

Compte-rendu de l'audition des Chirurgiens généraux et digestifs du 2 juin 2010

Les chiffres sur les Chirurgiens généraux et digestifs

Les chirurgiens généraux et digestifs regroupent les deux spécialités de chirurgie générale et de chirurgie viscérale et digestive. Le répertoire ADELI au 1^{er} janvier 2009 recense 4 728 chirurgiens généraux et digestifs, dont 3 972 spécialistes en chirurgie générale et 756 spécialistes en chirurgie viscérale et digestive, contre 4 114 (3 409 et 705) pour les fichiers de l'Ordre (hors Territoires d'Outremer et liste spéciale correspondant aux médecins français exerçant à l'étranger). Toutefois en ramenant les deux chiffres à des champs comparables, c'est-à-dire en retirant du nombre de spécialistes enregistrés dans ADELI ceux qui ont réussi le concours de praticien hospitalier, sans être qualifiés dans la spécialité, l'écart diminue sensiblement passant de 614 à 461 (Tableau 1). En outre le champ de l'Ordre est plus restreint puisqu'il exclut les médecins en cessation temporaire d'activité et les remplaçants.

Tableau 1 : Effectifs des chirurgiens généraux et digestifs au 1^{er} janvier 2009

Spécialité	ADELI			Ordre (activité régulière)	Écart ADELI - Ordre (hors diplômés concours PH)
	qualifiés spécialistes	reçus au concours national de praticien hospitalier	Total Spécialistes		
Chirurgie générale	3 888	84	3 972	3 409	479
Chirurgie viscérale et digestive	688	68	756	705	-17
Chirurgie générale et digestive	4 576	152	4 728	4 114	461

Sources : DREES. Répertoire ADELI et Conseil national de l'Ordre des médecins.

Champ : France + DOM

L'évolution des effectifs de chirurgiens généraux et digestifs (regroupement des deux spécialités) fait apparaître une diminution régulière entre 1999 et 2009. Le taux de croissance pour l'ensemble de la période est de -18,7 %, soit un taux de croissance annuel moyen de -2 %. A titre de comparaison, le taux de croissance de l'ensemble des spécialistes est de 10,4 % correspondant à un taux de croissance annuel moyen de 1 % (Tableau 2).

Les évolutions de chacune des deux spécialités au cours des dix dernières années sont très contrastées. Les effectifs de la chirurgie générale diminuent fortement (-26,9 % soit un taux de croissance annuel moyen de -3,1 %) alors que ceux des chirurgiens viscéraux et digestifs ont doublé avec un taux de croissance annuel dépassant les 7 %. Cette dernière spécialité ne représente toutefois que 15 % des effectifs du regroupement chirurgie générale et digestive. On notera également que la baisse des effectifs des chirurgiens généraux et digestifs touche de façon plus importante les praticiens libéraux et mixtes (-3 % en taux de croissance annuel contre 1,3 % pour les salariés exclusifs).

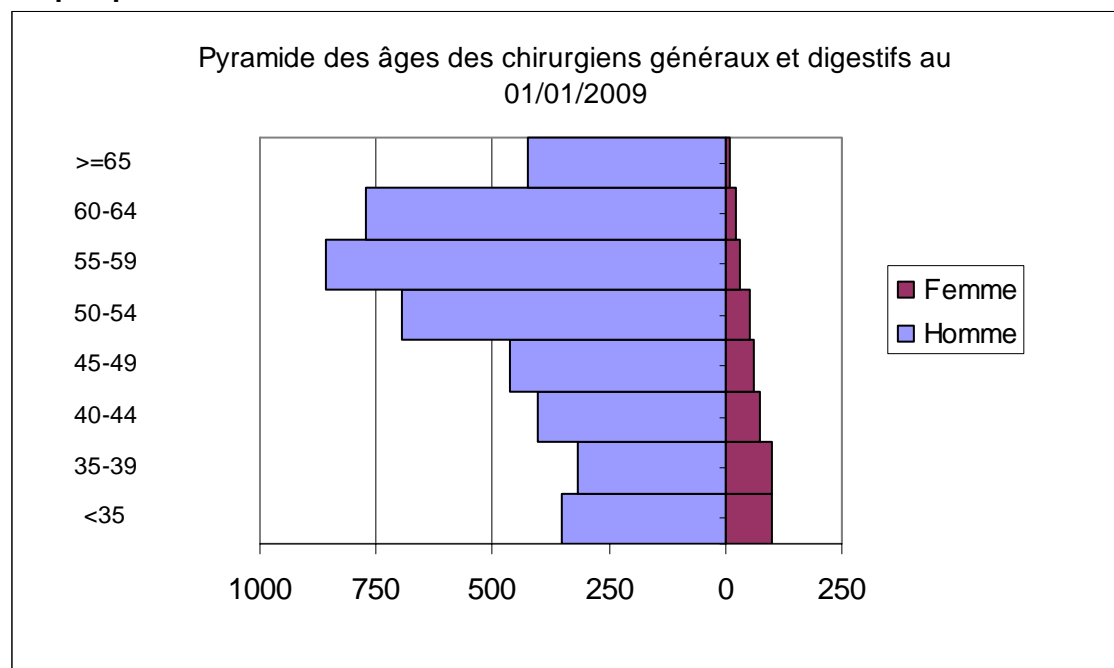
Tableau 2 : Évolution des effectifs de chirurgiens généraux et digestifs entre 1999 et 2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TCAM	TC 1999/2009
Chirurgie générale	5 436	5 186	4 838	4 852	4 802	4 641	4 492	4 329	4 238	4 114	3 972	-3,1%	-26,9%
Chirurgie viscérale et digestive	378	440	454	475	492	538	661	674	716	744	756	7,2%	100,0%
Chirurgie générale et digestive	5 814	5 626	5 292	5 328	5 293	5 179	5 154	5 002	4 954	4 858	4 728	-2,0%	-18,7%
libéral et mixte	2 601	2 449	2 373	2 343	2 299	2 247	2 173	2 074	1 993	1 957	1 909	-3,0%	-26,6%
salarié	3 213	3 177	2 919	2 985	2 994	2 932	2 981	2 928	2 961	2 901	2 819	-1,3%	-12,3%
Ensemble des spécialistes	99 249	100 632	101 262	103 157	104 755	105 783	107 183	108 044	108 704	108 960	109 596	1,0%	10,4%
Ensemble chirurgie (hors gynéco-obst, neurochirurgie, ophtalmologie et ORL)	8025	8349	8310	8625	8868	9023	9265	9388	9594	9701	9809	2,0%	22,2%
libéraux et mixtes	3670	3948	4119	4286	4431	4590	4681	4781	4903	5009	5141	3,4%	40,1%
salariés	4355	4401	4191	4339	4437	4433	4584	4607	4691	4692	4668	0,7%	7,2%

Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

La chirurgie générale et digestive compte actuellement 90,5 % d'hommes et 9,5 % de femmes. L'âge moyen des chirurgiens généraux et digestifs (51,3 ans) est supérieur de 6 mois à celui de l'ensemble des spécialistes (50,8 ans). L'âge moyen des hommes est supérieur de 9 ans à celui des femmes, ce qui signifie que c'est une spécialité qui ne s'est féminisée que récemment. Les hommes sont largement majoritaires dans l'ensemble des classes d'âge avec une proportion plus grande dans les classes d'âge les plus âgées. La part des médecins âgés de 55 ans ou plus est de 45 %, soit 6 points de plus que pour l'ensemble des spécialistes (39 %).

Graphique 1 :



Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

65 % des praticiens déclarent exercer leur activité principale en établissement d'hospitalisation public ou privé et 35 % en cabinet libéral. En ce qui concerne le mode d'exercice, 60 % sont des salariés exclusifs, 31 % des libéraux exclusifs, et 9 % des praticiens mixtes.

Selon les données transmises par la CNAMTS, on dénombre sur le territoire métropolitain au 31 décembre 2008, 6 164 chirurgiens qui exercent dans le secteur libéral. Au sein de cet ensemble, les effectifs de chirurgie générale connaissent une décroissance annuelle moyenne de -6,3 % entre 2000 et 2008 et de -5,6 % en 2008 ; en revanche, les nouvelles spécialités de chirurgie affichées depuis les années 1995-1996 présentent des évolutions soutenues. En ce qui concerne la chirurgie générale et digestive, ses effectifs diminuent globalement sur longue et courte période, assez significativement (-4,8 % et -4,1 %) ; les effectifs d'APE évoluent également à la baisse et de façon plus soutenue encore.

Tableau 3 :

EVOLUTION DES EFFECTIFS DES CHIRURGIENS GENERAUX ET SP2CIALISTES DE CHIRURGIE DIGESTIVE

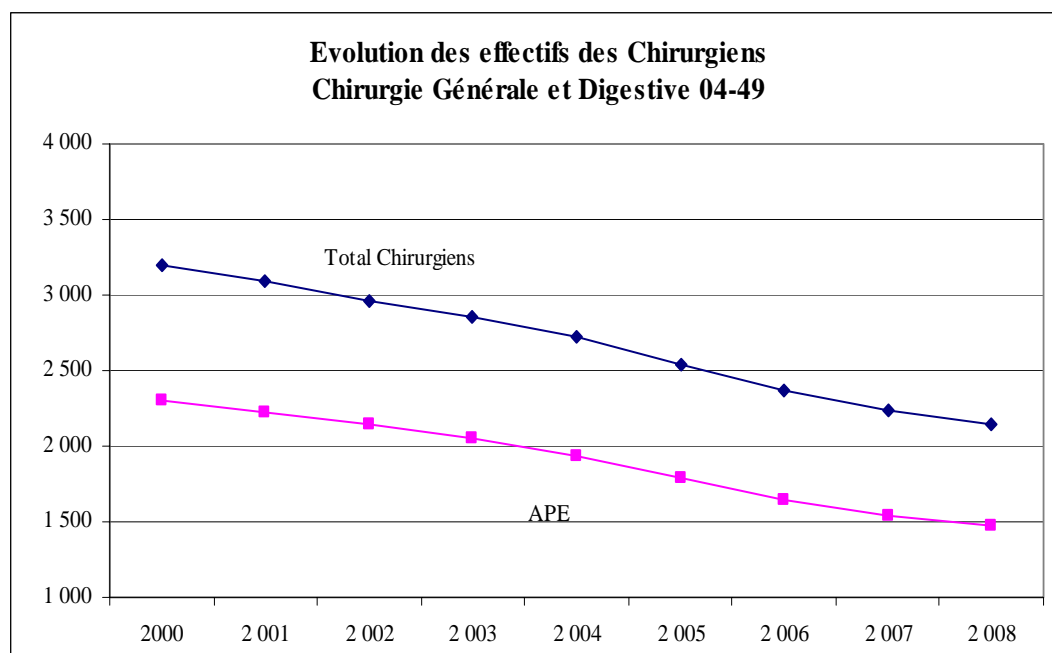
	2000	2 005	2 006	2 007	2 008	TCAM* 00-08	Evol. 07-08
Effectif Total	3 195	2 543	2 373	2 241	2 148	-4,8%	-4,1%
49- Chirurgie viscérale et digestive	57	200	235	273	290	22,6%	6,2%
04- Chirurgie générale	3 138	2 343	2 138	1 968	1 858	-6,3%	-5,6%
% APE	72,1%	70,5%	69,5%	68,9%	68,9%		-
dont APE**	2 305	1 792	1 649	1 545	1 479	-5,4%	-4,3%
49- Chirurgie viscérale et digestive	41	162	181	212	224	23,6%	5,7%
04- Chirurgie générale	2 264	1 630	1 468	1 333	1 255	-7,1%	-5,9%

* Taux de Croissance Annuel Moyen

** APE : professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, non HTP et ayant moins de 65 ans

Source : CNAMTS.

Graphique 2 :

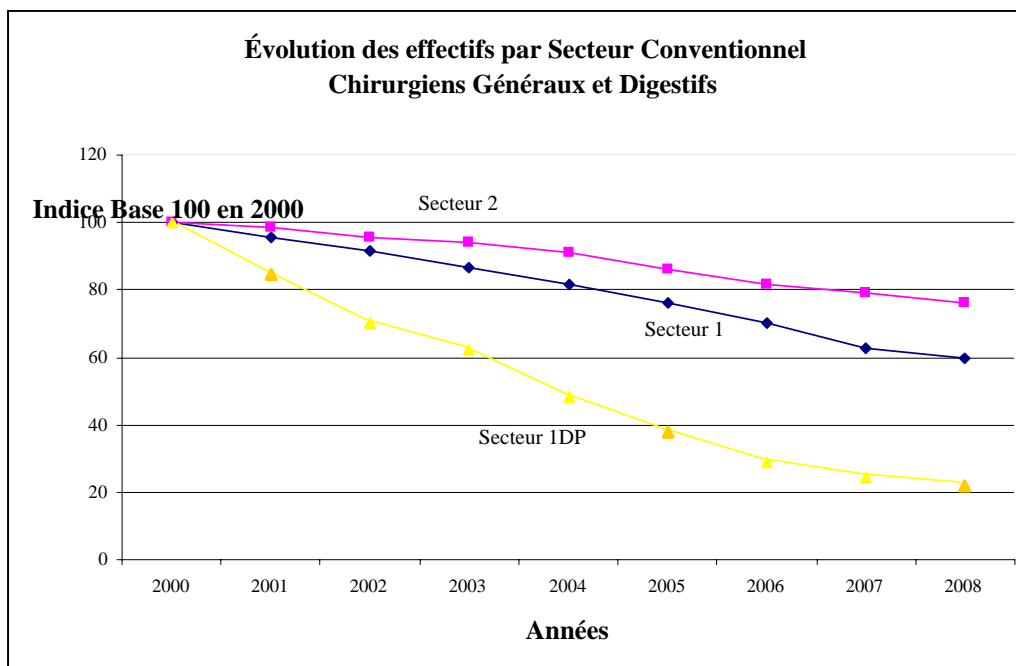


Source : CNAMTS.

En 2008, 76,5 % des chirurgiens exerçant en libéral sont conventionnés en secteur 2 et 1,4 % en secteur 1 avec DP, ce qui signifie, in fine, que 78 % sont autorisés à dépasser les tarifs conventionnels. Cette proportion est de 72,2 % pour les seuls chirurgiens généraux et digestifs. Une proportion plus grande que pour l'ensemble de leurs confrères chirurgiens est en effet installée en secteur 1 (27,5 %)

Globalement, les effectifs des chirurgiens en secteur 2 (toutes spécialités confondues) augmentent sur longue période (+3,2 % entre 2000 et 2008), et de +2,2 % entre 2007 et 2008, alors que le secteur 1 avec DP s'éteint naturellement et que les effectifs en secteur 1 diminuent significativement.

Graphique 3 :



Source : CNAMTS.

Pour ce qui concerne strictement les chirurgiens généraux et spécialisés en chirurgie digestive, la diminution des effectifs depuis 2000 concerne tous les modes conventionnels, y compris ceux du secteur 2, même si cette diminution est moins forte que celle du secteur 1.

Tableau 4 :**EVOLUTION DES EFFECTIFS DES CHIRURGIENS LIBERAUX SELON LE MODE CONVENTIONNEL
Chirurgie Digestive et Générale (49-04)**

Chirurgie Générale et Digestive	2000	2005	2006	2007	2008	TCAM* 00-08	Evol. 07-08	Part des Effectifs Par Secteur
Secteur 1	988	752	693	622	591	-6,2%	-5,0%	27,5%
Secteur 2	1969	1694	1606	1555	1501	-3,3%	-3,5%	69,9%
D.P.	230	87	66	56	50	-17,4%	-10,7%	2,3%
Total conventionnés	3187	2533	2365	2233	2142	-4,8%	-4,1%	
Non conventionnés	8	10	8	8	6	-3,5%	-25,0%	0,3%
Total Chirurgie Générale et Digestive	3195	2543	2373	2241	2148	-4,8%	-4,1%	Par Sexe
dont Hommes	3055	2433	2270	2134	2048	-4,9%	-4,0%	95,3%
dont Femmes	140	110	103	107	100	-4,1%	-6,5%	4,7%
<i>Proportion de Femmes en %</i>	<i>4,4</i>	<i>4,3</i>	<i>4,3</i>	<i>4,8</i>	<i>4,7</i>			
MEDECINS APE	2305	1792	1649	1 545	1 479	-5,4%	-4,3%	
<i>Proportion d'APE (%)</i>	<i>72,1</i>	<i>70,5</i>	<i>69,5</i>	<i>68,9</i>	<i>68,9</i>			

Source : CNAMTS.

Le mode d'exercice libéral

Les chirurgiens dans leur ensemble sont majoritairement des « libéraux exclusifs » (3701 sur 6164), et ce mode d'exercice est en progression, au contraire des autres (libéral salarié ou hospitalier) dont les effectifs stagnent. Les tendances observées pour la chirurgie générale, viscérale et digestive sont superposables. Elles interviennent sur des effectifs en diminution pour chacune de ces catégories.

Tableau 5 :**EVOLUTION DES EFFECTIFS DES CHIRURGIENS LIBERAUX SELON LE MODE D'EXERCICE LIBERAL
Chirurgiens généraux et spécialistes de la chirurgie digestive**

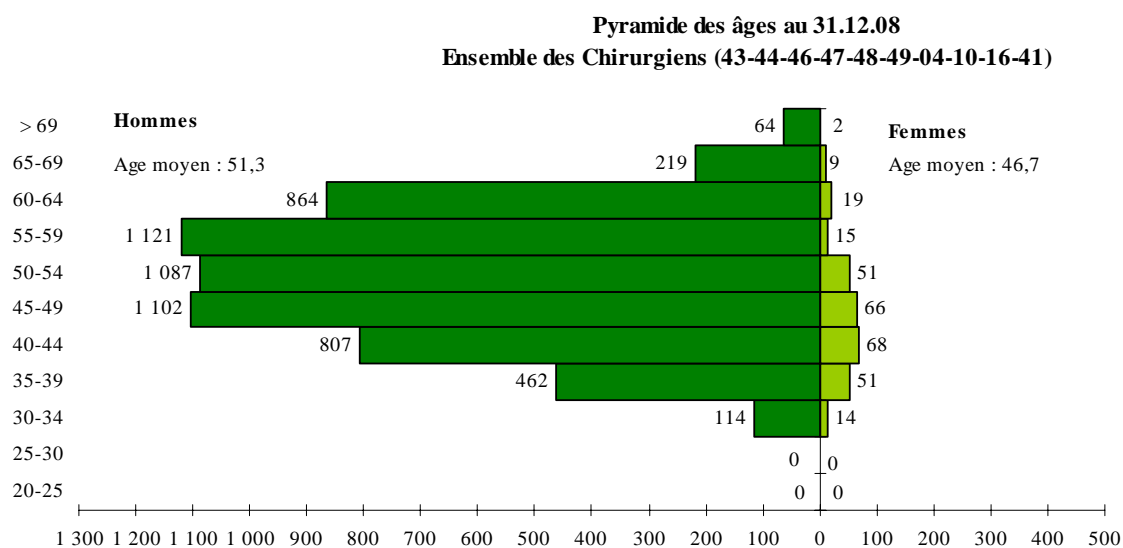
Chirurgie Générale et Digestive	2000	2005	2006	2007	2008	TCAM* TCAM* 00-08	Evol. Evol. 07-08
Libéral Exclusif	1696	1417	1334	1291	1243	-3,8%	-3,7%
Libéral Salarié	162	128	115	113	104	-5,4%	-8,0%
Hospitalier temps partiel	575	392	347	314	308	-7,5%	-1,9%
Hospitalier Temps Plein	762	606	577	523	493	-5,3%	-5,7%
Total Chirurgie Générale et Digestive	3195	2543	2373	2241	2148	-4,8%	-4,1%
Part en %							
Libéral Exclusif	53	56	56	58	58		
Libéral Salarié	5	5	5	5	5		
Hospitalier temps partiel	18	15	15	14	14		
Hospitalier Temps Plein	24	24	24	23	23		
Total Chirurgie Générale et Digestive	100	100	100	100	100		

Source : CNAMTS.

La profession de chirurgien libéral est relativement masculine (95 %), les femmes sont en moyenne plus jeunes 47 ans contre 51 ans pour les hommes.

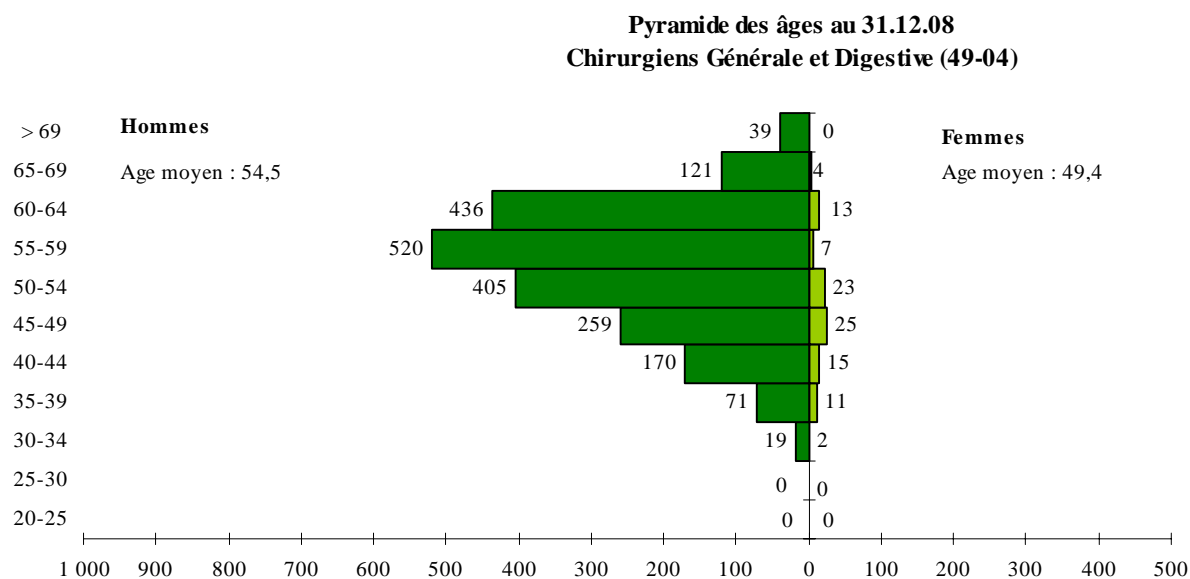
La pyramide des âges et sexes des chirurgiens généraux et digestifs fait apparaître une population plus âgée que pour l'ensemble des chirurgiens. 44 % du total des chirurgiens ont moins de 50 ans et 27 % seulement pour les chirurgiens généraux et digestifs.

Graphique 4 :



Source : CNAMTS.

Graphique 5 :



Source : CNAMTS.

La répartition géographique

En France la densité moyenne de chirurgiens généraux et digestifs est de 7,4 médecins pour 100 000 habitants. Les régions de Corse, Alsace, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France apparaissent comme les régions les mieux dotées avec des densités comprises entre 8 et 10 praticiens pour 100 000 habitants, et les régions de Picardie, Haute-Normandie, Centre, DOM et Pays de la Loire comme les régions les moins bien dotées avec des densités comprises entre 5,4 et 5,9 praticiens pour 100 000 habitants.

Tableau 6 :

	Population	DREES/ Ch générale	CNU Ch Digest.	Chir>55 ANS	Taux/Hab
Limousin	710 939	64	30	27,40%	1/24 000
Nord-pas-de-calais	3 996 588	250	121	27,50%	1/33 000
Alsace	1 734 145	167	61	28,70%	1/28 000
Bourgogne	1 610 067	107	50	33,10%	1/32 000
Pays de la Loire	3 222 061	197	83	34%	1/39 000
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 506 151	475	154	35%	1/29 000
Rhône-Alpes	5 350 701	448	144	35%	1/37 000
Poitou-Charentes	1 640 068	115	42	35%	1/39 000
Midi-Pyrénées	2 551 687	214	92	36%	1/28 000
Languedoc-Roussillon	2 114 985	174	61	36,70%	1/35 000
Bretagne	2 906 197	189	121	37,50%	1/24 000
Lorraine	2 310 376	142	69	37,70%	1/33 000
Centre	2 440 329	129	43	38,30%	1/56 000
Franche-Comté	1 117 059	67	41	38,50%	1/27 000
Picardie	1 857 481	113	78	39%	1/24 000
Corse	260 196	30	6	39,10%	1/43 000
Champagne Ardenne	1 342 363	98	50	39,30%	1/27 000
Ile-de-France	10 952 011	1094	476	39,50%	1/23 000
Haute-Normandie	1 780 192	106	51	40%	1/35 000
Aquitaine	2 795 830	172	91	43,50%	1/31 000
Basse-Normandie	1 422 193	99	48	44,60%	1/30 000
Auvergne	1 308 878	98	48	45,40%	1/27 000
France		4641	1958	37%	1/31 000

Enfin, ils apportent des éléments chiffrés sur les chirurgiens formés en dehors de l'Union européenne. Entre 1991 et 2006, 942 dossiers de qualification ont été instruits par la commission ad' hoc avec 635 avis défavorables et 307 avis favorables, soit environ 19 chirurgiens qualifiés par an. Il faut y ajouter les 250 chirurgiens qui exercent dans les hôpitaux généraux, sans qualification (certains étant inscrits comme médecins généralistes). Ainsi, entre 1995 et 2005, les flux annuels de ces médecins formés à l'étranger et au sein des hôpitaux généraux, de l'ordre d'une quarantaine par an, ont été supérieurs à ceux des médecins formés par la voie de l'internat durant la même période (30 par an avant 2000 et autour de 25 par an entre 2000 et 2005).

Éléments relatifs à la formation

Selon les représentants auditionnés, il existe à présent un consensus au sein de la discipline sur les grands principes qui devraient guider les changements en matière de formation : suppression du DES de chirurgie générale et du DESC de type 2, filiarisation dès la première année, de manière à intégrer plus précocement les internes aux équipes (y compris en matière de recherche), et à leur proposer une orientation de carrière adaptée à leurs aspirations.

Ils estiment également nécessaire le post-internat pour garantir deux années en situation de responsabilité professionnelle (4 années d'internat + 2 en post internat ou 5 années dont une 5^{ème} année « seniorisée » et 1 an de post-internat). En tout état de cause, selon leurs propositions, la durée de formation professionnelle totale ne devrait pas dépasser la durée actuelle soit 6 années, ce qui correspond au modèle européen et

limite le coût budgétaire. Cette formation permettrait un exercice généraliste de la chirurgie digestive.

De plus, ils souhaitent permettre à un petit nombre d'internes désireux de s'orienter vers un exercice en CHU, une année de sur-spécialité (sur la base du volontariat) dans un des quatre champs suivants : œsophage – estomac, foie pancréas, colon – rectum, chirurgie endocrinienne (avec possibilité de cumuler deux sur-spécialités). Selon les représentants des internes l'ouverture de telles possibilités susciterait de nombreuses candidatures (toutes les enquêtes sur les souhaits des internes l'indiquent) sans régulation possible, ce qui pourrait compromettre la pérennité d'un exercice généraliste de la chirurgie générale et digestive.

Attractivité de la discipline et évolution des besoins

Les professionnels observent une certaine désaffection pour ce DESC avec des droits au remords tardifs en raison d'un bilan « pénibilité/bénéfices » moins favorable que celui offert par la chirurgie urologique par exemple. Les représentants des internes font remarquer que, d'après les données sur les inscriptions en 1^{ère} année de DESC fournies par l'ONDPS, les flux d'internes se sont nettement redressés : 56 en 2007, 65 en 2008 et 46 en 2009. Les droits au remords s'expliquent, selon eux, davantage par les difficultés de stage occasionnées par la forte augmentation des postes en chirurgie, notamment dans les petites régions où le CHU ne peut accueillir tous les internes, que par un défaut d'attractivité de la spécialité.

Cette tension sur les capacités d'accueil des internes rend particulièrement nécessaire la mise au point d'une grille d'évaluation de la qualité des stages, travail que le collège a quasiment achevé. En chirurgie, l'objectif n'est pas d'abord de donner l'occasion d'opérer (avantage offert dans les hôpitaux généraux), mais d'apprendre à correctement opérer (étude préalable des voies d'abord, par exemple). Une autre piste d'amélioration consiste à ouvrir les structures privées ce que permet maintenant la loi HPST. Cette solution ne rencontre pas d'opposition de la part des professionnels auditionnés, d'autant que certaines interventions ne sont plus pratiquées que dans ce secteur, à la condition expresse que ce soit bien un praticien qui soit agréé et non une structure.

Les évolutions de l'exercice et des modalités d'organisation

Ces évolutions dépendent d'abord fondamentalement d'une redistribution des tâches entre les nouvelles spécialités chirurgicales, ce qui rend délicat toute prospective en la matière. L'exemple du rectocèle (hernie que forme le rectum dans le vagin) illustre l'existence de zones de recouvrement : en gynécologie-obstétrique, l'abord se fera par le vagin, le chirurgien viscéral l'abordera par laparotomie, le chirurgien spécialiste du colorectal par la voie rectale... Selon les professionnels auditionnés, la chirurgie pelvienne (adénome de la prostate, chirurgie de l'utérus) et la chirurgie endocrinologique relèvent de la chirurgie générale et viscérale.

La question de l'hyperspécialisation, à nouveau soulevée, correspond plutôt au besoin des universitaires, compte tenu de leur activité souvent très spécialisée. Pour les chirurgiens présents, il y a place pour un exercice généraliste valorisant et satisfaisant tant en hôpital général qu'en clinique, certaines interventions n'étant réalisées qu'au niveau de ce réseau primaire (exemple d'un « cholédoque »). Ils estiment également que le maintien de l'exercice généraliste est conditionné par l'accès à l'endoscopie interventionnelle qui, selon eux, devrait entrer dans le champ d'exercice des chirurgiens viscéraux comme en Angleterre, ce qui pourrait favoriser son développement optimal.

L'évolution des pathologies et de leurs prises en charge intervient également : des pathologies disparaissent comme le cancer de l'estomac (quasi éradication de

l'*Helicobacter pylori*), pour d'autres, la place de la chirurgie devient marginale par rapport à la chimiothérapie (cancer de l'œsophage ou métastases hépatiques), de sorte que la chirurgie fonctionnelle devrait prendre une place majeure.

Les évolutions technologiques sont plus difficiles à anticiper. Ainsi, l'arrivée de la coelioscopie, mise au point en gynécologie, dont l'impact en chirurgie générale, viscérale et digestive, s'est avéré considérable, n'avait pas été imaginée. Le développement de la chirurgie ambulatoire bénéficie d'une attention très soutenue de la part des autorités administratives et des objectifs ambitieux sont désormais fixés. Selon les professionnels auditionnés, les tarifs ne sont pas incitatifs pour le chirurgien libéral alors qu'elle est plus difficile et demande plus de rigueur. Elle nécessite des blocs dédiés et des changements d'organisation (pour commencer la première intervention à 8 heures, les patients doivent arriver à 6h30). Les généralistes sont assez réticents à la recommander à leurs patients, car ils sont assez souvent sollicités dans les suites opératoires. Par ailleurs, les services hospitalo-universitaires n'en ont pas l'expérience, n'ayant pas ce type d'activité (hernies, cholécystectomies...).

La « natural orifice surgery » ne paraît pas encore au point.

Deux autres éléments devraient faire évoluer l'organisation des plateaux techniques de chirurgie générale, viscérale et digestive : les seuils d'activité exigés en chirurgie cancérologique qui inciteront à des regroupements et la « fluidification » des flux opératoires (logiciels de planification des programmes, salles de pré-anesthésie), de manière à réduire l'intervalle de temps entre deux interventions. Ainsi, en France, cet intervalle se situe aux environs de 35 à 40 minutes, alors que les exemples étrangers montrent qu'il pourrait aisément descendre à 15 minutes avec une équipe resserrée (1 chirurgien, 1 anesthésiste, 2 panseuses dans l'exemple de la chirurgie bariatrique aux USA, avec un intervalle de 15 minutes). La gestion des blocs opératoires constitue un vrai problème en France, selon les professionnels auditionnés. A la question « faudrait-il un nouveau métier autour du bloc opératoire », il leur paraîtrait préférable de rajouter des compétences aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE), sous réserve d'une formation complémentaire. Les instituts de formation y sont favorables et ont commencé à introduire des modules sur cette thématique.

Annexe : Liste des professionnels participants à l'audition

Pr Jean-Luc BOUILLOT

*Président du Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive
Hôtel Dieu – AP-HP*

Pr Igor SIELEZNEFF

*Secrétaire du Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive
Hôpital de la Timone - AP-HM*

Dr Pierre JARDEL

*Membre du Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive
Chef de service de chirurgie viscérale et digestive - CH de TULLE*

Dr Jacques SOUFRON

*Membre du Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive
Clinique Notre Dame - VIRE*