

ATELIER 8

Jeudi 25 Septembre 2014

Comment maintenir la chirurgie à l'hôpital ?

Pr Patrick Nataf, Professeur de Médecine, Chirurgien cardiaque, AP-HP
patrick.nataf@bch.aphp.fr

SYNTHESE DES DEBATS

Réalisée par

Sophie Martageix, Raphaël Yven, Vincent Hirsch et Jean-François BESSET,
Elèves Directeur d'Hôpital à l'EHESP

COMMENT MAINTENIR LA CHIRURGIE A L'HOPITAL ?

L'hospitalisation privée en France réalise la majorité des séjours chirurgicaux avec une activité prédominante pour la chirurgie ambulatoire. Si certains domaines d'activités, comme les transplantations d'organes et la chirurgie des polytraumatismes ou complexe, sont préférentiellement le fait du secteur public, tous les autres actes chirurgicaux peuvent être effectués en clinique privée.

Le choix du type d'établissement par les patients peut être contraint par un contexte d'urgence ou orienté par des considérations financières, géographiques ou de réputation de l'établissement ou du chirurgien.

Le plateau technique doit être équipé de matériel performant et composé d'équipes médico-chirurgicales compétentes en nombre suffisant pour assurer la continuité et la permanence des soins. Un seuil minimum d'activité programmée est requis pour des raisons de qualité et d'efficacité. Dans un contexte concurrentiel et de tarification à l'activité, la chirurgie dans les hôpitaux publics doit être au moins aussi performante que celle des centres privés. Pouvoir envisager des restructurations peut ainsi s'avérer nécessaire.

Des questions peuvent légitimement être posées : Hormis les cas complexes, est-il utile de maintenir la chirurgie réglée dans les hôpitaux publics puisque les cliniques privées peuvent l'assurer avec efficacité ? Si oui, l'hôpital est-il suffisamment attractif pour les patients et les chirurgiens ? Dans ce cas, comment retenir les chirurgiens à l'hôpital public alors que cette profession est à majorité libérale ?

L'atelier sera scindé en plusieurs sessions thématiques d'une demi-heure:

L'activité chirurgicale dans les hôpitaux: Quel intérêt pour les patients, pour l'hôpital, pour les pouvoirs publics ?

Accès à la chirurgie : quand et où cela pose problème ?

La chirurgie et les petits hôpitaux : comment restructurer, comment éviter une désertification ?

Chirurgie ambulatoire : Les leçons du privé pour améliorer les performances du public ?

Qui nous opérera dans 10 ans ? Les raisons d'une crise de recrutement et de vocation chirurgicale.

Changements sociétaux et contraintes du métier de chirurgien : Comment motiver les nouvelles générations d'étudiants en médecine ?

Quelles solutions pour retenir les chirurgiens à l'hôpital public ? l'offre du privé et les plans de carrières et rémunérations à l'hôpital.

COMMENT MAINTENIR LA CHIRURGIE A L'HOPITAL ?

Jeudi 25 Septembre 2014. 14h30 à 18h30

PROGRAMME

Chairman : Patrick NATAF, Professeur de Médecine, Chirurgien Cardiaque. APHP

14 h30 – 14h 45

Tour de table et présentation des participants : Patrick NATAF

14 H 45 – 15 h 15

L'activité chirurgicale dans les hôpitaux: Quel intérêt pour les patients, pour l'hôpital, pour les pouvoirs publics ?

Modérateur : Jean François BESSET

15h 15 - 15h 45

Accès à la chirurgie : quand et où cela pose problème ?

Modérateur : Sophie MARTAGEIX

15h45 - 16 h15

La chirurgie et les petits hôpitaux : comment restructurer, comment éviter une désertification ?

Modérateur : Sophie MARTAGEIX

16 h15 – 16h30 : PAUSE

16h30 – 17h

Chirurgie ambulatoire : Les leçons du privé pour améliorer les performances du public ?

Modérateur : Raphael YVEN

17 h – 17h30

Qui nous opérera dans 10 ans ? Les raisons d'une crise de recrutement et de vocation chirurgicale.

Modérateur : Jean François BESSET

17 h30 - 18 h

Changements sociétaux et contraintes du métier de chirurgien : Comment motiver les nouvelles générations d'étudiants en médecine ?

Modérateur : Vincent HIRSCH

18 h – 18h 30

Quelles solutions pour retenir les chirurgiens à l'hôpital public ? L'offre du privé et les plans de carrières et rémunérations à l'hôpital.

Modérateur : Vincent HIRSCH

LISTE DES PARTICIPANTS :

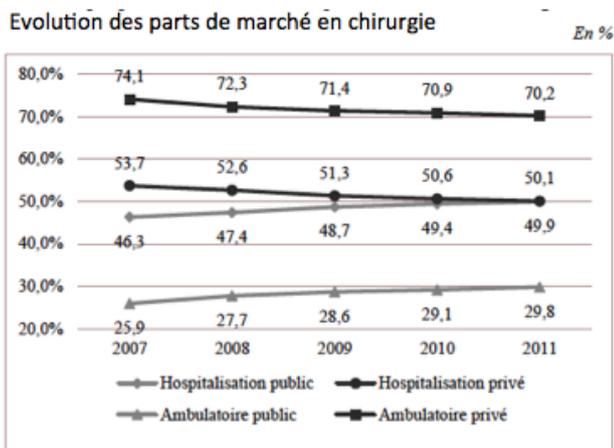
Chairman : **Patrick NATAF**, Professeur de Médecine, Chirurgien Cardiaque. APHP

- **François BELLENOT** : Chirurgien. Représentant du SCH (Syndicat des Chirurgiens Hospitaliers) de l'île de France et Conseil National Professionnel de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.
- **Jean François BESSET**: EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)
- **François Emmanuel BLANC** : Directeur Général de la CPAM de Seine Saint Denis. Ancien Directeur général de l'ARS Poitou-Charentes
- **Sarah CHATELAIN** : Interne en Chirurgie.
- **Georges-Christian CHAZOT** : Président de la Fondation du groupe hospitalier Paris-Saint Joseph
- **Jean-Marc COURSIER** : Médecin. Directeur des Relations Médicales. Générale de Santé
- **Jean-Marie DESMONTS** : Professeur de Médecine. Directeur des Affaires Médicales de l'hôpital Américain de paris. Ancien Doyen de la Faculté de médecine Xavier-Bichat
- **Jacques DOMERGUE** : Chirurgien. Professeur de Médecine. Directeur général de l'Institut du cancer de Montpellier (ICM). Ancien Président du Conseil national de la chirurgie.
- **Matthieu DURAND** : Chirurgien. Fondateur et Directeur de publication du magazine What's up Doc
- **Benoit ELLEBOODE** : Médecin. Conseiller Médical du DG de l'ARS Aquitaine. Ancien conseiller médical du DG ARS de Midi-Pyrénées. Ancien Président de l'ISNIH (Inter syndicat national des internes des hôpitaux)
- **Henri ESCOJIDO** : Professeur de Médecine. Président des CME d'Hospitalisation Privée de PACA – CORSE
- **Marie-Georges FAYN** : Conseil en communication Santé. Editrice de www.reseau-chu.org et de www.mediasCHU.fr
- **Xavier GOUYOU-BEAUCHAMPS** : Chirurgien. Secrétaire Général de l'UCDF (Union des Chirurgiens de France) et du BLOC.
- **Vincent HIRSCH**: EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)
- **Jean Patrick LAJONCHERE** : Directeur général du groupe hospitalier Paris-Saint Joseph
- **Jean Jacques LAPLANTE** : Médecin. Directeur de la santé à la Mutualité Sociale Agricole de Franche-Comté
- **Sophie MARTAGEIX**: EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)
- **François MOURGUES** : Directeur général du Centre hospitalier d'Alès. Président de l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier) Languedoc-Roussillon.
- **Brigitte THEVENIN-LEMOINE** : Médecin. Référent Chirurgie. ARS Ile de France.
- **Raphael YVEN** : EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)

L'ACTIVITE CHIRURGICALE DANS LES HOPITAUX : QUEL INTERET POUR LES PATIENTS, POUR L'HOPITAL, POUR LES POUVOIRS PUBLICS

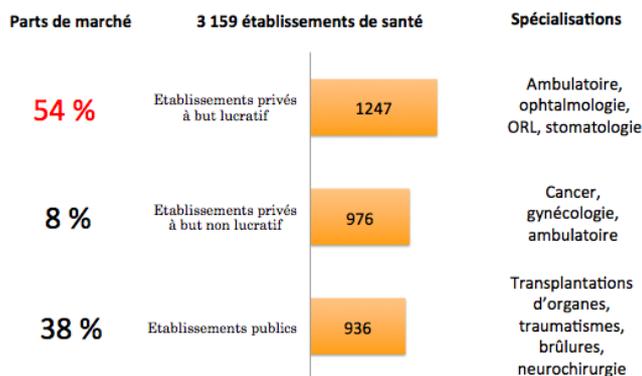
I. Etat des lieux : plus d'une intervention sur deux sont aujourd'hui réalisées dans le secteur privé

L'activité chirurgicale en France représente environ 5,3 M de séjours par an. 40% des interventions se font en ambulatoire et 60% nécessitent une hospitalisation.



Source : données ATIH

Si en matière d'hospitalisation, secteurs publics et privés se répartissent à parts égales les séjours, il n'en va pas de même en ambulatoire pour lequel près de 70 % des interventions ont lieu en secteur privé. Dans un paysage chirurgical où 95% des interventions peuvent être pratiquées dans les 3 secteurs, l'hôpital public garde la maîtrise de la chirurgie complexe et des transplantations d'organes.



Source : DREES, Panorama des établissements de santé, 2012

A noter enfin que la France accuse un certain retard en matière de chirurgie ambulatoire. Près de 8 interventions sur 10 aux Etats-Unis et plus de 7 interventions sur 10 au Danemark et en Suède se déroulent en ambulatoire. Dans son rapport 2013 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes se montre très critique vis-à-vis de ce retard, voyant dans ce mode d'intervention des sources substantielles d'économies.

II. Face à ces constats, le groupe de travail a concentré ses discussions sur les conditions permettant le maintien de la chirurgie à l'hôpital

- En terme d'efficacité et de performance, le maintien de la chirurgie au sein d'un hôpital repose sur certaines conditions : la capacité à mobiliser des ressources rares telles que les anesthésistes ou les IBODE, des garanties de sécurité, des plateaux techniques suffisamment dotés.
- La chirurgie se spécialisant, elle requiert des équipes plus importantes, regroupées, travaillant en multi sites incluant activité d'enseignement, de recherche. La chirurgie dans de petits hôpitaux avec très peu de chirurgiens n'est plus tenable en termes de sécurité.
- Il existe aujourd'hui trois situations différentes :
 - Les zones peu peuplées, désertées par les cliniques privées et où seul reste l'hôpital public mais, à termes, sans chirurgie.
 - Les grandes zones urbaines où cohabitent dans la concurrence offres privées et publiques.
 - Les zones intermédiaires assez peuplées pour avoir un hôpital public mais dont l'équilibre économique dépend d'une collaboration public / privé.
- Il existe aujourd'hui une confusion des rôles qui nécessite d'appliquer le principe de subsidiarité au domaine sanitaire en déterminant le niveau le plus pertinent d'intervention en fonction de la nature des problèmes de santé de chaque patient. L'intérêt serait de réduire les cloisonnements inhérents au paysage sanitaire actuel en développant les complémentarités inter sectorielles et les liens public / privé.

Axes de réflexion

- Comment attirer aujourd'hui à l'hôpital à la fois le chirurgien, l'anesthésiste et les patients ?
- Comment rééquilibrer l'activité entre hôpitaux publics et cliniques privées ?

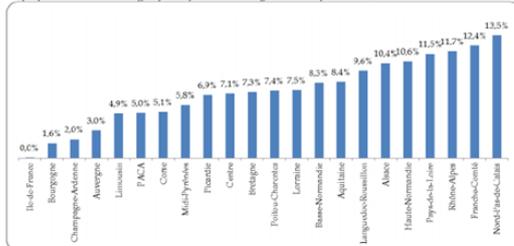
L'ACCES A LA CHIRURGIE : QUAND ET OU CELA POSE PROBLEME ?

I. Etat des lieux : l'accès à l'offre chirurgicale est inégal sur le territoire du fait de différents facteurs

1) *Le problème de la démographie médicale*

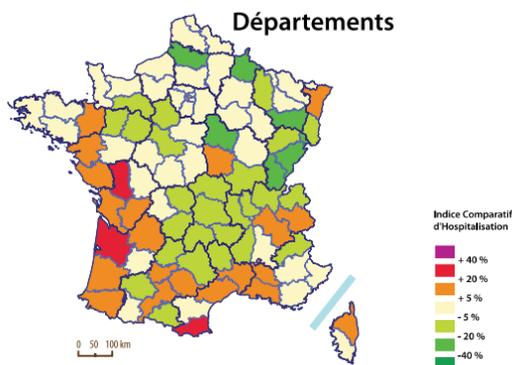
Sur la période 2007-2014 la variation des effectifs de chirurgiens est très disparate d'une région à l'autre et d'un département à l'autre.

Graphique n°9 : Variation des effectifs des spécialistes chirurgiens sur la période 2007/2014



L'offre reste globalement concentrée sur les littoraux atlantique et méditerranéen et dans les aires métropolitaines laissant certains territoires peu couverts (Normandie, Ardennes, Lorraine, Morvan, Massif central). De forts contrastes locaux existent aussi entre zones urbaines et rurales. Le faible taux de recours à des actes chirurgicaux est à corréliser avec l'inégale répartition des médecins spécialistes libéraux (chirurgie de la cataracte et ophtalmologistes libéraux).

Actes chirurgie de la cataracte 2010



2) *Les délais d'attentes et les restes à charge :*

58 % des Français ont renoncé à consulter un médecin spécialiste en raison d'un délai d'attente jugé trop long (délais plus importants dans le public que dans le privé), tandis qu'ils ont été 37 % à y renoncer en raison du coût de la consultation et 28 % à cause de l'éloignement géographique (sondage IFOP 2011).

L'assurance maladie assume environ 79 % de la Dépense Courante de Santé. Les 21 % restants sont à la charge des assurés sociaux. En 2005 il était en moyenne de 1 265 euros par ménage, en 2010 il passe à 1 530 euros (+ 20 %) avec de grandes disparités régionales. En chirurgie, la question se pose essentiellement en termes de dépassements d'honoraires.

II. Le groupe de travail a mis l'accent sur les problématiques du maillage territorial de l'offre et de la qualité, sécurité des pratiques

- Il y a clairement un problème de désertification des chirurgiens mais également des patients qui quittent certains territoires pour aller se faire opérer parfois relativement loin de leur domicile. On est face à un cercle vicieux : les hôpitaux peu attractifs voient leur patientèle partir, donc les praticiens s'éloignent aussi, les cliniques ferment (sanctionnées par le marché) et le territoire est de moins en moins attractif.
- Concernant le maillage de l'offre en chirurgie les pouvoirs publics vont devoir se pencher dans un avenir proche sur certains problèmes :
 - La rémunération dérisoire de certains actes
 - Le manque de réactivité dans la gestion des autorisations
 - L'insuffisante incitation à la mutualisation
- L'accès à la chirurgie doit se faire par le biais de filières territoriales et, dans ce cadre, les médecins traitants ont un rôle essentiel à jouer dont ils ne sont pas encore saisis.
- Il n'y a globalement pas de problème d'accès financier à la chirurgie, excepté pour la chirurgie dentaire. Le problème des dépassements d'honoraires ne joue pas tant sur le reste à charge que sur la démographie médicale. En effet, les chirurgiens vont s'installer plus facilement dans des zones plus aisées économiquement pour pouvoir pratiquer leurs dépassements, ce qui accentue le déséquilibre entre des zones déjà sur-dotées et d'autres, sinistrées économiquement et désertées médicalement.
- Ainsi le problème se situe bien davantage au niveau de l'organisation inéquitable du système qu'au niveau des rémunérations des praticiens (ex : accès inégal à la prévention).
- Finalement, le plus gros enjeu d'accès à la chirurgie est celui de la qualité des pratiques, ce qui peut impliquer de fermer certains plateaux techniques. Il faut également prendre en compte les évolutions des techniques et notamment assurer le passage à l'ambulatoire de façon efficiente et équitable.

Axes de réflexion

- Pourquoi tant de disparités entre régions et départements et comment s'assurer d'une présence médicale suffisante sur l'ensemble du territoire ?
- Quelle est la bonne répartition géographique des moyens médicaux ?
- Comment réduire les délais d'attente ?
- L'obstacle financier est-il opposable en chirurgie et quels seraient les leviers pour réduire le reste à charge des patients ?

LA CHIRURGIE ET LES PETITS HOPITAUX : COMMENT RESTRUCTURER ET EVITER UNE DESERTIFICATION ?

I. Etat des lieux : des tensions croissantes remettent en cause le maintien de la chirurgie dans les petits hôpitaux

Cette problématique présente trois dimensions :

- qualitative (sécurité et de continuité des soins),
- économique (exigences de la T2A),
- stratégique (positionnement actuel et futur des établissements de proximité).

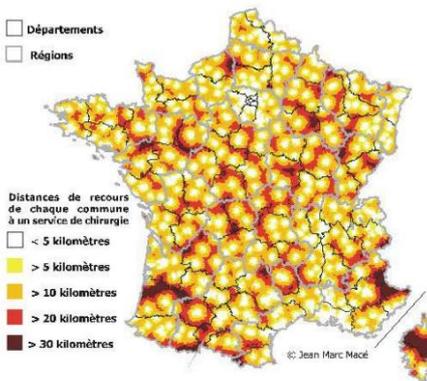
L'enjeu est, in fine, de maintenir une offre de soins indispensable tout en assurant la qualité et la sécurité des pratiques et ce à un coût raisonnable pour la collectivité.

1) *Quelle taille critique et quel maillage pour les services de chirurgie ?*

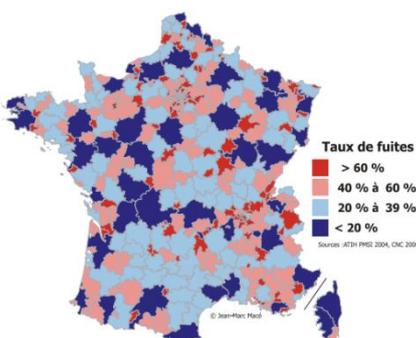
Le rapport présenté par Guy Vallancien en 2006 retenait le seuil de 2000 actes opératoires par an (113 établissements concernés).

Les SROS III (mis en place le 31 mars 2006) fixaient quant à eux un seuil d'activité recommandé de 1 500 séjours chirurgicaux ou 2 000 actes en bloc opératoire nécessitant une anesthésie par an.

Concernant les temps d'accès à un plateau technique il faut noter que 6 % de la population française habite dans une commune située à plus de 40 minutes du service de chirurgie public ou privé le plus proche, et 450 000 personnes à plus de 50 minutes.



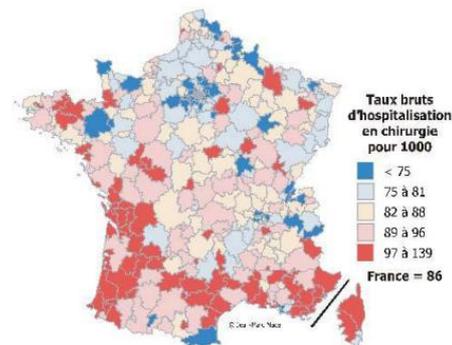
La problématique des taux de fuite est également très prégnante pour les petits hôpitaux, pouvant aller jusqu'à 90%.



2) *L'enjeu de la quantité et de la qualité de l'activité*

Il est à noter que 11 000 lits de chirurgie sont occupés à moins de 50% et 25% des blocs opératoires sont occupés à moins de 60% (seuil de rentabilité estimé entre 65 et 85% de taux d'occupation) (*Rapport MEAH gestion et organisation des blocs opératoires 2006*)

En termes de taux d'hospitalisation en chirurgie, des disparités importantes apparaissent (prédominance dans l'ouest et le sud).



Il faut donc faire face au paradoxe suivant : des soins de qualité en chirurgie supposent à la fois une proximité géographique pour éviter une perte de chances pour le patient et un plateau technique performant avec des équipes spécialisées et un aval suffisant.

II. Le groupe de travail a insisté sur le fait que la restructuration des services de chirurgie à faible activité est indispensable, a évoqué des écueils à éviter et a proposé des pistes d'évolutions

- Tout l'enjeu est d'arriver à un compromis entre le maintien d'un niveau satisfaisant de qualité et de sécurité des soins et les considérations politiques (aménagement du territoire, emplois) en cas de fermeture d'un service.
- Tout d'abord, le problème de l'attractivité des hôpitaux, tant pour les patients que les professionnels, n'a été globalement pas assez réfléchi. Force est cependant de constater que l'information sur la qualité des pratiques circule au regard des taux de fuite de la patientèle et de la défiance de certains professionnels. Une stratégie efficace semble donc consister à aller chercher les patients, et ce notamment en créant un fort lien avec les médecins généralistes du territoire.
- Il faut noter que, financièrement, les plus grosses « marges » se font grâce à l'activité de médecine. La chirurgie génère certes beaucoup de recettes mais avec des charges très importantes en regard et donc des marges plutôt faibles. Ainsi, si un hôpital se retrouve en difficultés financières, le plus judicieux serait certainement de se concentrer sur la médecine et notamment le traitement des maladies chroniques.

- L'idée de transformer les services de chirurgie actuels dans les petits hôpitaux en services de chirurgie ambulatoire n'est pas viable car il s'agit d'une chirurgie plus exigeante en termes de techniques mais également d'organisation (ex : suivi des patients à domicile). Pour être efficient en chirurgie ambulatoire il faut au minimum 3000 actes/ an. Dans 5 ou 6 ans il faudra 6000 actes si on garde les mêmes niveaux de tarifs qu'aujourd'hui. On peut donc imaginer garder plutôt dans les structures de proximité les « petites urgences », certaines consultations, les actes opératoires courants, en lien avec un établissement de référence.
- Une organisation optimale se baserait donc davantage dans des stratégies de fusions, de regroupements d'établissements, de créations de consultations avancées de spécialités, en d'autres termes, de filières territoriales beaucoup plus attractives tant pour les professionnels que pour les patients. A l'avenir, on peut imaginer que les petits hôpitaux deviennent de véritables antennes des grands centres pour un

maillage plus efficace. Mais pour cela il faudra franchir un certain nombre de barrières tant politiques que médicales.

- La nouvelle loi de santé publique promet d'être une loi de restructuration, elle devrait donc poser des critères clairs et objectifs pour identifier les services qu'il est indispensable de conserver et ceux que l'on peut faire évoluer.

Axes de réflexions

- Quelle activité de chirurgie laisser aux petits hôpitaux par rapport aux établissements plus importants?

-Quelle reconversion pour les hôpitaux auxquels on aurait enlevé leur service de chirurgie ?

-Quelle organisation mettre en place pour garantir une prise en charge optimale (proximité et qualité) des patients ?

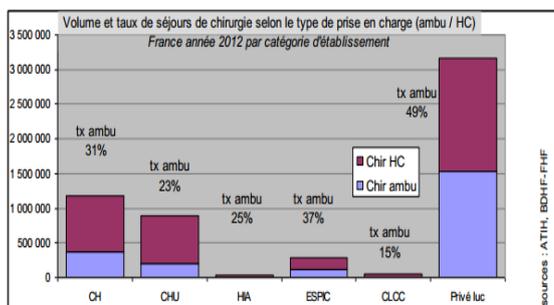
LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE

I. Etat des lieux : idées reçues sur la chirurgie ambulatoire

1) La France fait moins de chirurgie ambulatoire que les autres pays de l'OCDE

Certes la France a eu un démarrage tardif en matière de développement de la chirurgie ambulatoire et son potentiel est important, mais le fossé n'est pas tel que certains le présentent. Les taux d'ambulatoire ne peuvent être comparés entre tous les pays car ils ne recouvrent pas les mêmes activités. La définition française de la chirurgie ambulatoire est très restrictive et exclue de nombreux actes, éligibles dans d'autres pays.

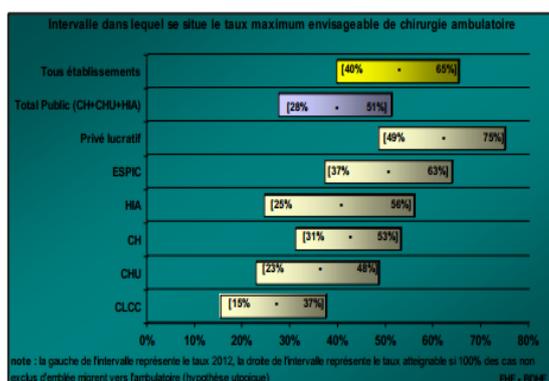
Les données sont d'autant à relativiser que les pouvoirs publics ont longtemps été, au mieux, inactifs, au pire, freinant sur la question de l'ambulatoire.



2) Le public est à la traîne en matière d'ambulatoire

Le taux d'ambulatoire est largement supérieur dans le privé, qu'il soit lucratif ou d'intérêt collectif. Pour autant ces chiffres doivent être mis en perspective avec le type d'activité réalisée et le profil des patients pris en charge.

Le public compte un nombre plus important de patients entrés par les urgences, il prend également en charge plus de patients âgés, de patients ayant des difficultés sociales (ex : absence de logement) ou présentant des poly pathologies. Une fois exclus du calcul du taux d'ambulatoire les patients et les pathologies non éligibles, la lecture des écarts entre le privé et le public est autre.



3) La chirurgie ambulatoire peut permettre à des établissements en difficulté de faire évoluer leur offre de soins

La chirurgie ambulatoire est une organisation de l'excellence. La limite de 12 heures pour prendre en charge un patient et la remise à la rue quelques heures après l'opération imposent une prise en charge de haute qualité. Une structure en sous activité ou défaillante aux niveaux des pratiques et de l'organisation ne doit pas s'orienter vers l'ambulatoire par défaut.

L'ambulatoire doit être un vrai choix stratégique pour des établissements performants.

II. Le groupe de travail a soulevé plusieurs grandes questions et enjeux relatifs au développement de l'ambulatoire : structure de l'offre de soins, culture, tarifs...

- Malgré une période d'évolution des tarifs favorable à l'ambulatoire, ces activités restent très difficiles à rentabiliser. Il faut réaliser un nombre d'actes très élevé et dépasser les 200% de taux d'occupation.
- Il faut changer de culture, passer d'une culture de l'occupation, centrée sur les lits et les services, à celle du niveau de l'activité, avec des services partagés et modulables.
- Des réticences persistent chez les hospitaliers mais également chez les usagers et les médecins généralistes. Il apparaît nécessaire de continuer à communiquer sur la qualité des prises en charge en ambulatoire.
- Le financement à l'activité va entraîner une baisse mécanique des actes. Augmentation des actes en ambulatoire et baisse des tarifs vont être corrélés, ce qui va poser la question des limites structurelles d'un tel système. En tout état de cause, il faut se préparer à un alignement à la baisse de tous les tarifs.

Axes de réflexions

- Comment donner de la visibilité aux décideurs pour faire évoluer l'offre de soins et notamment poursuivre le développement de l'ambulatoire ?
- Comment créer une culture de l'ambulatoire partagée par les professionnels de santé ?
- La tarification à l'activité et l'évolution des tarifs ne mettent-ils pas en péril le mouvement de substitution de l'ambulatoire à de l'hospitalisation complète ?

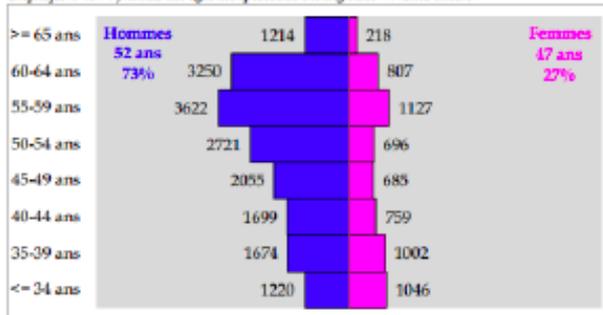
QUI NOUS OPERERA DANS DIX ANS ? :

LES RAISONS D'UNE CRISE DE RECRUTEMENT ET DE VOCATION CHIRURGICALE

I. Etat des lieux : des besoins grandissants d'ici 2025

23 795 médecins exercent actuellement la chirurgie en France, âgés en moyenne de 49,4 ans. D'ici 10 ans, il risque donc de se poser un épineux problème démographique. Les spécialités chirurgicales sont, par ailleurs massivement représentées par les hommes (73%).

Graphique n°13 : Pyramide des âges des spécialités chirurgicales - France entière



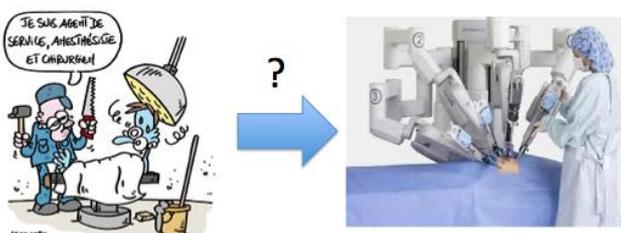
Source: Atlas démographie médicale en France CNOM 2014

La réforme du numerus clausus de 2004 a permis de remédier partiellement à cette situation de pénurie. D'ici à 2025, le nombre de praticiens devrait augmenter de 12%. Toutefois, dans le même temps, l'INSEE prévoit un accroissement des besoins en soins de la population du fait de son vieillissement. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans devrait ainsi croître de 41% d'ici 10-15 ans.

II. Crise des vocation ou crise de recrutement ? : une question récurrente.

Plusieurs raisons sont traditionnellement avancées pour expliquer le manque de chirurgien en France : la dégradation des conditions d'activité, le numerus clausus, la fin du concours de l'internat et, consécutivement, la perte de prestige de la chirurgie, la féminisation de la médecine.

Par ailleurs, au delà de ces questions de démographie médicale, il y a celle de la technologie. Dans une récente interview, le Pr Guy Vallancien déclarait « il n'est même plus impossible qu'une partie des actes opératoires voire même des opérations entières soient réalisées demain par des ingénieurs opérateurs qui ne seront pas forcément des chirurgiens qui auront prêté le serment d'Hippocrate ».



III. Le groupe de travail a mis en avant la nécessité de rénover la formation des chirurgiens et de travailler à l'attractivité du métier.

➤ Davantage qu'une crise des vocations, il conviendrait de parler d'évolution des mentalités avec un privilège accordé aujourd'hui à la qualité de vie par rapport au travail. Cette évolution se conjugue avec la féminisation de la profession médicale : 70% des internes sont aujourd'hui des femmes. Toutefois, elles ne sont plus que 36% à choisir la chirurgie. Les premiers choix se portent vers l'ophtalmologie, l'ORL qui bénéficie d'avantages comparatifs : pas de gardes, post internat non obligatoire. La chirurgie générale n'arrive qu'en 18^{ème} choix.

➤ A côté de cette relative désaffection, il existe une crise de confiance vis-à-vis de la pertinence de la formation des futurs praticiens. Une réflexion doit être menée sur la formation et sa validation. Pistes de réflexion :

- ne pas donner systématiquement le diplôme, et travailler, avec le CNOM, sur la reconnaissance des DU et DIU ;
- mettre en place une obligation de 2 ans de post internat pour le DESC ;
- revoir les maquettes de formation en développant l'intelligence pratique des étudiants et l'enseignement des technologies ;
- parallèlement, développer des seuils d'activité pour toutes les chirurgies.

➤ La revalorisation du métier de chirurgien passe également par un travail sur son attractivité. Plusieurs axes de réflexion ont été mis en avant :

- L'attractivité repose d'abord sur l'existence d'une bonne équipe locale. La neurochirurgie apparaît en 1^{er} choix aux HCL alors qu'elle n'est que 16^{ème} à l'APHP.
- Pourquoi ne pas introduire une variation des tarifs selon les territoires ? Pour garantir une permanence de la chirurgie là où on en a besoin dans 10 ans, l'idée d'une tarification sélective pourrait être envisagée.

Axes de réflexion

- Comment concilier aspiration des jeunes chirurgiens à un meilleur confort de vie et nécessité d'avoir une offre de service de qualité sur l'ensemble du territoire ?
- Quelles formations mettre en œuvre pour faire face aux enjeux de la chirurgie de demain ?

CHANGEMENTS SOCIETAUX ET CONTRAINTES DU METIER DE CHIRURGIEN : COMMENT MOTIVER LES NOUVELLES GENERATIONS D'ETUDIANTS EN MEDECINE

I. Etat des lieux : les raisons du malaise.

S'il n'existe pas à proprement parler de crises des vocations pour les professions chirurgicales, il n'en demeure pas moins une forme de malaise, qui s'est exprimé avec vigueur en 2004 à l'occasion de « l'exil de Wembley », et qui demeure aujourd'hui palpable notamment à travers le **recul progressif du rang moyen des futurs médecins choisissant les spécialités chirurgicales, à l'issue des ECN¹**. Ce phénomène est durement ressenti par la profession, qui perçoit cette évolution comme le symptôme d'une crise des vocations, ou des recrutements.

Les facteurs d'un tel malaise sont aujourd'hui bien identifiés :

Les études permettant l'exercice des disciplines chirurgicales sont en générales plus longues que dans les autres spécialités, avec un internat d'une durée d'en général 5 ans et un post-internat de 2 ans obligatoire. Pour pouvoir prétendre à une carrière hospitalo-universitaire, les exigences, et la durée des études sont encore supérieures, tandis que l'obtention d'un poste de clinicien dans un CHU, ou dans un centre hospitalier important se révèle particulièrement compliquée : il y aurait aujourd'hui 2 à 3 fois plus de postes d'internes que de chef. La dichotomie entre le nombre de postes offerts à l'internat et le nombre de postes pérennes ultérieurement proposés est ainsi un frein au choix de la chirurgie (toutes spécialités chirurgicales confondues).

En outre, les conditions d'exercice en chirurgie sont particulièrement lourdes et sont défavorablement ressenties par les futurs médecins : les horaires sont plus lourds que pour les autres disciplines, avec un rythme peu compatible avec un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, aujourd'hui davantage recherché que par le passé par les professionnels de santé. En effet, les professionnels exerçant dans ces professions connaissent des amplitudes horaires importantes auxquelles s'ajoutent de nombreuses gardes (sans que les repos de sécurité ne soient toujours effectués). La préservation de la vie privée et familiale est considérée par les médecins d'aujourd'hui comme une valeur indispensable et ne leur semble pas incompatible avec leur goût pour l'activité médicale, mais peut s'opposer au rythme des professions chirurgicales. L'exercice de la chirurgie peut rester attractif et continuer à susciter de nouvelles vocations mais les nouvelles générations semblent, moins que par le passé, prêtes à sacrifier leur vie privée.

L'enjeu des rémunérations, ensuite, est central et souvent évoqué par les chirurgiens en poste comme l'un des défis de

la profession : les rémunérations des chirurgiens français, quelles que soient les disciplines sont inférieures à leurs homologues étrangers.

Enfin, et il s'agit là sans doute d'une évolution structurelle de la médecine : l'apparition de nouvelles techniques médicales, non- ou mini-invasives (telles que la cardiologie ou neuroradiologie interventionnelle) viennent remettre en cause le monopole autrefois détenu par le chirurgien font évoluer les équilibres établis.

II. Face à ce constat, largement partagé par l'ensemble des acteurs, comment inciter de nouvelles générations de médecins à embrasser une carrière chirurgicale ?

Les avis convergent pour rappeler que le choix de la chirurgie ne se fait pas au hasard, il est le fruit de la passion pour une discipline, découverte lors des études médicales, ou plus rarement parce que la chirurgie est une « vocation ». Ainsi l'un des enjeux principaux, pour motiver les futurs médecins à choisir la chirurgie, réside dans la capacité des équipes en place à transmettre un savoir-faire et à susciter de nouvelles vocations. De l'avis des membres du groupe de travail, l'hôpital public est choisi pour la qualité du travail en équipe, la pluri-professionnalité et le niveau d'activité du service. C'est ainsi au niveau de chaque établissement que des stratégies de « fidélisation » et d'attractivité des équipes doivent être initiées. Ainsi, des mêmes spécialités, peuvent être très différemment perçues, et donc choisies, par les futurs étudiants : la neurochirurgie est la 1^{ère} spécialité choisie aux Hospices Civiles de Lyon, mais « seulement » la 16^{ème} spécialité choisie à l'AP-HP.

Du point de vue du rythme de vie et des conditions de travail, un consensus s'est formé sur la nécessité de faire atteindre aux équipes chirurgicales, toutes professions et toutes spécialités confondues, une « masse critique » suffisante, seul facteur susceptible de garantir à la fois un niveau d'activité suffisant, un plateau technique moderne et performant, et une charge de travail « lissée » (en particulier pour ce qui concerne les gardes). Ce facteur clé pour l'attractivité de la chirurgie interroge en retour l'organisation hospitalière dans son ensemble (et notamment l'organisation de l'offre de soins et la répartition des plateaux techniques et des blocs).

Enfin la question des rémunérations est centrale dans l'attractivité des disciplines chirurgicales, en particulier dans le secteur public. Le cadre dans lequel l'activité libérale est aujourd'hui exercée à l'hôpital pourrait aujourd'hui être réaménagé, ou de nouveaux contrats proposés, notamment en début de carrière pour rendre la chirurgie immédiatement attractive.

¹ Sources *What's Up Doc*, février 2014, en se fondant sur le rang moyen des médecins choisissant les spécialités, les disciplines chirurgicales s'échelonnent entre la 8^{ème} (chirurgie cervico-faciale) et la 23^{ème} position (chirurgie orale), pour un total de 30 spécialités.

CONCLUSION

COMMENT MAINTENIR LA CHIRURGIE A L'HOPITAL PUBLIC ?

Une part prédominante de l'activité chirurgicale est aujourd'hui réalisée au sein du secteur privé (en particulier lucratif), et plus encore si l'on considère l'activité chirurgicale ambulatoire (70%). La quasi-totalité des actes chirurgicaux peut être réalisée indifféremment dans le secteur public ou le secteur privé (lucratif comme non lucratif), à l'exception des opérations les plus lourdes (neurochirurgie, chirurgie infantile ou encore cardio-vasculaire, par exemple) et de l'activité de transplantation, qui sont concentrés dans le secteur public.

Ainsi, maintenir la chirurgie à l'hôpital public semble être un défi, dès lors notamment que les perspectives de rémunération sont plus faibles dans le secteur public, sans que le rythme de travail ou les contraintes ne soient amoindries (permanences des soins, gardes...). Aujourd'hui, ce sont donc près de 20% des postes de chirurgiens qui, à l'hôpital public, ne trouvent pas preneur.

La majorité des membres du groupe de travail ont souligné deux aspects essentiels : l'hôpital public, parce qu'il ne peut être parfaitement alignés avec les rémunérations offertes dans le secteur privé, doit aller plus loin dans l'amélioration des conditions de travail. La constitution d'équipes étoffées, avec une gouvernance renouée, alliant autonomie et responsabilité doit être encouragée. L'objectif d'une taille critique des équipes chirurgicales hospitalières publiques est une constante et doit être mis en relation avec la problématique des restructurations hospitalières en matière chirurgicale, un chantier aujourd'hui inachevé.

⇒ Le maintien de la chirurgie à l'hôpital public est le corollaire de la réorganisation du tissu hospitalier.

En second lieu, les hôpitaux publics, et notamment les plus importants (CHU, grands CH) doivent se distinguer par des plateaux techniques particulièrement performants et modernes, susceptibles d'attirer et de retenir les futurs chirurgiens désireux de se former avec des technologies innovantes. Cette dimension est d'autant plus décisive que les évolutions législatives récentes, notamment la loi HPST, ont ouverts la formation des étudiants aux établissements privés. L'accès aux missions de service public, à l'enseignement, l'innovation et la recherche des établissements privés de santé atténue sensiblement les différences, dans la pratique médicale, entre secteur public et secteur privé. En outre, l'accès à des plateaux techniques de haut niveau n'est plus l'exclusivité du service public hospitalo-universitaire et est parfois rendu plus aisé à obtenir dans les centres privés au regard des contraintes

économiques et financières pesant sur le secteur hospitalier public.

Enfin, si les rémunérations offertes par le secteur public ne peuvent venir concurrencer directement celles proposées par le secteur privé, des correctifs peuvent être aujourd'hui apportés à un système aujourd'hui rigide.

Les aménagements aujourd'hui trouvés (gardes et astreintes payées non réalisées, primes diverses ne correspondant pas au travail fourni, aide au logement) sont particulièrement insatisfaisants, et coûteux. Il conviendrait ainsi de favoriser l'émergence d'une rémunération à l'activité ou à la performance, pour prendre en compte la qualité des soins et la pertinence des actes ou de simplifier les règles entourant l'activité libérale à l'hôpital (en CH comme en CHU). L'activité libérale à l'hôpital public est aujourd'hui très minoritaire chez les chirurgiens², alors qu'elle permet de maintenir l'attractivité de l'hôpital public, et sa qualité. L'activité libérale offre en effet aux praticiens hospitaliers un complément de ressources qui permet d'éviter leur départ de l'hôpital dans les disciplines les plus touchées par des pénuries en réduisant le différentiel de rémunérations avec le secteur libéral. Elle offre aussi aux praticiens hospitalo-universitaires notamment la possibilité de se constituer un complément de retraite. Le maintien de l'activité libérale est donc nécessaire.

⇒ Il conviendrait ainsi, outre l'actualisation de la cotation des actes, aujourd'hui dépassée, d'assouplir les règles de rémunération issue de l'activité libérale tout en encadrant de façon stricte et transparente les conditions d'exercice (partage du temps entre activité publique et activité libérale, engagements déontologiques).

² *Rapport sur l'activité libérale dans les Etablissements Publiques de Santé*, 2013.