

N° 287

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 15 avril 2008

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de commission des Affaires sociales (1) sur l'avenir de la chirurgie en France,

Par M. Alain MILON,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mme Claire-Lise Campion, MM. Bernard Seillier, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Annie David, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Alain Vasselle, François Vendasi.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. CRISE DES VOCATIONS EN CHIRURGIE : UNE RÉALITÉ À NUANCER	9
A. UN MÉTIER QUI SÉDUIT ENCORE LES JEUNES MÉDECINS, MÊME S’ILS EN DÉNONCENT LES DÉSAGRÉMENTS.....	9
1. <i>Des contraintes qui pèsent sur le choix des étudiants</i>	9
2. <i>Une spécialité toujours attirante</i>	12
B. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET PAR SPÉCIALITÉ QUI SE CREUSENT	15
1. <i>Des disciplines désaffectées</i>	15
2. <i>Des régions désertées</i>	17
C. UNE FORMATION À MODERNISER	19
1. <i>Les limites d’une trop grande spécialisation</i>	19
2. <i>Un enseignement plus ouvert</i>	21
3. <i>Une rémunération insuffisante</i>	22
II. EXERCICE DE LA CHIRURGIE : ASSURER LA SÉCURITÉ, VALORISER LE MÉTIER, DÉVELOPPER LES TERRITOIRES	23
A. UNE RÉMUNÉRATION PLUS ATTRACTIVE	23
1. <i>Un débat récurrent chez les chirurgiens libéraux</i>	23
2. <i>Les contraintes du métier mal prises en compte à l’hôpital</i>	26
3. <i>Un rapprochement souhaitable entre le public et le privé</i>	27
B. L’HÔPITAL PUBLIC : UNE NÉCESSAIRE RECONVERSION	28
1. <i>Une offre de soins trop dispersée</i>	28
2. <i>Quelle reconversion pour les petits hôpitaux ?</i>	31
3. <i>L’avenir de la chirurgie en CHU</i>	33
C. LES ENJEUX DU PRIVÉ	34
1. <i>La participation à la permanence des soins</i>	34
2. <i>Les risques liés aux fonds d’investissement</i>	36
3. <i>La coopération entre le public et le privé : une solution à explorer</i>	37
TRAVAUX DE LA COMMISSION	41
ANNEXE 1 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	49
ANNEXE 2 - DÉPLACEMENTS	50

Mesdames, Messieurs,

La chirurgie est traditionnellement considérée, à l'étranger comme par nos concitoyens, comme le fleuron de la médecine française.

Or, au cours de ces dernières années, cette profession prestigieuse a vu son exercice profondément modifié par l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques, par les tensions démographiques et par la spécialisation croissante de la discipline.

Le métier, exercé par une population de praticiens vieillissante, est en proie à l'inquiétude pour son avenir ; certains n'hésitent pas à parler d'une crise des vocations des jeunes médecins comme des chirurgiens en poste.

A l'heure où notre collègue Gérard Larcher présente les conclusions de la mission relative à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national qui lui a été confiée par le Gouvernement, notre commission des affaires sociales a choisi de s'intéresser au rôle des chirurgiens dans le paysage sanitaire compte tenu de l'évolution de leur métier et de leur cadre d'exercice.

Ce travail de réflexion est né d'un **triple constat** :

- d'abord, **les moyens en chirurgie sont dispersés**, notamment en ce qui concerne les plateaux techniques et les équipes médicochirurgicales, ce qui conduit certains centres hospitaliers à ne plus disposer des conditions nécessaires à la qualité des pratiques et à la sécurité des patients ;

- ensuite, **la spécialisation des secteurs public et privé s'accroît**. Le secteur public, qui réalise 33 % de l'activité, se concentre de plus en plus sur des actes complexes. Il a ainsi la quasi-exclusivité de la chirurgie des traumatismes graves et multiples (96 % de ce type d'interventions), des greffes de peau (91 %), de la neurochirurgie (94 % des traumatismes crâniens et 90 % des craniotomies) et de la chirurgie cardiaque (chirurgie valvulaire et pontages aorto-coronariens essentiellement).

Le secteur privé à but lucratif concentre, pour sa part, la chirurgie programmée de proximité. Les établissements privés se sont notamment spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes, qui permettent une prise en charge ambulatoire. Ils réalisent ainsi plus de 76 % de la chirurgie de la cataracte, 75 % des arthroscopies et de la chirurgie des varices, 74 % des opérations des amygdales et des végétations, ainsi que 66 % de la chirurgie de la main et du poignet.

Les établissements privés à but non lucratif assurent enfin 8 % de l'activité chirurgicale et regroupent les centres de lutte contre le cancer ;

- enfin, **la France accuse un retard dans le domaine de la chirurgie ambulatoire**, notamment dans le secteur public, même si des progrès sont régulièrement constatés depuis plusieurs années.

La chirurgie française doit, en conséquence, répondre à un double défi : **continuer à attirer les meilleurs praticiens et assurer la restructuration de l'offre de soins**. Dans cet objectif, ce rapport propose plusieurs pistes pour assurer aux Français une chirurgie sûre, accessible et innovante.

La chirurgie française aujourd'hui

Au 1^{er} janvier 2007, les spécialités chirurgicales comptent **24 719 praticiens**, auxquels s'ajoutent 575 chirurgiens exerçant dans les départements d'outre-mer, dont 16 121 libéraux et mixtes et 8 597 salariés exclusifs.

La classe d'âge la plus importante est celle des cinquante/cinquante-quatre ans, qui représente 21,3 % de l'effectif total. 44,9 % des chirurgiens ont moins de cinquante ans et 34 % plus de cinquante-quatre ans.

Le taux de féminisation moyen est de 23,3 %. La féminisation est la plus élevée en gynécologie obstétrique (37,6 %), en chirurgie infantile (36,4 %) et en ophtalmologie (43 %).

Les régions qui comptent le plus de chirurgiens rapportés au nombre d'habitants sont l'Ile-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la région Rhône-Alpes.

Les chirurgiens se répartissent ainsi :

- **61,6 % en libéral** (cabinets individuels, de groupes, centres de santé, etc.) ; dans les **établissements privés lucratifs**, on compte 6 532 libéraux exclusifs et 6 773 libéraux non exclusifs.

- **31,1 % en hôpital public** ; dans les établissements publics de santé, l'effectif de praticiens hospitaliers est de 4 485 chirurgiens à temps plein et de 1 057 praticiens exerçant à temps partiel. Les personnels hospitalo-universitaires sont au nombre de 2 208. Les autres statuts de contractuels représentent au total 2 624 équivalents temps plein. D'ici début 2019, **les effectifs actuels des praticiens hospitaliers en chirurgie devraient diminuer de près de 30 % en raison des départs à la retraite** prévus. **Le taux de vacance est stable à 18 %** sur les trois dernières années, sachant que ces postes peuvent être occupés par des contractuels.

- **6,4 % en hôpital privé** ; dans les **établissements privés non lucratifs**, on compte 931,86 praticiens salariés, 347 libéraux exclusifs dont 51 dans les PSPH (hôpitaux privés participant au service public hospitalier) et 896 libéraux non exclusifs.

- **0,9 % dans un autre type de structures.**

Les spécialités chirurgicales les plus représentées sont l'ophtalmologie (22,3 %), la gynécologie obstétrique (20,9 %), la chirurgie générale (16,8 %), l'oto-rhino-laryngologie (11,9 %).

Ce classement tend toutefois à évoluer en fonction des choix de carrières des jeunes chirurgiens et des besoins de la population. On observe ainsi, depuis 2000, une croissance importante de la chirurgie plastique tandis que la chirurgie générale ne cesse de perdre des effectifs.

**Evolution des effectifs de chirurgiens par spécialité
entre 2000 et 2007**

	1 ^{er} janvier 2000	1 ^{er} janvier 2007	Evolution en %
Chirurgie générale	5 103	4 417	- 23,1
Chirurgie infantile	60	150	60,0
Chirurgie maxillo-faciale	25	56	55,4
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 591	2 377	33,1
Chirurgie plastique et reconstructrice	201	540	62,8
Chirurgie thoracique et cardiaque	172	295	41,7
Chirurgie urologique	390	743	47,5
Chirurgie vasculaire	243	393	38,2
Chirurgie viscérale	431	699	38,3
Gynécologie obstétrique	5 133	5 164	0,6
Neurochirurgie	351	400	12,3
Ophthalmologie	5 269	5 504	4,3
Oto-rhino-laryngologie	2 889	2 939	1,7
Stomatologie	1 433	1 312	- 9,2
Ensemble des spécialités chirurgicales	23 291	24 719	5,8

Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos)

I. CRISE DES VOCATIONS EN CHIRURGIE : UNE RÉALITÉ À NUANCER

Praticiens vieillissants, jeunes générations désireuses de mieux équilibrer vie familiale et vie professionnelle, rémunération jugée insuffisante au regard des risques pris et des sacrifices consentis : les chirurgiens français doutent de l'avenir de leur profession et le font savoir.

Pourtant, si les contraintes sont réelles, le métier de chirurgien continue à séduire. L'enjeu n'est donc pas tant d'éviter une crise des vocations généralisée mais de contenir les inégalités croissantes entre spécialités chirurgicales comme entre territoires.

A. UN MÉTIER QUI SÉDUIT ENCORE LES JEUNES MÉDECINS, MÊME S'ILS EN DÉNONCENT LES DÉSAGRÉMENTS

1. Des contraintes qui pèsent sur le choix des étudiants

Le rapport des professeurs Jacques Domergue et Henri Guidicelli, présenté en 2003 à Jean-François Mattei, alors ministre chargé de la santé¹, fait état d'une véritable **crise de confiance** des chirurgiens, notamment généraux et viscéraux, dans l'avenir de leur profession, inquiétude qui se répercute dans la perception que les étudiants en médecine ont du métier de chirurgien.

Trois raisons principales sont régulièrement invoquées pour expliquer cette crise de confiance.

- La première d'entre elles concerne la **diminution – relativement aux autres disciplines médicales – de la rémunération des chirurgiens**. Cette impression, plus ou moins fondée selon les spécialités chirurgicales et les secteurs d'activité², est renforcée par **l'augmentation exponentielle du coût des assurances en responsabilité civile**.

De fait, le prix des assurances a été multiplié entre trois et six pour l'ensemble des spécialités chirurgicales depuis 2000. Si ce coût est intégralement pris en charge par les établissements dans le cas des médecins salariés, les chirurgiens libéraux s'acquittent de 40 % du montant de leur assurance, l'assurance maladie participant à hauteur de 60 %.

Cette évolution est en grande partie imputable aux dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui, si elle a introduit d'incontestables avancées en matière d'information des patients, a créé pour les médecins de nouvelles obligations, conduisant à une mise en cause plus fréquente de leur responsabilité.

¹ *La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions. Jacques Domergue et Henri Guidicelli. Février 2003.*

² *Cf. ci-dessous pages 21 et suivantes.*

Les obligations créées par la loi du 4 mars 2002

Parmi les dispositions de la loi du 4 mars 2002, la responsabilité des médecins est particulièrement engagée par :

- l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens disponibles au service de la personne (article L. 1110-1 du code de la santé publique) ;
- le droit, pour le patient, de recevoir les soins les plus appropriés (article L. 1110-5) et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ;
- le droit à la prudence : les actes ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir au patient des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ;
- l'obligation d'informer le malade sur son état de santé, ainsi que sur les thérapeutiques et les interventions envisageables, afin d'obtenir son consentement préalable. L'information doit également concerner le coût et les conditions pratiques, notamment de remboursement, des soins proposés.

La **judiciarisation croissante des rapports entre le chirurgien et le malade** a été dénoncée par la plupart des professionnels auditionnés par votre rapporteur. Pour Jacques Domergue et Henri Guidicelli, le patient devient progressivement un client, qui exige de son chirurgien une **obligation de résultat**¹. On estime ainsi aujourd'hui qu'un chirurgien sera poursuivi en moyenne **six fois** au cours de sa carrière, chaque plainte entraînant environ deux ans de procédure.

Certaines spécialités sont donc devenues judiciairement à risque et financièrement moins rémunératrices. Elles peinent alors à attirer les étudiants et les médecins déjà en poste en abandonnent de plus en plus souvent l'exercice avant la fin de leur carrière. Ainsi, on ne compte aucun chirurgien obstétricien libéral dans vingt-neuf départements.

- La deuxième raison tient aux **conditions d'exercice** de la profession de chirurgien.

La **pénibilité** du métier est, en effet, double : elle s'applique à la difficulté physique de certaines spécialités, l'orthopédie en particulier, qui rend leur pratique ardue pour les femmes et les chirurgiens les plus âgés, mais également au rythme de vie imposé par les gardes et les astreintes, notamment dans les équipes peu nombreuses.

¹ Rapport précité.

Ces contraintes pèsent incontestablement sur le choix des étudiants qui évitent les spécialités et les établissements où ils estiment qu'elles seraient trop importantes. A la différence de leurs aînés, qui ont longtemps vécu leur profession comme un sacerdoce, les jeunes générations sont désireuses d'un **partage plus équilibré entre vie personnelle et vie professionnelle**. Selon les termes employés par le docteur François Rousselot, auditionné par votre rapporteur au nom du conseil national de l'ordre des médecins, c'est aujourd'hui la fin de la disponibilité absolue des chirurgiens.

- Troisième raison, enfin, s'agissant de la chirurgie publique, la **rigidité des carrières à l'hôpital** constitue un frein certain auprès d'une génération pour laquelle les perspectives d'évolution représentent des atouts majeurs dans le choix d'un métier et d'une structure d'exercice. Pour de nombreux chirurgiens expérimentés, l'absence de perspective de carrière est également une source de démission précoce.

Sur ce point, votre rapporteur considère que la création effective du centre national de gestion (CNG) en 2007 pourrait permettre une gestion plus dynamique des carrières des praticiens hospitaliers, en facilitant par exemple les changements de poste.

Le centre national de gestion

Créé par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, le CNG a été mis en place à la fin de l'année 2007.

Il est désormais l'opérateur direct de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos) en matière de gestion du personnel hospitalier, soit 40 000 personnes, dont 35 000 praticiens, et d'organisation des concours d'entrée dans ces professions, hormis les épreuves classantes nationales (ECN).

L'Etat lui verse chaque année à cet effet 3,7 millions d'euros. Il bénéficie également d'une subvention de l'assurance maladie et d'une contribution des établissements de santé s'élevant à 15 millions d'euros.

Une réflexion devrait également utilement être engagée sur **l'évolution des missions dévolues à un praticien hospitalier au cours de sa carrière**. Il est notamment regrettable de limiter l'enseignement aux seuls professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH). Ainsi, il pourrait être envisagé qu'un praticien hospitalier soit, tour à tour, amené à soigner, à enseigner et à exercer une activité de recherche, en ayant la possibilité de passer d'une mission à l'autre au cours de sa vie professionnelle.

2. Une spécialité toujours attirante

Malgré les contraintes liées à son exercice, la chirurgie demeure une spécialité prisée des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), qui remplacent, depuis 2004, le concours de l'internat.

Le fonctionnement des épreuves classantes nationales

Depuis 1984, les étudiants en médecine se destinant à une carrière de spécialiste passaient les concours de l'internat à l'issue du deuxième cycle. Parmi eux, ceux qui réussissaient accédaient au troisième cycle en tant qu'internes et préparaient un diplôme d'études spécialisées en quatre ou cinq ans. Ceux qui échouaient aux concours de l'internat et ceux qui ne s'y présentaient pas accédaient au troisième cycle en tant que résidents de médecine générale dans leur unité de formation et de recherche (UFR) d'origine et préparaient une qualification de médecine générale en trois ans.

Vingt ans plus tard, les épreuves classantes nationales (ECN), instituées par le décret du 16 janvier 2004, se sont substituées aux concours de l'internat. Tous les étudiants achevant leur deuxième cycle des études médicales doivent désormais se soumettre à ces épreuves pour accéder au troisième cycle.

En fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, sous réserve d'avoir validé leur deuxième cycle, **les étudiants ayant participé aux ECN choisissent à l'issue de celles-ci une subdivision (un lieu de formation) et une discipline.**

Les **vingt-huit subdivisions** correspondent à une unité de formation et de recherche (UFR) ou à plusieurs, mais pas forcément à une région : quatre régions comptent plusieurs subdivisions (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

Les disciplines sont au nombre de onze : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et **spécialités chirurgicales**.

Les étudiants affectés dans la discipline « spécialités médicales » pourront s'inscrire aux diplômes d'études spécialisées (DES) en anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénérologie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic, rhumatologie.

La discipline « spécialités chirurgicales » englobe les DES de chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, et stomatologie.

Source : Drees

D'après les données fournies par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé¹, sur les 4 905 candidats qui se sont présentés aux ECN en 2007, 4 775 sont effectivement entrés en troisième cycle. Ce chiffre est en hausse de 19 % par rapport à 2006, en raison du relèvement assez net du *numerus clausus* en 2001 (+ 15 %) et en 2002 (+ 9 %).

Au terme de la procédure d'affectation, 50 % d'entre eux ont opté pour la médecine générale contre 42 % en 2006. Cette progression ne modifie toutefois pas l'ordre des préférences des étudiants : **la discipline « spécialités médicales » reste plébiscitée** par les hommes comme par les femmes, tandis que la médecine du travail et la santé publique arrivent toujours en fin de classement.

Concernant les **spécialités chirurgicales**, tous les postes étaient pourvus avant la fin du deuxième tiers du classement, soit **parmi les 3 000 premiers candidats**, le premier interne en chirurgie étant treizième au classement national.

Ce choix s'est fait dans un cadre finalement assez peu contraint puisque **toutes les subdivisions étaient accessibles à 42 % des étudiants, tous avaient le choix entre au moins quatre disciplines et 58 % d'entre eux pouvaient même choisir toutes les disciplines**. Au sein de la subdivision qu'ils ont finalement choisie, seulement 3 % des étudiants n'avaient pas le choix de la discipline.

Les préférences des étudiants en matière de discipline médicale

Les rangs auxquels les postes ouverts dans chacune des disciplines sont pourvus fournissent une indication de l'attrait qu'exercent les spécialités. Ce dernier ne saurait cependant à lui seul rendre compte des préférences des étudiants. En effet, les disciplines restent accessibles jusqu'à un rang plus ou moins avancé dans le classement selon qu'elles sont plus ou moins prisées, mais aussi selon qu'elles offrent beaucoup ou peu de postes. De plus, les étudiants peuvent renoncer à une discipline afin d'être affectés dans une subdivision particulière. Mais on peut dire d'un étudiant qui avait le choix, dans la subdivision dans laquelle il a été affecté, entre une discipline A et une discipline B (au moins), et qui choisit la discipline A, qu'il a préféré la discipline A à la discipline B. La comparaison des choix effectués entre les disciplines prises deux à deux peut conduire à un classement des spécialités selon les préférences des étudiants.

Les préférences sont définies comme suit : si un étudiant pouvait choisir, compte tenu de son rang de classement et des postes restant disponibles, dans la subdivision dans laquelle il a été affecté, entre une discipline A et une discipline B (au moins), et qu'il choisit la discipline A, on dit qu'il a préféré la discipline A à la discipline B.

¹ *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. Drees. Etudes et résultats n° 616, décembre 2007.*

Les étudiants qui avaient le choix, dans la subdivision choisie, entre les spécialités médicales et une autre discipline au moins ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités médicales que l'autre discipline, quelle qu'elle soit. **Les spécialités médicales apparaissent donc comme la discipline la plus prisée** par les étudiants.

Ceux qui avaient le choix, dans leur subdivision d'affectation, entre les spécialités chirurgicales et une autre discipline (au moins) ont toujours été plus nombreux à choisir les spécialités chirurgicales, à l'exception de ceux qui pouvaient choisir entre les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales. **Les spécialités chirurgicales sont donc la deuxième discipline la plus prisée** par les étudiants après les spécialités médicales.

Source : Drees

La chirurgie demeure toutefois un **choix majoritairement masculin**. Ainsi, les femmes placent la médecine générale en troisième position, après les spécialités médicales et la pédiatrie, les spécialités chirurgicales n'arrivant qu'en quatrième position. Suivent ensuite l'anesthésie-réanimation, la gynécologie obstétrique, la psychiatrie et la biologie médicale. Elles placent en fin de liste la gynécologie médicale, la santé publique et la médecine du travail.

Après les spécialités médicales, les hommes privilégient, pour leur part, les spécialités chirurgicales et l'anesthésie-réanimation. Ils demandent ensuite la pédiatrie, puis la médecine générale, la biologie médicale, la gynécologie obstétrique et la psychiatrie. En 2007, aucun homme n'ayant choisi la gynécologie médicale, cette discipline arrive en dernière position derrière la santé publique et la médecine du travail.

Classement des disciplines dans l'ordre des préférences des étudiants

	Femmes	Hommes	Ensemble des étudiants
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie-Réanimation	Anesthésie-Réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Pédiatrie	Pédiatrie
5	Anesthésie-Réanimation	Médecine générale	Médecine générale
6	Gynécologie Obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie Obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie Obstétrique	Biologie médicale
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Psychiatrie
9	Gynécologie médicale	Santé publique	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Médecine du travail	Santé publique
11	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine du travail

Source : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, exploitation Drees

B. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET PAR SPÉCIALITÉ QUI SE CREUSENT

1. Des disciplines désaffectées

Si le terme de « crise des vocations » ne semble pas, au regard des dernières études, s'appliquer à la chirurgie dans son ensemble, son usage est fondé s'agissant de certaines spécialités chirurgicales qui cumulent deux handicaps majeurs : elles intéressent peu les femmes chirurgiens, de plus en plus nombreuses, et sont comparativement moins rémunératrices.

- La féminisation des études de médecine a, certes, des conséquences sur le choix de la chirurgie à l'issue des ECN mais également, par la suite, sur la répartition des étudiants entre les différentes spécialités chirurgicales.

La proportion de femmes parmi les étudiants en médecine atteint aujourd'hui en moyenne 60 % et elle ne cesse de croître. Ainsi, par exemple, à la faculté de Saint-Etienne, les candidats admis en deuxième année de médecine en 2005 étaient à 80 % des filles.

Or, on sait que les femmes ne choisissent la chirurgie qu'en quatrième position au moment des ECN et que, de surcroît, elles ne se tourneront pas vers les spécialités physiquement éprouvantes – la chirurgie orthopédique en tête – ni vers celles qui demandent une disponibilité peu compatible avec une vie de famille (la neurochirurgie et la chirurgie pédiatrique entrent dans cette seconde catégorie). Ainsi, même en urologie, où elles sont pourtant particulièrement présentes, elles ne représentent que 2 % des effectifs.

- **Le niveau de cotation des actes par la sécurité sociale** pèse également sur le choix des étudiants et sur le maintien en poste des chirurgiens en exercice.

Au total, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la chirurgie plastique et vasculaire, l'ophtalmologie et l'urologie demeurent des spécialités convoitées, ce d'autant qu'une majorité de l'activité y est programmée, à la différence de la chirurgie orthopédique, jugée trop difficile, et de la chirurgie pédiatrique et générale, financièrement peu attractives au regard des contraintes que leur exercice entraîne.

Si votre rapporteur s'inquiète de l'avenir de spécialités telles que la chirurgie pédiatrique et la chirurgie générale, où les nombreux départs à la retraite des prochaines années risquent de ne pas être compensés, il se félicite de l'engouement des jeunes internes pour l'ORL et l'ophtalmologie, compte tenu du **déséquilibre annoncé**, dans ces spécialités, **entre les besoins de la population et le nombre de praticiens**.

En effet, alors que les prévisions des professeurs Jacques Domergue et Henri Guidicelli¹ font état d'une **augmentation des besoins chirurgicaux pouvant aller jusqu'à 40 % en ophtalmologie** en raison de l'allongement de la durée de vie de la population française, la Drees anticipe une diminution du nombre d'ophtalmologues de 43 % entre 2002 et 2025. Pour l'ORL, cette baisse atteindrait plus de 30 %.

¹ Rapport précité.

**NOMBRE DE PLACES PAR DISCIPLINE OFFERTES À L'EXAMEN NATIONAL CLASSANT 2004 (ENC)
ET EFFECTIFS DE MÉDECINS ACTIFS PAR SPÉCIALITÉ EN 1990, 2002 ET 2025 SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

Discipline de l'examen national classant			Flux d'entrée en 3 ^e cycle		Médecins en activité		
Spécialité	Effectif 1990	Effectif 2002	Postes ouverts en 2004 à l'ENC	Répartition des places à l'ENC (hors méd. gén.)	Effectifs 2025	Evolution 2025/2002	Evolution 2025/1990
Gynécologie obstétrique	4 727	5 342	158	7,40 %	5 472	2 %	16 %
Spécialités chirurgicales (autres)	16 666	19 186	380	17,70 %	15 677	- 18 %	- 6 %
Ophtalmologie	5 227	5 502			3 121	- 43 %	- 40 %
ORL	2 915	3 015			2 074	- 31 %	- 29 %
Chirurgie*	8 524	10 669			10 482	- 2 %	23 %
Total spécialités chirurgicales	21 393	24 528	538	25,10 %	21 149	- 14 %	- 1 %

* Chirurgie : chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie, stomatologie.

Sources : Adeli redressé au 31/12/1990 et 31/12/2002, projections Drees. Champ : France entière

Cette évolution s'explique essentiellement par la **réforme des études de spécialité**. En effet, il existait auparavant deux voies pour être autorisé à exercer une spécialité : le concours de l'internat ou l'obtention d'un certificat d'études supérieures (CES). Certaines spécialités, dont l'ophtalmologie, étaient plus particulièrement alimentées par des effectifs issus des CES.

Or, la suppression des CES, mal anticipée, n'a pas été suffisamment rapidement compensée par l'augmentation du nombre de postes proposés en ophtalmologie à l'issue des ECN.

A l'inverse, **d'autres spécialités risquent de se trouver en sureffectif du fait des progrès techniques** qui modifient profondément certaines thérapeutiques en privilégiant les gestes percutanés aux techniques invasives. C'est le cas, par exemple, des chirurgiens cardiaques : les pathologies coronaires, à l'origine de nombreuses interventions, sont aujourd'hui prises en charge par des cardiologues. L'endoscopie a également profondément modifié l'exercice de la chirurgie viscérale, générale et l'urologie, comme la robotique l'a fait pour l'orthopédie, et la chirurgie endovasculaire pour la chirurgie vasculaire.

Il est donc essentiel d'**anticiper**, autant que possible, les besoins à venir de la population et les évolutions techniques susceptibles de modifier l'exercice de la chirurgie, afin d'adapter en conséquence les effectifs des différentes spécialités.

Une meilleure gestion dans le temps des ressources humaines en chirurgie n'est cependant possible que dans un système encadré de ventilation des postes. A cet effet, le « fléchage » des étudiants qui se sont orientés vers la chirurgie doit être amélioré pour **s'assurer que la spécialité choisie est effectivement exercée à la fin du cursus**. Cette proposition de votre rapporteur ne fait bien sûr pas obstacle à la recherche des causes de la désaffection des étudiants pour certaines disciplines et à leur règlement, lorsqu'il est envisageable.

2. Des régions désertées

Les **inégalités croissantes en matière d'offre de soins chirurgicaux sur le territoire national** constituent également un sujet d'inquiétude en matière de politique de santé publique. Elles existent, certes, de longue date, mais se creusent progressivement au fil des départs à la retraite et des choix d'installation des jeunes chirurgiens.

Ces choix sont guidés par plusieurs éléments, et notamment par la capacité qu'ont les établissements à mettre à disposition des chirurgiens des **plateaux techniques de qualité et disposant des innovations les plus récentes**.

Ce critère a conduit de nombreux établissements périphériques à investir massivement dans des équipements chirurgicaux de pointe et très coûteux pour inciter des chirurgiens à s'installer.

Ces initiatives se sont, le plus souvent, traduites par un échec, comme a pu le constater le professeur Guy Vallancien lors de la mission qui lui avait été confiée sur la restructuration des hôpitaux de petite taille : la majorité des quatre-vingt-cinq établissements visités dans ce cadre disposaient d'un plateau technique de qualité, sans un nombre suffisant de praticiens pour le faire fonctionner convenablement.

De fait, la **présence d'une équipe médicale et paramédicale complète** constitue aujourd'hui un critère essentiel dans le choix d'installation des chirurgiens, qui ne souhaitent plus exercer de manière isolée, tant pour des raisons de sécurité que pour éviter des contraintes trop lourdes de permanence des soins. Pour Jean-Louis Bonnet, président de la conférence des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et directeur de l'ARH de Rhône-Alpes, un plateau technique doit fonctionner avec quatre à cinq chirurgiens.

Cet élément fait l'objet d'un examen particulièrement attentif des femmes chirurgiens et plus largement des jeunes praticiens, qui ne souhaitent pas effectuer de trop lourdes gardes et astreintes.

Enfin, il est vraisemblable que **certains établissements pâtissent du manque de dynamisme de leur environnement économique**, qui ne permet parfois pas au conjoint du chirurgien de trouver un emploi correspondant à ses souhaits et à ses compétences.

Si le critère de la qualité du plateau technique et de la présence d'un nombre suffisant de confrères semble essentiel à votre rapporteur - leur absence dans un établissement posant, à son sens, la question de son maintien - il estime, en revanche, que les pouvoirs publics doivent demeurer attentifs à ce que **l'offre de soins chirurgicaux ne soit pas corrélée au niveau de développement économique** d'une région.

Pour inciter les chirurgiens à s'installer dans ces zones, plusieurs solutions sont envisageables. Certains proposent ainsi de régionaliser les ECN, de façon à ce que les étudiants poursuivent leur étude de spécialité dans la région de leur faculté d'origine, d'autres considèrent que les collectivités gagneraient à allouer, pendant la durée de l'internat, des bourses aux étudiants qui s'engageraient à s'installer un certain temps sur leur territoire.

Votre rapporteur serait plutôt favorable à cette seconde option. Il craint toutefois une **surenchère des incitations financières et matérielles** des collectivités territoriales à l'égard des internes. C'est pourquoi, il lui semble préférable, comme le proposaient Jacques Domergue et Henri Guidicelli, d'instaurer un **service public médical de trois à cinq ans**, que les jeunes chirurgiens effectueraient dans leur région de formation avant de bénéficier de la liberté d'installation.

C. UNE FORMATION À MODERNISER

1. Les limites d'une trop grande spécialisation

La première difficulté que pose le contenu de la formation des chirurgiens intervient en amont du choix de la spécialité. Il apparaît, en effet, que **les étudiants en deuxième cycle des études de médecine connaissent mal la profession de chirurgien**, qu'ils associent trop souvent à des stéréotypes inexacts.

Or, ils sont demandeurs d'informations sur la réalité du métier qu'ils devront choisir d'exercer à l'issue des ECN. Ils se pressent ainsi pour intégrer, à l'université Paris V-Descartes, le diplôme optionnel récemment mis en place par le professeur Guy Vallancien sur le thème « Etre chirurgien aujourd'hui et demain ».

Sans créer un tel enseignement dans l'ensemble des facultés, il serait utile de diffuser à l'ensemble des étudiants en médecine une information sur la chirurgie, ses enjeux et ses modalités d'exercice. Cette information pourrait notamment prendre la forme d'un **stage court, dès la deuxième année de médecine**, comme le propose le conseil national de l'ordre des médecins.

La formation des chirurgiens

A l'issue des premier et deuxième cycles des études médicales, commun à l'ensemble des étudiants en médecine, et des épreuves classantes nationales (ECN), l'interne classé en rang utile aux épreuves classantes nationales peut s'orienter vers les spécialités chirurgicales, au rang desquelles figurent :

- la chirurgie générale,
- la neurochirurgie,
- l'ophtalmologie,
- l'oto-rhino-laryngologie,
- la stomatologie.

En outre, parmi les spécialités dites « filiarisées », qui peuvent être choisies directement à l'issue des ECN, figure une autre spécialité chirurgicale : la gynécologie obstétrique.

Dans le cas général, les internes entament donc un cursus de spécialités chirurgicales et leur orientation vers une spécialité se fait en cours d'internat. L'inscription à un diplôme d'étude spécialisée (DES) en particulier doit être réalisée au plus tard à la fin du quatrième semestre validé d'internat et après avoir suivi au moins un semestre de stage dans la spécialité postulée.

La formation à ces spécialités se traduit par des diplômes d'études spécialisées en cinq ans (quatre pour la stomatologie) comportant de 250 à 300 heures d'enseignements généraux et spécifiques et de huit à dix semestres de stage, dont au moins quatre semestres dans des services agréés pour former dans la spécialité.

Le détail des maquettes est prévu par deux arrêtés du 22 septembre 2004 (BOEN n° 39 du 28/10/04).

Il existe en outre neuf diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC) en chirurgie :

- chirurgie infantile,
- chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
- chirurgie de la face et du cou,
- chirurgie orthopédique et traumatologie,
- chirurgie plastique reconstructrice et esthétique,
- chirurgie thoracique et cardio-vasculaire,
- chirurgie urologique,
- chirurgie vasculaire,
- chirurgie viscérale et digestive.

Ces diplômes, obtenus à l'issue de la validation de trois ans de formation dans des services agréés, sont accessibles uniquement aux titulaires du DES de chirurgie générale (et à ceux titulaires du DES d'ORL pour le DESC de chirurgie de la face et du cou). Ils constituent ainsi une sur-spécialisation en chirurgie.

Pour toutes les spécialités précitées, seul le DES ou le DESC de la spécialité permet de se prévaloir de la qualification de spécialiste.

Source : Dhos

La seconde difficulté concerne **l'enseignement de la chirurgie générale**. Cette discipline ne cesse, en effet, de perdre des étudiants. A titre d'exemple, le diplôme d'études supérieures (DES) de chirurgie générale comptait 450 étudiants en 1992 et seulement 286 en 2002.

De fait, on ne forme quasiment plus de chirurgiens généraux, compte tenu de la technicité de plus en plus grande des différentes spécialités chirurgicales. Aujourd'hui, la majorité de ces praticiens est âgée et exerce dans de petits établissements. D'autres sont, en réalité, des chirurgiens viscéraux qui pratiquent également la chirurgie pelvienne, mammaire ou du cou, par nécessité dans les structures de petite taille ou pour augmenter leurs revenus.

La **question du maintien de cette filière dans le cursus universitaire** est donc réelle. Certains souhaitent sa suppression ; d'autres proposent, au contraire, de la revaloriser estimant que tous les chirurgiens doivent disposer de connaissances minimales pour opérer différentes pathologies dans les services de taille moyenne qui, tout en atteignant une taille critique en termes d'interventions, ne disposent pas de l'ensemble des spécialités au sein de leur équipe chirurgicale.

Dans cette optique, il avait ainsi été proposé, sans succès, de **rendre obligatoire une première année de chirurgie générale au début de l'internat**, avant le choix d'une spécialité. Ce choix aurait d'ailleurs pu être remis en cause à la fin de la deuxième année d'internat, de façon à s'assurer de la motivation des étudiants pour la discipline sélectionnée.

Votre rapporteur souhaite que cette proposition fasse l'objet d'un examen attentif du ministère de la santé et des instances représentatives des chirurgiens. Se faisant l'écho des propos tenus par le professeur Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), **il s'inquiète d'une spécialisation trop précoce des internes en chirurgie.**

En effet, une trop grande spécialisation des chirurgiens conduira inévitablement au **cloisonnement des spécialités** et à l'impossibilité, pour un praticien, de réaliser un acte simple dans une autre discipline. Cette situation aurait de **graves conséquences sur l'organisation de la permanence des soins** pour les établissements de taille moyenne, pouvant aller jusqu'à remettre en cause leur maintien.

2. Un enseignement plus ouvert

En France, la formation médicale est, au stade de l'internat, fondée sur une méthode de **compagnonnage** : le chef de service est chargé de la formation de ses internes. C'est d'autant plus vrai en chirurgie, où la pratique est essentielle à l'apprentissage du métier.

Aujourd'hui, ce rôle est réservé aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH). Or, ce système semble aujourd'hui avoir atteint ses limites.

En effet, avec l'**augmentation progressive du nombre d'internes**, conséquence de l'élévation du *numerus clausus* depuis 1998, les PU-PH sont trop peu nombreux pour assurer seuls la mission d'enseignement. Il serait donc souhaitable que des praticiens hospitaliers, ayant acquis une expérience de plusieurs années et disposant de qualités professionnelles et pédagogiques reconnues, puissent exercer ce rôle. Cette ouverture permettrait également d'offrir de nouvelles perspectives de carrière aux chirurgiens hospitaliers, idée chère à votre rapporteur dans la perspective de revaloriser cette profession.

Il semble par ailleurs indispensable qu'**une partie de la formation des internes se fasse dans les établissements privés**. L'objectif en serait double. Il s'agit d'abord de faire connaître la chirurgie libérale aux étudiants, dont le niveau d'information est très insuffisant pour leur permettre de faire, à l'issue de leur cursus, un choix de carrière éclairé, comme l'ont montré les entretiens que votre rapporteur a pu avoir avec les internes en chirurgie digestive de l'hôpital Saint-Antoine à Paris et avec les représentants de l'inter-syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH).

En outre, les cliniques privées sont aujourd'hui plus compétentes que les centres hospitaliers et universitaires (CHU) pour certaines interventions. C'est notamment le cas de la chirurgie de la main et de la chirurgie plastique, presque exclusivement pratiquées en libéral.

Parmi les tenants d'un développement de la formation des internes en chirurgie dans le privé, certains, à l'instar du conseil national de la chirurgie (CNC), sont favorables à la création d'**écoles de chirurgie**, chargées de l'enseignement de la chirurgie indifféremment dans les hôpitaux et dans les cliniques, en fonction des spécialités et des équipes. D'autres, comme le professeur Guy Vallancien, leur préfèrent la signature d'un contrat de formation triennal entre une faculté et un établissement privé.

Votre rapporteur, pour sa part, propose que ce type de contrat, dont il approuve le principe, soit **signé entre l'université et un praticien**, afin de conserver l'apprentissage par compagnonnage dans le public comme dans le privé.

La formation des internes pose enfin la question de son ouverture à l'international. Il est, en effet, particulièrement difficile aujourd'hui à un interne français de partir compléter sa formation à l'étranger, tout comme les obstacles sont nombreux pour les chefs de service qui souhaitent accueillir un ou plusieurs étudiants étrangers.

Il convient donc de réfléchir aux moyens d'**assouplir les conditions d'échange entre étudiants en médecine**, dans un souci pédagogique mais aussi dans un objectif de promotion de la chirurgie française.

3. Une rémunération insuffisante

La rémunération des internes est un sujet récurrent des négociations entre ceux-ci et les pouvoirs publics. Elle s'élève à 1 500 euros environ pour un interne et à moins de 1 800 euros pour un chef de clinique.

En prenant en considération leur niveau d'études et de responsabilités, et le fait que, compte tenu de la durée des études en médecine – la majorité des internes en chirurgie prolongent leurs études par un clinicat, qui constitue un passage obligé depuis 1990 pour être autorisé à s'installer en secteur II –, ces étudiants sont susceptibles d'être chargés de famille, ces montants apparaissent très insuffisants.

S'il devait être trop coûteux d'augmenter l'ensemble de ces rémunérations, un effort pourrait à tout le moins être envisagé pour le **paiement des gardes**. En effet, une garde est aujourd'hui mieux rémunérée pour un infirmier (environ 250 euros) que pour un interne (116 euros).

II. EXERCICE DE LA CHIRURGIE : ASSURER LA SÉCURITÉ, VALORISER LE MÉTIER, DÉVELOPPER LES TERRITOIRES

A. UNE RÉMUNÉRATION PLUS ATTRACTIVE

1. Un débat récurrent chez les chirurgiens libéraux

En 2003, Jacques Domergue et Henri Guidicelli constataient une **diminution de 0,2 % des revenus des chirurgiens libéraux entre 1993 et 2000**¹, alors qu'ils étaient en constante augmentation sur cette période pour la plupart des spécialités médicales. Parallèlement, l'activité chirurgicale avait pourtant enregistré sur la même période une croissance de 2 %. De fait, la diminution de la rémunération des chirurgiens trouvait alors son explication dans une très faible revalorisation de la tarification des actes, conjuguée à une croissance dynamique des charges (+ 3,6 % par an entre 1993 et 2000).

Pour éviter que l'écart entre leurs revenus et leur volume d'activité ne se creuse, de nombreux chirurgiens ont alors utilisé, comme variable d'ajustement, les **dépassements d'honoraires**. Ils représentaient ainsi près de 30 % des revenus des chirurgiens en secteur II en 2000 contre 16 % en 1993.

Toutefois, chez les chirurgiens en secteur I, ce recours a été moins fréquent, l'augmentation des revenus résultant plutôt du développement de l'activité.

Les revenus des chirurgiens libéraux

Bénéfices non commerciaux 2006 en euros

	Secteur I	Secteur II
Chirurgie générale	77 681	146 948
Chirurgie infantile	-	47 103
Chirurgie maxillo-faciale	-	95 529
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	109 260	130 077
Chirurgie orthopédique traumatologie	89 033	151 957
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	106 282	147 606
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	102 798	116 450
Chirurgie urologique	105 428	143 798
Chirurgie vasculaire	82 745	118 477
Chirurgie viscérale et digestive	76 586	122 758
Neurochirurgie	85 961	136 211
Moyenne ensemble des chirurgiens	85 028	144 053

Source : Dhos

¹ Rapport précité.

Pour mettre un terme à la diminution des revenus des chirurgiens, notamment au regard des autres spécialités, le **protocole d'accord du 24 août 2004** a prévu neuf engagements, dont sept relatifs à la rémunération et aux charges.

Les engagements du protocole d'accord du 24 août 2004

- Amélioration de la formation des internes en chirurgie et augmentation du nombre de postes ;
- recomposition du paysage des plateaux techniques et modernisation des technologies des blocs opératoires ;
- réduction de la différence de rémunération entre les secteurs I et II et la revalorisation tarifaire de 25 % au 1^{er} avril 2005, compte tenu de la mise en place de la classification commune des actes médicaux et des forfaits modulables ;
- rémunération forfaitaire des astreintes au 1^{er} octobre 2004 ;
- limitation des charges financières d'assurance ;
- mise en place de la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM) et de la procédure d'accréditation au 31 décembre 2004 ;
- mise en place de forfaits modulables en complément de la CCAM, avec l'objectif de garantir une revalorisation effective des actes chirurgicaux de 12,5 % dès le 1^{er} octobre 2004 ;
- rétablissement d'un choix de secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux au 30 juin 2005 ;
- enfin, possibilité de créer un secteur optionnel de liberté tarifaire encadrée, au sein duquel les dépassements d'honoraires ne pourraient excéder un plafond négocié avec l'Uncam, l'Unocam et les organisations syndicales.

Jugeant que les engagements pris concernant le niveau des primes d'assurance, les revalorisations tarifaires et le choix du secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique n'avaient pas été respectés, les chirurgiens se sont massivement mis en grève à l'été 2006 à l'appel de leurs instances représentatives.

A l'issue de cette confrontation, une mission a été confiée à l'inspection générale des affaires sociales (Igas) pour évaluer l'application du protocole d'accord du 24 août 2004.

Il ressort des travaux de l'Igas que **la hausse des tarifs des actes chirurgicaux s'est élevée, au minimum, à 18 % en secteur I et à 6,5 % en secteur II**, à la suite de la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

La nouvelle classification vise à promouvoir une **hiérarchisation tarifaire plus rationnelle et plus équitable des actes techniques médicaux**, fondée sur des critères objectifs (pénibilité, technicité, temps de réalisation, etc.). Elle est entrée en vigueur en trois étapes. Ainsi :

- le 1^{er} octobre 2004, une majoration transitoire de 12,5 % est appliquée aux tarifs strictement chirurgicaux (KCC) des spécialités chirurgicales visées par l'accord (toutes sauf l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie et la chirurgie plastique) ;

- le 1^{er} mars 2005, la première version de la classification commune des actes médicaux (CCAM V1) est mise en place, assortie d'une majoration additionnelle des tarifs de 6,5 % et d'une majoration supplémentaire de 11,5 % pour les chirurgiens du secteur I et ceux du secteur II ayant choisi l'option de coordination ;

- le 1^{er} septembre 2005 est appliquée la deuxième version de la nouvelle classification (CCAM V2) : une seconde majoration de 11,5 % est appliquée aux actes pratiqués sur des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et aux actes pratiqués en urgences, c'est-à-dire aux actes ne pouvant donner lieu à un dépassement d'honoraires.

Ce constat ne signifie toutefois nullement que la rémunération des chirurgiens ait augmenté dans les proportions indiquées. En effet, la rémunération des actes chirurgicaux ne représente qu'une partie des honoraires des chirurgiens, au côté des actes techniques et cliniques et des forfaits de garde et d'astreinte. En outre, la proportion des actes strictement chirurgicaux au sein de l'activité des praticiens a quelque peu diminué.

Par ailleurs, l'Igas a reconnu qu'aucun progrès n'avait été fait s'agissant de la formation, du coût des assurances et de la possibilité, pour les chirurgiens anciens chefs de clinique, de passer du secteur I au secteur II.

Ce dernier engagement pose en effet le **risque de la disparition du secteur I en chirurgie libérale** - il ne réunit déjà plus que 20 % des praticiens - et donc des soins chirurgicaux intégralement remboursables aux assurés sociaux dans le privé. Or, le secteur public hospitalier n'est aujourd'hui pas en mesure de prendre, sans délai, le relais pour les patients qui n'ont pas les moyens de s'acquitter des dépassements d'honoraires. L'accessibilité des soins chirurgicaux pour tous serait alors remise en cause.

Une des solutions envisageables pour éviter une telle issue consisterait à **augmenter massivement la tarification des actes médicaux, afin que le secteur I soit rémunérateur** en tant que tel. C'est le cas, par exemple, de spécialités comme la radiologie, l'anapathologie ou encore la biologie médicale, dans lesquelles seulement 5 % des praticiens sont installés en secteur II. La chirurgie en est loin : en moyenne, un chirurgien de secteur I gagne aujourd'hui moins bien sa vie qu'un médecin généraliste.

2. Les contraintes du métier mal prises en compte à l'hôpital

Si la rémunération des praticiens hospitaliers a été fortement revalorisée en 2000 avec la création de la prime de renoncement au secteur privé, force est de constater que **l'existence d'un statut unique pour l'ensemble du corps médical ne permet pas de prendre en compte les contraintes et la pénibilité propres à la chirurgie.**

De fait, en chirurgie, les gardes, dont le tarif a été récemment revalorisé, sont moins fréquentes que les astreintes. La rémunération de l'astreinte de sécurité, que le chirurgien peut effectuer à son domicile, s'élève ainsi à 29,91 euros seulement ; elle atteint 41,25 euros pour l'astreinte opérationnelle.

Si la **revalorisation partielle des astreintes** - le montant des déplacements est passé de 50,16 euros à 61 euros en 2002 et s'établit, depuis 2005, à 72,20 euros à partir du deuxième déplacement effectué au cours d'une même astreinte - constitue un progrès appréciable, elle ne permet pas de porter le revenu des chirurgiens hospitaliers à un niveau correspondant à leurs compétences, à leur volume d'activité et à la pénibilité de leur profession.

Ce n'est pas le cas des disciplines dans lesquelles les gardes sont plus nombreuses. Le paiement élevé des gardes représente d'ailleurs souvent un argument de recrutement des établissements hospitaliers, qui le présentent comme un véritable complément de rémunération pour attirer les praticiens.

Concernant les astreintes en chirurgie, il conviendrait, à tout le moins, d'appliquer l'accord du 31 mars 2005, qui prévoyait, à échéance 2007, la **convergence des tarifs de l'astreinte opérationnelle et de l'astreinte de sécurité.**

En outre, l'assujettissement des indemnités d'astreinte au régime de retraite de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (Ircantec), que prévoit également l'accord du 31 mars 2005, est, à ce jour, resté lettre morte. Il serait souhaitable qu'il soit réalisé à l'occasion de la prochaine réforme des régimes de retraite.

De la même manière, votre rapporteur est favorable à une prise en compte, dans le calcul de la retraite des PU-PH, qui ne cotisent actuellement qu'au titre de leur activité d'enseignement, de la part de leur revenu liée à leur activité médicale. En effet, une meilleure retraite constituerait, à n'en pas douter, une contrepartie appréciable au constat sans appel dressé par notre collègue Francis Giraud : *« pour une majorité de PU-PH, les rémunérations offertes par le secteur public ne sont plus jugées attractives par rapport à celles auxquelles ils pourraient prétendre dans le privé. Cette perte n'est plus compensée par la satisfaction et la renommée qui était jusqu'alors attachée à la fonction universitaire. (...) La majorité des PU-PH vit mal l'absence de retraite hospitalière alors qu'ils consacrent à l'hôpital une grande partie de leur temps d'activité et le meilleur d'eux-mêmes. »*¹

¹ Francis Giraud. *Les centres hospitaliers et universitaires. Réflexion sur l'évolution de leurs missions. Rapport au Premier ministre. 2006.*

Plus largement, il convient de **réfléchir à la juste rémunération du métier de chirurgien dans le secteur public**, afin de ne pas priver l'hôpital des meilleurs éléments. Les chirurgiens, mais aussi les radiologues et les anesthésistes sont, en effet, de plus en plus nombreux à céder aux sirènes du privé, où leur rémunération peut être jusqu'à huit fois plus élevée. Ils développent également de plus en plus une activité privée, plus rémunératrice, au côté de l'exercice de leur métier à l'hôpital.

Les revenus annuels 2007 des chirurgiens hospitaliers	
1 ^{er} échelon	45 677,79 euros
7 ^e échelon	58 392,93 euros
13 ^e échelon	82 945,38 euros

Selon les auteurs, avec une activité en secteur privé, le praticien hospitalier augmente en moyenne ses revenus de 25 %

Source : Dhos

3. Un rapprochement souhaitable entre le public et le privé

Compte tenu du déséquilibre croissant entre les rémunérations proposées dans le privé et le revenu des chirurgiens hospitaliers, il est nécessaire d'envisager de nouvelles modalités de rémunération communes, qui prendraient mieux en compte la pénibilité, la qualité et le volume d'activité.

Une première tentative pour trouver un équilibre entre le salaire et le paiement à l'acte pour les chirurgiens hospitaliers a vu le jour dans le cadre de l'accord du 31 mars 2005. Il y était prévu d'instaurer, pour les chirurgiens volontaires, **une part de rémunération complémentaire variable en fonction du volume d'activité**. Cette indemnité pouvait, en principe, représenter jusqu'à 15 % de la rémunération. Les praticiens concernés s'engageaient contractuellement sur des objectifs d'activité et de qualité définis pour un certain nombre d'actes par spécialité.

Votre rapporteur salue cette démarche d'optimisation de l'activité chirurgicale dans le secteur public mais regrette qu'à ce jour un seul établissement s'y soit engagé. Pour espérer développer ce dispositif, il faudrait vraisemblablement l'étendre aux PU-PH, avec le risque que les autres spécialistes demandent à en bénéficier, ce qui le rendrait évidemment très coûteux. La probabilité est donc grande que ce dispositif finisse par être supprimé. Si tel était le cas, votre rapporteur regretterait qu'il n'ait pas été plus largement expérimenté.

En tout état de cause, il soutiendra toute initiative visant à **une convergence des modalités de rémunération mais aussi des contraintes de permanence des soins entre le public et le privé**.

A cet égard, il salue la proposition du professeur Guy Vallancien, dont le rapport sur la rémunération des chirurgiens, commandé par Xavier Bertrand en janvier 2007, vient d'être remis à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Tout en conservant les secteurs I et II, un troisième système de rémunération plus attractif serait créé sur la base d'un « **contrat d'exercice global** » à adhésion volontaire, signé entre les chirurgiens quel que soit leur statut, les futures agences régionales de la santé (ARS) et les établissements de santé publics et privés.

Ce contrat, renouvelable tous les trois ans, fixerait les engagements des praticiens en matière d'installation, de permanence des soins, de tarifs opposables pour les urgences et les bénéficiaires de la CMU, d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation des internes et de formation médicale continue. En contrepartie, **le tarif des actes chirurgicaux serait revalorisé et les chirurgiens rémunérés selon une part majoritaire en fonction de leur activité (trois cents actes par an *a minima*), complétée par un forfait** finançant la permanence des soins dans un territoire défini et les tâches sans lien direct avec l'activité chirurgicale.

Par ailleurs, dans le cadre du contrat global, l'assurance en responsabilité civile serait prise en charge par les ARS. De même, les coûts de personnel, de matériel et de locaux seraient transférés aux établissements de santé.

B. L'HÔPITAL PUBLIC : UNE NÉCESSAIRE RECONVERSION

1. Une offre de soins trop dispersée

La France est le pays au monde où le nombre d'établissements de santé publics et privés rapporté à la population est le plus élevé, soit un établissement pour 20 000 habitants, contre une moyenne d'un pour 40 000 habitants en Europe.

Ainsi, la distance moyenne pour rallier un plateau technique est de trente-cinq kilomètres, soit un temps de transport de trente minutes environ ; elle est d'une centaine de kilomètres en Suède, y compris pour les maternités.

Le dispositif est coûteux pour une qualité des soins identique. La chirurgie, notamment publique, est donc confrontée au défi de la restructuration de l'offre de soins, dans le but de conjuguer, dans un contexte de contrôle des coûts, les **exigences de proximité et de sécurité**. L'objectif est d'optimiser l'offre de soins chirurgicaux et les contraintes de l'aménagement du territoire.

Ainsi, sur la zone d'influence de certains hôpitaux périphériques, dans lesquels le nombre d'interventions est faible et où le chirurgien exerce souvent isolément, on observe **un taux de fuite de la population vers des établissements plus importants pouvant aller jusqu'à 90 %**.

De fait, un Français subit en moyenne, compte tenu de l'allongement de son espérance de vie, deux ou trois interventions chirurgicales au cours de son existence. Elles sont, dans la très grande majorité des cas, programmées. On comprend donc que la qualité du plateau technique et les capacités du chirurgien constituent, bien avant la distance et le temps de transport, les critères fondamentaux du choix du lieu d'une opération.

Lorsque le taux de fuite est moins élevé, on constate cependant que les personnes les mieux informées choisissent d'être opérées ailleurs que dans l'hôpital le plus proche de leur domicile, quand celui-ci est un établissement de petite taille. Au total, les hôpitaux de proximité n'attirent souvent plus que des personnes âgées isolées et la frange la plus défavorisée de la population du territoire concerné.

Par ailleurs, les chirurgiens refusent souvent d'y exercer, obligeant les directeurs de ces établissements à recruter, pour maintenir l'activité, des praticiens étrangers faisant fonction d'interne, assistant chirurgien ou attaché, dont la qualité de la formation peut être d'un niveau moindre.

Le maintien de ces structures, au prix de l'émergence d'une chirurgie à deux vitesses, n'est plus acceptable.

La majorité des acteurs du secteur - administration, médecins et, avec souvent plus d'hésitation, élus locaux - sont aujourd'hui convaincus de la nécessité de réduire le nombre de plateaux techniques en chirurgie.

Un premier mouvement de fermeture, concernant cent trente établissements, a été réalisé dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) de première et deuxième génération.

Les Sros III, mis en place le 31 mars 2006 en application de la circulaire du 5 mars 2004, sont plus ambitieux. Ils fixent ainsi un seuil d'activité recommandé, qui sert de base à la restructuration prévue de l'offre de soins en chirurgie. **Ce seuil d'établit à 1 500 séjours chirurgicaux ou 2 000 actes en bloc opératoire nécessitant une anesthésie par an.**

Il convient de rappeler, à cet égard, que les hôpitaux qui réalisent moins de 2 000 actes classant par an effectuent en moyenne 1 115 opérations par an, dont 50 actes dits fréquents (appendicectomies, cholécystectomies), soit un par semaine et 1,5 opération par chirurgien titulaire par jour ouvrable.

Or, les études successives ont toutes montré que **les résultats opératoires s'améliorent avec l'expérience du chirurgien**. Ainsi, dans le cas d'une ablation de la prostate pour un cancer, le risque de décès péri-opératoire est multiplié par 3,5 lorsque le chirurgien réalise moins de cinquante ablations par an, par rapport au chirurgien qui en effectue plus de cent.

Dix-neuf des vingt-six Sros III ont fait du seuil de 2 000 actes par an et de la présence d'une équipe opératoire minimale la condition du maintien des structures de chirurgie de proximité.

Au total, les Sros de troisième génération ont engagé **la fermeture d'environ mille services de chirurgie pour la période 2006-2011**, soit une diminution du nombre de plateaux techniques comprise, selon les estimations, entre 5,4 % et 12,4 % du total national.

Les schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération

Aux termes de l'article L. 6121-2 du code de la santé publique, le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros III) couvrent la période avril 2006-avril 2011. Ils sont fondés sur **une régulation de l'activité** et non plus sur une programmation des lits : ils déterminent, en s'appuyant sur l'évaluation des besoins de santé de la population, la répartition territoriale des activités et des équipements lourds soumis à autorisation.

Alors que dans les Sros de première et deuxième génération, la carte sanitaire et les indices étaient définis au niveau national, dans le Sros III, ce sont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui définissent les territoires de santé et qui fixent **des objectifs quantifiés pour l'offre de soins**.

Les schémas régionaux doivent obligatoirement contenir certains thèmes, activités de soins et équipements lourds. Cette liste comprend seize volets inscrits dans l'arrêté du 27 avril 2004 : médecine ; chirurgie ; périnatalité ; soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle ; hospitalisation à domicile ; prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins ; réanimation, soins intensifs, soins continus ; imagerie médicale ; techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ; prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ; psychiatrie et santé mentale ; prise en charge des personnes âgées ; prise en charge des enfants et des adolescents ; prise en charge des personnes atteintes de cancer ; soins palliatifs ; prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

Le Sros de troisième génération veut permettre une organisation sanitaire qui tienne compte des spécificités locales, notamment par le maintien et le développement d'activités de proximité, coordonnée avec les objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004. Cet outil permet donc de poursuivre la réorganisation sanitaire (plateaux techniques : maternité, chirurgie, imagerie médicale) afin de concilier les objectifs de sécurité et de proximité.

Votre rapporteur approuve largement la politique de restructuration en cours et souhaite qu'elle soit effectivement menée à bien. La France disposera ainsi de plateaux techniques et d'équipes médicales de grande qualité dans les établissements de santé de taille critique, complétés par des structures chirurgicales de recours à une distance d'environ cinquante kilomètres pour la très grande majorité de la population.

2. Quelle reconversion pour les petits hôpitaux ?

Cette évolution, bien qu'indispensable, pose la question de la reconversion des établissements dont le service de chirurgie aura fait l'objet d'une décision de fermeture.

Les possibilités sont à cet égard multiples et de nombreux hôpitaux les ont déjà expérimentées avec succès, notamment :

- **le développement d'activités qui répondent à des besoins de proximité**, tels que les soins de suite ou de réadaptation et la médecine, notamment en gériatrie et pour les pathologies chroniques ;

- la création d'un centre de diagnostic (scanner, échographie, biologie) relié par télétransmission d'images à un hôpital de référence ;

- la mise en place d'un service d'accueil et d'urgence comprenant des médecins généralistes et urgentistes ;

- la transformation d'une partie des locaux en maison de santé – solution préconisée par notre collègue Gérard Larcher dans le cadre de sa mission¹ -, en un centre d'addictologie ou en un service de rééducation fonctionnelle ;

- **l'organisation de consultations avancées** de spécialistes et de consultations pré et post opératoires.

Quelle que soit l'option choisie, **la très grande majorité des petites structures qui ont su se reconvertir après la fermeture de leur service de chirurgie ont développé leur volume d'activité et ont créé des emplois.** Ainsi, la création d'un centre de référence sur l'obésité à l'hôpital, en perte de vitesse, de Saint-Amand-les-Eaux a permis à cet établissement de passer de trois cents à six cents postes.

La réforme de l'organisation des soins n'entraîne toutefois pas systématiquement la fermeture des services de chirurgie. Au contraire, dans les centres de taille moyenne, il s'agit de soutenir la chirurgie publique grâce à la constitution d'**équipes médicales communes** à plusieurs établissements publics de santé et au **développement de la chirurgie ambulatoire.** L'exemple de l'hôpital d'Avranches-Granville mérite, sur ce point, d'être étudié.

¹ *Rapport de la mission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher. Avril 2008.*

Avranches-Granville : un exemple de restructuration réussie

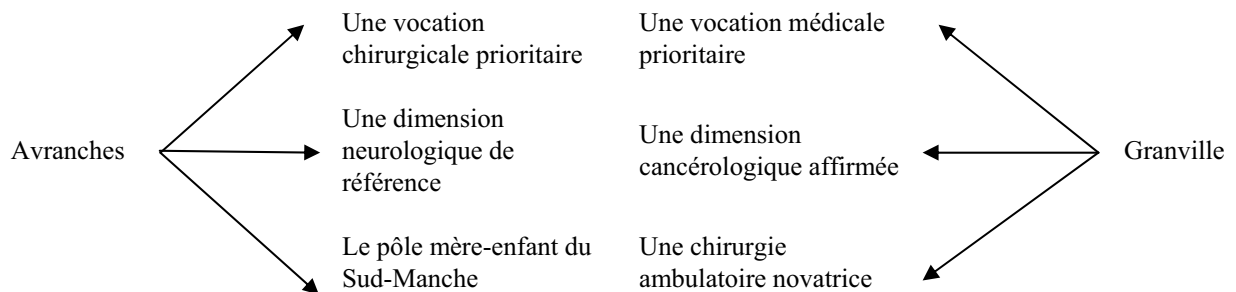
Le centre hospitalier intercommunal d'Avranches-Granville (Manche) résulte d'une fusion entre deux établissements réalisée en 1992.

Cette fusion n'a toutefois pas conduit à une répartition des activités fondée sur un projet médical assurant une véritable complémentarité entre les deux sites hospitaliers, ce qui a entraîné un déséquilibre budgétaire considérable.

Pour restaurer la situation financière de l'hôpital, la direction a présenté un plan de retour à l'équilibre budgétaire en 2006. Ce plan a conduit à la fermeture du site d'accouchement de Granville (maternité de niveau I assurant environ cinq cents accouchements par an) et au regroupement des activités obstétricales sur le site d'Avranches, siège d'une maternité de niveau II réalisant environ neuf cents accouchements par an.

Les activités médicales et la chirurgie ambulatoire ont, en outre, été transférées à Granville, Avranches conservant les interventions chirurgicales plus lourdes.

Ce plan, annoncé en mai 2006 aux instances consultatives et délibérantes de l'établissement, a mobilisé, en sa défaveur, les élus et la population de Granville, les élus d'Avranches défendant ce regroupement. Il est désormais appliqué avec des résultats déjà satisfaisants.



C'est également le cas lorsque le maintien d'un service de chirurgie à faible rendement est rendu obligatoire par des contraintes géographiques. Il convient alors de prévoir **une coopération avec un plateau technique plus actif**, afin de mutualiser les ressources humaines et d'assurer le transfert rapide des pathologies les plus lourdes vers un service adapté.

Quelle que soit la solution choisie, la contrepartie indispensable à la concentration de l'offre de soins chirurgicaux sur les plateaux techniques les plus importants réside dans **le développement des transports**, éventuellement hélicoptérés lorsque la distance entre les habitations et l'hôpital excède cinquante kilomètres (c'est le cas de 6 % des communes, qui regroupent 0,3 % de la population française).

Il est également indispensable, dans ce cadre, de **réduire le coût global des transports de patients pour la sécurité sociale**. Nombreux sont en effet ceux qui pourraient se déplacer par leurs propres moyens ou, à tout le moins, utiliser un mode de transport commun à plusieurs patients de l'établissement. De fait, dans un département comme la Corrèze, le transport des patients est plus coûteux pour l'assurance maladie que la prise en charge des honoraires des chirurgiens.

La réussite de la reconversion des établissements de santé nécessite enfin de donner à ces structures l'assurance qu'elles n'auront plus à leur charge la rémunération d'un chirurgien qui n'exercerait plus en raison de la fermeture de son service. C'est notamment le cas du centre hospitalier de Trouville-sur-mer, dans lequel votre rapporteur s'est rendu : le chirurgien n'est plus en activité, vit à Paris, mais perçoit un traitement de l'hôpital.

Le CNG devrait toutefois remédier à ce type de situations puisqu'il est prévu qu'un **chirurgien qui refuserait trois offres successives de reclassement dans un autre établissement pourrait alors être licencié**.

3. L'avenir de la chirurgie en CHU

La restructuration de l'offre de soins chirurgicaux aura également des conséquences certaines sur l'activité des CHU dans ce domaine.

Traditionnellement, les CHU sont chargés d'une **triple mission** en chirurgie : assurer les soins de proximité, dispenser des thérapeutiques complexes et innovantes de recours, réaliser des interventions de référence.

Toutefois, la première de ces missions a tendance à se développer au préjudice des deux autres, en raison de **la fréquentation croissante des urgences hospitalières**, qui représente souvent l'unique recours des usagers compte tenu du désengagement de la médecine de ville de la permanence des soins.

Désormais, les urgences accueillent la quasi-totalité des personnes âgées et en situation précaire, ainsi que les urgences psychiatriques, autant de cas lourds qui nécessitent une prise en charge des services hospitaliers, au détriment, concernant la chirurgie, de l'activité programmée.

Conjuguée aux contraintes liées au respect pointilleux des règles applicables au temps de travail dans le public (semaine de trente-cinq heures et repos compensateur notamment), cette situation conduit à ce que **les salles d'opérations des CHU réalisent une production moitié moindre que dans le secteur privé**.

Il est donc urgent, dans un souci d'efficacité et de rentabilité de l'activité chirurgicale publique, de **favoriser les interventions programmées**.

A cet effet, il est indispensable de **dégager du temps médical** pour les médecins hospitaliers, selon l'expression utilisée par le professeur François Rousselot lors de son audition par votre rapporteur. Dans les CHU, le poids des contraintes administratives est devenu excessif et conduit les praticiens à multiplier les réunions au détriment de l'activité de soins. C'est au même constat qu'est parvenu notre collègue Francis Giraud dans son rapport précité sur les CHU.

Enfin, votre rapporteur est favorable à ce que les CHU, qui ont la capacité de réaliser des interventions innovantes, renforcent leur **activité de recherche clinique en chirurgie**. Pour cela, une plus grande ouverture, y compris financière, au monde industriel, scientifique et universitaire doit être rapidement envisagée. De la même manière, la place de la recherche doit être revalorisée dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

C. LES ENJEUX DU PRIVÉ

1. La participation à la permanence des soins

La fermeture des plateaux techniques dont l'activité aura été jugée insuffisante et le nécessaire développement des interventions programmées dans les hôpitaux publics ne sont envisageables que si les établissements privés sont associés, dans un territoire donné, à l'obligation de permanence des soins.

En effet, la réforme de l'organisation du travail, notamment l'application de la réglementation relative au repos quotidien, oblige certains établissements à une réduction drastique de leur activité (les blocs opératoires y sont souvent fermés en soirée et en fin de semaine). A l'évidence, la permanence des soins est de plus en plus difficile à assurer en chirurgie.

La réglementation du temps de travail dans les établissements publics de santé

• La notion de temps de travail effectif

Conformément à la définition européenne, le temps pendant lequel un salarié est à la disposition de son employeur sur son lieu de travail est du temps de travail effectif.

Est donc considéré comme du temps de travail effectif :

- le temps de travail prévu au contrat de travail (c'est-à-dire pour les praticiens publics, les obligations de service statutaires qui peuvent être effectuées de jour ou de nuit) ;
- les heures supplémentaires effectuées (c'est-à-dire pour les praticiens publics, les plages de temps de travail additionnel (TTA) de nuit ou de TTA de jour et le temps de soins réalisé au cours d'un déplacement réalisé après appel alors que le praticien était d'astreinte à domicile).

• **La notion d'obligations de service statutaires (OS)**

Chaque statut de praticien détermine les obligations de service dont la réalisation entraîne le versement des émoluments :

- un temps plein doit effectuer dix demi-journées hebdomadaires en moyenne et ne dépassant pas en moyenne quarante huit heures hebdomadaires ;

- ces demi-journées peuvent être effectuées de jour ou de nuit, du lundi au dimanche ;

- lorsque le praticien, dans le cadre de ses OS, travaille pendant une période ou demi-période de permanence (la nuit, le dimanche, un jour férié ou le samedi après-midi), il perçoit, en plus de sa rémunération statutaire, une indemnité de sujétion rémunérant la pénibilité attachée à la période pendant laquelle il travaille. Cette période de permanence travaillée ne peut être récupérée puisqu'elle est intégrée dans les obligations de service.

• **La notion d'heures supplémentaires ou temps de travail additionnel (TTA)**

- Les praticiens publics peuvent effectuer, sur la base du volontariat, du travail supplémentaire en plus de leurs obligations de service statutaires dans la limite du respect des règles statutaires fixées pour le repos quotidien (onze heures par vingt-quatre heures avec possibilité de travailler au maximum vingt-quatre heures d'affilée à condition de bénéficier d'un repos de même durée immédiatement après la période d'activité) ;

- ce travail supplémentaire peut s'effectuer de jour du lundi au samedi midi (le praticien perçoit une indemnité de TTA de jour) ou sur les périodes de permanence (le praticien perçoit une indemnité de TTA de nuit) ;

- au choix du praticien, les périodes de TTA peuvent être indemnisées ou récupérées ou versées au compte épargne temps.

Source : Dhos

Partant de ce constat, les Sros III ont prévu un certain nombre de mesures visant à **un partage plus équitable des contraintes liées à la permanence des soins** :

- l'organisation et la diminution du nombre de sites assurant la permanence des soins sur les territoires de santé ;

- la participation du secteur privé à la permanence des soins dans le cadre du projet médical de territoire ;

- la constitution d'équipes de chirurgiens inter-hospitalières, incluant des anesthésistes et, dans certaines régions, des chirurgiens du secteur privé.

Dans son rapport¹, Gérard Larcher insiste également sur le devoir que constitue, pour les médecins de ville en général, la participation à la permanence des soins et propose d'investir les futures ARS d'une mission globale d'organisation de l'offre de soins non programmés sur le territoire régional.

¹ Rapport précité.

Quelles qu'en soient les modalités d'organisation, la participation des chirurgiens libéraux à la permanence des soins suppose **le développement de services d'urgence dans les établissements privés** - il existe déjà des pôles opérationnels spécialisés d'urgence comme SOS main - ou, au minimum, **la conclusion de conventions entre ces praticiens et les services d'urgences des hôpitaux.**

Votre rapporteur estime, par ailleurs, qu'une implication plus grande de la chirurgie privée dans la gestion opérationnelle des urgences devrait contribuer à améliorer la qualité de leur prise en charge. Aujourd'hui, en effet, 75 % des urgences sont traitées, dans les hôpitaux publics, par des praticiens étrangers, dont le niveau de formation n'est pas toujours considéré comme suffisant.

Toutefois, **le coût de prise en charge en urgence devra rester identique pour le patient, soit au tarif du secteur I, que les soins aient été effectués à l'hôpital ou dans un établissement privé.**

2. Les risques liés aux fonds d'investissement

Le rapport de Jacques Domergue et Henri Guidicelli avait recensé, en 2003, près de trois cents établissements privés en grande précarité financière.

Depuis cette date, plusieurs structures ont périclité ; d'autres, y compris parmi les plus rentables, ont été rachetées par des fonds d'investissement, souvent étrangers.

C'est, pour de nombreux interlocuteurs auditionnés par votre rapporteur, le signe que **le secteur de la santé, traditionnellement protégé, est gagné par un nouveau modèle économique.**

Les cliniques ont, de fait, longtemps été détenues par les praticiens eux-mêmes, qui en possédaient chacun une partie du capital. A partir des années quatre-vingt, beaucoup d'entre elles ont été rachetées par des groupes - la Générale de santé par exemple - qui avaient pour caractéristique de limiter leur activité au secteur sanitaire et dont on pouvait penser, par conséquent, qu'ils avaient un intérêt pour ce métier.

Tel n'est plus le cas des fonds d'investissement qui entrent depuis peu dans le capital des établissements de santé.

Il s'agit, pour eux, de **rentabiliser l'activité des structures qu'ils possèdent**, au détriment, ne peut-on s'empêcher de penser, du maintien d'une offre de soins variée. A cet égard, le maintien de spécialités chirurgicales peu rémunératrices et dont les actes peuvent être longs et risqués, la chirurgie viscérale et digestive notamment, est mis en cause dans certains établissements, tandis que d'autres en ont délibérément abandonné la pratique. Ces interventions sont alors réalisées en chirurgie publique, qui se spécialise un peu plus dans des domaines d'activité à faible rentabilité.

Cette évolution inquiète votre rapporteur, dans un contexte où **privé et public devraient au contraire agir de concert pour optimiser l'offre de soins sur le territoire national**. En outre, il n'est pas même certain que les établissements privés tirent bénéfice de l'arrivée de ces nouveaux acteurs qui, le jour venu, les revendront à leur tour, sans s'assurer de la pérennité des activités qu'ils auront contribué à développer.

3. La coopération entre le public et le privé : une solution à explorer

Dans le cadre des Sros III, les établissements visés par une fermeture de leur service de chirurgie sont invités à se réorganiser sur la base d'un groupement de coopération sanitaire (GSP), d'une équipe médicale commune au sein d'une fédération inter-hospitalière ou encore d'un pôle public-privé.

En outre, le code de la santé publique permet la signature de **contrats de concession de service public**, consistant à transférer l'activité de chirurgie à une clinique privée dans le cadre d'une restructuration de l'offre de soins sur un territoire donné, la clinique détenant alors un monopole pour cette activité. Or, cette possibilité n'est utilisée que très marginalement, puisqu'on ne dénombre qu'une trentaine de contrats signés. En effet, leur contenu ne permet de régler ni la question des dépassements d'honoraires, ni celle de la permanence des soins. Il conviendrait donc de le réformer.

Pôle de santé de la côte fleurie : une coopération public-privé

Constatant la nécessité d'une adaptation de leur structure d'hospitalisation respective, tant en termes d'efficacité et d'amélioration de la qualité que de maîtrise des dépenses, les centres hospitaliers de l'Estuaire et de Trouville-sur-Mer et la polyclinique de Deauville ont engagé une réflexion sur les perspectives de coopération et de complémentarité entre leurs établissements.

Celle-ci a abouti à la création d'un pôle de santé unique sur la côte fleurie dans les conditions suivantes :

- le rapprochement des trois établissements sur un site géographique unique dans un délai maximum de cinq ans ;
- le développement des pôles médicaux et chirurgicaux réunis en termes d'activité et de ressources humaines médicales ;
- la coordination de l'ensemble des acteurs de soins de la côte fleurie en favorisant et en développant la constitution de réseaux destinés à assurer une prise en charge globale du patient.

Les trois établissements ont convenu de réaliser le pôle santé en deux phases :

- **une phase préliminaire**, dont l'objet est de préparer la mise en œuvre du rapprochement effectif des trois structures sur un site commun et notamment :

- la validation du choix du site ;

- l'élaboration et la validation du projet médical reposant sur une détermination préalable des besoins sanitaires de la population de la côte fleurie et de son adéquation à une offre de soins rationalisée ;

- la validation du programme capacitaire.

• **une phase définitive**, qui consistera en la mise en service effective du site commun, conformément aux projets médical et capacitaire établis.

Les disciplines médico-chirurgicales et de réadaptation cardiaque sont réunies par grands thèmes d'activité formant un ensemble fonctionnel autour du plateau technique favorisant les synergies :

- urgences et antenne Smur ;
- chirurgies et anesthésie ;
- endoscopies et explorations fonctionnelles ;
- chimiothérapie ambulatoire ;
- médecine ;
- gynéco obstétrique ;
- réadaptation cardiaque ;
- imagerie médicale et scanner ;
- laboratoires d'analyses médicales et biologiques.

Répartition des activités

Activités	Hôpital	Clinique
Médecine	H	
Gynéco-obstétrique	H	
Chirurgies et anesthésie		C
Chimiothérapie ambulatoire		C
Urgences	H ET C	
Réadaptation cardiaque	H	

Le développement des coopérations entre les établissements de santé publics et privés, quelle que soit la forme juridique choisie, constitue, pour votre rapporteur, une **voie d'avenir pour la réorganisation de l'offre de soins chirurgicaux dans les régions les plus touchées par les fermetures de plateaux techniques.**

Ces rapprochements permettront en effet de mutualiser les moyens matériels et humains en chirurgie pour offrir à la population une offre de soins de qualité.

Ils seront facilités, le cas échéant, par la mise en place d'un partage de l'obligation de permanence des soins entre public et privé sur un territoire donné, mais aussi par la création d'une troisième voie commune à l'ensemble des chirurgiens s'agissant des modalités de leur rémunération, deux avancées qui semblent essentielles à votre rapporteur.

Douze propositions pour l'avenir de la chirurgie

I. La formation

- rendre obligatoire la réalisation d'un stage court dans un service de chirurgie dès la deuxième année de médecine, pour faire connaître le métier de chirurgien ;

- à l'issue des ECN, consacrer la première année d'enseignement à la chirurgie générale pour les internes en chirurgie, avant le choix d'une spécialité l'année suivante ;

- proposer aux internes d'être formés pour partie par un chirurgien libéral, sous réserve de la signature d'un contrat de formation entre ce praticien et l'université ;

- revaloriser le montant des gardes effectuées par les internes en chirurgie à hauteur de celles réalisées par les infirmiers ;

- mettre en place, à l'issue de l'internat ou du clinicat, un « service médical » obligatoire de trois ou cinq ans dans la région de formation, en contrepartie d'une aide financière versée par la région pendant les études.

II. Le statut des praticiens hospitaliers

- permettre aux PH d'exercer successivement une activité de soins, d'enseignement et de recherche en offrant une reconnaissance équivalente de ces missions dans le cadre de l'avancement.

III. La rémunération

- expérimenter, sur une période de trois ans, la proposition de « contrat d'exercice global » du professeur Guy Vallancien ;

- assujettir les indemnités d'astreinte à l'Ircantec ;

- prendre en compte, au moins pour partie, les revenus issus de leur activité hospitalière dans le calcul de la retraite des PU-PH.

IV. L'organisation de l'offre de soins

- poursuivre la fermeture des services de chirurgie qui ne répondent pas aux critères définis dans le cadre des Sros III et soutenir la restructuration de l'activité des établissements de petite taille ;

- développer les transports sanitaires dans les régions enclavées tout en veillant, à l'échelle nationale à en rationaliser l'utilisation, par le développement de transports groupés notamment ;

- associer, sur un territoire donné, les établissements privés à la permanence des soins et, en conséquence, développer l'activité de chirurgie programmée à l'hôpital public.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **mardi 15 avril 2008**, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a entendu **M. Alain Milon** présenter son **rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France**.

M. Alain Milon, rapporteur, a rappelé que la mission qui lui a été confiée par la commission sur l'avenir de la chirurgie s'inscrit dans le cadre plus large de la réflexion en cours sur l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national.

Deux raisons majeures ont présidé au choix de ce sujet : d'une part, le fait que l'exercice de cette profession ait été profondément modifié ces dernières années par l'évolution des techniques, les tensions démographiques et la spécialisation croissante de la discipline ; d'autre part, le rôle emblématique que jouent les services de chirurgie en matière d'accès aux soins.

La France compte aujourd'hui près de 25 000 chirurgiens, dont environ 16 000 libéraux et mixtes ; 55 % d'entre eux ont plus de cinquante ans et 23 % sont des femmes. Les spécialités chirurgicales les plus représentées sont l'ophtalmologie, la gynécologie obstétrique, la chirurgie générale, l'oto-rhino-laryngologie. Toutefois, la chirurgie plastique ne cesse de gagner des effectifs au détriment, notamment, de la chirurgie générale.

L'exercice de la chirurgie se caractérise, en France, par l'extrême dispersion des moyens techniques et humains, qui conduit certains centres à ne plus réunir les conditions nécessaires à des pratiques de qualité et à la sécurité des patients. La seconde particularité de la chirurgie française réside dans la spécialisation croissante des secteurs public et privé : le secteur public, qui réalise 33 % de l'activité, se concentre sur des actes complexes, tandis que le secteur privé à but lucratif réalise, surtout, la chirurgie programmée de proximité permettant une prise en charge ambulatoire.

M. Alain Milon, rapporteur, a ensuite analysé les facteurs qui laissent à penser que la chirurgie connaît une « crise des vocations ».

Le premier facteur réside en la diminution – relativement aux autres disciplines médicales – de la rémunération des chirurgiens, en raison notamment de l'augmentation exponentielle du coût des assurances en responsabilité civile, qui a été multiplié entre trois et six fois depuis 2000. Si ce coût est intégralement pris en charge par les établissements dans le cas des médecins salariés, les chirurgiens libéraux s'acquittent de 40 % du montant de leur assurance. Certaines spécialités sont, de ce fait, devenues judiciairement à risque et financièrement moins rémunératrices.

Le deuxième facteur avancé tient à la pénibilité – physique mais aussi en termes de gardes – liée à l'exercice de la profession de chirurgien et à laquelle les jeunes générations préfèrent un partage plus équilibré entre vie personnelle et vie professionnelle.

Le troisième facteur, propre à la chirurgie publique, a trait à la rigidité des carrières à l'hôpital, qui constitue un frein certain auprès des étudiants mais aussi de certains chirurgiens expérimentés. Sur ce point, une réflexion pourrait utilement être engagée sur l'évolution des missions dévolues à un praticien hospitalier au cours de sa carrière pour lui permettre, tour à tour, de soigner, d'enseigner et d'exercer une activité de recherche.

Pour autant, le rapporteur a considéré qu'on ne peut conclure à une « crise des vocations » en chirurgie. Cette spécialité demeure en effet prisée des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales, puisqu'elle est choisie en deuxième position, juste après les spécialités médicales. Toutefois, certaines disciplines sont moins convoitées que d'autres, notamment celles qui exigent une grande résistance physique, un rythme soutenu de gardes ou bien celles dont le niveau de cotation des actes par la sécurité sociale est peu attractif.

Par ailleurs, au-delà des inégalités entre spécialités chirurgicales, les inégalités territoriales en matière d'offre de soins chirurgicaux constituent un réel sujet d'inquiétude. Celles-ci se creusent en fonction des choix d'installation des jeunes chirurgiens, qui sont guidés en particulier par la capacité des établissements à mettre à leur disposition des plateaux techniques disposant des innovations les plus récentes ou à leur garantir la présence d'une équipe médicale et paramédicale suffisante permettant un exercice sécurisé et des contraintes moins lourdes de permanence des soins.

Pour inciter les chirurgiens à s'installer dans les zones déficitaires, il s'est déclaré favorable à l'instauration d'un service public médical de trois à cinq ans, que les jeunes chirurgiens effectueraient dans leur région de formation avant de bénéficier de la liberté d'installation.

***M. Alain Milon, rapporteur,** a ensuite étudié la question de la formation. Il serait utile aux étudiants de mieux connaître la réalité du métier de chirurgien en amont du choix de spécialité, grâce à l'instauration d'un stage court dans un service de chirurgie dès la deuxième année de médecine.*

Un deuxième volet concerne l'enseignement de la chirurgie générale, dont le maintien dans le cursus universitaire fait l'objet d'un débat. Il s'est prononcé en faveur d'une revalorisation de cette filière, estimant que tous les chirurgiens doivent disposer de connaissances minimales dans un souci de permanence des soins dans les structures de taille moyenne. L'instauration d'une première année de chirurgie générale au début de l'internat en chirurgie répondrait à cet objectif.

Il a également proposé qu'une partie de la formation des internes se fasse dans les établissements privés, sur la base d'un contrat signé entre un praticien et l'université. Cette ouverture permettrait de faire connaître la chirurgie libérale aux étudiants et de renforcer leur formation dans les spécialités – la chirurgie plastique et de la main notamment – pour lesquelles la supériorité des cliniques privées est reconnue.

***M. Alain Milon, rapporteur,** a ensuite présenté les modalités d'exercice du métier de chirurgien et, en premier lieu, le niveau et le calcul de leur rémunération.*

Les revenus des chirurgiens libéraux ont enregistré une diminution de 0,2 % entre 1993 et 2001, alors qu'ils étaient en augmentation continue sur cette période pour la plupart des spécialités médicales. Parallèlement, l'activité avait pourtant enregistré une croissance de 2 %. De fait, la diminution de la rémunération des chirurgiens trouve son explication dans une très faible revalorisation de la tarification des actes, conjuguée à une croissance dynamique des charges (3,6 % par an sur la période). Cette diminution a été limitée par un recours massif aux dépassements d'honoraires. Ceux-ci représentaient ainsi près de 30 % des revenus des chirurgiens en secteur II en 2000 contre 16 % en 1993.

Pour mettre un terme à cette évolution, les tarifs des actes chirurgicaux ont été revalorisés de 18 % en secteur I et de 6,5 % en secteur II en 2004 et 2005, à la suite de la mise en place de la classification commune des actes médicaux fondée sur des critères objectifs (pénibilité, technicité, temps de réalisation, etc.).

En ce qui concerne les médecins hospitaliers, si leur rémunération a été fortement revalorisée en 2000 avec la création de la prime de renoncement au secteur privé, l'existence d'un statut unique ne permet pas de prendre en compte les contraintes et la pénibilité propres à la chirurgie. Or, cette situation conduit à priver l'hôpital des meilleurs éléments : les chirurgiens, mais aussi les radiologues et les anesthésistes sont, en effet, de plus en plus nombreux à rejoindre le secteur privé où leur rémunération peut être jusqu'à huit fois plus élevée.

*Prenant acte du déséquilibre croissant entre les rémunérations proposées dans le secteur privé et le revenu des chirurgiens hospitaliers, **M. Alain Milon, rapporteur,** a appelé de ses vœux l'application de nouvelles modalités de rémunération communes, qui tiendraient compte de la pénibilité, de la qualité et du volume d'activité.*

A cet égard, il a salué la proposition du professeur Guy Vallancien, consistant en un « contrat d'exercice global » à adhésion volontaire, signé pour trois ans entre les chirurgiens, les futures agences régionales de la santé et les établissements de santé. Ce contrat fixerait les engagements des praticiens en matière d'installation, de permanence des soins, de tarifs opposables et de formation. En contrepartie, le tarif des actes chirurgicaux serait revalorisé et les chirurgiens rémunérés pour la part la plus importante

en fonction de leur activité avec un complément forfaitaire finançant la permanence des soins et les tâches sans lien direct avec l'activité chirurgicale.

Enfin, l'exercice du métier de chirurgien pose également la question de la répartition des praticiens sur le territoire national.

*Sur ce point, **M. Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que la France est le pays au monde où le nombre d'établissements de santé rapporté à la population est le plus élevé, soit un établissement pour 20 000 habitants, contre une moyenne d'un pour 40 000 habitants en Europe. La distance moyenne pour rallier un service de chirurgie est de trente-cinq kilomètres contre une centaine en Suède.*

Pourtant, sur la zone d'influence de certains hôpitaux, on observe un taux de fuite de la population vers des établissements plus importants pouvant aller jusqu'à 90 %. De fait, dans la mesure où un Français subit en moyenne dans sa vie deux à trois interventions chirurgicales, majoritairement programmées, la qualité du plateau technique et la réputation du chirurgien constituent, bien avant la distance et le temps de transport, les critères fondamentaux du choix du lieu d'une opération. Au total, les hôpitaux de proximité n'attirent souvent plus que des personnes âgées isolées et la frange la plus défavorisée de la population.

La chirurgie française est confrontée au défi de la restructuration de l'offre de soins, dans le but de conjuguer, dans un contexte de contrôle des coûts, les exigences de proximité et de sécurité.

A cet effet, les Sros (schémas régionaux d'organisation des soins) de troisième génération, mis en place le 31 mars 2006, ont fixé un seuil d'activité recommandé, qui sert de base à la restructuration prévue de l'offre de soins en chirurgie. Ce seuil s'établit à mille cinq cents séjours chirurgicaux ou deux mille actes en bloc opératoire par an. Mille services de chirurgie seront, sur cette base, concernés par une fermeture d'ici 2011. L'objectif est de disposer de plateaux techniques et d'équipes médicales de qualité dans les établissements de santé de taille critique, complétés par des structures chirurgicales de recours à une distance de cinquante kilomètres.

Il conviendra aussi d'organiser la reconversion des établissements dont le service de chirurgie aura fait l'objet d'une fermeture. Celle-ci peut prendre de multiples formes - soins de suite ou de réadaptation, service d'accueil et d'urgence, maison de santé - l'expérience montrant que, bien menée, elle conduit généralement au développement du volume d'activité et à la création d'emplois.

Par ailleurs, la contrepartie indispensable de la restructuration de l'offre de soins chirurgicaux réside dans le développement des transports et dans la réduction de leur coût pour l'assurance maladie grâce, notamment, au développement de transports en commun de patients.

En outre, la restructuration de l'offre de soins chirurgicaux aura des conséquences certaines sur l'activité des CHU. Ces établissements sont chargés d'une triple mission en chirurgie : assurer les soins de proximité, dispenser des thérapeutiques complexes et innovantes de recours et réaliser des interventions de référence. Or, la première de ces missions a tendance à se développer au préjudice des deux autres, en raison de la fréquentation croissante des urgences hospitalières. Conjugée aux contraintes liées au respect pointilleux des règles applicables au temps de travail, cette situation conduit à ce que les salles d'opérations des CHU réalisent une production moitié moindre que dans le secteur privé.

***M. Alain Milon, rapporteur**, a donc plaidé pour un renforcement de l'activité programmée de la chirurgie publique. A cet effet, il convient de dégager du temps médical pour les médecins hospitaliers en limitant le poids des contraintes administratives et de développer leur activité de recherche clinique en chirurgie dans les CHU grâce à une plus grande ouverture, y compris financière, au monde industriel, scientifique et universitaire.*

Simultanément, dans le cadre de la restructuration envisagée, le secteur privé devra être associé à l'obligation de permanence des soins. Cela suppose notamment le développement de services d'urgence dans les établissements privés – il existe déjà des pôles opérationnels spécialisés d'urgence comme « SOS main » – ou, au minimum, la conclusion de conventions entre ces praticiens et les services d'urgence des hôpitaux.

Cette nécessaire collaboration entre public et privé pourrait toutefois être rendue délicate par le fait que de nombreuses cliniques sont rachetées par des fonds privés dans l'objectif de rentabiliser l'activité de ces structures, au détriment du maintien de spécialités chirurgicales peu rémunératrices et plus risquées.

*En conclusion, **M. Alain Milon, rapporteur**, a appelé à un rapprochement du public et du privé dans les domaines de la formation, de la rémunération et de l'organisation de l'offre de soins, comme l'ont également proposé Gérard Larcher et Guy Vallancien dans le cadre de leurs récents travaux.*

***M. Louis Souvet** est revenu sur la question de la fermeture, d'ici 2011, de mille services hospitaliers. Si cette réforme est inévitable, elle risque d'être mal comprise des populations qui revendiquent souvent le maintien de structures de soins hospitaliers de proximité, sans toujours mesurer le risque que cela peut représenter en termes de sécurité des patients. Il a également souhaité des précisions sur la nature de l'ouverture de l'hôpital public au monde industriel, telle que préconisée par le rapporteur.*

Enfin, il a pris l'exemple de la fusion des hôpitaux de Montbéliard et de Belfort, dont il est résulté l'apparition de déficits financiers qui n'existaient pas dans les structures distinctes précédentes. Qui plus est, la création envisagée d'un troisième site « médian », implanté à mi-parcours des deux précédents, risque d'être aussi peu attractive que coûteuse.

M. François Autain s'est interrogé sur les conditions de la prise en charge de l'assurance en matière de responsabilité civile.

M. Alain Milon, rapporteur, a précisé qu'elle est intégrale dans les structures hospitalières pour leurs chirurgiens salariés mais qu'elle est partagée, dans le secteur libéral, entre le praticien, pour 40 %, et l'assurance maladie, pour 60 %.

M. François Autain a demandé s'il faut en conclure que le rapporteur souhaite que l'assurance maladie augmente sa prise en charge. Il a par ailleurs fait observer que la création d'une éventuelle obligation de service public pour les jeunes chirurgiens, proposée par le rapporteur, est plus exigeante que celle préconisée pour les médecins généralistes par le rapport d'information de Jean-Marc Juilhard sur la démographie médicale, adopté par la commission en octobre dernier. Enfin, il a voulu savoir si la baisse de la rémunération des chirurgiens précédemment évoquée avait été calculée en incluant ou en excluant les dépassements d'honoraires.

M. Alain Milon, rapporteur, a confirmé que, malgré les dépassements d'honoraires, la rémunération des chirurgiens avait effectivement baissé en moyenne sur la période 1993-2001, les actes chirurgicaux n'ayant pas été revalorisés pendant vingt-cinq ans, avant de l'être en 2004.

M. François Autain s'est étonné de cet état de fait. Il a par ailleurs émis des réserves sur la possibilité de confier une partie de la formation des chirurgiens à des praticiens privés, quel que soit leur niveau d'excellence, qu'il ne conteste pas, par exemple en matière de chirurgie de la main. Si ce type de formation venait à être mis en place, il serait important d'en faire une exception fortement encadrée afin de ne pas créer deux enseignements distincts en matière de chirurgie.

Il s'est également interrogé sur l'utilité de confier aux cliniques privées des missions de service public comme l'accueil des urgences, l'engorgement des services d'urgence étant d'abord lié aux dysfonctionnements de la médecine générale.

M. Francis Giraud a observé, pour s'en réjouir, l'évolution des esprits en matière d'offre de soins : il y a dix ans, le diagnostic et les recommandations du rapporteur n'auraient pas pu faire l'objet d'un consensus au sein de la commission des affaires sociales. Il est heureux que la population prenne conscience progressivement que c'est la sécurité, et non la proximité, qui doit primer en matière de chirurgie.

Il a jugé l'idée d'un stage court en deuxième année de médecine excellente, de même que celle de consacrer la première année de chirurgie à la chirurgie générale, afin de corriger la tendance actuelle à l'excès de spécialisation des praticiens.

En France, chirurgiens et plateaux techniques sont, dans l'ensemble, de très bonne qualité mais ils souffrent de l'évolution de notre société vers une médiatisation et une judiciarisation toujours plus grandes. Cette tendance pousse à la multiplication des actes chirurgicaux afin de limiter le risque d'accusation de non-prise en charge ; or, les opérations inutiles peuvent s'avérer mortelles, ce qui est dramatique et devrait être étudié et dénoncé.

Enfin, il a considéré nécessaire de définir un cadre avant de permettre aux praticiens exerçant dans le secteur libéral de participer à la formation des étudiants, même si la chirurgie conserve son unité quelles que soient ses conditions d'exercice.

***M. Paul Blanc** a noté que la rivalité entre hôpitaux publics et privés n'est pas terminée, comme l'ont indiqué les propos de François Autain et Francis Giraud. Il a estimé que les chirurgiens exerçant dans le secteur libéral devraient pouvoir enseigner ; les professeurs de médecine pouvaient d'ailleurs avoir une pratique privée avant 1982, ce qui était particulièrement bénéfique. Il a souligné que faire assurer l'accueil des urgences par une clinique privée peut être une solution efficace, comme c'est d'ailleurs le cas dans son département, les Pyrénées-Orientales. Enfin, il a fait valoir que l'obligation d'utiliser, en chirurgie, du matériel spécialisé a fait augmenter considérablement les coûts, en matière d'orthopédie par exemple. Il a souhaité que l'association des industriels aux hôpitaux publics s'opère notamment dans ce domaine.*

*En réponse à Louis Souvet, **M. Alain Milon, rapporteur**, a indiqué que les professionnels sont souvent convaincus de la nécessité des fusions hospitalières, afin de regrouper les moyens techniques et les personnels ; la difficulté est plutôt de convaincre les élus et les populations. Il existe des exemples de grandes réussites en matière de fusion et de répartition des activités chirurgicales entre sites, en y associant le secteur privé le cas échéant.*

***M. Louis Souvet** a jugé regrettable qu'à l'occasion de ces fusions, les cliniques soient déplacées hors des villes pour être rapprochées des sites hospitaliers, car celles-ci jouent un rôle important dans l'organisation urbaine.*

***M. Alain Milon, rapporteur**, a considéré qu'il s'agit là d'un problème qui relève des maires et de l'urbanisme, mais pas de l'organisation des soins. Il a fait observer que la venue des praticiens extérieurs sur les sites intermédiaires peut avoir un intérêt au moment du diagnostic ou en post-soins, mais qu'il appartient aux patients de se déplacer pour avoir recours au meilleur plateau technique.*

Il a précisé que l'une des causes de la fuite des jeunes chirurgiens hors de l'hôpital public tient à la mauvaise organisation des temps de travail et de non-travail, qui se traduit souvent par une sous-utilisation des blocs opératoires alors que ceux-ci sont en général parfaitement rentabilisés dans le secteur libéral.

Il a également indiqué que l'ouverture des hôpitaux publics au monde industriel correspond à une demande des jeunes praticiens.

En réponse à François Autain, il a précisé que le rapport Vallancien propose une prise en charge totale par les futures agences régionales de santé des assurances en matière de responsabilité civile des médecins ayant signé le contrat de service de trois ans.

Il a rappelé que le métier de chirurgien s'apprend par la pratique dans le cadre d'une forme de compagnonnage ; dès lors, la disparition de la chirurgie générale et la moindre pratique de la gynécologie obstétrique au sein de l'hôpital public imposent le recours à l'enseignement de praticiens exerçant dans le secteur libéral ; cet enseignement ne durant que six mois sur une période de formation de quatre ans, cela ne devrait pas constituer un problème.

Il a ensuite estimé nécessaire le partage de la permanence des soins entre hôpitaux publics et cliniques privées, ceci étant d'ailleurs déjà le cas dans certaines régions.

***M. Louis Pinton** a fait valoir que la nécessité d'envisager l'association des cliniques privées à la permanence des soins s'explique par le fait que, notamment en zone rurale, les médecins généralistes n'assurent plus eux-mêmes leurs gardes.*

***M. Alain Milon, rapporteur**, a confirmé que l'organisation de ces permanences est préconisée par de nombreux rapports.*

***M. Nicolas About, président**, a rappelé qu'une telle répartition des permanences de soins était déjà possible et qu'elle était même généralisée par le passé, avant que le transport systématique des malades à l'hôpital par les pompiers n'engorge les services d'urgence publics et ne pousse les cliniques à interrompre ce service.*

***M. Paul Blanc** a jugé regrettable que l'obligation d'organiser des gardes le samedi et le dimanche sous l'autorité du préfet, ne soit pas respectée.*

***Mme Bernadette Dupont** a souligné la nécessité d'intégrer à la formation des infirmières et des personnels paramédicaux des périodes de stages dans certaines spécialités, comme la psychiatrie ou la prise en charge des personnes handicapées.*

***M. Alain Milon, rapporteur**, a souligné qu'une telle formation, pour les médecins comme pour les autres personnels hospitaliers, répondrait à l'aspiration des citoyens à une plus grande sécurité des soins. En guise de conclusion, il a insisté sur la nécessité de rendre plus attractifs les métiers chirurgicaux dans les spécialités les moins prisées.*

*Il a ensuite donné lecture des douze propositions incluses dans le rapport écrit. La commission les a **adoptées et a autorisé la publication du rapport d'information.***

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **François Rousselot**, représentant du conseil national de l'ordre des médecins (Cnom)
- **Yvon Berland**, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
- **Guy Vallancien**, secrétaire général du conseil national de la chirurgie (CNC)
- **Philippe Cuq**, président de l'union des chirurgiens de France (UCDF)
- **Jean-Louis Bonnet**, président de la conférence des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation – directeur de l'ARH Rhône-Alpes
- **Pierre Mirabaud**, délégué à l'aménagement du territoire et à l'action sociale régionale
- **Annie Podeur**, directeur de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos)
- **Christine d'Autume**, chef du pôle professions de santé et affaires générales de la Dhos – auteur du rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur l'application du protocole d'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie française
- **Benoît Elleboode**, président de l'inter-syndicat national des internes des hôpitaux (Isnih)
- **Christian Thuilliez**, président de la conférence des doyens de médecine – doyen de la faculté de médecine et pharmacie de Rouen

ANNEXE 2

DÉPLACEMENTS

- **Région Basse-Normandie - 20 février 2008**

Déplacement organisé par Dominique Blais, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, et Marc Longuet, directeur adjoint :

- rencontre au centre hospitalier de Trouville-sur-Mer avec les directeurs des établissements hospitaliers de Trouville-sur-Mer et d'Honfleur et avec la polyclinique de Deauville sur la mise en œuvre du projet médical commun aux trois structures ;
- réunion au centre hospitalier d'Avranches-Granville sur la réorganisation de l'activité entre les deux sites ;
- visite de la maternité et du service de chirurgie d'Avranches ;
- entretien, à Granville, avec les responsables du centre hospitalier d'Avranches-Granville et du centre privé de rééducation fonctionnelle du Normandy sur la coopération entre les deux établissements.

- **Hôpital Saint-Antoine (Paris) - 27 février 2008**

- Rencontre avec le professeur Jean-Claude Petit, président du comité consultatif médical, Chantal de Singly, chef d'établissement, et Renaud Pelle, directeur des ressources humaines ;
- visite du service de chirurgie digestive du professeur Emmanuel Tiret (chef de service) ;
- échange avec des chirurgiens et des internes de différents services de l'hôpital.