

LA CHIRURGIE FRANCAISE EN 2003
LES RAISONS DE LA CRISE ET LES PROPOSITIONS

A l'attention de Jean-François MATTEI

**Ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées**

Rapport présenté par
Pr. Jacques DOMERGUE, Pr. Henri GUIDICELLI

Février 2003

Plusieurs rapports ont été écrits sur la chirurgie française. Ma situation privilégiée de chirurgien hospitalier, ayant eu une activité libérale et plus récemment de parlementaire m'a valu la confiance de Jean Français Mattei, Ministre de la Santé qui m'a confié **une mission** d'expertise sur la chirurgie française. J'ai demandé à Henri Guidicelli, dont le rapport de 1995 avait annoncé les pistes de la **mutation** chirurgicale, de partager ce travail.

Nous avons basé notre travail sur de multiples auditions des acteurs de tous les secteurs sanitaires et techniques impliqués dans la chirurgie française, des visites des ARH de plusieurs régions sanitaires, des visites de nombreux hôpitaux et cliniques. Nous demandons à ceux qui n'ont pas été entendus de nous excuser. Nous remercions tous ceux qui nous ont consacré leur temps précieux de trouver dans ce travail notre reconnaissance et souhaitons ne pas avoir trahi leur pensée.

Au moment où chirurgiens, obstétriciens, établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) sont en crise, nous avons souhaité analyser les raisons de cette crise en vue de proposer des solutions innovantes. Ce n'est que dans des situations d'extrême tension que de vraies réformes peuvent être mises en place. Nous espérons éclairer par nos remarques et par les pistes de travail que nous avons formulées les décisions du ministre.

AUDITIONS

Mr Daniel MOINARD

Directeur Général des Hôpitaux de Toulouse
Hôtel Dieu

Mr Guy VERGNES ,

Directeur général du CHU de Montpellier
Conférence des directeurs d'hôpitaux

Dr Jean-Charles ODIN

Hopital La Timone

Mme Cécile MOREAU

HB Conseil

Pr Roland PARC

Hôpital St Antoine
Président du CNU de chirurgie générale

Dr JF REY

Dr Serge LARUE CHARLUS

Dr Alain Noël DUBART

représentant de l'Union Nationale des Médecins Spécialistes Confédérés (UMESPE)

Mr Max PONSEILLE

Président de la Fédération Hospitalière privée

Pr Jean-Pierre BETHOU

Service de chirurgie générale et thoracique
Hôtel Dieu,PARIS

Dr Christine BARA

Direction hospitalière
Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

Dr Jacques MEURETTE

Clinique Saint Amé à Douai
Président de l'Union des Chirurgiens Français

Dr Claude REGENSBERG

Union des Chirurgiens Français

Mr Gérard VINCENT, Délégué général de la FHF

Fédération Hospitalière de France

Pr Olivier BLIN

Service de Pharmacologie Clinique
CPCET
Hôpital La Timone

Mr Alexis DUSSOL

Président de la Conférence Nationale des Directeurs des Centres Hospitaliers (CNDC)
Centre Hospitalier
MONTAUBAN

Dr Jacques POILLEUX

SNAM-HP
Centre Hospitalier Lisieux

Pr Yvon BERLAND
Service de Néphrologie
Hôpital de la Conception

Dr François AUBART
Coordination Médicale Hospitalière

Dr Thierry DUFOUR
Président du Syndicat des chirurgiens hospitaliers (SCH)

Mr Daniel BOUR
Président de la Générale de santé

Dr HEISSLER
Chef de Service Orthopédie – Traumatologie – Chirurgie du Rachis
Centre Hospitalier Laennec

Pr Jacques BARBIER
Président de l'Académie nationale de chirurgie

Pr Guy VALLANCIEN
Chef du département d'urologie à l'institut mutualiste Montsouris

Dr Pierre FARAGGI accompagné de trois personnes
Président de la Conférence des Hôpitaux Généraux

Dr Michel MARTY
Médecin Conseil Chef de service
Département hospitalisation du service médical et médico-social
CNAMTS

Dr LITRICO
Président de l'Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux

Mr Olivier TOMA
Trésorier du Syndicat des Cliniques Spécialisées en chirurgie, obstétrique, médecine

Mr Frédéric SALAT-BAROUX
Secrétaire Général Adjoint de la Présidence de la République
Palais de l'Elysée

Pr Jean Gabriel BRUN
Syndicat Alliance

Pr HOLLENDER
Académie de chirurgie

Mr Thomas GREGORY
Président du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris

Mme Rachel BOCHER
Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

Mr Edouard COUTY
Directeur de la la DHOS

Pr Philippe MANGIN
Président de l'Association Française d'Urologie (AFU)

Dr Patrick DASSIER
Président du SNPHAR

Dr Didier REA
Secrétaire général du SNPHAR

Dr A. BOCCA
SNPHAR

Dr B. CHICHIGNOUD
SNPHAR

Pr Christian MEYER
Association française de chirurgie

Mr CANIARD
Vice-Président de la Mutualité Française

Mr RATEAU
Mutualité Française

Pr Jacques ROLLAND
Président de la Conférence des Doyens

Pr JL. ARNE
Société d'ophtalmologie

Mr Daniel BOUR
Générale de Santé

Mme Christine BARA
Ministère de la Santé

Mme Myriam REVEL
Mission plateaux techniques
Ministère de la Santé

Dr PERRIN
Mission plateaux techniques

Pr X. BARRAL
Chirurgien cardio vasculaire
CHU Saint Etienne

VISITE DES ARH

RHONE ALPES

PACA

BOURGOGNE FRANCHE COMPTE

MIDI PYRENEES

LANGUEDOC ROUSSILLON

BRETAGNE

PAYS DE LOIRE

POITOU CHARENTE

REMERCIEMENTS

Mr JL. ARNE

Société d'ophtalmologie

Dr Ph. BREIL

Chirurgie digestive, Paris

Pr Ph. MANGIN

Association française d'urologie

Pr HOLLENDER

Académie de Médecine

Dr CATON

Secrétaire national SNCO

Pr J.BEAULIEUX, Pr. B.MILLAT

Collège de chirurgie viscérale

Pr G. FOURTANIER

Secrétaire général SFCE

U.E.M.S

Pr F. PRUVOT

CHU Lille

Dr JL. DULUCQ

Chirurgie digestive

Clinique Bagatelle

Dr MF. VERAN-PERET

Médecin général de santé publique

Rhone-Alpes

Pr P. TOURNIGAND

Chirurgie vasculaire

CHU Marseille

Dr P. DELANNOY

Chirurgien des Urgences

CHU Grenoble

Table des matières

I) POURQUOI LA CHIRURGIE FRANCAISE EST-ELLE EN CRISE ?

A) La crise de la chirurgie privée

- 1. L'image du chirurgien a été dévalorisée*
- 2. Les revenus non proportionnés à la pénibilité de la tâche.*
- 3. Le Kc n'a pas évolué depuis 8 ans (figure 1)*
- 4. Augmentation des charges professionnelles*
- 5. Judicialisation de la profession*
- 6. Une pénibilité incompatible avec la qualité de vie.*
- 7. Evolutions technologiques*
- 8. La crise des structures*
- 9. Des événements récents majorent la perte de confiance*
 - a) Le problème des assurances*
 - b) Les aides opératoires*
 - c) L'absence de relève chirurgicale : une démographie en panne.*

B) La crise de la chirurgie publique

- 1. Considérations générales*
- 2. Les carrières peu attractives, rigides, invitant parfois aux "démissions précoces"*
- 3. La crise des structures*
 - a) Dans les grands hôpitaux (Universitaires ou/et généraux)*
 - b) La chirurgie dans les hôpitaux dits "de proximité" pose d'autres problèmes*
- 4. Les contraintes du service public*
 - a) La non sélection des malades*
 - b) le problème des urgences*

C) La crise serait-elle moins aiguë dans les PSPH ?

II) LA DEMOGRAPHIE SOURCE COMMUNE DE DEMOTIVATION

A) Données générales

B) Données par spécialités

- 1. La chirurgie générale et viscérale*
- 2. La chirurgie orthopédique*
- 3. La chirurgie vasculaire*
- 4. L'urologie*
- 5. L'ophtalmologie*

C) Etat de la chirurgie en Europe

III) L'ANESTHESIE FACTEUR LIMITANT DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE ?

IV) LA ROBOTIQUE ET LES EVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES AURONT-ELLES UN IMPACT SUR LA DEMOGRAPHIE ?

- 1. Les robots chirurgicaux de démultiplication du geste*
- 2. La neuro navigation et l'assistance informatique*
- 3. Les gestes per cutanés*

V) LES SOLUTIONS PROPOSEES

A) Revaloriser la chirurgie

1. Dans le secteur Privé

- a) Ils disent depuis trop longtemps que la NGAP n'est plus adaptée*
- b) Il faut régler le problème des assurances*

2. Dans le secteur Public

- a) Méritocratie et centres de responsabilité*
- b) Redonner tout son poids au chef d'équipe*
- c) Evolution du statut de Praticien Hospitalier (PH)*

B) Proposer un nouveau mode d'organisation de l'hospitalisation

- 1. Une offre de soin trop dispersée : Poursuivre les restructurations***
- 2. Intensifier le rôle des réseaux***
- 3. Décloisonner public/privé***
- 4. Décloisonner universitaire et non universitaire***
- 5. Le plateau technique plaque tournante de l'activité chirurgicale***
- 6. Le fonctionnement des blocs opératoires***
- 7. La chirurgie ambulatoire***
- 8. L'urgence***

C) Réorganiser la chirurgie

- 1. L'observatoire régional de la chirurgie***
- 2. La régulation de l'installation***
- 3. Les carrières universitaires***
- 4. L'obsolescence du DES de Chirurgie Générale et la révision des maquettes***
- 5. La formation chirurgicale en Europe***
- 6. L'organisation de la formation continue et l'évaluation des compétences***
- 7. L'importation des chirurgiens étrangers***
 - a) Donner les moyens de travailler aux chirurgiens en poste*
 - b) Utiliser les chirurgiens à leur niveau de compétence*
 - c) Utiliser tous les chirurgiens qui en expriment le désir*
 - d) Des nouveaux métiers*

D) Offrir une autre image de la chirurgie aux jeunes en formation

- 1. Offrir une autre perspective de vie aux plus jeunes***
- 2. Organiser une campagne de promotion pour la chirurgie***
- 3. Modifier le concours à l'internat***
- 4. Augmenter et modifier le numerus clausus***

VI) CONCLUSION

VII) FIGURES

VIII) TABLEAUX

IX) REFERENCES

INTRODUCTION

La chirurgie française est en **crise**. Les raisons de cette crise sont différentes selon les secteurs d'activité chirurgicale et selon les spécialités. La **chirurgie générale et viscérale** est au cœur même des difficultés de la profession. Les spécialités médico chirurgicales paraissent mieux affronter les difficultés actuelles que les spécialités exclusivement chirurgicales. La gravité de la situation est due aux tensions qui existent dans les deux secteurs d'activité public et privé caractéristiques du système de soin français. L'évolution de la société française et les aspirations des chirurgiens comme de tous les français nous permettent de penser qu'il s'agit d'une **crise sociétale** profonde nécessitant une évolution des modes d'exercice, seul moyen pour susciter des vocations. La crise des vocations n'est pas spécifique à la France même si elle paraît plus aigue que dans certains pays voisins tels que l'Allemagne, l'Italie ou l'Espagne.

Les besoins en chirurgie sont en constante évolution. L'augmentation de la durée de vie des français permet d'envisager pour certaines spécialités chirurgicales une augmentation des besoins pouvant atteindre 40% comme pour l'ophtalmologie. Au contraire, certaines interventions chirurgicales sont remplacées par des gestes per-cutanés: la pathologie coronaire est prise en charge par des cardiologues plus souvent que par les chirurgiens cardiaques.

Anticiper pour répondre aux besoins de la population, réorganiser l'offre de soin en fonction des besoins doit constituer une priorité. Tenir compte des spécificités locales en adaptant par région l'offre de soin aux besoins et à la démographie chirurgicale répond à un pragmatisme indispensable pour accompagner cette mutation. Les chirurgiens ont évolué mais une bonne partie du chemin reste à faire. Redonner **confiance** à cette profession en plein désarroi, est le principal enjeu de ce début d'année 2003. Croire qu'il ne s'agit que d'une revendication salariale serait méconnaître une bonne partie du problème. Nous avons besoin de chirurgiens. La chirurgie française est au sommet de la hiérarchie chirurgicale internationale au plan des innovations techniques. Elle assure sur l'ensemble du territoire une qualité de prestations homogènes inégalée dans la majorité des pays d'Europe. **Par qui serons nous opérés demain ? et comment ?** Tels sont les enjeux de la période de mutation dans laquelle nous sommes.

Nous proposons une analyse de la crise ainsi que des solutions dont nous avons défini, les niveaux d'urgence et de mise en application. Certaines mesures peuvent être prises immédiatement, d'autres doivent faire appel à une plus grande concertation avec les acteurs afin de trouver les solutions les mieux adaptées en terme de santé publique, les plus coût/efficace pour les organismes payeurs et pour la société, les moins meurtrières pour la profession et les plus valorisantes pour restaurer les vocations. Mais parler de l'avenir de la chirurgie sans évoquer l'organisation et les évolutions de la discipline d'anesthésie-réanimation serait occulter une grande partie des problèmes et des solutions potentielles. Nous aborderons aussi cet aspect.

En préambule, il nous est apparu intéressant de vous transmettre ce que pensent les futurs chirurgiens de la situation de la chirurgie en France. **Témoignage**.

ETATS D'AME D'UN INTERNE PAS ENCORE DEMOTIVE

*En cette époque de nouvel an, la période est propice aux rétrospectives des faits marquants de l'année qui vient de se clore. Alors en chirurgie me demanderez-vous ? Quel est-il ce fait marquant ? Peut-être est-il curieusement passé totalement inaperçu. Non il ne s'agit pas d'une prouesse technique, ni même d'une révolution thérapeutique. Ce n'est donc pas une tempête. Effectivement. Pourtant cela pourrait bien remettre en cause un certain nombre de notions établies. **En 2002, et pour la première fois, le dernier admis en chirurgie à l'issue du concours de l'Internat était moins bien classé que son homologue en médecine** ; ceci dans la majorité des C.H.U. La chirurgie a été déchu de son titre de discipline la plus prisée des candidats à l'Internat. Comment en est-on arrivé là ?*

Le chirurgien dans la société du troisième millénaire

Le regard de la société sur le chirurgien. Il est bon de rappeler quelques notions élémentaires. La perception du chirurgien par la population a changé. Jadis admirés et respectés, son travail, sa conscience professionnelle, son éthique, son dévouement sont facilement remis en cause. Les procès qui se multiplient sont là pour le prouver. Déchu de la noblesse de son art, le praticien est devenu quasi officiellement un « producteur de soins ». La médecine en général, et l'acte chirurgical en particulier, tendent à devenir un produit consommable que l'on souhaite se voir livré avec garantie et service après vente. Il ne s'agit pas là d'une critique mais d'un constat.

La place de l'interne de chirurgie dans la société

Parallèlement, l'image que se font les internes de chirurgie, de leur propre métier a changé. Avant la chirurgie était une vie. Aujourd'hui, la chirurgie est un métier. Comme un autre. Entendons-nous bien. Ce ne sont pas les internes qui ont changé, mais la société dont ils sont tous issus et dont ils revendiquent l'appartenance. Si on se veut caricatural, la société du travail a laissé sa place à la société du loisir. Les modèles de travail à l'hôpital et de formation qu'ont connu nos professeurs et maîtres n'ont plus cours en 2003. Ils sont obsolètes, marqués par les pensées et les comportements qui régnaient quand eux-mêmes étaient internes. Encore faudrait-il qu'ils en prennent conscience. Or on a souvent l'impression qu'ils veulent imposer aux nouveaux internes les principes qu'eux-mêmes ont connus, sans tenir compte des évolutions que nous avons citées. Résultat : mettez en face un ingénieur de trente ans et un interne du même âge. Le premier est aux 35 heures ou a ses congés RTT ; il est considéré comme pièce maîtresse de son équipe et reconnu comme tel, car beaucoup plus performant que ses aînés dans certains domaines ; son salaire est 1,5 à 2 fois plus élevé que celui de l'interne qui travaille quant à lui 80 heures hebdomadaires et est responsable quand ça arrange (« cheville ouvrière » du service taillable et corvéable à merci), éternel petit étudiant quand ça arrange. Moralité : « finalement, faut être un peu con pour faire chirurgie ! ». C'est la phrase que m'a envoyée dans les gencives, le sourire au lèvres, mon voisin de palier, ingénieur chez Sun Microsystem et de trois ans mon cadet. Tout est dit. Pour faire chirurgie aujourd'hui il faut être un con. Un pauvre type dans la société, quoi.

La vocation chirurgicale du troisième millénaire : une vocation rationnelle

*De tous temps, le désir de pratiquer une activité professionnelle, au delà de la vocation, a été fondé sur le rapport bénéfices/investissements. Nous l'avons dit, la chirurgie a perdu de son prestige et de son caractère exceptionnel, elle est devenue un métier à part entière. Ce faisant, elle se doit désormais d'obéir aux critères de tous les autres métiers en termes de bénéfices/investissements, sous peine de réduire à néant les vocations. Il faut compter au minimum 13 ans d'études pour devenir chirurgien (6 ans d'externat, 5 ans d'internat et au moins deux ans d'assistanat). **Il s'agit là du plus long cursus connu jusqu'à ce jour en France.** Un chirurgien présente un niveau d'expertise et de technicité qui dans son domaine vaut largement celui d'un*

diplômé de grande école. Un chirurgien présente également un niveau de responsabilité directe sans équivalent, que ce soit l'orthopédiste posant une prothèse de hanche ou le chirurgien cardiaque effectuant un remplacement valvulaire. Passons sur la pénibilité et les nuits de gardes passées au bloc opératoire. Passons également sur les risques de contamination encourus avec l'hépatite C et le SIDA. Sur tous les critères, formation, technicité, responsabilité, pénibilité, risque, le chirurgien se doit de s'investir plus que dans tout autre métier. On ne pourra pas (on ne pourra plus) susciter de vocation si pour de tels engagements, on n'offre pas en retour une reconnaissance proportionnelle et en rapport avec les autres secteurs d'activité économique. Et qu'on arrête de dire que l'interne pourra se rattraper plus tard. **Dans quel système économique rémunère-t-on un individu en dessous de la valeur de son travail sous prétexte qu'il gagnera mieux sa vie plus tard ?** Pour mémoire, un interne de chirurgie en quatrième année d'internat et travaillant 80 heures hebdomadaires perçoit 1980 € (12 987 Fr.) de traitement brut de base et 7,80 € (51 Fr. environ) de l'heure la nuit en garde. A titre de comparaison, une employée de maison est rémunérée 7,62 € (50 Fr.) nets de l'heure diurne... Malgré tout, certains candidats frappent encore à la porte de la chirurgie. Et là un nouvel écueil les attend : la chirurgie hospitalière.

Chirurgien à l'hôpital : roi du pétrole ou roi des cons ?

Ce qui est étonnant chez les internes, ce sont les paradoxes qui les habitent et les rendent déroutants. Par exemple, 80 % environ d'entre eux s'installent en libéral à la fin de leur cursus. Normal, les places sont chères à l'hôpital, me direz-vous. On ne va tout de même pas recruter tout et n'importe quoi ! Seulement le paradoxe, en la matière, tient au fait que si l'on observe les désirs et aspirations des internes, on s'aperçoit que 80 % d'entre eux ne rêvent que d'une chose à la fin de leur internat, quitter au plus vite cet hôpital qui les insupporte, alors même que près de la moitié envisageait comme possible de rester dans le secteur public à l'heure des premiers pas dans les services.

Les sirènes de l'hôpital public, pas les harengs

L'hôpital public présente quelques atouts. Tout d'abord, il offre une activité salariée, gage pour certains de sérénité et de sécurité. De plus, il permet en général de travailler dans un cadre multidisciplinaire, caractère fort appréciable à l'heure où les spécialités deviennent de plus en plus aiguës. Il permet également de bénéficier d'un plateau technique digne de ce nom, notamment en termes d'imagerie et de réanimation. Ceci appelle d'ores et déjà une remarque : cet hôpital public susceptible d'attirer à lui les plus jeunes correspond à la description d'un Centre Hospitalier Universitaire ou d'un Centre Hospitalier Général référent dans le bassin géographique où il est implanté. Pour ce que nous en connaissons, les hôpitaux de Chambéry, d'Annecy, de Valence répondraient à ces critères ainsi bien sûr que le C.H.U. auquel ils sont rattachés. En revanche, les hôpitaux tels que Saint Jean de Maurienne, Saint Julien en Genevois, Aix les Bains, La Mûre, Rives, Crest, Die, bref tous ces petits hôpitaux où l'activité est réduite rebutent. Le chirurgien qui y exerce présente l'image d'un praticien voué à la sclérose et au déclin, marqué de ce sceau indéfinissable qui le rend non reclassable dans une structure plus dynamique. En d'autres termes, si les internes peuvent être attirés par certaines structures hospitalières publiques, ils rejettent de façon définitive ces trous à rats qui vous rendent pestiféré tendance dépressif.

Les orques de l'hôpital public

Si les hôpitaux publics présentent quelques avantages, ils sont également pourvus d'un certain nombre d'oursins qui, à la longue, vous rendent allergique.

Au premier rang d'entre eux se trouvent les conflits permanents. Soigner prend parfois l'allure d'un combat perpétuel. Le patient ne va pas bien, il nous faut rapidement une échographie. Oui, mais il n'y a pas de brancardier pressé. Alors l'interne brancarde... Il n'y

a pas assez d'infirmières au bloc des urgences pour instrumenter ? Qu'à cela ne tienne, on trouvera bien deux internes : l'un sera premier aide pendant que l'autre fera l'I.B.O.D.E...

- Allô, c'est toi l'interne d'astreinte ? Le patient a mal à la poitrine.

- Eh bien, faites-lui un E.C.G., j'arrive.

- Ah ben nan, les E.C.G., on les fait pas !

Pourtant l'électrocardiogramme est inscrit au décret des gestes infirmiers... Bon j'ai fait l'E.C.G., je dois redescendre aux urgences qui viennent de m'appeler.

- Pendant ce temps, chère infirmière, faites des gaz du sang pour compléter le bilan, je crains une embolie pulmonaire.

- Ah ben nan, les gaz on les pique pas, on sait pas faire !

Et pourtant c'est encore un acte inscrit au décret des gestes infirmiers... Et à la fin du mois l'infirmière est parfois mieux payée que l'interne. Soupier. Je passe sur les manipulateurs radio. Miroir, mon doux miroir, parle-moi de hiérarchie et d'autorité.

Le second facteur répulsif de l'hôpital public réside dans l'absence de distinction entre ceux qui travaillent et les autres. Que l'on soit un acharné du boulot ou le roi des planqués, il n'y a aucune différence. Alors à quoi bon se motiver ?

Autre facteur peu engageant de l'hôpital public : les gardes. L'urgence chirurgicale constitue pourtant une activité des plus intéressantes. Oui mais voilà, travailler la nuit et 24 heures d'affilée au moins une fois par semaine pendant toute sa vie, ce n'est pas forcément un must. Et ce d'autant plus que tous les praticiens ne se confèrent pas aux obligations de leur statut. L'hôpital public a lui aussi ses nobles avec leur contingent de privilèges. N'avez crainte, l'interne docile a été, l'interne docile il sera ? Eh bien non. Et vive le repos de sécurité qui permet de normaliser les tours de garde et d'envisager toute une carrière hospitalière avec des gardes devenues de ce fait parfaitement acceptables.

Il est un dernier élément à évoquer, particulièrement délicat. Les médecins étrangers à diplôme extra-communautaire. Restons directs. Pour devenir chirurgien des hôpitaux, pour ceux qui ont fait leurs études en France, il faut d'abord passer le cap du concours de première année (10 % de réussite seulement), franchir six ans plus tard l'obstacle du concours de l'Internat (350 places de chirurgie environ sur 1850 postes offerts, 4000 candidats en lice, faites vos calculs) et ensuite passer le concours de praticien hospitalier. L'un de mes amis assistants s'est présenté l'année passée à ce dernier concours. Pas celui réservé aux anciens assistants - chefs de clinique, non, l'autre ouvert à tous et en particulier aux praticiens adjoints contractuels. Sur une quarantaine de candidats, il était le seul issu du concours de l'Internat. Serait-ce par hasard plus facile de devenir chirurgien hospitalier quand on n'a pas réalisé son cursus en France ? La question reste posée.

Epilogue : qui suis-je ?

David VOIRIN, interne en chirurgie digestive à Grenoble, actuellement en septième semestre.

Titulaire du Diplôme Inter – Universitaire (D.I.U.) de Transplantation d'Organes et de Tissus, du Diplôme d'Etudes Approfondies (D.E.A.) de Modèles et Instruments en Médecine et Biologie (projet de recherche : chirurgie des tumeurs du foie assistée par ordinateur).

Actuellement inscrit au D.I.U. de Chirurgie Endocrinienne et Métabolique.

Services rendus : ancien vice-président de l'Inter - Syndicat National des Hôpitaux de Faculté (I.S.N.I.H.) ; ancien président des internes de Grenoble.

Ce que je déteste : entendre la ritournelle « ah, les internes, c'est plus ce que c'était ! Ca veut plus bosser ! »

Ce que je souhaiterais : devenir chirurgien hospitalier dans un établissement qui en vaut la peine.

Naïf ? Non. Idéaliste ? Peut-être. On a le droit de rêver. Pugnace ? Oui, et même coriace ! Mais pas masochiste...

I) POURQUOI LA CHIRURGIE FRANÇAISE EST-ELLE EN CRISE ?

A) La crise de la chirurgie privée

La chirurgie privée vit une crise de confiance. Cette crise est multifactorielle. Elle révèle une modification profonde de la profession dont le caractère libéral est de moins en moins net, le poids des responsabilités de plus en plus pressant, une reconnaissance du service rendu au malade de plus en plus absente. La relation médecin/malade a perdu une grande part de sa place au profit du rôle de technicien qu'est devenu le chirurgien.

Mais cette crise paraît surtout ancrée en profondeur et l'ensemble de la profession vit mal la dégradation progressive du statut social du chirurgien, ses contraintes professionnelles en décalage avec les nouvelles aspirations des chirurgiens comme de chacun de nos concitoyens. **La chirurgie n'était pas un métier, elle était un art que l'on faisait par vocation.**

La difficulté pour la profession est de passer de ce statut particulier à celui d'une organisation professionnelle, structurée, efficace, organisée et rémunérée pour les services rendus aux usagers, mais de plus en plus exposée aux risques du métier source d'une judiciarisation mal vécue par les chirurgiens.

Dans une famille médicale, l'image du père chirurgien n'est plus le modèle à atteindre mais le chemin à éviter. Comment s'étonner de la désaffection croissante pour les carrières médicales dont la chirurgie fait les frais.

1. L'image du chirurgien a été dévalorisée

Le chirurgien libéral n'est plus un **nanti**. Il est soumis à des contraintes de plus en plus nombreuses envers les malades en raison de la continuité des soins et des niveaux d'exigence, avec les caisses pressées par la rigueur budgétaire, source de litiges incessants, les avocats saisis par les familles.

Le malade a abandonné son rang de **patient** pour accéder au rang de **client** avec ses exigences. Le devoir d'information du malade est devenu une priorité, réduisant d'autant le différentiel soignant soigné. Avec internet le malade peut voir par avance sur certains sites chirurgicaux l'intervention qu'il doit subir. Une obligation de résultat s'est progressivement imposée et finalement substituée à une obligation de moyen, contraignant le chirurgien au « *zero defect* » difficile à atteindre. En cas d'échec, la compassion ne suffit plus. Le malade a droit à réparation ce qui explique la judiciarisation de la profession.

Toutes ces évolutions ont modifié **l'image du chirurgien**. Tantôt présenté comme un héros par les médias lorsqu'il invente une nouvelle technique, tantôt présenté comme un irresponsable lorsqu'il est traîné devant les tribunaux. Le poids des responsabilités de plus en plus nombreuses, sans contre partie, est une des sources de la crise actuelle de la chirurgie française.

Les honoraires élevés d'une minorité de chirurgiens exerçant des spécialités chirurgicales mieux rémunérées entretiennent l'image du chirurgien nanti. Cette image n'est plus celle de l'ensemble de la profession dont les hyper spécialisations ont conduit à des disparités et à des métiers très différents.

Il faudra donc aider à **reconstruire une nouvelle image du chirurgien du 3ème millénaire** : c'est un technicien de haut niveau, clinicien et responsable de ses actes, humaniste à l'écoute des souffrances, œuvrant dans l'intérêt des malades et gestionnaire du système de soin dans lequel il évolue.

2. Les revenus non proportionnés à la pénibilité de la tâche

Sur l'étude de la DREES, les revenus des chirurgiens analysés entre 1993 et 2000, et leur pouvoir d'achat ont diminué de 0,2% alors qu'ils augmentaient dans la plupart des spécialités médicales. **Dans la pratique la baisse du pouvoir d'achat paraît beaucoup plus importante.** Le

revenu libéral par chirurgien était pour 2000 en moyenne de 93 309 euros net. Le volume moyen de l'activité des chirurgiens a augmenté par an de 2%, alors que les tarifs n'augmentaient que de 0,4%. Les honoraires ont augmenté de 3,3% essentiellement grâce aux dépassements d'honoraires qui augmentaient de 7% par an. Les dépassements d'honoraires représentent 20,9% des revenus des chirurgiens en 2000 contre 16% en 1993, illustrant le désengagement progressif de l'Assurance Maladie.

Nous comprenons facilement que seuls les chirurgiens en secteur 2 ayant accès au dépassement d'honoraire ont pu amortir la baisse de leur pouvoir d'achat. On observait donc une évolution différente des deux secteurs. En secteur 1, la seule possibilité de couvrir des charges en constante augmentation était d'augmenter le volume d'activité, facilité par la pénurie de chirurgiens et la concentration des activités dans des centres chirurgicaux obligés à faire face à une demande croissante.

Le rythme de vie des chirurgiens tout particulièrement en secteur 1 est devenu rapidement insupportable pour ces praticiens et explique en partie les raisons de la crise. Plus de 70 heures de travail par semaine, des tâches toujours plus nombreuses et toujours le même sentiment d'incompréhension.

En secteur 2, l'accroissement des charges pouvait être compensé par une majoration des honoraires que les praticiens calquaient sur l'augmentation des charges professionnelles. On comprend donc facilement que les problèmes sont différents au sein d'une même spécialité selon le secteur d'activité et la région d'installation.

3. Le Kc n'a pas évolué depuis 8 ans (figure 1)

Les chirurgiens sont convaincus de faire un métier qui n'a pas été revalorisé. Parmi les lettres clés, dont l'évolution a été analysée depuis 1960, le K, Kc, Z n'ont pas augmenté depuis 40 ans. En proportion, le C et le Cs ont été multipliés par 10 pendant cette même période (figure 2). L'évolution des revenus chirurgicaux s'est faite par la progression des actes de consultation communs à toutes les spécialités et non par la progression de la lettre clé spécifique à la chirurgie le Kc (figure 2). ***L'évolution des revenus s'est surtout faite par une multiplication des actes opératoires (avec des indications parfois discutables) au prix d'un sacrifice de la vie privée ou familiale.*** Quand on sait le peu d'évolution de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) pendant cette même période ou l'on voyait apparaître de nouvelles spécialités chirurgicales, on comprend que les spécialités chirurgicales d'origine que sont la chirurgie générale et viscérale et l'orthopédie traumatologie, soient aujourd'hui au cœur de la crise. Les chirurgiens ne se reconnaissent plus dans la NGAP, base conventionnelle de leur rémunération totalement obsolète eu égard aux interventions réalisées. De nombreux actes ne sont pas répertoriés et sont cotés par assimilation, source de nombreux conflits avec les caisses. Le meilleur exemple est l'apparition de la chirurgie laparoscopique au début des années 90, et les nombreux litiges sur le K40/2 qui a conduit à de nombreux procès au tribunal administratif des affaires sociales. Le rétablissement de la confiance entre les tutelles et la profession chirurgicale permettra seul d'apporter la sérénité indispensable à l'exercice de cette profession. **Car la chirurgie n'est plus un art, elle est devenu un métier technique et très réglementé.** La CCAM (classification commune des actes médicaux) devrait corriger ces inégalités. Mais la CCAM entraînera-t-elle une revalorisation des actes chirurgicaux ?

4. Augmentation des charges professionnelles

C'est le poste budgétaire qui a le plus augmenté. Les charges sont composées des cotisations sociales personnelles, des frais de personnel, des loyers, de l'achat de matériel chirurgical souvent à la charge du chirurgien, de la redevance aux cliniques, des impôts et taxes sur l'activité (TVA, taxe professionnelle, CSG, CRDS...). Pour l'ensemble de la profession, les charges ont eu une progression constante de 3,6% par an durant les 8 dernières années.

Plus récemment la majoration injustifiée des primes d'assurance en responsabilité civile, multipliées par 3 et parfois par 6 dans certaines spécialités chirurgicales a contribué à la dégradation du climat social dans la profession. En 2000, le poids des charges des chirurgiens était de 46,2%.

Dans l'enquête effectuée par l'UCF (Union des Chirurgiens Français) les charges sont en moyenne de **49% fin 2001**. Elles pèsent moins sur les revenus élevés proportionnellement.

L'augmentation début 2003 des primes d'assurance en responsabilité civile risque d'amputer le pouvoir d'achat des spécialités chirurgicales en secteur 1 de 25%. L'augmentation des sinistres ne justifie pas une telle majoration des primes. Les chirurgiens se sentent **otages d'un « bras de fer »** entre assureurs et pouvoirs publics. Leur impuissance est totale.

5. Judiciarisation de la profession

Le chirurgien est tenu à une obligation de moyens. De plus en plus, il est tenu à une obligation de résultat tant la pression des malades est forte. En tant que client, le malade est devenu un **consommateur de soins**. Les exigences ne sont plus les mêmes. Les chirurgiens ont pris en compte cette mutation. La chirurgie est devenue une discipline normative dans l'intérêt des malades, pour les soustraire au risque de complication. Toutes les normes nouvelles imposées par la France ou par l'Europe ont été mises en place sans contre partie.

Certaines décisions de justice dont « l'arrêt Perruche » provoquent l'inquiétude des professionnels médicaux. Elles risquent surtout d'entraîner des conséquences graves en matière de santé publique. En théorie, ces décisions sont guidées par le souci de diminuer les risques encourus par les malades. En pratique, les dérives sécuritaires et la poursuite obsessionnelle du risque zéro apparaissent démagogiques. On est en droit de se demander si le souci principal est bien la protection des malades ou celles des politiques qui après avoir refusé d'être coupables n'acceptent plus d'être responsables. Cette situation risque de devenir rapidement intolérable pour le corps médical, elle va surtout entraîner de très graves conséquences pour les malades et pour le coût de la santé.

6. Une pénibilité incompatible avec la qualité de vie

Les activités de gardes et astreintes, la permanence des soins sont des contraintes incompatibles avec la **solitude** du chirurgien libéral. Le chirurgien est seul avec sa conscience face aux problèmes rencontrés, il assure la continuité des soins seul ou en partage avec un associé. Il n'est pas rare qu'un chirurgien soit d'astreinte un jour sur deux et deux week-ends par mois toute l'année. Il y a dix ans, le nombre de chirurgiens en formation dans les CHU permettait aux chirurgiens libéraux de trouver des remplaçants lorsqu'ils partaient en vacances. Ce n'est plus le cas aujourd'hui et même au prix de réorganisations avec des confrères dans une même ville, les chirurgiens ont de plus en plus de mal à se faire remplacer.

La pression physique de la continuité des soins est majorée par **la pression psychologique** des suites opératoires même lorsque le chirurgien n'est plus administrativement ou légalement d'astreinte. Le chirurgien a souvent plus besoin d'une récupération psychologique que physique. Cette contrainte commune à la chirurgie publique et privée, reflet direct de la relation médecin malade et de la responsabilité du chirurgien dans l'acte qu'il a réalisé, est cependant plus lourde pour le chirurgien libéral en prise directe avec les malades et les familles.

Le nombre d'heures de travail, l'astreinte, le poids des responsabilités, le poids des contrôles, l'augmentation incessantes des charges, une rémunération totalement inadaptée : tous les facteurs d'une crise grave de la profession sont réunis et menacent le système de soins libéral si des solutions en profondeur ne sont pas trouvées au plus vite.

7. Evolutions technologiques

La chirurgie est devenue de plus en plus technologique et de moins en moins agressive. Son environnement s'est modifié par les progrès incessants de l'imagerie, par le glissement des frontières entre spécialités (radio et cardiologie interventionnelle) et surtout par la raréfaction de ses indications qui n'ont été qu'incomplètement compensées par de nouveaux besoins chirurgicaux.

Qu'il s'agisse de la chirurgie endoscopique pour la chirurgie viscérale, générale ou l'urologie, de la robotique pour l'orthopédie ou de la chirurgie endovasculaire, pour la chirurgie vasculaire, la plupart des spécialités chirurgicales ont bénéficié des nouvelles technologies. **Ce n'est donc pas une moindre attractivité technique que rencontrent les spécialités chirurgicales.** On pouvait penser qu'avec la chirurgie laparoscopique, la chirurgie générale et viscérale aujourd'hui sinistrée intéresserait les jeunes générations de chirurgiens. On voit aujourd'hui qu'il n'en est rien. L'intérêt technique du métier n'a pas compensé les handicaps professionnels et leur retentissement sur la qualité de vie du chirurgien.

8. La crise des structures

Il est loin le temps où le chirurgien travaillait toute sa vie dans la même clinique. Le chirurgien doit savoir s'adapter. Les nombreux regroupements de cliniques survenus depuis 1996, date de création des ARH, ont contraint certains chirurgiens à changer d'établissement ou de mode d'exercice. La précarité financière de plus de 300 établissements privés en France inquiète les chirurgiens qui voient leur outil de travail menacé. L'enquête de la FHP sur 134 établissements MCO montre que malgré une activité croissante de 4,8% par an, 52% de ces établissements sont en déficit contre 30% en 2000. (*Quotidien du médecin, 30 Octobre 2002*)

Les spécialités les moins rentables (chirurgie viscérale et digestive) sont délibérément abandonnées par certains établissements. Dans d'autres, les chirurgiens viscéraux dont les actes techniques sont souvent septiques, longs et moins bien côtés, ne disposent de blocs opératoires que lorsque les autres spécialités ont terminé leur programme opératoire. Comment ne pas comprendre le découragement des chirurgiens travaillant dans de telles conditions ?

9. Des événements récents majorent la perte de confiance

Trois événements récents ont contribué à la dégradation rapide du climat qui règne parmi les chirurgiens libéraux.

a) Le problème des assurances

Le retrait non annoncé des compagnies d'assurance au lendemain de la loi du 4 Mars 2002 sur le droit des malades et les inquiétudes légitimes des professionnels exposés à forte responsabilité (chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes) a augmenté la tension dans la profession. Les problèmes professionnels sont devenus le thème de conversation quasi exclusif des congrès chirurgicaux. Les syndicats retrouvent toute leur force pour canaliser le mécontentement en vue de sortir de l'impasse. Si le chirurgien en secteur 2 peut répercuter sur ses honoraires les sur primes d'assurance, il n'en est pas de même du chirurgien en secteur 1. Certes, la prise en charge par l'assurance maladie des 2/3 de la prime d'assurance fait partie de la négociation conventionnelle. Mais face à quelle contre-partie ? Toujours plus de responsabilité chirurgicale et toujours moins d'implication du patient dans le système de soin ! Cette évolution vers la judiciarisation de la profession augmente la pression psychologique des chirurgiens. Comment ne pas les comprendre ?

b) Les aides opératoires

La publication du décret sur les aides opératoires applicable au 1^{er} janvier 2002 a accru légitimement les inquiétudes des chirurgiens. La professionnalisation de la chirurgie impose une professionnalisation des aides opératoires. La pénurie d'infirmières ne permettrait pas de répondre aux exigences du décret. Il était donc indispensable de mettre en place des mesures transitoires, ce

que le gouvernement a fait. Les aides opératoires non diplômées et ayant une ancienneté de plus de 6 ans ont passé un examen de qualification en vue de vérifier leurs connaissances. Le problème est donc momentanément réglé. Nous comprenons parfaitement les revendications catégorielles des IBODES (infirmières de salle d'opération diplômées d'état). Leur nombre doit être accru, leur rôle dans l'équipe chirurgicale doit être valorisé. Leur présence participe à l'évolution de la chirurgie vers une organisation professionnelle structurée et efficace.

c) L'absence de relève chirurgicale : une démographie en panne

L'absence de prospective sur les effectifs chirurgicaux depuis plus de 20 ans et l'absence de filières pour les spécialités les plus anciennes comme la chirurgie viscérale et l'orthopédie explique que dans de nombreuses régions de France, il n'y ait plus d'internes inscrits au DESC de chirurgie viscérale ou d'orthopédie. L'absence de renouvellement de la profession par une désaffection des spécialités chirurgicales à forte pénibilité est **une perspective terrifiante** pour les chirurgiens exerçant dans ces spécialités et peu valorisante pour les plus jeunes. Depuis bientôt dix ans, les chirurgiens qui partent à la retraite ont abandonné l'espoir de revendre leur clientèle pour conforter leur retraite. L'inquiétude est aujourd'hui plus grande pour les chirurgiens qui restent en poste que pour ceux qui partent. L'angoisse de travailler seul, de voir s'alourdir la charge de soin et de présence déjà lourde accompagne les cessations d'activité. Le désir de départ à la retraite anticipée qui gagne de nombreux chirurgiens est fort heureusement tempéré par les contraintes financières.

B) La crise de la chirurgie publique

Démotivation, morosité, catastrophisme, sous activité, adynamisme...tels sont les mots qui caractérisent aujourd'hui l'ambiance des hôpitaux publics. Quelles sont les raisons d'une telle situation ?

1. Considérations générales

La crise actuelle n'est pas spécifique à la chirurgie, elle affecte les différents domaines de la santé, elle est le résultat de l'immobilisme d'un système qui s'est montré efficace en son temps (Loi Debré 1958) mais qui est dépassé aujourd'hui.

Certains éléments récents ont accutisé le malaise concernant notre système de santé: la mise en place des 35 heures pour les soignants, les administratifs et les médecins hospitaliers alors que se greffe pour ces derniers l'application de la loi européenne sur le repos compensateur. Toutes ces mesures ont diminué le temps de travail des soignants **créant ainsi le sentiment d'un incessant manque de moyens**. Cependant les personnels hospitaliers n'ont jamais été aussi nombreux !

Deux inspirations opposées animent la plupart des analyses et réflexions selon qu'elles émanent des médecins ou des gestionnaires: celle du "**pas assez**" et celle du "**trop**". Nous ne sommes quant à nous partisans ni de l'une, ni de l'autre, mais convaincus qu'il y a souvent "assez" mais qu'il est mal utilisé au sein **d'une organisation de plus en plus dépassée**.

Depuis la mise en place de la loi Debré en 1958, les différentes réformes se sont avérées trop timides, insuffisamment adaptées aux évolutions sociales et technologiques récentes, si bien que l'absence d'anticipation a laissé se multiplier trop d'anomalies qui sont devenues des incohérences pénalisant lourdement notre système de santé. Le monde de la santé a connu des bouleversements liés à plusieurs facteurs :

La société n'est plus la même avec l'évolution de ses approches intellectuelles, affectives et médico-légales de la maladie, les exigences croissantes vis à vis des moyens et des résultats, le vieillissement progressif de la population avec enfin l'implication incontournable des loisirs à l'origine d'une inflation saisonnière des activités de santé, ceci étant en relation avec les transferts de population lors des périodes de vacances.

Le pays a changé avec la transformation des réseaux de communication, la facilitation des transports et l'avènement des techniques de transmissions d'images qui devraient jouer un rôle très important dans l'avenir ; il a changé aussi avec les processus inéluctables de désertification des zones rurales.

La chirurgie aussi, n'est plus la même, en devenant de moins en moins agressive et de plus en plus technologique, son environnement s'est modifié par les progrès incessants de l'imagerie, par le glissement des frontières entre spécialités.

La seule attribution de moyens supplémentaires ne saurait remplacer la nécessité de stratégies nouvelles concernant l'offre de soins, mais aussi la formation des chirurgiens et les carrières des acteurs de santé confrontés pour certains à une véritable crise présente ou future de démographie.

2. Les carrières peu attractives, rigides, invitant parfois aux "démissions précoces"

Les conditions de rémunération des Praticiens Hospitaliers (PH) sont **satisfaisantes**, elles ont été nettement améliorées en 2000, notamment avec la prime de renoncement au secteur privé. Il en est de même des conditions de retraite. Par contre ce dernier point constitue un véritable problème pour les professeurs des universités, praticiens hospitaliers (PU PH) dont la retraite n'est constituée qu'à partir du salaire universitaire alors que l'indemnité hospitalière n'est en aucun cas pris en considération. Ainsi la retraite d'un PU PH, représente approximativement 40 % du salaire de pleine activité. Cette anomalie est d'autant plus grande que la majorité du temps de travail est effectuée à l'hôpital ...

Si le peu d'attractivité de la carrière n'est pas uniquement lié aux conditions matérielles, plusieurs incohérences expliquent le malaise actuel :

-Le statut unique dans les hôpitaux publics ne prenant pas en compte la pénibilité de certaines spécialités (anesthésie réanimation, chirurgie, gynécologie-obstétrique ...).

-L'absence de reconnaissance du travail, représente un manque d'incitation évident; la mise en place de l' ARTT (aménagement réduction du temps de travail) médical et du repos compensateur aggravent encore cette situation. L'évolution se fait vers une **culture "du non travail"** alors que se développe la culture "de l' ARTT"... et des loisirs. Ces tendances sont plus sensibles dans certaines spécialités, plus syndiquées (anesthésie-réanimation) qui ont su anticiper et qui s'organisent aujourd'hui en fonction du contexte social.

-La monotonie et la rigidité des carrières sont des réalités lourdes de conséquences. En entamant sa carrière le praticien sait que presque à coup sûr, il fera, sa vie durant, la même chose dans la même structure. Cet immobilisme se renforce de l'absence de passerelles entre les différents types d'activités. On demande à un médecin s'il est universitaire, d'être à la fois soignant, enseignant, chercheur et gestionnaire ce qui est pratiquement impossible, mais on n'envisage pas qu'il puisse être l'un ou l'autre, de façon successive, au cours de sa vie professionnelle s'il le souhaite, ce qui en outre garantirait forcément un meilleur service rendu. De la même façon un praticien hospitalier et pourquoi pas un praticien libéral qui seraient tous deux intéressés par l'enseignement, ne pourront jamais exercer cette charge en étant reconnus comme tels et c'est à un autre, qui a l'estampille originelle, (jamais remise en question) d'"universitaire" que l'on va imposer cette charge alors que peut être il n'en aura ni le goût ni la compétence réelle. Cette réflexion pourrait être étendue aux domaines de la recherche clinique et/ou fondamentale.

Ces carrières rigides, sans possibilité d'évolution, extrêmement cloisonnées, entraînent une **"lassitude"** quelquefois précoce. Seule **l'ancienneté** est prise en considération alors que le **mérite** ne l'est pratiquement jamais. Cette absence de motivation des acteurs explique le manque de réactivité de l'hôpital public. La remise en question n'est jamais effectuée. Ce climat n'incite pas à mettre en place des stratégies nouvelles utilisées en chirurgie libérale, comme la chirurgie ambulatoire.

3. La crise des structures

a) Dans les grands hôpitaux (Universitaires ou/et généraux)

L'administration hospitalière peut être caractérisée par

- ses contraintes et ses objectifs, ses lourdeurs,
- son comportement vis à vis du corps médical ...
- son inefficacité bien souvent constatée.

Les contraintes financières représentent un élément incontournable. Le budget global, pondéré par le PMSI, ne se prête cependant pas aux augmentations des budgets imposés par l'apparition de nouvelles thérapeutiques coûteuses. Naturellement le directeur financier tente de récupérer certaines sommes par des restructurations qui peuvent être logiques ou non. *La logique économique n'est pas toujours en harmonie avec la logique médicale.*

La culture administrative apportée par l'école de Rennes ne facilite pas la bonne entente entre le corps médical, le corps administratif et le corps des soignants.

L'affrontement des pouvoirs médicaux et administratifs est une réalité aux conséquences graves. Le corps intermédiaire des soignants est représenté par des cadres infirmiers trop souvent éloignés du terrain. Ce corps de santé dont la mise en place a sa logique, semble trop fréquemment s'être détourné de sa mission d'organisation de soins au profit de certaines tâches plus administratives.

Ces conflits ne devraient pas exister et cependant, au nom de la gestion, le corps médical s'est vu progressivement dessaisir de prérogatives et de responsabilités qui sont normalement les siennes. La perte de toute possibilité d'intervention pour un chef de service dans le choix ou l'appréciation de son personnel infirmier en est un exemple; la trop faible représentation médicale dans le jurys de sélection des futurs cadres infirmiers en est un autre; enfin les directeurs administratifs sont de plus en plus nombreux à considérer, et sans trop le cacher, les médecins comme de "*simples producteurs de soins*". Les mots ne sont jamais innocents.

Les commissions médicales d'établissement ont un pouvoir décisionnel limité, qui s'exerce dans un cadre consultatif, dépendant essentiellement de la détermination de leur président. Un trop grand nombre de choix importants leur échappe complètement.

A l'inverse, la lourdeur croissante des tâches et des contraintes que l'Administration fait partager aux Médecins, paralyse de plus en plus les activités médicales sans que pour autant la rapidité et l'efficacité des décisions administratives s'en trouvent améliorées, bien au contraire. La multiplication de réunions dont l'objet et l'intérêt ne concernent pas directement les Médecins, donnent plus l'impression d'une concertation de façade que celle de confrontations constructives. La dérive des tâches extra médicales des médecins est aussi à souligner. Elle est mal perçue en raison de l'absence de retombées médicales tant sur le fonctionnement des services que de l'activité universitaire. S'ajoutent à cela des contraintes imposées par la hantise des risques sanitaires, les précautions qu'ils impliquent, et la véritable paralysie qui en découle.

Ainsi peut se comprendre le découragement grandissant de certains **chefs de service qui sont de plus en plus nombreux à vouloir abandonner leur fonction**. Cette évolution est insidieuse, car elle tend à diluer les vraies priorités et conforter l'idée que les médecins sont au service de l'administration, de ses soucis et de ses contraintes alors que c'est l'inverse qui demeure la réalité fondamentale de tout système de santé.

b) La chirurgie dans les hôpitaux dits "de proximité" pose d'autres problèmes

Ces hôpitaux, trop nombreux, connaissent des conditions de fonctionnement en 2003 qui ne sont plus du tout celles qui existaient lors de leur création il y a trente ou quarante ans.

Ils posent de nos jours la difficile et angoissante question de **la compatibilité entre proximité et sécurité**. L'évolution des techniques chirurgicales, les progrès constatés au niveau des plateaux techniques et de l'environnement du geste chirurgical font que les petites structures chirurgicales ne peuvent pas répondre, dans leur fonctionnement actuel, aux niveaux d'exigences des populations.

L'activité chirurgicale de ces structures est bien souvent insuffisante, conséquence d'un bassin de recrutement trop restreint ou de dysfonctionnement de l'hôpital qui perd la confiance de la population. Les équipes chirurgicales (chirurgiens et soignants) sont déstabilisées à la simple idée des restructurations et de la mise en question de leur pérennité. Les postes de PH peu attractifs, dans des petites villes peu attractives, sont souvent occupés par des chirurgiens étrangers dont la formation est inégale. Ces services de chirurgie sont souvent maintenus artificiellement en raison de pressions politiques. Leur sous activité mobilisant chirurgiens anesthésistes-réanimateurs et soignants (qui font peu et qui seraient plus utiles ailleurs) explique des coûts de fonctionnement relativement élevés et surtout une sécurité qui peut être remise en question.

Les écarts se creusent, alors que notre système de santé permettait d'avoir des prestations relativement homogènes sur l'ensemble du territoire. Aujourd'hui la dégradation de certaines structures est notoire et la qualité des soins chirurgicaux risque d'être bien différente en fonction des centres et des régions géographiques considérées.

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) connaissent parfaitement les "points névralgiques" de leur région. Leur travail est à souligner: malgré les pressions politiques locales, régionales ou nationales qui freinent les restructurations, certaines maternités ont été délocalisées, certains services de chirurgie ont été fermés, d'autres regroupés autour de plateaux techniques plus performants. Des rapprochements entre chirurgiens libéraux et publics se font contre toute attente. Ces restructurations doivent impérativement être poursuivies selon des stratégies régionales. Elles sont rendues obligatoires aujourd'hui et ceci pour plusieurs raisons:

-Démographie médicale de certaines spécialités (anesthésie-réanimation, chirurgie viscérale et chirurgie orthopédique et traumatologique ...)

-Démographie des soignants (infirmières IBODE – IADE.

-La mise en place de l'ARTT soignant et médical (la mise en place du repos compensateur pour les médecins.

Il est grand temps de concentrer les moyens humains et matériels là où ils sont pleinement justifiés.

4. Les contraintes du service public

a) La non sélection des malades

Contrairement aux structures libérales et aux structures participant au service public hospitalier (PSPH) qui choisissent les pathologies prises en charge, les hôpitaux publics subissent le poids de toutes les pathologies et s'engagent à assurer la continuité des soins, **sans sélection des malades**. Les exigences imposées par les urgences et certaines pathologies comme celles des patients âgés, compliquent l'organisation des soins dans les structures publiques.

b) le problème des urgences

Nous ne reviendrons pas sur les effets structurants du rapport STEG concernant particulièrement l'accueil des urgences gradué en SAU, UPATOU et borne d'accueil. Ces centres d'accueil de l'urgence sont organisés et animés par des médecins urgentistes qui doivent certainement voir leur spécialité reconnue.

Les SAU (Service d'accueil de l'urgence) sont implantés préférentiellement dans les centres référents ou le plateau technique et en particulier les réanimations sont performantes. Certains centres font cependant exception à la règle, le plus souvent pour des raisons d'enclavement géographique (par ex. Digne dans les Hautes Alpes). De telles situations nous paraissent devoir être rapidement corrigées, elles sont souvent la conséquence de pressions politiques sans aucune justification médicale.

L'urgence chirurgicale est confrontée à différentes difficultés.

-Le chirurgien généraliste de jadis (prenant en charge la traumatologie osseuse comme les urgences viscérales) n'existe plus.

-La formation des chirurgiens dans les centres hospitalo-universitaires ou les services sont spécialisés fait que cette formation est rarement en adéquation avec les exigences du terrain.

-La spécialisation voire l'hyper spécialisation de la chirurgie n'est pas adaptée aux exigences globales de l'urgence, elle est cependant demandée par la population et donc par les chirurgiens.

-L'urgence chirurgicale est souvent associée aux besoins chirurgicaux de la maternité.

Dans les hôpitaux publics, l'urgence s'est imposée sur les activités programmées. On a remarqué dans plusieurs hôpitaux une disparité entre le nombre de chirurgiens nécessaires pour assurer l'urgence et le recrutement à froid de la chirurgie qui est nettement insuffisant. Force est d'admettre aujourd'hui que l'activité chirurgicale d'urgence n'est satisfaisante que si l'activité réglée est conséquente.

-Les contraintes démographiques actuelles expliquent qu'aujourd'hui 70 % de l'urgence chirurgicale est assurée par des praticiens contractuels dont les compétences ne sont pas toujours à hauteur des situations. Ceci est particulièrement vrai dans les hôpitaux de proximité mais aussi à un degré moindre, dans les hôpitaux tête de secteur ou universitaires.

C) La crise serait-elle moins aiguë dans les PSPH ?

Les hôpitaux PSPH (participant au service public hospitalier) sont des hôpitaux de droit privé financés par un budget global. Ce sont des établissements à taille humaine excédant rarement 300 à 400 lits.

Le mode de rémunération des chirurgiens varie d'un établissement à l'autre. Certains établissements ont des chirurgiens salariés, rémunérés sur les bases du salaire de PH plus 30% en compensation de la perte de l'activité libérale. D'autres ont des chirurgiens payés à l'acte. Certains même emploient des chirurgiens rémunérés selon les deux modes précédents selon la spécialité et l'ancienneté des contrats. **Dans tous les cas, les chirurgiens sont mieux rémunérés que dans les hôpitaux publics.** Les revenus intéressants proposés aux chirurgiens expliquent la qualité des praticiens qui exercent dans les établissements PSPH ou Mutualistes. Dans tous les cas, le mode de rémunération **incite à l'activité.**

Certains établissements PSPH ont une direction médicale comme dans les centres anti cancéreux, associée à une direction administrative. L'efficacité en est renforcée. La taille de ces établissements permet de les comparer aux futurs centres de responsabilité des hôpitaux publics. Les activités chirurgicales sont marquées par l'absence de gardes dans la majorité des établissements et par des activités assez spécialisées vers certaines pathologies.

Un seul accueil. Les coûts des hôpitaux PSPH seraient au moins aussi élevés que dans les hôpitaux publics. Les premières évaluations des coûts à l'activité en cours dans 40 établissements français dont certains PSPH apporteront une réponse.

Un point très positif : les conditions de travail sont souvent excellentes, les personnels sont motivés et surtout, les chirurgiens se sentent considérés et mieux rémunérés que dans les autres types d'établissements !

II) LA DEMOGRAPHIE SOURCE COMMUNE DE DEMOTIVATION

A) Données générales

Le rapport Berland n'apporte que peu de renseignements sur la démographie chirurgicale. Le nombre total de chirurgiens en France est de 23 090, toutes spécialités confondues. Les effectifs sont représentés dans le tableau 1 extrait du rapport Berland.

La féminisation touche certaines spécialités chirurgicales et les projections que l'on peut faire sur l'avenir doivent induire des corrections immédiates. Les femmes représentent 37% des médecins

actifs. Elles sont majoritaires chez les médecins de moins de 35 ans (56%). On sait qu'en moyenne l'activité médicale d'une femme est 70% de celle d'un homme en raison de la durée quotidienne de travail, du taux de femmes travaillant à temps partiel et des départs anticipés à la retraite.

Le taux de féminisation est de 22.6% dans les spécialités chirurgicales. Il est de 5.5% en chirurgie générale, de 2.4% en orthopédie. Il est élevé en chirurgie pédiatrique 36.7%, en gynécologie obstétrique 36.1%, en ophtalmologie 43.9%, en chirurgie maxillo faciale 24.2%, et en chirurgie plastique de 21.6%.

Les études de la démographie médicale font apparaître une **mauvaise répartition** des effectifs sur le territoire français. Certaines régions (Ile de France, PACA...) ont une densité chirurgicale double de celle des plus sous médicalisées (Centre, Picardie). Aujourd'hui, on ne manque pas de chirurgiens. Les difficultés démographiques vont apparaître dès 2005. Mais si l'on prend en compte le nombre d'internes dans les filières chirurgicales, toutes les spécialités seront rapidement sinistrées. Ce risque est d'autant plus grand que le taux de féminisation des premières années de médecine est aujourd'hui de 65%, sauf si nous imaginons féminiser les carrières chirurgicales. **L'orthopédiste de demain peut il être une femme ?...peut être aidée par un robot ?**

B) Données par spécialités

1. La chirurgie générale et viscérale

La chirurgie dite générale n'existe pratiquement plus bien qu'il existe encore un CNU (Conseil National des Universités) de chirurgie générale et un DES de chirurgie générale. La plupart des chirurgiens généraux sont en fait des chirurgiens viscéraux qui font parfois de la chirurgie frontière : chirurgie pelvienne, chirurgie mammaire, chirurgie du cou... de manière historique, par nécessité dans certaines structures ou par nécessité économique, tant la chirurgie digestive est mal rémunérée.

En France, 4757 chirurgiens généraux sont inscrits dans cette discipline et 453 en chirurgie viscérale (figure 3). Il est difficile de savoir quelles sont les activités réelles des chirurgiens inscrits en chirurgie générale car certains spécialistes ayant une compétence dans une spécialité chirurgicale peuvent apparaître en chirurgie générale. Les chirurgiens viscéraux sont plus jeunes en raison de la création plus récente de la spécialité.

Le nombre d'inscrits au DES de chirurgie générale est passé de 450 en 1992 à 286 en 2002 (tableau 2).

Le nombre de chirurgiens généraux, digestifs et viscéraux en formation est en diminution. Le nombre résumé dans la figure 5 montre surtout que le nombre de jeunes chirurgiens en formation est passé de 64 inscrits au DESC de chirurgie viscérale pour les 4èmes années à 15 pour les 1^{ère} année. **Comment la relève sera t elle assurée ?**

Les besoins de la population sont mal identifiés. Ils doivent être analysés afin qu'une modélisation similaire à ce qu'ont fait les orthopédistes permette de mieux préciser le nombre de postes d'internes à ouvrir dans la filière. Nous connaissons le nombre de chirurgiens à former pour pallier aux départs à la retraite comme le montre le tableau 4. Ce chiffre correspond-il au nombre de chirurgiens nécessaires ?

Le départ à la retraite de chirurgiens polyvalents capables de prendre en charge des gestes simples de chirurgie viscérale et de traumatologie osseuse imposent des réorganisations du personnel chirurgical dans les hôpitaux généraux. Les nouvelles normes d'horaires de travail avec le repos de sécurité et les 48 heures de travail hebdomadaire garde comprise définissent le niveau minimum des équipes chirurgicales pour faire fonctionner un secteur chirurgical soumis à la permanence des soins. Cet effectif minimum est constitué de deux équipes chirurgicales, l'une prenant en charge le *mou* l'autre le *dur*. Chaque équipe doit être composée d'au moins 4 chirurgiens. C'est dire les difficultés prévisibles de fonctionnement des petits hôpitaux généraux et des petits établissements privés qui ne pourront satisfaire ces exigences qu'au travers des regroupements d'hôpitaux publics

et de partenariats public privé. **Le chirurgien ne peut plus travailler seul.** Il doit faire partie d'une équipe chirurgicale ou mieux médico-chirurgicale comme cela se passe dans les grands centres hospitalo-universitaires.

2. La chirurgie orthopédique

Le rapport Berland fait état de 1693 chirurgiens orthopédistes et traumatologues.

Le Syndicat National de Chirurgiens Orthopédistes (SNCO) a fait une étude de la démographie chirurgicale dans la spécialité. L'étude s'est appuyée sur plusieurs sources : l'enquête SOFCOT de 1999 sur l'état ostéo-articulaire de la population française de plus de 18 ans, l'étude de la démographie médicale effectuée en Rhône-Alpes, les données d'une enquête de pratiques effectuée parmi les membres du syndicat en 2000.

Le nombre de chirurgiens orthopédistes recensés était en 1998 de 2400 (1800 spécialistes et 600 ayant la compétence d'orthopédie). La répartition sur le territoire est inhomogène, allant de 4,4 pour 100 000 habitants dans l'Ile de France à 2,1 en Haute et Basse Normandie et 2 pour la région Centre.

Sur cette même année, 2 300 000 interventions de chirurgie orthopédique ont été réalisées. L'activité moyenne d'un chirurgien orthopédiste est de 11 heures par jour, 5,5 jours par semaine pendant 46,5 semaines annuelles travaillées.

Le nombre actuel d'orthopédistes en formation est de 80. La prise en compte des 35 heures dans les hôpitaux publics et du repos de sécurité avec intégration du temps de garde dans le temps de travail a modifié les besoins en chirurgiens orthopédistes pour les années à venir. Le déficit en chirurgiens orthopédistes est présenté dans les tableaux 5 et 6 ainsi que les corrections à apporter sur le nombre d'orthopédistes à former jusqu'en 2010. Ce besoin passerait de 92 chirurgiens en 2002 alors que seuls 80 seront formés à 219 en 2010. Cette enquête souligne l'urgence des mesures à prendre dès cette année pour répondre à ces exigences réglementaires. A-t-on différencié les exigences de la chirurgie orthopédique réglée et celles de la traumatologie osseuse d'urgence encore trop souvent délaissée ?

3. La chirurgie vasculaire

Le nombre de chirurgiens vasculaires est de 303 chirurgiens vasculaires dans le rapport Berland. Il y a de plus 180 chirurgiens thoraciques et cardiaques.

Le collège de chirurgie vasculaire a fait une enquête pour recenser les chirurgiens vasculaires en exercice et en formation. Il y a 536 chirurgiens vasculaires en exercice et 88 chirurgiens vasculaires en formation. Il existe des disparités régionales importantes comme on peut le voir sur le tableau 7. La répartition est assez homogène sur l'ensemble du territoire français. Par contre, les chirurgiens en formation ne sont pas répartis de manière superposable à celle des chirurgiens en exercice. Le pourcentage de chirurgiens en formation par rapport aux chirurgiens installés varie de 8% pour la région Sud (Marseille, Montpellier, Nice) à 29% pour la région Nord-Est (Besançon, Dijon, Nancy, Reims, Strasbourg).

La continuité des soins en chirurgie vasculaire dont 30% de l'activité correspond aux urgences, justifie que la chirurgie vasculaire soit assurée par un groupe d'au moins 3 chirurgiens. La population de référence pour ce trinôme chirurgical serait en théorie de 120 000 habitants.

4. L'urologie

Le nombre de chirurgiens urologues est de 436 dans le rapport Berland. Il est de 996 pour la société d'urologie car beaucoup de chirurgiens urologues sont inscrits en chirurgie générale. Les urologues sont répartis pour 75% d'entre eux en secteur libéral, 12% en CHG et 13% en CHU.

Le nombre d'urologues en formation est de 10 à 12 par an alors que les besoins estimés sont de 30 urologues par an. Pour satisfaire le remplacement des départs à la retraite, il faut former 11 urologues par an jusqu'en 2005, 19 de 2005 à 2010, et 35 par an jusqu'en 2025. Le solde se négativera à partir de 2010 si des corrections ne sont pas apportées.

Les urologues estiment qu'il faut en moyenne 1 urologue pour 60 000 habitants. Le chiffre de 1,5 urologue pour 10 000 habitants paraît aujourd'hui acceptable aux responsables de la spécialité. Les urologues travaillent déjà en groupe de 6 ou 8 praticiens exerçant chacun une hyper spécialisation telles que l'androgologie, la cancérologie... Pour comparaison, les urologues allemands sont organisés différemment en urologues médicaux (5000) et chirurgicaux (1000).

Un creux démographique est donc à prévoir si des corrections ne sont pas apportées rapidement. La spécificité médico-chirurgicale de l'urologie qui maîtrise l'ensemble de la discipline apparaît aujourd'hui comme une force attractive pour les jeunes internes en formation intéressés par la chirurgie du *mou*.

5. L'ophtalmologie

Le nombre d'ophtalmologues est de 5280 dans le rapport Berlan. La moyenne nationale est de 8,94/ 100 000 habitants avec des variations régionales importantes de 1 à 10 selon les régions. Les prévisions démographiques permettent d'entrevoir une chute considérable du nombre d'ophtalmologistes à 2938 d'ici 2020 si des corrections ne sont pas apportées (tableau 8). Parmi les pistes de travail pour augmenter le temps chirurgical parmi les ophtalmologistes, il y a la validation et la reconnaissance des optométristes pour assurer la prise en charge des troubles de la réfraction. On doit donc évaluer les besoins réels en ophtalmologistes en tenant compte de ces corrections et de l'évolution des besoins dans la discipline en fonction des besoins de la population.

La cataracte est l'acte chirurgical le plus souvent réalisé en France avec 400 000 interventions en 2002, le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie locale. Le vieillissement de la population va modifier les pathologies ophtalmologiques en raison du nombre d'affections touchant les personnes âgées que sont la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire.

La société d'ophtalmologie est en train de réaliser un travail prospectif de la profession pour définir en fonction des besoins de la population, le nombre de praticiens à former dans cette discipline.

C) Etat de la chirurgie en Europe

La densité médicale française se situe dans la **moyenne des densités européennes** (332 médecins pour 100 000 habitants). Il n'en est pas de même de la densité chirurgicale. En France, il y a environ 90 chirurgiens généraux par million d'habitant (figure 4 et 5), comme aux Pays Bas, mais 2,5 fois moins qu'en Belgique, en Allemagne, en Espagne ou en Suède. En Europe, le nombre de chirurgiens généralistes est 3 à 5 fois plus élevé que le nombre d'ORL ou d'Ophtalmologues (figure 6 et 7). En France, le nombre d'Ophtalmologues est le même que le nombre de chirurgiens généraux, ce qui témoigne d'un **déséquilibre**.

L'analyse effectuée dans le cadre de l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) montre que **le nombre de chirurgiens généraux en formation est en France de 10 pour 10 millions d'habitants**, alors qu'il est dix fois plus élevé en Grèce, 5 fois plus élevé en Allemagne, Italie, Belgique ou Portugal (figure 8). Le nombre d'internes en formation en France est identique à celui des Pays Bas. Par contre il existe un déséquilibre au dépend des disciplines sinistrées que sont la chirurgie viscérale et l'orthopédie (les hollandais forment 3 fois plus de chirurgiens que nous dans ces disciplines). Le pays d'Europe le plus sinistré est la Grande Bretagne, ce qui explique **les listes d'attentes** et l'exode des malades qui le peuvent vers des pays frontaliers dont la France.

La prospective de la chirurgie française s'est aggravée en 1999 lorsque le nombre de postes de chirurgiens au concours d'internat a été réduit de moitié au profit de la gynécologie-obstétrique. *Les jeunes internes disent que la chirurgie est une discipline qui les intéresse mais que certains d'entre eux auraient souhaité choisir la chirurgie mais n'ont pas pu par manque de postes ouverts.*

Le Royal College of Surgeons a évalué les besoins annuels en chirurgien en fonction des spécialités (Tableau 9). Ces besoins théoriques ont été évalués à partir des besoins de la population, de l'évolution des spécialités, des modes d'exercice et des rythmes de travail futurs, des listes d'attente (spécificité britannique). Ces besoins sont présentés dans le tableau

On peut constater que les besoins en chirurgiens dits généraux sont identiques à ceux des orthopédistes (1/25 000 habitants). Ils sont de moitié inférieurs au nombre de chirurgiens généraux existants en France. Par contre le nombre d'orthopédistes paraît correspondre au nombre d'orthopédistes en exercice dans notre pays.

La comparaison des spécialités chirurgicales dans les différents pays d'Europe est difficile à faire en raison de l'ambiguïté de la chirurgie générale. Par exemple, en Espagne ou Grande Bretagne, la chirurgie vasculaire est incluse dans la chirurgie générale. En France, certains urologues, traumatologues sont inscrits en chirurgie générale.

III) L'ANESTHESIE FACTEUR LIMITANT DE L'ACTIVITE CHIRURGICALE ?

En dehors de certains gestes de chirurgie qui peuvent être effectués sous anesthésie locale par le chirurgien lui-même, tout acte chirurgical nécessite une anesthésie. Certains gestes non chirurgicaux nécessitent une anesthésie (endoscopies, gestes per-cutanés...) et ont récemment augmenté les besoins d'anesthésistes-réanimateurs au détriment parfois des plages disponibles pour les actes chirurgicaux. Il existe un lien étroit entre ces deux disciplines totalement indissociables.

L'enquête de la Société française d'Anesthésie Réanimation apporte des éléments chiffrés sur l'anesthésie-réanimation.

Il y a en France 8876 anesthésistes en exercice. Le nombre de médecins anesthésistes a augmenté jusqu'en 1999. La **masculinisation** de la profession s'est accentuée contrairement à la population chirurgicale qui s'est féminisée. Le taux de femmes exerçant la profession est de 35,7%. La densité médicale est de **14,75 anesthésistes** pour 100 000 habitants avec un âge moyen de 45,9 ans. Cette densité varie selon les régions de 11,2 pour le nord à 19,8 pour la région PACA. Au sein d'une même région, les écarts existent entre départements avec une densité de 40,1 pour Paris à 6,8 pour la Lozère. **Le nombre d'anesthésistes réanimateurs par chirurgien est de 2,8 au plan national.** Les anesthésistes réanimateurs se consacrent principalement au soin, seuls 7,9% d'entre eux ne font plus d'anesthésie ; 56% d'entre eux font de la réanimation. Les gardes et astreintes concernent 94% des anesthésistes dont 44,6% prennent des gardes sur place. Surtout sur les petits établissements, les astreintes mensuelles sont nombreuses de 6 à 8 en moyenne et 11% d'entre eux ont 11 astreintes mensuelles. Pour ceux qui font des gardes sur place, le nombre est de 3 à 5 par mois ; 57% d'entre eux souhaitent s'arrêter à 60 ans ou avant. Les médecins étrangers sont peu nombreux 174 surtout en raison du barrage linguistique. S'il ne paraît pas y avoir de danger en terme de démographie dans l'immédiat, les besoins ne seront pas les mêmes à l'horizon 2010. Le nombre d'anesthésistes en formation était de 700 par an jusqu'en 1987, date d'arrêt des CES. Il a été de 150 par an ces 5 dernières années. Le maximum des besoins se fera sentir dans les années 2015 ou 500 anesthésistes partiront à la retraite chaque année. Vu la durée de la formation (12 ans en moyenne), les mesures doivent être prises rapidement pour éviter un trop grand déséquilibre. **Les anesthésistes souhaiteraient que les problèmes démographiques ne soient pas utilisés par les pouvoirs publics pour réduire les activités chirurgicales et limiter ainsi les dépenses de santé.**

Le corps de médecins anesthésistes est associé au corps des infirmières anesthésistes (ISAR) qui sont au nombre de 7 000 en France. Les ISAR permettent d'augmenter la capacité de travail des médecins anesthésistes en modifiant les organisations et en permettant dans certaines conditions de faire fonctionner deux salles d'opération avec 1 seul médecin anesthésiste et deux ISAR. Il semble difficile aujourd'hui de considérer que les ISAR pourront prendre en charge certains types

d'anesthésies simples comme pour certains gestes endoscopiques. La réglementation ne le permet pas, les médecins anesthésistes y sont hostiles alors que cela se pratique dans certains pays d'Europe ou aux USA.

IV) LA ROBOTIQUE ET LES EVOLUTION TECHNOLOGIQUES AURONT-T-ELLES UN IMPACT SUR LA DEMOGRAPHIE ?

Les problèmes démographiques ont été réglés dans certains secteurs d'activité comme l'automobile par l'automatisation des chaînes de production animées par des robots. La chirurgie n'est pas un métier facilement automatisable même si la robotique commence à faire son apparition. La robotique et l'entrée de l'informatique dans les nouveaux appareillages chirurgicaux peuvent être schématisés en trois sous groupes.

1. Les robots chirurgicaux de démultiplication du geste

Il existe actuellement deux robots de ce type sur le marché, Zeus et Da Vinci qui sont des démultiplicateurs du geste chirurgical. Les articulations intracorporelles du Da Vinci, la manipulation à distance de Zeus permettent d'entrevoir ce que peut être la chirurgie de demain. Ce sont les robots de la chirurgie du *mou* (viscérale, cardio vasculaire, urologie...)

Mais ces robots qui peuvent laisser entrevoir des perspectives à moyen terme de télé chirurgie doivent être manipulés par des chirurgiens qui travaillent à partir de «*joy sticks sur une console*». L'économie de temps chirurgical est nulle. Par contre l'économie de temps chirurgical expert peut être considérable. Les perspectives de télé chirurgie laissent entrevoir l'intervention à distance d'un chirurgien expert sur un malade opéré dans son hôpital de proximité. Le chirurgien expert effectuera le temps important de l'intervention, le reste du geste étant effectué par le chirurgien local. Techniquement, ce mode de fonctionnement peut être imaginé dans la décennie qui vient. **Sa diffusion paraît illusoire dans cette même période en raison du coût des équipements** (1 million d'euros). Restera à régler les problèmes de responsabilité médicale à l'heure de la judiciarisation de la profession.

2. La neuro navigation et l'assistance informatique

Ce type d'assistance est utilisé dans la chirurgie du *dur* (orthopédie, neuro chirurgie, maxillo faciale, chirurgie du rachis). Le système de neuro navigation permet au chirurgien de se repérer lors de l'avancée de son geste, d'être plus précis dans l'alésage d'un fémur ou la pose de vis dans le rachis, de repérer une tumeur et ses rapports vasculaire dans le cerveau. Les gestes opératoires sont en général plus longs que dans la chirurgie traditionnelle mais plus précis (30 minutes dans la pose d'une prothèse de hanche). L'économie de temps chirurgical paraît nulle aujourd'hui. Des progrès rapides sont cependant prévisibles

3. Les gestes per cutanés

Le développement de la chirurgie mini invasive, moins agressive pour le malade et de certains gestes per cutanés comme la destruction de tumeurs du foie par radio fréquence ou la pose d'endoprothèses vasculaires ou biliaires peuvent modifier les besoins chirurgicaux par **glissement des tâches**. Si cela peut se vérifier pour les gestes sur le foie, réalisés par des radiologues interventionnels sous repérage échographique, cela paraît peu probable pour la chirurgie vasculaire dont les chirurgiens revendiquent ces gestes per cutanés de même que certains radiologues. Pour exemple, on peut citer la chirurgie des pontages coronariens dont les indications ont largement diminué avec la mise en place de *stents* coronaires, par des cardiologues.

V) LES SOLUTIONS PROPOSEES

L'analyse de la situation chirurgicale dans les secteurs public et privé permet de conclure que les deux secteurs sont en crise pour des raisons différentes. Il existe cependant un point commun à cette crise qui conditionne l'attractivité des carrières chirurgicales : **le rapport investissement personnel / qualité de vie** du chirurgien n'est plus acceptable. Il s'agit bien d'une **crise sociétale** profonde qui touche la profession. Alors que les anesthésistes qui ont rencontré il y a dix ans les mêmes difficultés ont répondu aux attentes des plus jeunes en proposant un plan de carrière mieux adapté, les chirurgiens n'ont pas évolué. Il nous paraît encore temps d'en prendre conscience et d'imaginer des solutions.

Les jeunes ne font plus chirurgie par vocation. Ils font le métier de chirurgien parce qu'il est devenu un métier de haute technicité, de responsabilité et doté d'une grande efficacité thérapeutique. Pour les jeunes internes en formation, le métier de chirurgien n'est plus le centre exclusif de leurs préoccupations. C'est dire qu'il existe une vie personnelle à côté de la chirurgie, vie personnelle et familiale que beaucoup d'entre nous ont en partie sacrifiée. Si la situation paraît aujourd'hui explosive, c'est parce que de nouvelles contraintes viennent de voir le jour, rendant le métier encore plus difficile.

Certaines mesures paraissent urgentes à mettre en place, d'autres demandent le temps de la concertation et de la réflexion. Le plus important est **de rétablir la confiance**.

A) Revaloriser la chirurgie

Le plus urgent est de rétablir la confiance. Des signes forts en faveur de la profession sont attendus. Ils doivent avoir pour objectif de redonner confiance aux professionnels et de renforcer leur **motivation**. Ces signes ne sont pas les mêmes dans le secteur privé et public.

1. Dans le secteur Privé

Les chirurgiens libéraux ont le sentiment de ne pas être entendus par les pouvoirs publics et par les caisses.

a) Ils disent depuis trop longtemps que la NGAP n'est plus adaptée

La révision de la nomenclature qui paraît aujourd'hui achevée a trop longtemps laissé les chirurgiens dans une situation très ancienne de non revalorisation de la profession. Ce problème sera semblé t il réglé au 1^{er} Janvier 2004 avec la mise en route de la CCAM (classification commune des actes médicaux).

En attendant, une **revalorisation sélective des actes**, doit être entreprise avant même que ne se mette en place la tarification à l'activité. Cette revalorisation touche les spécialités à forte pénibilité, forte responsabilité et dont la rémunération n'est pas proportionnelle au travail effectué et au risque encouru. C'est surtout le cas de la **chirurgie viscérale** dont les actes opératoires sont longs, mettent en jeu le pronostic vital et dont la morbidité post-opératoire aléatoire est plus élevée que dans les autres disciplines. La CCAM a pour objectif d'équilibrer les spécialités entre elles, de prendre en compte la pénibilité et la technicité des actes, ainsi que l'investissement en personnel et matériel nécessaires à leur réalisation.

L'espace de liberté tarifaire demandé par les syndicats doit concerner non seulement les actes de consultation mais aussi les actes chirurgicaux, spécifiques à la profession. Cela explique que les disciplines médico-chirurgicales comme l'urologie, l'ORL, l'ophtalmologie aient bénéficié d'une revalorisation financière par l'intermédiaire du C et du Cs contrairement aux disciplines exclusivement chirurgicales dont les honoraires sont largement fonction du Kcc, cotation spécifique des actes chirurgicaux.

On peut comprendre les hésitations à « modifier le Kcc » à quelques mois de la mise en place de la tarification à l'activité. Ce type de revalorisation n'aurait peut être pas la sélectivité nécessaire en

faveur des spécialités les plus en difficulté. Elle doit cependant être envisagée. **La chirurgie doit pouvoir être revalorisée de manière sélective indépendamment des autres spécialités.** Trop longtemps, le Kc a été disponible à toutes les spécialités. Le Kcc spécifique de la chirurgie peut être revalorisé.

On peut aussi cibler une revalorisation des **actes effectués en urgence** (dont les modalités devront être parfaitement définies). *Quand un chirurgien digestif se lève la nuit pour faire une appendicectomie, les frais engendrés par l'acte opératoire (et le paiement de l'aide opératoire) ne sont pas couverts par sa rémunération !* Comment concevoir poursuivre dans une telle direction.

Associée à de nouveaux modes d'organisation, cette revalorisation permettra de réduire les **cadences infernales des chirurgiens libéraux**, améliorant ainsi leur qualité de vie. Les chirurgiens ne comprendraient pas un manque d'évolutivité et d'adaptabilité de la nouvelle nomenclature qui leur sera proposée face aux évolutions techniques de la profession parfois aujourd'hui imperceptibles. Ce mauvais souvenir de la NGAP hante l'ensemble des spécialités chirurgicales. Nous devons veiller à ne pas pérenniser les erreurs du passé.

b) Il faut régler le problème des assurances

Cette revalorisation doit prendre en compte le problème récent des **primes d'assurances** qui ne sont plus supportables par les praticiens exerçant en secteur 1. C'est la notion de risque aléatoire qui a induit cette dérive. On peut imaginer la création d'un « **forfait risque médical** » perçu pour chaque admission en secteur hospitalier public ou privé. Ce forfait serait applicable pour les différents types d'admission médecine, obstétrique et chirurgie. En rapportant le total des primes d'assurance sur une année liées à la couverture du risque de responsabilité médicale de 220 millions d'euros, au nombre d'admissions (23,5 million), le coût moyen pondéré de chaque prime serait de moins de 10 euros par admission. L'impact financier serait minime et suffisant pour couvrir les différents coûts liés à la loi du 4 mars 2002 et à la loi About. Ce coût serait pris en charge soit par le patient lui-même, soit par les mutuelle, soit par la solidarité nationale (CMU...)

Cette mutualisation qui repose sur les malades ne peut en aucun cas se substituer à la nécessaire assurance obligatoire en responsabilité civile professionnelle. Elle permet de prendre en charge l'évolution jurisprudentielle des 20 dernières années reprise au titre de la Loi du 4 mars 2002. Le retour à la responsabilité pour faute prouvée se traduirait inévitablement par un retour des primes proportionnées à la sinistralité.

L'ONIAM assurerait le risque lié aux infections nosocomiales ayant entraîné un taux d'invalidité supérieur à 25%, un décès ou les trous de garantie résiduels. La prise en charge des 2/3 des primes d'assurance par la CNAM pour les praticiens en secteur I ne serait plus indispensable.

2. Dans le secteur Public

a) Méritocratie et centres de responsabilité

La perte de motivation a gagné tout le corps soignant des hôpitaux publics. Les difficultés constantes de fonctionnement, la rigueur budgétaire obligeant certaines équipes à cesser leur activité réglée dès le mois de novembre en raison de l'épuisement des budgets prothèses est source de démotivation. La non participation du corps médical aux décisions institutionnelles qui apparaissent trop administratives est également source de démotivation. Il faut réintroduire de **l'incitation** dans l'hôpital public. Un système de méritocratie doit être réinstallé dans l'hôpital public. Seul un **intéressement** et une implication des chirurgiens dans leur propre fonctionnement permettra de redynamiser les équipes.

La mise en place des **centres de responsabilité (ou pôles)**, gérés par un trinôme médical, administratif et infirmier nous apparaît aujourd'hui comme la seule voie pour impliquer les chirurgiens dans le fonctionnement interne des hôpitaux en vue de plus de performances. Faire participer les chirurgiens à la décision dans la gestion des services ou des pôles, **leur rendre leur dignité médicale** souvent bafouée par des luttes de pouvoir stériles avec une administration trop dirigiste nous paraît source de motivation. Proposé comme nouveau mode d'organisation de

l'hôpital public dans les ordonnances de 1996, ce mode de fonctionnement n'a pas été mis en place en dehors de quelques rares exceptions car il obligeait à réorganiser de manière horizontale l'hôpital public en centres de responsabilités articulés sur les activités médicales. Il obligeait à détruire les arborescences verticales des directions fonctionnelles, totalement étanches, peu réactives et souvent coupées des réalités du terrain. Une véritable décentralisation du pouvoir administratif en vue d'améliorer les performances mais en réduisant les prérogatives des directions fonctionnelles. **Comment ne pas imaginer des réticences !** Ces réticences sont plus marquées dans les directions fonctionnelles que parmi les médecins ou leurs représentants à la CME.

La création d'un poste de **Directeur Médical** associé à celui de Directeur Administratif permettrait de rétablir un climat de confiance et de respect réciproque entre les deux fonctions. Ce rôle ne doit pas rester consultatif. **Il doit peser dans les choix médicaux des établissements.**

Les deux missions parlementaire (R.Couanaud) et ministérielle (Pr.G.Vallancien) qui travaillent sur ce dossier devraient encourager cette démarche.

b) Redonner tout son poids au chef d'équipe

Les qualités requises pour un chef d'équipe ne sont pas les mêmes que celles demandées à un bon praticien. Sélectionner des PU-PH sur leur seule épreuve de titre paraît aujourd'hui en décalage avec les qualités techniques et humaines nécessaires au métier de chirurgien. Si l'on veut développer des réseaux de soin à partir des hôpitaux tête de secteur, il faut responsabiliser leurs chirurgiens (PH ou PU-PH) dans leur rôle d'animateur de réseau. C'est à eux que doit revenir l'organisation des réseaux de soin, décloisonnés publics et privés et mettant en jeu plusieurs établissements d'une même région sanitaire. *Les hospitalo-universitaires doivent sortir de leur tour d'ivoire.* Ils doivent prendre en charge l'organisation régionale de la chirurgie avec le responsable de l'observatoire de la chirurgie. Leur implication dans les hôpitaux de proximité améliorera leur image et renforcera l'activité chirurgicale qui y sera réalisée.

c) Evolution du statut de Praticien Hospitalier (PH)

Le statut **unique** de PH paraît ne plus correspondre aux activités réalisées. Si les syndicats de PH paraissent opposés à ce genre d'évolution, tous s'accordent à dire qu'il faut valoriser, autour d'un socle unique, les différentes activités auxquelles participent les PH. Ainsi, seraient valorisées les activités de soin pour les PH qui prennent des gardes, les activités collectives (CME, CLIN...), ou de gestion (centres de responsabilités), les activités d'enseignement dans les hôpitaux universitaires. Ces activités seraient **contractualisées** avec la direction sur la base d'une contractualisation interne à l'établissement. Contractualiser les activités de soin, réintroduire la notion de **productivité au sein de l'hôpital public** apparaît comme un moyen de valoriser la pénibilité de certains postes de PH comme en chirurgie, obstétrique ou anesthésie.

Il faut permettre aux hôpitaux généraux d'offrir des postes de PH attractifs pour les chirurgiens formés. Les directeurs d'hôpitaux le demandent, de nombreux chirurgiens libéraux le souhaitent. La mise en place des 35 heures et le repos de sécurité vont conduire les pouvoirs publics à créer de nombreux postes de PH dans les disciplines concernées par ces nouvelles normes. *Ces postes devraient être ouverts à des chirurgiens du secteur libéral* à condition que la rémunération soit attractive. Prendre en compte leur ancienneté afin qu'ils intègrent à l'échelon correspondant à leurs années d'exercice est une perspective intéressante même si les syndicats de PH y sont aujourd'hui opposés.

B) Proposer un nouveau mode d'organisation de l'hospitalisation

Nous devons proposer de nouveaux modes d'organisation des établissements et de l'offre de soin en fonction de l'existant, des moyens humains disponibles et des besoins de la population.

1. Une offre de soin trop dispersée : Poursuivre les restructurations

Chirurgiens et anesthésistes sont mal répartis. Les chirurgiens sont répartis aux 2/3 dans les établissements privés et les anesthésistes aux 2/3 dans les hôpitaux publics. Sauf à croire que ces deux corps professionnels ne doivent pas travailler ensemble, ce constat souligne une certaine incohérence.

Pourtant la pénurie programmée des chirurgiens et des anesthésistes est le seul facteur de régulation qu'il nous reste pour poursuivre les restructurations. C'est à partir de la démographie chirurgicale que se feront les dernières restructurations ou elles ne se feront pas !

Le seul impératif d'un directeur d'hôpital de proximité est de « boucler » son tableau de garde. Peu importe le niveau de qualification du chirurgien ou de l'anesthésiste pourvu qu'il ait légalement le droit d'exercer. Cette notion est en opposition totale avec la nécessité d'offrir le maximum de compétences au malade. **En France, 70% des gardes sont prises par des chirurgiens étrangers** (même dans les CHU) dont on ne connaît pas toujours le niveau de qualification. Si nous sommes convaincus qu'il ne faut pas faire en matière de chirurgie de protectionnisme primaire, il paraît évident que le niveau de qualification et de compétence des chirurgiens doit faire l'objet d'une évaluation technique plus précise. Les concours de PAC sont souvent une **mascarade** à laquelle les examinateurs se prêtent sous la pression des tutelles, elles mêmes en prise directe avec les responsables politiques locaux dont le seul but est de maintenir ouvert l'établissement de leur ville dont il est souvent le premier employeur. Mais devons nous continuer à fonctionner ainsi ou faut il venir en aide aux ARH dont la tâche est souvent très difficile ?

De nombreux hôpitaux maintiennent artificiellement une activité chirurgicale exsangue avec des chirurgiens et anesthésistes non titulaires, mieux rémunérés que les personnels temps plein des gros établissements. On en arrive au paradoxe ou des chirurgiens ou anesthésistes publics ou privés préfèrent travailler au travers d'un statut d'intérimaire que d'avoir une activité stable dans ce type d'établissement. Ce sont souvent les maires, présidents des conseils d'administration qui se « battent » pour maintenir sous perfusion des services de chirurgie ouverts. Comment cautionner plus longtemps ce genre de paradoxe? Ces regroupements vont permettre des économies budgétaires assez limitées estimées à 0,1% du budget des ARH, si on ne touche pas aux personnels. Ils vont surtout permettre d'adapter l'offre de soin aux nouvelles **normes chirurgicales** en assurant une **qualité homogène** des prestations chirurgicales fournies.

Seule une réorganisation de l'offre de soin en **regroupant** les établissements, en les hiérarchisant, (CHU, Hôpitaux généraux et hôpitaux de proximité), en définissant clairement leur **mission de soin** peut permettre de répondre aux difficultés rencontrées. Les difficultés démographiques annoncées sont le seul moyen de régler les restructurations non encore effectuées. Importer des chirurgiens étrangers en masse permettrait de couvrir les plages de garde des établissements publics en manque de chirurgiens mais interdirait la réalisation des regroupements nécessaires. ***L'heure est venue de décider de la pérennité d'un établissement au travers des services rendus à la population et non pour la seule raison qu'il est source d'emploi.*** Les exigences de plus en plus fortes des normes de sécurité imposent des effets de seuil incontournables, tant sur le plan des équipements que au plan des effectifs médicaux et para médicaux. Regrouper les chirurgiens sur les plateaux techniques performants et les intégrer dans des équipes opérationnelles est une solution à la mise en place des nouvelles normes horaires de fonctionnement. Ces réorganisations nécessaires vont permettre le regroupement des établissements à l'intérieur d'un bassin de population autour des plateaux techniques. **Moins de secteurs chirurgicaux, mais des équipes chirurgicales mieux structurées**, plus denses en effectifs, adaptées à la mission d'établissement, telles sont les orientations souhaitables. Ces regroupements permettront par ailleurs un rythme de gardes et astreintes moins soutenus compatibles avec une qualité de vie acceptable. **Les patients et les chirurgien sont les premières victimes de l'éclatement de l'offre de soin.**

Il ne faut pas pour autant fermer ces établissements reconvertis dont les services de chirurgie ne seront plus maintenus en fonctionnement. Ces établissements doivent être **transformés en centres de soin et de post cure** dont le nombre fait grandement défaut. Trop souvent encore, des malades

sont maintenus dans des secteurs aigus par manque de place dans des centres de post cure ou de rééducation. Ainsi pourrait on encore diminuer la durée de séjour dans les secteurs chirurgicaux aigus, les plus coûteux et ramener les malades près de leur domicile dans ces hôpitaux reconvertis. Une hiérarchie des établissements de soin doit être définie et pour faciliter la diffusion de l'information médicale, pour partager le savoir mais aussi pour sortir les équipes chirurgicales de leur isolement, il faut relier les établissements par une organisation en réseau.

2. Intensifier le rôle des réseaux

La mise en place des réseaux de soin doit éviter l'isolement du chirurgien, garder le malade dans son milieu et sa région, contribuer à la diffusion de l'information médicale et la qualité des soins. Les CHU et les gros CHG doivent jouer le rôle d'animateur préférentiel mais non exclusif de ces réseaux. Ils ne doivent pas se positionner en « aspirateurs » de malades au dépend des établissements de proximité. Les CHU doivent jouer ce rôle de « grands frères » dans chaque région sanitaire. C'est dire l'impérieuse nécessité de modifier le statut des chirurgiens hospitaliers afin qu'ils puissent légalement sortir de leurs établissements pour participer à ces missions de soin de proximité. Ils doivent participer aux décisions médicales, à l'organisation des flux de malades et doivent se concentrer sur leurs activités spécifiques de soin de dernier recours, d'enseignement et de recherche. Le nombre de services universitaires doit être redéfini dans chaque CHU dont la pérennité doit être évaluée. Les établissements et les chirurgiens privés doivent trouver leur place dans ces réseaux de soin en fonction de leurs spécificités et de leurs niveaux de compétence.

En matière de réseau, il vaut mieux privilégier le pragmatisme et les particularités régionales que d'imposer un dogmatisme trop formel et souvent trop théorique, source de dysfonctionnements inévitables. Les réseaux doivent s'appuyer sur les **hommes** et sur les structures. Ils ne doivent pas être imposés, ils doivent répondre à la cohérence médicale.

3. Décloisonner public/privé

Nous ne pouvons plus raisonner sur la base de l'existant, avec d'un côté les établissements privés et de l'autre les établissements publics ancrés dans l'histoire. **L'offre de soin par région est globale** publique et privée et la tarification à l'activité dont la généralisation doit intervenir au 1^{er} janvier 2004 sera probablement le moyen de rapprocher **deux cultures médicales** qui jusqu'alors s'affrontaient. Eviter les doublons, optimiser les structures en place, réorganiser l'existant en le projetant sur les besoins de demain sont les orientations qu'il faut prendre dans les secteurs géographiques ou pour des raisons diverses ces réorganisations ne sont pas encore achevées. **Le pragmatisme doit prévaloir.** Ce qui sera vrai en Languedoc-Roussillon peut s'avérer impossible dans une autre région de France.

La répartition des activités se fait aujourd'hui en France de manière caricaturale entre les deux secteurs d'activité public et privé. Les établissements privés ont pris dans la plupart des régions de France **65% de l'activité chirurgicale**. Mais pas n'importe quel type d'activité : les spécialités les plus lucratives, la chirurgie réglée, la chirurgie ambulatoire avec plus de 80% du marché.

En France, la chirurgie réglée est l'apanage des établissements privés alors que l'activité d'urgence est orientée presque exclusivement vers les établissements publics. Ce type de répartition s'est mis en place progressivement dans la plupart des régions de France dans des proportions identiques. C'est la création des pôles d'urgence SAU et UPATOU préférentiellement installés dans les hôpitaux publics qui ont induit ces dérives. ***Mais peut on laisser des hôpitaux publics ne fonctionner que sur l'urgence ?*** Tous les experts chirurgicaux s'accordent à dire que le niveau de la chirurgie d'urgence dépend directement du niveau de chirurgie réglée. L'hôpital public perd de plus en plus des parts de marché. ***Il faut donc réintroduire de l'activité chirurgicale réglée dans les établissements publics qui seront maintenus. Nous devons rapprocher les chirurgiens libéraux des chirurgiens publics*** dans l'intérêt des malades, des établissements, de la profession

chirurgicale et dans le souci communautaire du bon usage des deniers publics. L'évolution des statuts de médecins doit avoir pour objectif le décloisonnement des structures publiques et privées.

4. Décloisonner universitaire et non universitaire

Tout paraît opposer le monde chirurgical public et privé : mode de rémunération, type d'activité, profils de carrière... Pourtant tout laisse à penser que seul un rapprochement de mentalité et des deux modes d'exercice permettra de répondre aux exigences actuelles. **Chaque chirurgien a un rôle sanitaire à jouer.** Il n'en a pas toujours une perception exacte et considère que son mode d'exercice personnel prévaut sur l'organisation générale.

C'est ce qui doit changer aujourd'hui ! L'universitaire doit parfaitement être imprégné de ses missions spécifiques de soin hyperspécialisé et de recherche. Il doit garder la charge de l'organisation concernant les domaines de l'enseignement, de la formation et de la recherche dans les trois cycles des études médicales. Le non universitaire a vocation première à faire du soin de proximité. Tous deux doivent se retrouver autour des missions d'enseignement que l'évolution des statuts doit permettre en toute légalité. Tous deux doivent se retrouver dans les animations de réseaux qui vont prévaloir dans l'organisation chirurgicale. Le plateau technique et les compétences chirurgicales doivent définir le niveau de prise en charge chirurgicale.

5. Le plateau technique plaque tournante de l'activité chirurgicale

Nous devons proposer une modernisation de l'offre de soin en **l'articulant autour des plateaux techniques** dont le positionnement et le mode de fonctionnement doivent être **réinventés**. Trois niveaux de plateaux techniques vont définir le niveau de chirurgie. Le plateau technique sera accolé à des structures de prise en charge post-opératoire, soins intensifs ou réanimation, lits à soins coûteux. Le seuil de viabilité de l'activité chirurgicale d'un plateau technique est défini à 200 000 Kc par an et le seuil minimum d'activité d'un chirurgien est de 400 interventions par an. La notion d'équipe chirurgicale doit être réintroduite autour de 4 à 6 chirurgiens minimum. **En deçà, il faut se poser la question de la pérennité du plateau technique, et donc du maintien de la chirurgie.** Beaucoup de petites structures sont loin de ces indices.

Il faut **ouvrir aux chirurgiens libéraux les plateaux techniques des hôpitaux publics** souvent plus performants et accolés à des structures de réanimation polyvalente que les établissements privés ne peuvent plus supporter. Les directeurs d'établissements publics demandent de telles évolutions. Les chirurgiens libéraux accepteront ce mode de fonctionnement à condition que le malade reste sous leur responsabilité et que la rémunération de l'acte se fasse selon leur secteur d'exercice, c'est à dire à l'acte en attendant la mise en place de la tarification à l'activité. La revalorisation des postes de **PH à temps partiel** peut aussi répondre à cette attente. **Le système des médecins attachés rémunérés à la vacation doit être abandonné.**

Il ne correspond plus au service rendu.

Mais il faut imaginer une contre-partie pour les chirurgiens publics qui accueilleront leurs homologues libéraux. **Cette contre partie doit être incitative.** Soit au travers d'une activité libérale en hôpital général, soit en permettant à ces praticiens de pouvoir exercer une partie de leur activité en établissement privé, là encore, en fonction du niveau du plateau technique. Car la particularité du système de soin français est la présence de deux systèmes parallèles tous deux financés par la solidarité nationale : chirurgie égalitaire, chirurgie de qualité, absence de liste d'attente, homogénéité de la qualité des soins chirurgicaux sur l'ensemble du territoire sont des caractéristiques de la chirurgie française. Il faut tout faire pour les préserver. **La qualité encore homogène de la chirurgie dans les villes non universitaires est liée au bon niveau de la chirurgie privée issue du moule de formation que représente l'hôpital public universitaire.** Les hôpitaux publics de proximité ont des difficultés à offrir le niveau de qualité exigé aujourd'hui, plus à cause de la compétence de leurs chirurgiens que par le niveau d'équipement de leurs plateaux techniques. Nous devons donc introduire de l'attractivité au niveau des hôpitaux

publics. Seul leur décloisonnement, et leur participation à des réseaux de soin donnera aux jeunes chirurgiens l'envie d'y travailler.

6. Le fonctionnement des blocs opératoires

Dans les hôpitaux publics, les blocs opératoires fonctionnent souvent mal. Les activités d'urgence de la nuit désorganisent l'activité des blocs opératoires dans la journée. L'urgence est responsable d'un nombre important de **déprogrammations** de l'activité réglée. Cela se traduit par une moindre rentabilité des blocs opératoires et par une activité moins importante que dans le secteur privé. L'activité opératoire d'un bloc opératoire peut varier du simple au double : de 98 632 Kc/salle/an en secteur privé sous OQN à 41 249 Kc/salle/an en hôpital général en moyenne (tableau 10).

Parmi les facteurs de sous activité des blocs opératoires des hôpitaux publics, on constate un manque de coordination du bloc opératoire et une désresponsabilisation des acteurs. *« Ce n'est la faute de personne si le malade a du retard. Les 10 minutes de retard du brancardier se surajoutent à celle de l'infirmière, de l'anesthésiste occupé dans une autre salle, du chirurgien qui dicte son compte rendu opératoire, de l'IBODE qui a du mal à sonder le malade... Bref, 1 heure de perdue par la faute à personne ! »* Nous devons repenser le mode d'organisation des blocs opératoires. Les enchaînements de malades sont anormalement longs, les programmes s'éternisent souvent au delà d'horaires acceptables expliquant les reports de malades au lendemain et le nombre importants d'heures supplémentaires dans le personnel infirmier.

Nous proposons la création de postes de **coordinateurs de blocs opératoires**, véritables nouveaux métiers assurant une efficacité des ces structures. Ce coordinateur (trice) doit avoir la liberté d'action et l'autorité sur tous les acteurs du bloc opératoire (chirurgien compris). Ce coordinateur fonctionnerait sous l'autorité du médecin responsable du centre de responsabilité. Son statut devrait le situer en dehors des postes soignants traditionnels pour des raisons d'efficacité. Le principe de **l'intéressement** à l'activité paraît parfaitement adapté à ce type de postes.

7. La chirurgie ambulatoire

Depuis de nombreuses décennies, le constat est le même. La chirurgie ambulatoire ne « décolle pas » dans les hôpitaux publics. Pourquoi ? Parce que la chirurgie ambulatoire n'est pas valorisée. Le nombre de points ISA d'un acte effectué en ambulatoire est inférieur à celui du même geste effectué dans une structure d'hospitalisation traditionnelle.

Le concept de chirurgie ambulatoire suppose une organisation spécifique de l'activité chirurgicale, depuis l'accueil des malades, la réalisation du geste, jusqu'à sa prise en charge post-opératoire, et à la mise en place du suivi au domicile. C'est une **culture différente** de la chirurgie traditionnelle. Elle concerne à des degrés différents toutes les spécialités chirurgicales.

Faire décoller la chirurgie ambulatoire c'est possible. A condition d'y intéresser les acteurs que sont les malades, les chirurgiens et les gestionnaires d'établissements.

Le malade acceptera, si on lui propose, sous réserve d'une explication claire, d'une validation médicale, un mode de prise en charge ambulatoire alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

On peut facilement imaginer que la chirurgie herniaire bénéficie d'un mode de prise en charge plus avantageux pour le malade s'il se fait opérer dans le cadre d'une structure de chirurgie ambulatoire. Les chirurgiens seront à même de définir les malades auxquels ce mode de prise en charge ne peut pas être proposé pour des raisons médicales ou d'éloignement géographique.

Le chirurgien sera convaincu si on lui propose une valorisation de son acte réalisé en ambulatoire en compensation d'un nouveau mode d'organisation qui lui sera proposé.

Les gestionnaires y trouveront leur compte si les actes éligibles pour la chirurgie ambulatoire sont effectivement effectués en ambulatoire, ce qui est aujourd'hui le cas dans les établissements privés et qui doit être mis en place dans les établissements publics si la chirurgie ambulatoire devient une priorité.

Nous pensons que les centres de chirurgie ambulatoire doivent être conçus de manière autonome, à proximité des établissements hospitaliers auxquels ils seront reliés, ouverts aux chirurgiens publics et privés. C'est donc le mode d'hospitalisation qui doit prévaloir. La culture du rapprochement des chirurgiens sur cette même structure doit servir au décloisonnement des activités.

8. L'urgence

L'urgence chirurgicale concerne en grande partie l'hôpital public. N'est il pas normal qu'un jeune chirurgien compétent choisisse un exercice organisé dans un établissement privé plutôt que de devoir assumer les difficultés et les contraintes de l'urgence dans un établissement public ?

Activités d'urgence et programmée sont étroitement liées et s'exercent le plus souvent sur le même plateau technique. Si cela paraît justifié dans certaines spécialités (viscérale, vasculaire, urologie...) le rythme et le nombre important des malades opérés en urgence en chirurgie osseuse pose le problème de nouveaux modes d'organisation. Les blocs opératoires d'orthopédie traumatologie sont souvent désorganisés par l'afflux des urgences osseuses qui déstabilisent les programmes réglés. Comment ne pas vouloir proposer un nouveau mode de fonctionnement pour l'activité orthopédique réglée puisse se faire indépendamment de l'activité traumatologique d'urgence. La qualité de la prestation offerte au malade dépend de ce nouveau mode d'organisation. Dans certains établissements le bloc d'urgence est peut être la solution ?

Dans l'éventualité contraire, mieux vaut supprimer l'activité d'urgence et transférer les patients. Les SMUR ou SAMU sont de plus en plus performants, ils orientent les patients vers les centres appropriés. L'urgence vitale est dans l'immense majorité des cas transférée vers des centres ou les plateaux techniques et les compétences permettent une prise en charge globale, faisant appel à plusieurs spécialités chirurgicales (c'est le cas très particulier de la poly-traumatologie).

C) Réorganiser la chirurgie

La culture de l'évaluation introduite par l'accréditation des établissements de santé a mis en évidence la nécessité de réorganiser la chirurgie. La crise démographique souligne le manque d'attractivité de la profession qui doit se réorganiser pour proposer aux jeunes en formation l'image d'une profession conforme aux exigences sanitaires mais aussi à leurs aspirations personnelles. **Toute réorganisation de la chirurgie doit s'appuyer sur les besoins de la population.**

1. L'observatoire régional de la chirurgie

La comparaison des différentes sources sur la démographie chirurgicale traduit la difficulté de recensement des chirurgiens en exercice, spécialité par spécialité.

La projection démographique est difficile à faire de manière exacte, ce qui souligne la nécessité d'un **observatoire régional de la chirurgie** qui aurait comme mission essentielle d'évaluer les besoins de la population, de faire des projections sur les évolutions de carrière des chirurgiens en formation afin d'anticiper sur les dérives éventuelles. Une modélisation du besoin par région paraît devoir être effectuée pour chaque spécialité. Cet observatoire sera représenté **par un chirurgien référent détaché à l'ARH ou à l'ARS (agence régionale de santé)**. Ce chirurgien doit travailler en étroite collaboration avec les responsables du DESC de chaque discipline, des collègues et des CNU. Mieux vaut régionaliser l'observatoire de la chirurgie que de créer une nouvelle structure centrale, véritable *usine à gaz* éloignée du terrain. La centralisation des informations sera plus facile et permettra des rééquilibres par région.

L'observatoire doit également jouer le rôle de structure de veille sur l'évaluation de la chirurgie dans la région et l'évaluation des pratiques en rapport avec l'ANAES.

Son action serait aussi déterminante dans le cadre des regroupements et maillages (mise en réseau) au sein des établissements chirurgicaux de la région.

2. La régulation de l'installation

Les études de la démographie médicale font apparaître une mauvaise répartition des effectifs sur le territoire français. La liberté d'installation, l'absence de prospective régionale basée sur les besoins de la population expliquent ces disparités.

Comment mieux organiser la démographie chirurgicale qu'en adaptant par région les effectifs aux besoins ? Il faut mettre en place les **filères chirurgicales** dans toutes les spécialités par région, y compris pour la chirurgie générale dont il faudra mieux définir le champ d'action. On ne peut plus concevoir que le nombre de places d'internes en chirurgie soit fixé arbitrairement par les tutelles sans que soit fixé le nombre de places en chirurgie viscérale, orthopédique, vasculaire ou urologie ? Plus que par la coercition, il vaut mieux avoir recours à des **mesures incitatives** pour attirer les jeunes vers ces carrières à forte pénibilité. Comme l'ont fait les orthopédistes il nous paraît indispensable que chaque spécialité puisse définir par région ses besoins et leur évolution dans le temps. Leur appréciation sera plus exacte, les effectifs plus rapides à adapter. Ce n'est qu'après avoir poussé à son terme la logique d'optimisation des moyens humains en chirurgie que l'on pourra penser importer des chirurgiens étrangers. **Peut-on laisser germer l'idée que la chirurgie générale et viscérale est trop pénible et insuffisamment valorisée pour qu'elle ne soit plus assurée par des chirurgiens français ?**

C'est le chemin que nous sommes en train de prendre faute d'avoir voulu regarder les problèmes en face. La mauvaise gestion des effectifs médicaux depuis vingt ans a conduit des générations entières de jeunes français qui voulaient faire des carrières médicales ou chirurgicales à être recalés et aujourd'hui, parce que nous nous sommes trompés, on voudrait nous faire croire que l'avenir de la chirurgie française passe par une importation massive d'un sous prolétariat chirurgical ?

Il nous paraît grand temps de mettre en place les filères chirurgicales pour toutes les spécialités chirurgicales. Le niveau et le programme de formation sera élaboré au niveau national par les CNU et collèges respectifs en conformité avec les normes européennes. Le nombre de postes d'internes à former sera défini par **l'observatoire régional de la chirurgie**, région par région, spécialité par spécialité à partir des besoins de la population. Si les postes d'interne ouverts ne sont pas occupés par des internes français, ils devraient être prioritairement offerts à des internes étrangers qui prendront l'engagement d'exercer leur métier en France, tout au moins pendant un certain nombre d'années. **Il en sera de la responsabilité des chirurgiens hospitalo-universitaires.** Nous partons du principe qu'à partir du moment où le besoin chirurgical modélisé sera ainsi défini, (et non en fonction du besoin de fonctionnement des services) il sera plus important de prendre en charge de futurs chirurgiens au stade d'interne que de les valider plus tard sans s'être soucié de leur formation antérieure.

Mais il faut aussi faire en sorte que les chirurgiens formés au delà de leurs 5+2 années de cursus s'installent dans la région qui les a formés. Plusieurs pistes ont été proposées pour mieux gérer la répartition géographique des effectifs. Elles peuvent aller de l'obligation temporaire d'installation, véritable **service public minimum de 5 ans dans la région de formation** avant que le chirurgien ne retrouve son entière liberté d'installation. Ces 5 années pourraient inclure les deux ans effectués au CHU correspondant au clinicat et trois ans passés dans un service de chirurgie en hôpital général, la formation étant sous le contrôle du service universitaire.

On peut également proposer des mesures incitatives, défiscalisation, primes d'installation, création de **véritables zones franches chirurgicales** dans les régions les moins attractives. On peut également proposer des **primes de mobilité ou primes de transfert** pour encourager des chirurgiens à exercer dans des zones en sous effectif.

3. Les carrières universitaires

Il nous paraît important de faire de vrais chirurgiens universitaires et non de faux chercheurs. Les exigences du cursus universitaire ont éloigné les chirurgiens des préoccupations principales de leurs métiers. Combien d'internes en chirurgie, ont pendant leur année de DEA servi

de petite main dans des laboratoires de recherche dans le seul but de se constituer leur épreuve de titre et non de faire de la recherche chirurgicale ? Le chirurgien doit trouver toute sa place dans des équipes multidisciplinaires de recherche.

La recherche en chirurgie doit être réorientée : autour des bio-matériaux, de la robotique, des transferts d'image, de l'informatique... et non plus dans des laboratoires de biologie moléculaire ou de recherche fondamentale. De nouveaux DEA doivent être organisés par les chirurgiens dans cette direction.

L'enseignement est spécifique aux carrières universitaires. Comment pouvoir être à la fois, chirurgien, enseignant, chercheur et bientôt gestionnaire ? C'est plutôt vers une activité modulaire que l'on s'oriente, activité contractualisée dans le temps et accessible à tous praticiens qui en manifesteraient le désir ou en auraient la compétence. Le titre de professeur à vie n'incite pas à une grande motivation. L'enseignement et la recherche clinique doivent ils être exclusivement réservés aux hospitalo-universitaires ? L'organisation et le contrôle de l'enseignement reviennent naturellement aux professeurs titulaires (anciens titulaires de chaire). Il en est de même pour l'enseignement concernant le troisième cycle des études médicales.

Un chirurgien libéral devrait pouvoir faire de **l'enseignement** dans sa discipline et accéder au rang de Professeur associé, statut contractuel et limité dans le temps. Pourquoi ne pas imaginer qu'un chirurgien libéral dont les travaux scientifiques et les aptitudes à l'enseignement en feraient un référent dans son domaine ne puisse pas accéder au rang de Professeur titulaire ? **Car il faut aussi décloisonner l'enseignement.** La mise en place de réseaux de soin avec une prise en charge hiérarchisée des activités chirurgicales va inévitablement orienter les flux de malade en fonction des plateaux techniques. Les hôpitaux universitaires, véritables hôpitaux hyper spécialisés ou de recours n'offriront pas aux jeunes les pathologies courantes qu'ils seront amenés plus tard à prendre en charge. Permettre aux internes en formation de se former dans des hôpitaux généraux ou dans des établissements privés spécialisés dans certaines pathologies relève de la cohérence. Les contrats d'enseignement pourront être proposés aux chirurgiens préférentiellement mais non exclusivement universitaires. Les budgets d'enseignement y seront associés.

4. L'obsolescence du DES de Chirurgie Générale et la révision des maquettes

Le passage obligé pour la plupart des spécialités chirurgicales par le DES de chirurgie générale paraît aujourd'hui en décalage avec les impératifs de la formation chirurgicale.

La chirurgie générale n'existe plus. Elle ne correspond plus aux exigences de qualité et d'hyper spécialisation dues aux évolutions des métiers de la chirurgie. Pourtant certains hôpitaux isolés pourraient correspondre aux profils de chirurgiens polyvalents.

Il faut donc modifier les maquettes des internes en formation dès que les filières seront clairement définies. C'est aux collègues et CNU qu'appartient la définition des maquettes. Il sera plus utile à un interne inscrit dans la filière de chirurgie digestive de faire 6 mois ou 1 an en gastro-entérologie que de faire 1 an de chirurgie orthopédique. Ces maquettes doivent tenir compte des **glissements de frontières entre spécialités**. Ainsi, un chirurgien vasculaire devrait bénéficier d'un ou deux semestres en radiologie interventionnelle de même qu'un chirurgien cardiaque devrait passer en réanimation cardio vasculaire.....

Les services formateurs doivent être régulièrement évalués. Tous les services chirurgicaux de CHU ne doivent pas être étiquetés automatiquement formateurs. Certains hôpitaux généraux et certains grands centres privés, hyper spécialisés doivent pouvoir prétendre devenir services formateurs. C'est un facteur d'émulation pour les praticiens qui y travaillent. C'est aussi le moyen de permettre aux jeunes internes en formation de se faire une idée sur la chirurgie hors CHU.

5. La formation chirurgicale en Europe

La formation des chirurgiens devrait être harmonisée au sein de la communauté européenne. Les échanges seraient bénéfiques au travers des différentes spécialités, certains

balbutiements existent déjà représentés par des coopérations trans-frontalières. La mise en place des « european board » pourrait représenter l'aboutissement des formations européennes. Il en va de même pour la formation chirurgicale continue qui aura progressivement une connotation européenne.

6. L'organisation de la formation continue et l'évaluation des compétences

La formation chirurgicale continue s'est tardivement organisée de manière professionnelle. L'université assure la formation initiale, les collèges de spécialité la formation continue. La formation continue a trop longtemps été laissée à la discrétion de l'industrie médicale bien structurée mais dont l'optique reste cependant très commerciale. L'accréditation délivrée par l'ANAES aux établissements de soin ne répond pas à ces exigences. On est en droit de se demander s'il ne faut pas aller vers une **certification chirurgicale** véritable **brevet d'exercice** délivré à des chirurgiens pour réaliser certains types d'interventions. Car le métier de chirurgien est un métier mixte ou les connaissances médicales doivent être associées à une maîtrise technique des gestes à réaliser. En France, un chirurgien titulaire du diplôme de chirurgie peut effectuer une intervention chirurgicale sur un malade pour la première fois sans avoir répondu de manière obligatoire à une évaluation de son niveau de technicité. Comme cela se voit pour l'utilisation de nouveaux médicaments qui ne peuvent être utilisés en clinique qu'après avoir obtenu l'AMM (autorisation de mise sur le marché), on peut imaginer que toute nouvelle technique chirurgicale une fois validée, doit suivre une procédure de diffusion ? **Si la profession ne le met pas en place, c'est la judiciarisation du métier qui va l'imposer.**

Les compétences chirurgicales doivent être vérifiées au cours du temps. L'obtention du diplôme de chirurgien permet d'exercer le métier tout au long de sa vie jusqu'à la retraite. Pourtant les techniques évoluent sans cesse. La technicité doit être remise en question. On a vécu cette évolution avec la chirurgie laparoscopique en chirurgie digestive et on est en train de le vivre avec la chirurgie endo-vasculaire. Qu'en sera-t-il lorsque la robotique entrera en force dans les blocs opératoires ?

7. L'importation des chirurgiens étrangers

La profession doit prendre l'entière responsabilité de la gestion de ses effectifs en rapport avec le ministère, les ARH et l'observatoire régional de la chirurgie. L'importation de chirurgiens étrangers ne peut s'envisager que lorsque les restructurations seront achevées et que tous les chirurgiens exerçant sur le territoire auront été utilisés au maximum de leurs compétences.

Si elle devait avoir lieu, cette importation devrait veiller à la mise en place d'une sélection stricte de la qualification des chirurgiens importés, non seulement sur le plan théorique mais surtout sur le plan technique par **des stages d'évaluation** dans les services validants.

Cette solution doit être l'ultime recours. Dans l'immédiat, il faut optimiser les moyens chirurgicaux en place. Plusieurs pistes peuvent être proposées.

a) Donner les moyens de travailler aux chirurgiens en poste

Nous allons manquer de chirurgiens mais le nombre de chirurgiens n'a jamais été aussi élevé ! La productivité chirurgicale est très inégale dans les deux secteurs d'activité. L'activité opératoire moyenne d'un chirurgien public est de 24 000 Kc par mois alors que l'activité moyenne d'un chirurgien privé est de 60 000 Kc. Certes on peut imaginer qu'il ne s'agit pas tout à fait du même type de chirurgie mais le Kc opératoire moyen en public n'est que de 10% supérieur au Kc moyen du secteur privé.

Les chirurgiens des hôpitaux publics sont en sous activité chronique car l'hôpital public est devenu une structure de moins en moins efficiente, insuffisamment imprégnée de la notion de rentabilité, **quelquefois submergée par l'urgence** source de désorganisation permanente, les 35 heures, le repos de sécurité et bien d'autres contraintes. Le chirurgien comme tous les acteurs de l'hôpital public est confronté aux lourdeurs administratives, aux réunions multiples et inefficaces,

aux lenteurs de fonctionnement des blocs opératoires véritables structures à ne plus opérer. Plus de souplesse, plus de réactivité et l'on redonnera confiance aux chirurgiens publics qui ont choisi la voie de ne pas s'installer. La dynamique chirurgicale doit réinvestir l'hôpital public. Il faut réintroduire la notion d'incitation à l'activité.

A l'opposé, les chirurgiens privés sont en suractivité croissante pour compenser l'augmentation incessante des charges. Toujours plus d'activité, car toujours plus de charges professionnelles et des actes qui ne sont toujours pas revalorisés. Comment ne pas imaginer un phénomène d'épuisement ?

Seul un décloisonnement des secteurs d'activité et une optimisation des personnels chirurgicaux existants permettra de faire face à la crise annoncée. Optimiser les moyens humains existants qu'ils exercent dans le secteur privé ou public, est la seule voie qui permette à court terme de répondre à cette crise sociétale. Recenser les compétences chirurgicales publiques et privées dans une même ville ou dans un même secteur sanitaire afin d'organiser la permanence des soins, mettre en commun les astreintes sur un seul site (éventuellement tournant), impliquer les chirurgiens publics et privés dans cette astreinte doit permettre de libérer les chirurgiens du rythme contraignant des gardes et astreintes.

b) Utiliser les chirurgiens à leur niveau de compétence

La sous-activité des chirurgiens publics submergés par les urgences est souvent liée au manque d'attractivité des hôpitaux généraux et au faible recrutement nominatif de leurs praticiens. Plusieurs milliers de postes de PH vacants, plusieurs milliers de postes nouvellement budgétisés avec la mise en place du repos de sécurité. **Ou va-t-on trouver ces effectifs médicaux si on ne modifie pas l'offre de soin ?**

L'isolement des équipes chirurgicales des hôpitaux généraux doit être améliorée en intégrant par région ces praticiens dans des **réseaux de soin** en relation directe avec les établissements tête de secteur ou hospitalo-universitaires. Déplacer les chirurgiens référents d'une région sur les établissements de proximité permettra à ces structures de prendre en charge des malades sur leur lieu de résidence en augmentant l'attractivité de ces équipes et donc le recrutement. Cela passe par une meilleure **définition du niveau de compétence** de chaque praticien qui se verra confier des malades en fonction de son niveau technique mais aussi de son plateau technique. Seuls les malades dits *lourds* seront transférés et seront pris en charge sur l'établissement tête de secteur par le chirurgien référent en collaboration avec son confrère exerçant sur l'hôpital de proximité, si ce dernier le souhaite. Dès la phase aiguë post opératoire passée, le malade sera transféré sur l'établissement de proximité au plus près de sa famille. Evaluer les compétences de chacun, faire prendre conscience à chaque chirurgien qu'il a un rôle à jouer dans le système sanitaire français, qu'il n'est pas dévalorisant de faire des interventions chirurgicales mineures à condition de le faire bien et d'être reconnu comme le référent dans ce domaine. **Nous devons définir de façon précise la mission sanitaire de chaque chirurgien français.** Il y a encore un trop grand décalage entre le type de chirurgie enseigné dans « la maison mère » que constitue le service universitaire et la mission future du chirurgien qui s'installe. Nous devons définir des **profils de poste chirurgicaux** qui seront établis en fonction des besoins de la population, des plateaux techniques, et des compétences chirurgicales. Notre rôle est de les rendre, par région, lisibles, attractifs et surtout d'y mettre des chirurgiens motivés et conscients de leurs missions.

c) Utiliser tous les chirurgiens qui en expriment le désir

Les chirurgiens en fin de carrière qui souhaitent poursuivre leur activité au delà de l'âge légal de la retraite doivent pouvoir effectuer des missions chirurgicales dans des secteurs en manque de praticiens. *Faire de l'humanitaire dans des régions à faible densité chirurgicale ne serait il pas un moyen de venir en aide aux secteurs chirurgicaux le plus en difficulté ?* Constituant souvent de véritables autorités morales dans chaque région, ces praticiens pourront soit poursuivre une activité de soin pour encadrer les plus jeunes et améliorer ainsi leur niveau de compétence, soit

s'investir dans les missions de réorganisation qui vont devenir de plus en plus nombreuses. Les observatoires régionaux de la chirurgie peuvent correspondre à ce type de compétence.

d) Des nouveaux métiers

Comme pour les ophtalmologistes, le glissement des tâches est un moyen de récupérer du temps chirurgical. Des optométristes, aptes à régler les problèmes d'acuité visuelles libéreraient les chirurgiens ophtalmologistes de certaines tâches et offriraient ainsi plus de temps chirurgical. La projection des besoins en ophtalmologie doit tenir compte de ce type d'évolution. La réglementation doit évoluer dans ce sens.

Sans vouloir prôner les officiers de santé, on peut imaginer la **création d'un corps d'assistants opératoires** capables et habilités à réaliser certains gestes chirurgicaux. La chirurgie des centres hospitalo-universitaires fonctionne selon ce principe en raison de la présence des internes et des chefs de clinique. La chirurgie privée est souvent réalisée à deux, parfois dans des conditions difficiles en raison du coût des aides opératoires.

Chaque spécialité peut définir des temps chirurgicaux délégués à des techniciens opératoires, véritables assistants de chirurgie. Comme cela se fait au Japon pour les anastomoses micro chirurgicales qui sont faites par des techniciens rodés à ces techniques avec la même précision et sécurité que celles d'un chirurgien.

D) Offrir une autre image de la chirurgie aux jeunes en formation

1. Offrir une autre perspective de vie aux plus jeunes

Les carrières chirurgicales manquent souvent de lisibilité pour les plus jeunes justifiant leur manque d'enthousiasme pour les spécialités chirurgicales les plus pénibles comme la chirurgie viscérale ou l'orthopédie. Ces disciplines ne sont pas délaissées par manque d'attractivité technique ou médicale. Elles sont abandonnées car elles sont devenues, dans l'état actuel de leur exercice, incompatibles avec le rythme de vie auquel aspirent nos jeunes confrères. ***Une revalorisation financière seule ne suffirait pas à modifier cette évolution actuelle.*** Nous devons repenser les carrières, les modes d'exercice, le temps de travail, le rythme des gardes et astreintes. Les chirurgiens doivent travailler en ***groupe***, par fédérations de services ou dans des cabinets chirurgicaux. Le nombre idéal de chirurgien dans ces ***maisons chirurgicales*** doit être défini dans chaque spécialité et selon le lieu d'exercice. C'est le seul moyen de permettre à la profession de s'organiser et d'offrir des perspectives de vie personnelle et professionnelle attrayante pour les jeunes. C'est autant la qualité de vie pendant la période de formation, que pendant les années d'exercice qui rebutent les jeunes internes. Il faut donc **augmenter le nombre d'internes en formation** pour leur permettre de choisir les disciplines chirurgicales. Pour cela, il faut valoriser les carrières chirurgicales.

2. Organiser une campagne de promotion pour la chirurgie

L'image actuelle de la chirurgie française est celle d'une profession en crise. Plus les difficultés vont apparaître et plus l'image de la chirurgie française va se dégrader. Comment motiver les jeunes générations si les chirurgiens donnent d'eux mêmes une image négative? Les chirurgiens eux mêmes doivent positiver leur métier. La chirurgie doit sortir de cette spirale infernale d'une profession sinistrée. Nous proposons une **campagne nationale d'information et de promotion** sur les différents aspects, techniques, sociologiques, organisationnels de la chirurgie en France. C'est un moyen efficace de motiver les plus jeunes et de faire prendre conscience à nos concitoyens que la chirurgie a changé, qu'elle est devenue une profession organisée, structurée, responsable, sortie de son individualisme.

Comme le fait l'armée lorsqu'elle est confrontée à des problèmes de recrutement, la chirurgie française en relation avec le ministère de la santé et toutes les organisations professionnelles doit

se lancer dans cette aventure. Il en va de sa pérennité et du maintien de son niveau au plan international.

3. Modifier le concours à l'internat

Le système du concours national réduit la réactivité de chaque discipline face aux problèmes démographiques. **Régionaliser** la santé, d'abord sur la base d'une expérimentation avant de l'étendre à tout le territoire devrait permettre au travers de l'observatoire de la chirurgie de répondre aux besoins de la population.

Le principe de l'internat national pénalise les villes du Nord à moindre attractivité. La suppression des disciplines telles que l'anatomie aux épreuves d'internat a éloigné les jeunes des vocations chirurgicales. Ne faut-il pas mettre en place des coefficients différents au concours d'internat selon les orientations souhaitées, médicale, chirurgicale, biologique ou santé publique ?

Dès le concours 2003, il faut augmenter le nombre de places en chirurgie et réintroduire les filières de manière urgente. Les conséquences d'une telle décision ne seront perceptibles que dans 5 à 7 ans, période pendant laquelle la chirurgie française entrera en plein dans la crise démographique.

Contrairement aux principes de sélection traditionnels, il faut pouvoir ouvrir les places de chirurgie à des internes classés au delà des places traditionnellement validantes pour médecine ou chirurgie.

4. Augmenter et modifier le numerus clausus

La désaffection pour les carrières scientifiques de 5 à 6% chaque année affecte également les carrières médicales. Elle traduit de nouvelles orientations des jeunes pour les métiers du droit, de la communication au détriment des carrières réputées plus longues et plus laborieuses. Le rapport Berland sur la démographie a souligné la nécessité d'ouvrir le numerus clausus dont le nombre est passé à 5100 pour 2003. La mission a proposé que le nombre d'étudiants soit remonté de 750 par an sur une période de 4 ans pour atteindre 8000 étudiants en 2007. On peut espérer que grâce à ces rééquilibrages, nous motiverons les jeunes pour le métier de chirurgien.

Mais la féminisation de la profession qui atteint 65% pour les dernières promotions risque d'augmenter les difficultés de recrutement des disciplines chirurgicales actuellement peu féminisées telles que l'orthopédie, la chirurgie viscérale, l'urologie ou la chirurgie vasculaire. **Le tronc commun de première année ouvert à toutes les filières médicales et para médicales ne devra-t-il pas réserver des places aux futurs chirurgiens ?** Cette piste ne se justifierait pas si nous pouvions conclure que les avancées technologiques et la robotisation permettraient d'entrevoir une plus large participation des femmes à ces disciplines aujourd'hui peu féminisées. Une troisième voie consisterait à modifier le système de sélection des matières enseignées en première année en vue d'atteindre la parité filles/garçons.

La mise en place de ces mesures peut se faire rapidement. Son retentissement sur la démographie chirurgicale ne sera pas perceptible avant 12 à 15 ans, durée actuelle de formation d'un chirurgien.

VI) CONCLUSION

La chirurgie française a longtemps occupé le haut du cortège international de la chirurgie mondiale, en ligne directe avec les grands noms prestigieux de la chirurgie du XXème siècle. Ce début de XXIème siècle est marqué par des difficultés profondes de la profession en proie à une crise sociétale. La professionnalisation du métier de chirurgien et les exigences de sécurité ont entraîné la chirurgie française dans une mutation profonde où se mêlaient révolution technologique et révolution sociologique.

La révolution technologique, liée à l'entrée de l'image, de l'informatique et bientôt de la robotique dans les blocs opératoires a permis aux jeunes chirurgiens de prendre en charge les destinées de leur profession. Ils s'y sont parfaitement adaptés.

La révolution sociologique paraît plus difficile à affronter tant les évolutions ont été meurtrières pour la profession et son image trop souvent dévalorisée.

A quoi ressemblera le chirurgien de demain ? Nous ne pouvons pas nous résoudre à l'idée qu'il entrera dans la génération « 35 heures » très syndiqué et en quête de la RTT. Nous pensons cependant que si les évolutions ne se font pas vers de nouvelles perspectives de carrière mais aussi de vie personnelle des chirurgiens, la crise des vocations va s'aggraver au dépend des disciplines mères de la chirurgie, trop pénibles, trop dures et trop peu valorisées. Par respect pour les malades nous osons penser que les pistes d'organisation nouvelles que nous proposons vont permettre aux décideurs d'y voir plus clair et de montrer par une volonté clairement affichée que tout sera fait pour sauver la chirurgie française et lui permettre de retrouver le rang qu'elle n'aurait jamais du perdre.

VII) FIGURES

Figure 1 : évolution du Kc opératoire dans le temps

Figure 2 : évolution du Kc par rapport au coût de la vie

Figure 3 : effectifs en chirurgie générale en France par tranche d'âge

Figure 4 et 5 : internes en chirurgie générale en Europe

Figure 6 et 7 : nombre de chirurgiens par spécialité en Europe

Figure 8 : nombre de chirurgiens généraux par rapport aux autres spécialités en Europe

VIII) TABLEAUX

- Tableau 1 : effectifs en chirurgie par spécialités (sources DREES 2001)
- Tableau 2 : nombre de places d'internes en chirurgie
- Tableau 3 : internes inscrits au DES de chirurgie viscérale
- Tableau 4 : départs à la retraite des chirurgiens généraux
- Tableau 5 : déficits prévisibles en orthopédie
- Tableau 6 : besoins en orthopédie
- Tableau 7 : effectifs en chirurgie vasculaire
- Tableau 8 : prospective de la démographie des ophtalmologistes (DREES 2002-2020)
- Tableau 9 : besoins en chirurgiens du NIH
- Tableau 10°: activité des blocs opératoires

IX) REFERENCES

DREES, Les plateaux techniques des interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000, Septembre 2002

DREES, Les interventions de chirurgie fonctionnelle, Octobre 2002

DREES, L'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993, 2000
Novembre 2002

DREES, La démographie médicale
Septembre 2002

S. Pontone et coll, Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999.
Annales françaises d'anesthésie réanimation, 21 (2002) 1-28

Pr Yvon Berland

Rapport Mission démographie des professionnels de santé

Guidicelli Henri, Mfrance, Veran-Peret

La chirurgie en France, rapport ministériel 1996

Jean-Yves de la Caffinière

Chirurgie l'envers du décor, L'Harmatan 2002

Nichole

Rapport sur la chirurgie, 2002

Conseil de l'Ordre des médecins

Rapport sur la démographie médicale, 2001

Tableau 1 : Effectifs en chirurgie par spécialité (DREES 2001)

Spécialité	Nombre	Nbre/ 100 000 habitants	1 chir / n. Hab
Chirurgie générale ^o	4757	7,9	12 600
Maxillo faciale	37	0,06	
Chirurgie infantile	74	0,12	
Chirurgie plastique	238	0,39	250 000
Chir thoracique et cardia.	180	0,3	
Gynécologie-obstétrique	5006	8,3	12 000
Neurochirurgie	343	0,57	
Ophtalmologie	5280	8,8	11 300
ORL	2884	4,8	20 800
Stomatologie	1416	2,36	
Urologie	436	0,72	
Orthopédie traumatolo	1693	2,82	35 500
Chirurgie vasculaire	303	0,5	200 000
Chirurgie viscérale	443	0,7	

Chirurgie générale ^o: des orthopédistes traumatologues, urologues... sont inscrits en chirurgie générale

Tableau 2: Nombre de places d'internes en chirurgie

Année de concours	Nombre internes	En 2002
1992	450	
1993	425	+ 9 ans
1994	435	+ 8ans
1995	435	+ 7ans
1996	430	+ 6ans
1997	393	
1998	286	+8 ans
1999	286	+ 7 ans
2000	286	+ 6 ans
2001	286	
2002	286	
2003		

Tableau 3: Internes inscrits au DESC de chirurgie viscérale et digestive

1 ^{ère} année	15
2 ^{ème} année	27
3 ^{ème} année	33
4 ^{ème} année	64

Tableau 4 : Départs à la retraite en chirurgie générale (exercice exclusif)
départ à 65 ans

Age en 2000	Année de départ	Homme	Femme	Nombre total	Nombre
63 à 59	2002 à 2006	234	3	237	48
58 à 54	2007 à 2007	376	4	380	76
53 à 49	2012 à 2116	487	8	495	99
48 à 44	2117 à 2021	352	21	373	75
43 à 39	2022 à 2026	190	22	212	43

Tableau 5 : Déficit en chirurgie orthopédique

2002=25	2003=51	2004=77
2005=103	2006=129	2007=115
2008=115	2009=100	2010=100

Tableau 6 : Besoins en chirurgie orthopédique

2002=92	2003=105	2004=118
2005=131	2006=151	2007=172
2008=192	2009=212	2010=219

Tableau 7: Effectifs en chirurgie vasculaire

Région	Chir en exercice	Chir. en formation	%
Ile de France	93	21	22%
Nord ouest	65	17	26%
Nord est	58	17	29%
Ouest	86	8	9%
Sud ouest	97	13	13%
Sud	81	7	8%
Est	56	5	9%

Tableau 8: Prospective de la démographie des ophtalmologistes (DREES 2002-2020)

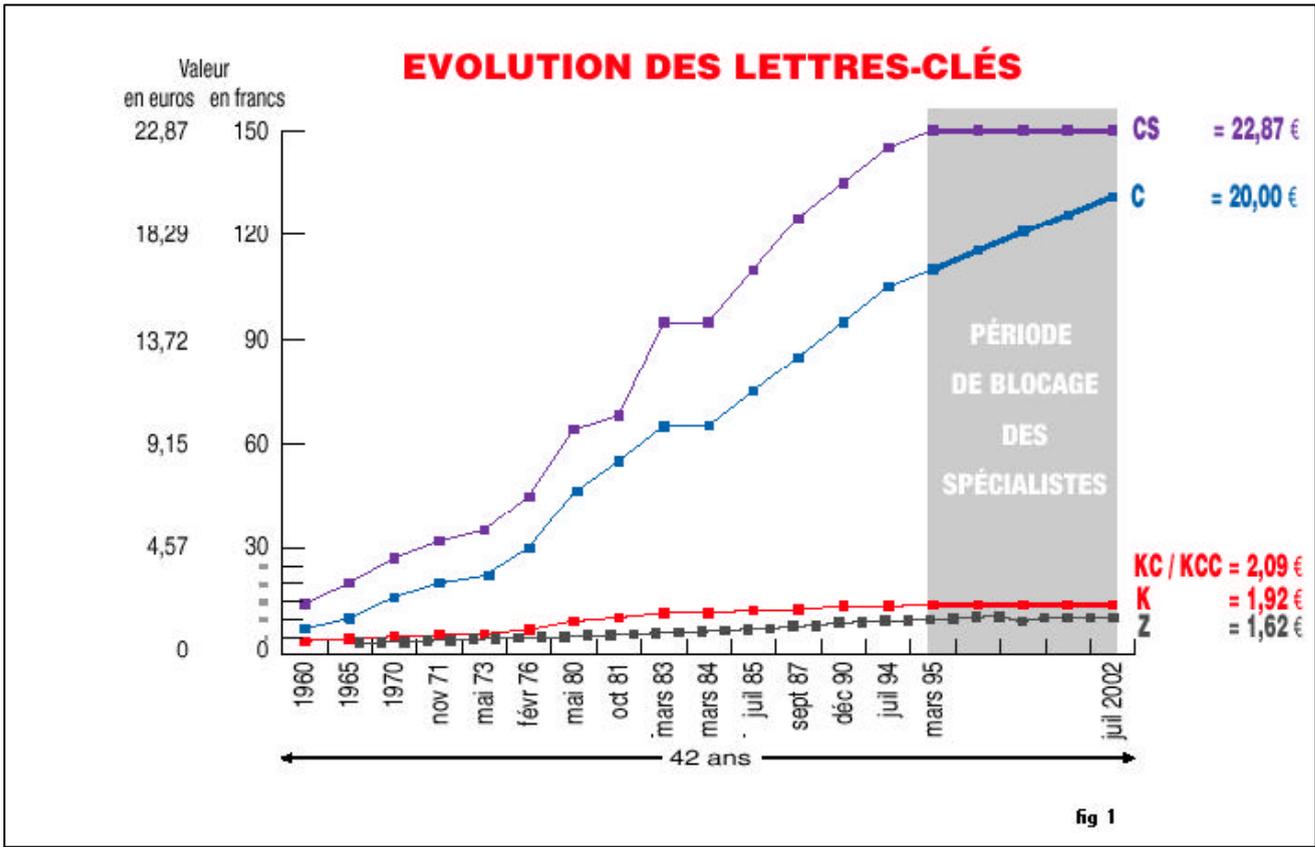
	2002	2010	2020
Nombre	5318	4712	2938
% / médecins	2,7%	2 ,4%	1,8%
% féminisation	43,3%	45,1%	43,9%
Age moyen	48	52	53,3

Tableau 9 : Besoins théoriques en Chirurgie (NIH)

Chir générale	2080	1/25000	1919
Orthopédie	2080	1/25000	1741
Urologie	650	1/80000	613
ORL	693	1/75000	512
Maxillo faciale	346	1/150000	287
Plastique	520	1/10000	286
Cardio thoracique	286	1/182000	300
Neurochirurgie	208	1/250000	202
Pédiatrique	173	1/300000	130

Tableau 10: activité des blocs opératoires

Structure	Kc/ salle d'opération
CH	41 249
CHR	48 887
PSPH	59 992
Privé sous OQN	98 632



Evolution des lettres clefs

1970 - 2002

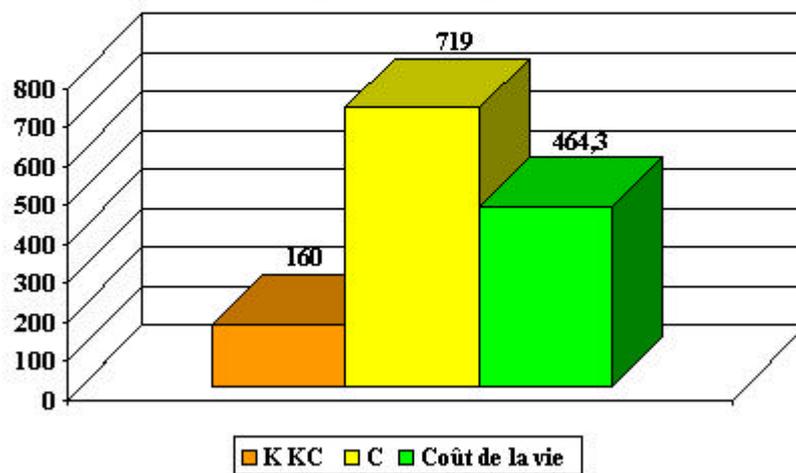


fig. 2

Effectifs en Chirurgie générale par tranche d'age
4757 chirurgiens

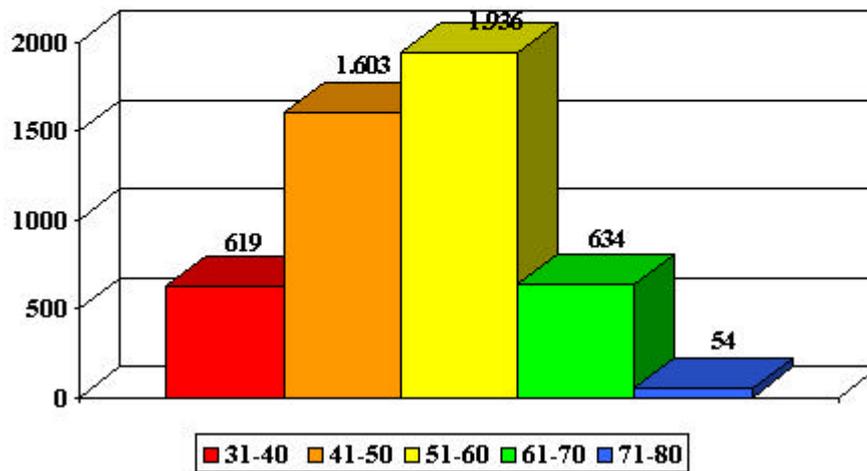


fig 3

Nombre de chirurgiens par million d'habitants (Eurostat)

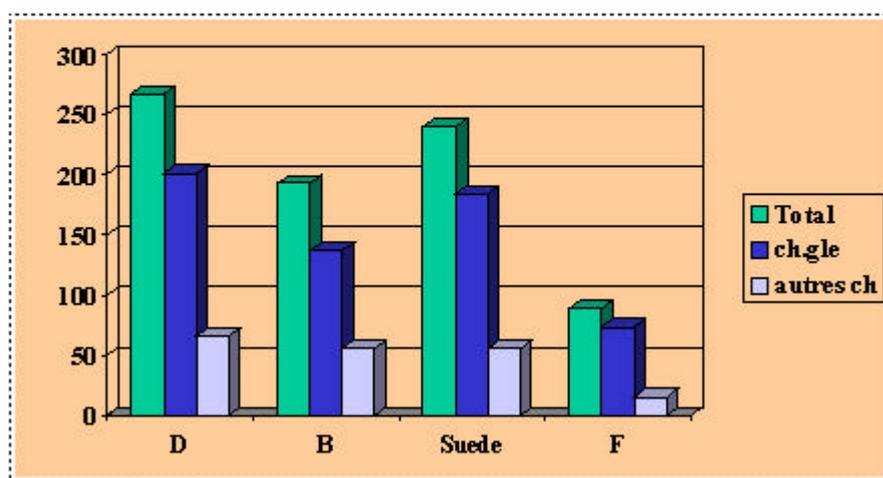


fig 4

Nombre de chirurgiens par million d'habitants (Eurostat)

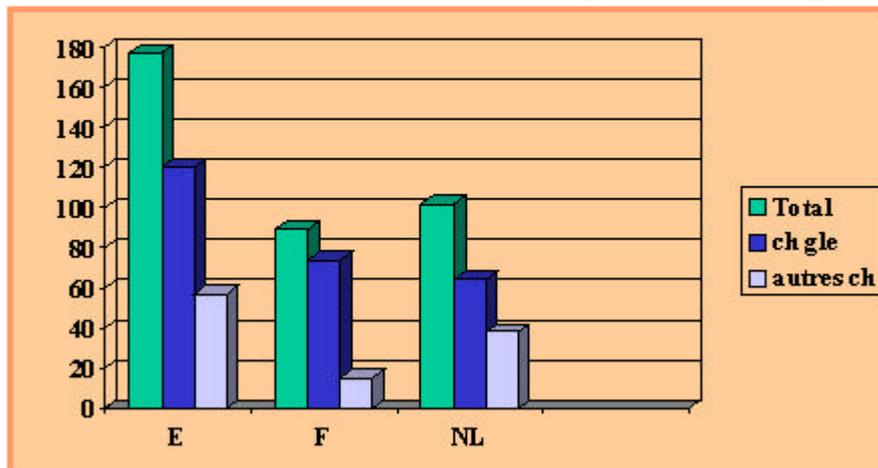


fig 5

Nbre de chirurgiens généralistes / autres spécialités

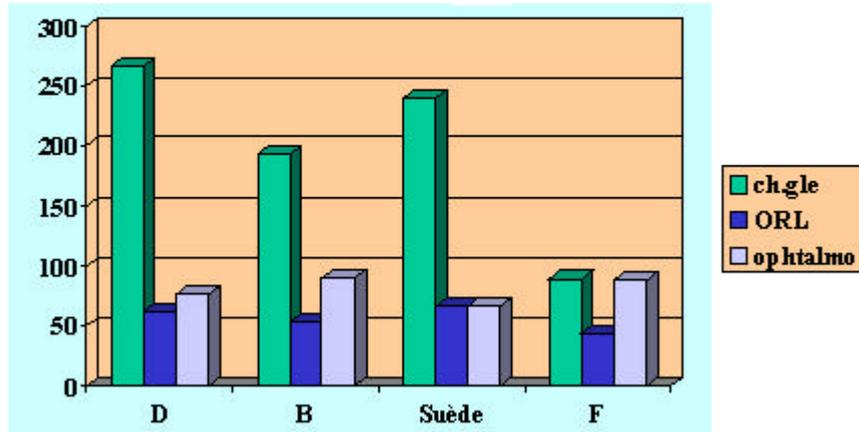


fig 6

Nbre de chirurgiens généralistes / autres spécialités

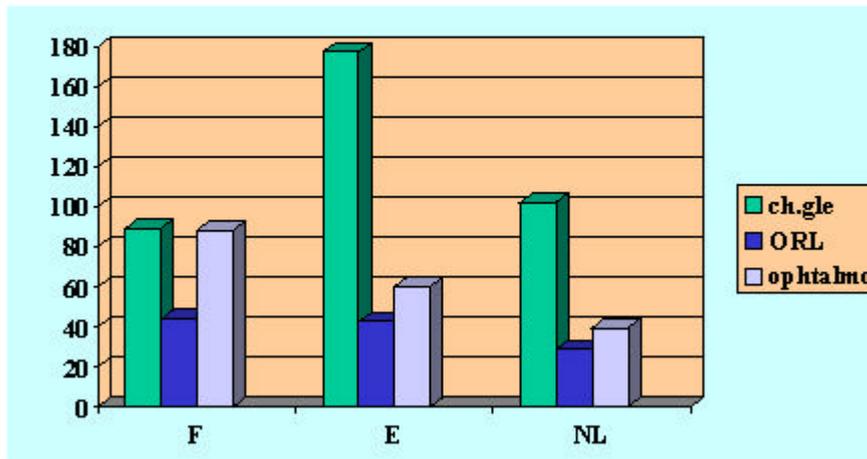


fig 7

Nombre de chirurgiens généraux formés par an pour 10 millions d'habitants

Quota aux Pays bas

Pléthore: All,Be,Esp,Gr,It,

Déficit: B,PB,F

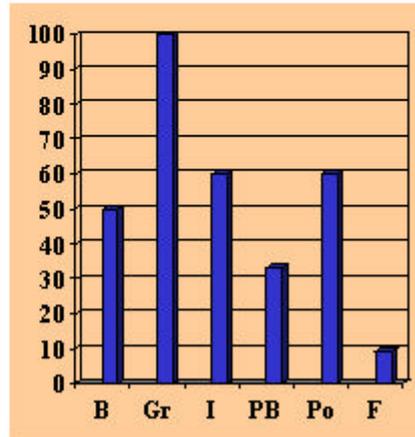


fig 8