d'autre part pouvait induire des accidents.

L'apprentissage de la gestuelle conditionne en partie le succès de l'intervention. C'est donc le côté pratique de la formation qu'il faut redéfinir.

XIII - 3 L'IMAGE

Les problèmes éthiques liés à la propriété de l'image, à son utilisation ont été à peine ébauchés et doivent être approfondis surtout sur les plans juridiques et sur la transmission du savoir.

BIBLIOGRAPHIE

1 - La coeliochirurgie - une chirurgie ambulatoire ?

2èmes Journées Universitaires Parisiennes de coeliochirurgie laser

La lettre du gynécologue - octobre 1990 - p 17 - 20 (Hors série)

J. BOUQUET DE JOLINIÈRE

2 - Pour que vive l'endoscopie !

3èmes Journées Universitaires Parisiennes de coeliochirurgie laser

La lettre du gynécologue - octobre 1991 - p 2 (Hors série)

Editorial de Michel CANIS

3 - Techniques trop avancées (ou mal avancées) en chirurgie per coelioscopique ou hystéroscopique ?

Réflexions d'un expert judiciaire inquiet

J.H. SOUTOUL

J. Gynécol. Obstet. Bio. Reprod 1992, 21, 447 - 449

4 - Problématiques éthiques et endovidéo-chirurgie

Editorial

J. BOUQUET DE JOLINIÈRE

Chirurgie endoscopique, vol 2, n°2, p 5 - 6, fév 1993

5 - Les risques de la coeliochirurgie

J. BOUQUET DE JOLINIÈRE, G. NOUSSENBAUM

Impact Médecin - Hebdo n° 176, p 6 - 7 - 8 - 13, janv 1993

6 - Les Hystérectomies abusives

H. MANHES, J. BOUQUET DE JOLINIÈRE, G. NOUSSENBAUM

Impact Médecin - Hebdo n° 187, p 6-7-9-11- 13, avril 1993

7 - Salpingo-ovariolysis by laparoscopy in infertility.

GOMEL V

Fertil Steril 40 : 607 , 1983

8 - Laparoscopic procedures to promote fertility : ovariolysis and salpingolysis results of 93 selected cases.

BRUHAT MA, MAGE G, MANHES H, SOUALHAT C, ROPERT JF, POULY JL :

Acta Eur Fertil 14 : 113, 1983

9 - Salpingostomy by laparoscopy.

GOMEL V

J Reprod Med 18 : 265, 1977.

10 - Treatment of female infertility due to tubal obstruction by operative laparoscopy.

METTLER L, GIESEL H, SEMM K

Fertil Steril 32 : 384, 1979.

11 - Laparoscopic salpingostomy utilizing the CO2 laser.

DANIELL JF, HERBERT CM

Fertil Steril 41 : 558, 1984.

12 - Laparoscopic treatment of extended pelvis adhesions including hydrosalpinx.

REICH H

J. Reprod Med 32 : 736, 1987

13 - Place de la coelioscopie opératoire dans le traitement des stérilités tubaires distales.
DUBUISSON JB, AUBRIOT FX, FOULOT H, HENRION R
Contr Fert Sex 16 : 13, 1988.

14 - Classification of operations for tubal and peritoneal factors causing infertility.
GOMEL V
Clin Obstet Gynecol 23 : 1259, 1980

15 - A preoperative classification to predict the intrauterine and ectopic pregnancy rates after distal tubal microsurgery.
MAGE G, POULY JL, BOUQUET DE JOLINIÈRE J, CHABRAND S, RIOUALLAN A, BRUHAT MA
Fertil Steril 46 : 807, 1986.

16 - Salpingostomy by microsurgery.
GOMEL V
Fertil Steril 29 : 380, 1978.

17 - Traitement microchirurgical des lésions tubopéritonéales. I. Résultats des plasties distales. A propos de 135 cas.
DUBUISSON JB, AUBRIOT FX, BARBOT J, HENRION R
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 14 : 641, 1985.

18 - An assessment of the role of operative laparoscopy in tuboplasty.
FAYEZ JA
Fertil Steril 39 : 476, 1983.

19 - CO2 laser laparoscopy in infertile women with adnexal adhesions and women with tubal occlusion.
DONNEZ J, NISOLLE M, CASANAS-ROUX F
J. Gynecol Surg 5 : 47, 1989.

20 - La coeliochirurgie.
BRUHAT MA, DUBUISSON JB, POULY JL, BOUQUET DE JOLINIÈRE J, MAGE G, MADELENAT P, AUBRIOT FX, CANIS M, MANHES H
Encycl Méd Chir, techniques chirurgicales, urologie-gynécologie, vol 6, Editions techniques, Paris, France, 1989, p 38.

21 - Pregnancy following salpingostomy : comparison between CO2 laser and electrosurgery procedures.
MAGE G, BRUHAT MA
Fertil Steril 40 : 472, 1983.

22 - Laparoscopic management of adnexal cystic masses.
MAGE G, CANIS M, MANHES H, POULY J.L, WATTIEZ A, BRUHAT M.A
J. Gynecol Surg 6 : 71 - 79

23 - Laparoscopic treatment of endometriosis.
CANIS M, MAGE G, MANHES H, POULY J.L, WATTIEZ A, BRUHAT M.A
Acta Obst Gyn Scandinavia 1989, suppl 150 : 15 - 20

24 - Incidence of bilateral adnexal disease in severe endometriosis (Revised-American Fertility Society, Stage IV). Should a stage V be included in the American Fertility Society Classification ?
CANIS M, POULY J.L, WATTIEZ A, MANHES H, MAGE G, BRUHAT M.A
Fertility and Sterility 57 : 691 - 692.

25 - Second-look laparoscopy after laparoscopic cystectomy of large ovarian endometriomas.
CANIS M, MAGE G, WATTIEZ A, CHAPRON C, POULY J.L, BASSIL S
Fertility and Sterility 58 : 6017 - 619