

## Compte-rendu de l'audition des Oto-rhino-laryngologistes du 6 mai 2010

### Les chiffres sur les Oto-rhino-laryngologistes (ORL)

Le répertoire ADELI au 1<sup>er</sup> janvier 2009 recense 2 975 ORL, contre 2 780 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 passant de 195 à 168. (Tableau 1). En outre le champ de l'Ordre est plus restreint puisqu'il exclue les médecins en cessation temporaire d'activité et les remplaçants.

**Tableau 1 : Effectifs des ORL au 1<sup>er</sup> 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		
Oto-rhino- laryngologie	2 948	27	2 975	2 780	168

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

L'évolution des effectifs des ORL fait apparaître une augmentation entre 1999 et 2005, puis une diminution régulière. Le taux de croissance pour l'ensemble de la période est de 2,8 % ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 0,3 %. Cette évolution est sensiblement inférieure à celle de l'ensemble des spécialistes qui se traduit pour ces derniers par un taux de croissance pour la même période de 10,4 % (Tableau 2), et un taux de croissance annuel moyen de 1 %.

**Tableau 2 : Évolution des effectifs des ORL entre 1999 et 2009**

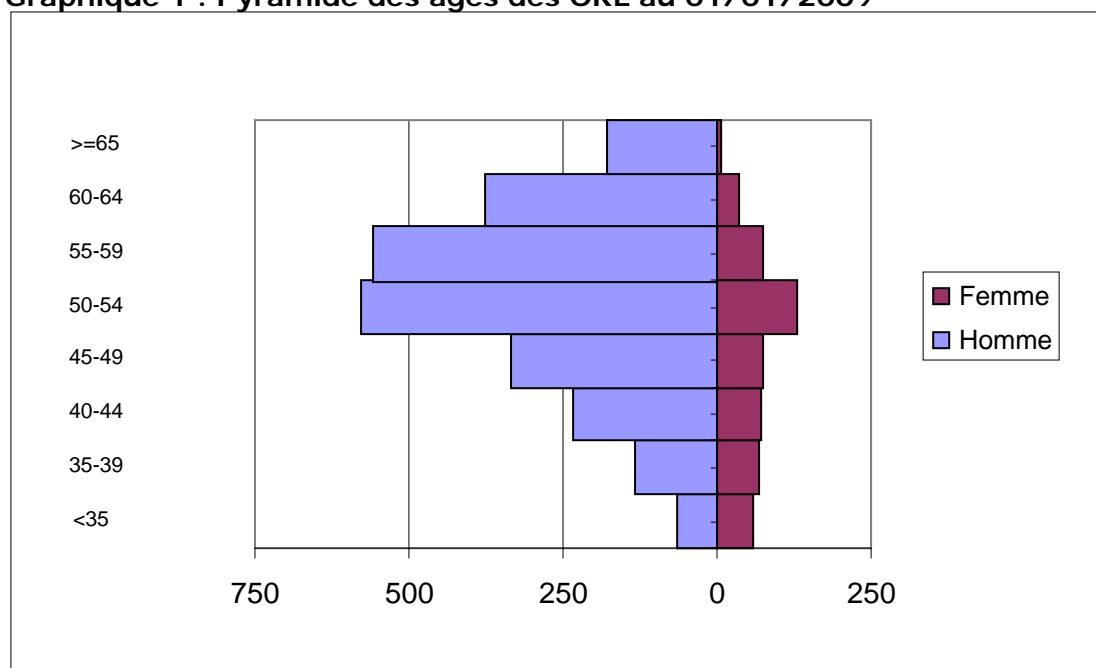
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Taux de croissance annuel moyen	Taux de croissance (1999- 2009)
Médecins spécialisés en ORL	2895	2935	2933	2973	3025	3015	3030	3015	2997	2994	2975	0,3%	2,8%
Ensemble des spécialistes	99 249	100632	101262	103157	104755	105783	107183	108044	108704	108960	109596	1,0%	10,4%

Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

La spécialité d'oto-rhino-laryngologie compte actuellement 82 % d'hommes et 18 % de femmes.

L'âge moyen des ORL (51,9 ans) est supérieur de 1 an à celui de l'ensemble des spécialistes (50,8 ans). Il est, chez les hommes, supérieur de 6 ans à celui des femmes. Ce différentiel est plus élevé que chez l'ensemble des spécialistes. 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 (Graphique 1).

**Graphique 1 : Pyramide des âges des ORL au 01/01/2009**



Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

27 % déclarent exercer leur activité principale en établissement d'hospitalisation public ou privé et 72 % en cabinet libéral. En ce qui concerne le mode d'exercice, 40 % sont des libéraux exclusifs, 35 % des mixtes et 25 % des salariés.

Selon les données transmises par la CNAMTS, l'effectif des ORL libéraux a diminué entre 1995 et 2008 (à l'exception de l'année 2006) pour passer d'un effectif de 2 413 à 2 255 en 2008 : le taux de décroissance des effectifs est de -0,5 % par an depuis 1995. La décroissance s'accélère cependant entre 2007 et 2008 (-1,4 %) (Tableau 3). 86,6 % des ORL libéraux sont Actifs à Part entière en 2008<sup>1</sup>, soit 1 952.

**Tableau 3 : Évolution des effectifs des ORL libéraux**

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TCAM* 95-08	Evol. 07-08
Effectif	2 413	2 331	2 332	2 338	2 309	2 305	2 299	2 304	2 288	2 255	-0,5%	-1,4%
dont APE**	2 150	2 080	2 063	2 078	2 055	2 038	2 039	2 026	2 007	1 952	-0,7%	-2,7%
% APE	89,1%	89,2%	88,5%	88,9%	89,0%	88,4%	88,7%	87,9%	87,7%	86,6%	-	-

\* 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

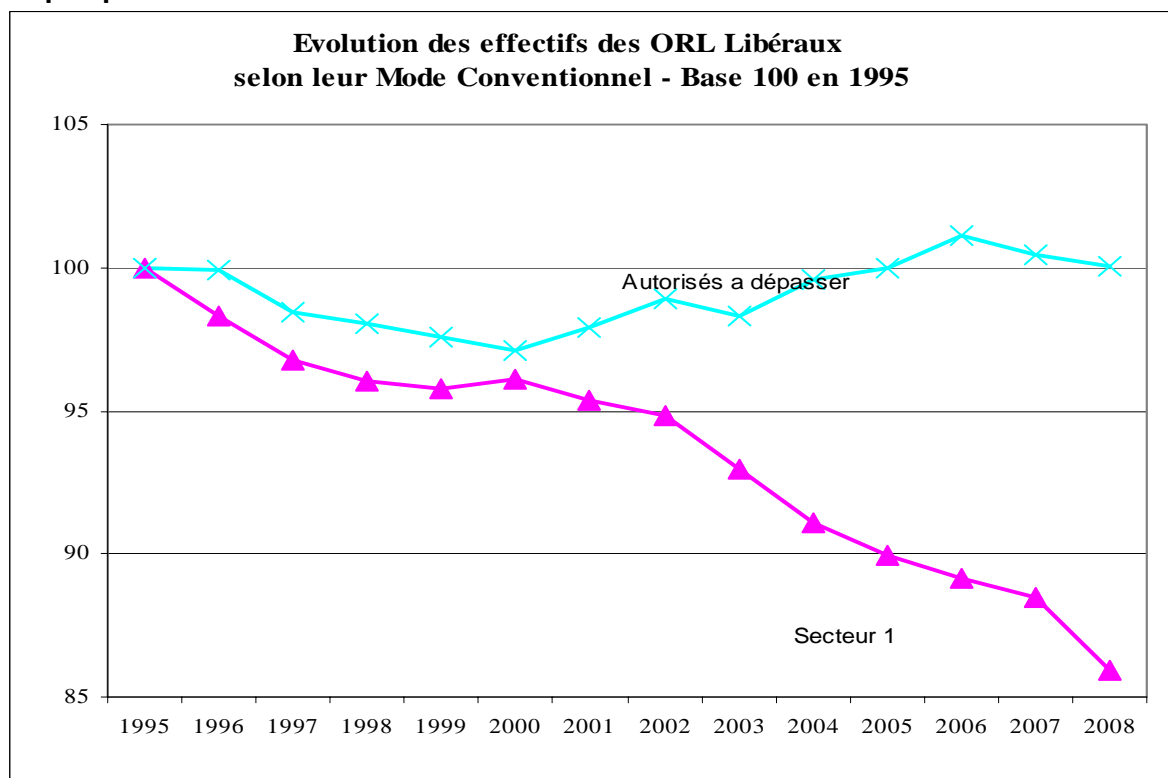
Source : CNAMTS

<sup>1</sup> Le médecin Actif à Part Entière répond aux critères suivants : il ne s'est pas installé au cours de l'année considérée, il est conventionné, il n'exerce pas à l'hôpital à temps plein, il n'a pas atteint son 65ème anniversaire au cours de l'année, et continue à exercer une activité.

La diminution du nombre d'ORL sur la période étudiée résulte d'une baisse importante des effectifs de praticiens installés en secteur 1, appliquant strictement les tarifs conventionnels. Comme le montre le graphique 2, les effectifs d'ORL autorisés à dépasser les tarifs opposables ont fluctué entre 1995 et 2008.

En 2008, 43 % des ORL sont conventionnés avec obligation de respecter les tarifs conventionnels (secteur 1) ; seuls 4 ORL exercent leur profession hors conventionnement en 2008. 57 % des ORL sont autorisés par leur mode conventionnel, à dépasser les tarifs opposables (secteur 1 avec DP et secteur 2).

**Graphique 2 :**



Source : CNAMTS

L'activité libérale exclusive reste dominante en terme d'effectifs (55,8 %), même si elle décroît entre 1995 et 2008. 36 % des ORL ayant une activité libérale ont également une pratique salariée à temps partiel en 2008. Les autres exercent à l'hôpital en temps qu'hospitaliers à temps plein. Cette modalité de l'exercice libéral connaît un taux d'évolution significativement positif, alors que les autres modalités (libéraux exclusifs et libéraux ayant une pratique salariée à temps partiel) diminuent sur courte et longue période.

**Tableaux 4, 5 et 6 : Quelques caractéristiques des ORL exerçant en secteur libéral**

	Age moyen 2008			Répartition par sexe en %	
	Homme	Femme	Moyenne	Homme	Femme
Oto-Rhino-Laryngologistes	53,2	50,0	52,8	88,0	12,0
Total spécialistes	53,3	51,7	52,8	69,3	30,7

**Répartition par mode d'exercice au 31.12.2008**

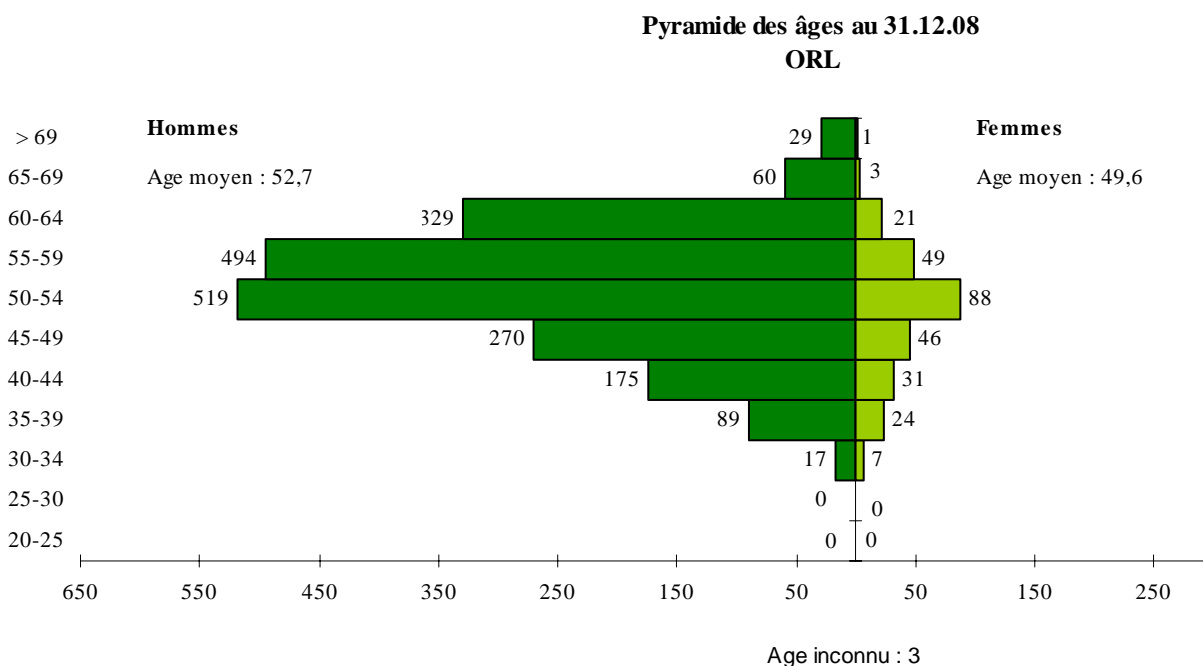
	en %				Total médecins
	Libéral exclusif	Libéral et Salaré	Libéral + exercice hospitalier temps partiel	Libéral + exercice hospitalier temps plein	
Oto-Rhino-Laryngologistes	55,8	11,3	24,7	8,2	100,0
Total spécialistes	63,3	11,5	17,2	8,1	100,0

**Répartition par mode conventionnel au 31.12.2008**

	Conventionnés				non conventionnés	Total médecins
	Secteur 1	Secteur 2	D.P.	Total		
	Oto-Rhino-Laryngologistes	42,9	56,2	0,7	99,8	0,2
Total spécialistes	59,3	39,8	0,7	99,7	0,3	100,0

Source : CNAMTS

**Graphique 3 :**



Source : CNAMTS

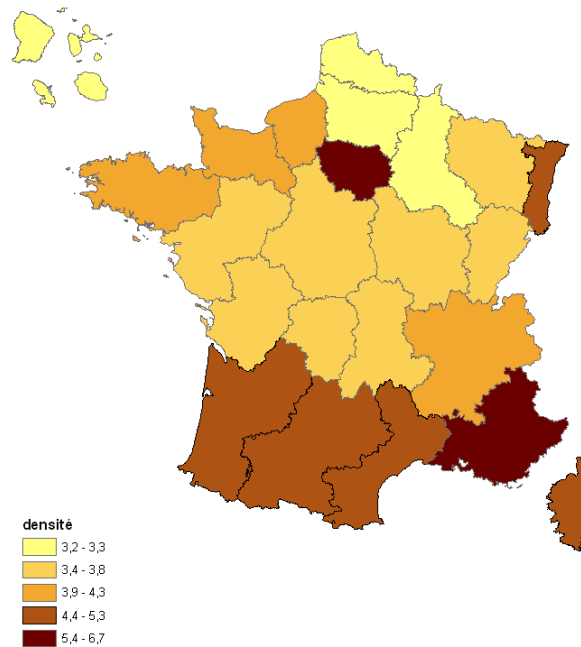
La pyramide des âges et sexes montre une population vieillissante pour les hommes. La proportion de femmes aux âges les plus jeunes est plus élevée : 40 % des femmes ont moins de 50 ans ; cette proportion est de 28 % pour les hommes.

## La répartition géographique

En France, la densité moyenne d'ORL est de 4,7 médecins pour 100 000 habitants. La région Île-de-France avec une densité de 6,7 praticiens pour 100 000 habitants est la région la mieux dotée, avec la région Paca (6,5) puis les régions du Sud et l'Alsace avec des densités supérieures à 4,4 praticiens pour 100 000 habitants. Parmi les régions les moins bien dotées, on trouve les régions Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Picardie et DOM avec des densités comprises entre 3,2 et 4 praticiens pour 100 000 habitants.

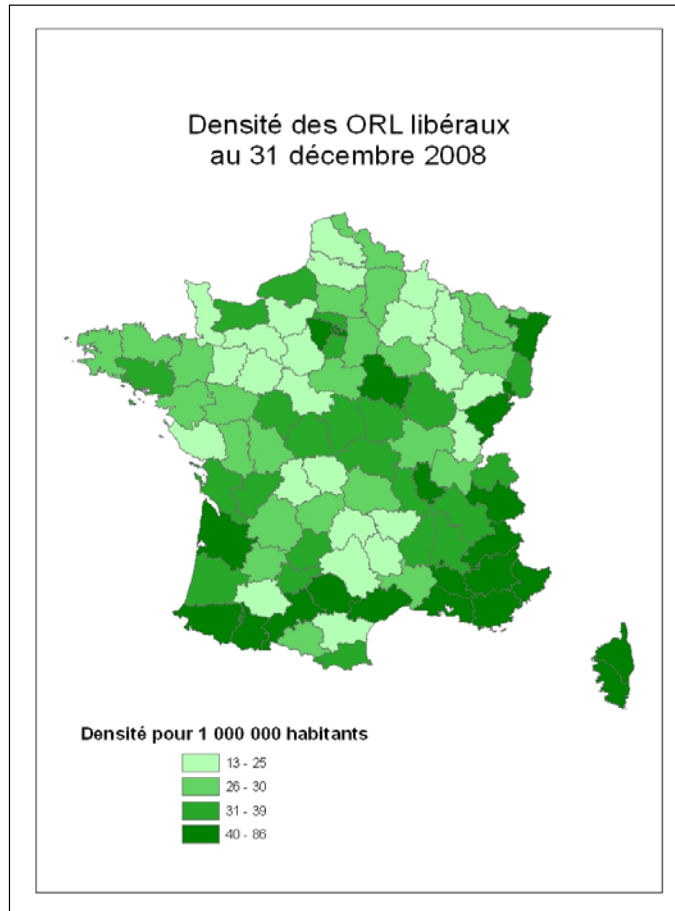
### Carte 1

Densité d'oto-rhino-laryngologistes  
par région au 1er janvier 2009



Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

## Carte 2



Source : CNAMTS-SNIR

En secteur libéral et pour la France entière, la densité est de 36 ORL libéraux par million d'habitants. On note des différences de densité importantes entre départements, avec des extrêmes allant de 13 ORL par million d'habitants en Lozère et dans le Cantal, 16 dans la Creuse et dans le Gers, à 86 à Paris.

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

A. L'évolution observée actuellement est celle d'un recentrage des ORL sur le versant chirurgical de leur activité, qui va de pair avec la disparition progressive des ORL formés par la voie du CES (environ un tiers des ORL actuellement, qui font moins de 50 actes par an).

Cette activité chirurgicale d'ORL et de chirurgie cervico-faciale requiert des plateaux techniques de deux types : chirurgie ambulatoire d'une part et chirurgie lourde d'autre part. La chirurgie lourde comprend 5 « sur-spécialités » : l'otologie et la chirurgie de la base du crâne postérieure, la chirurgie du cancer et du cou, l'ORL pédiatrique, la plastie, la rhinologie et la base du crâne antérieure. Cette hyperspécialisation qui se rencontre essentiellement au sein des CHU, n'est pas contradictoire avec le fait que la spécialité reste unique, avec un très gros tronc commun polyvalent de proximité.

L'aspect médical de l'exercice qui va perdurer devrait être plus spécialisé (phoniatrie, audiophonologie et explorations fonctionnelles - des projets de DESC médicaux ont été présentés à la CNIPI), pour laisser à la médecine générale et aux pédiatres la prise en charge des affections simples.

Ainsi l'activité d'un ORL comporte trois aspects complémentaires : un tiers environ d'explorations fonctionnelles, un tiers de chirurgie et un tiers de consultations. Selon les professionnels auditionnés, cette complémentarité indique que l'ORL reste une spécialité médico-chirurgicale.

La diminution prévisible des effectifs d'ORL rend nécessaire la réflexion sur les tâches qu'ils pourraient déléguer à des collaborateurs formés spécifiquement pour dégager du « temps médecin ». Dans les cabinets de groupe comme dans les établissements hospitaliers, la réalisation des explorations fonctionnelles est de fait souvent confiée à des collaborateurs. Un projet d'une licence professionnelle de « technicien en audiologie et explorations fonctionnelles », élaboré dans le cadre de la commission « audiologie » du Collège ORL, a été présenté au ministère de la santé il y a 6-7 ans mais le dossier n'a pas progressé pour le moment. Cette formation, d'une durée de deux ans compte tenu des stages, serait ouverte aux infirmières, aux orthophonistes et audioprothésistes (mais les possibilités offertes par leur statut libéral actuel leur sont plus avantageuses), aux manipulateurs radio, aux techniciens d'explorations fonctionnelles. Elle pourrait concerner 30 personnes environ par an sur le territoire. Ces techniciens travailleraient sous délégation de l'ORL. Selon les promoteurs du projet, ce métier ne recouvrant pas les mêmes activités que les audioprothésistes et les orthophonistes, ne devrait pas susciter d'opposition de leur part. Il n'est pas du tout comparable aux audiologistes qui existent au Canada et en Belgique. Ces derniers pratiquent à la fois les tests de dépistage et la vente des appareillages, ce qui n'est pas sans poser des problèmes de pertinence des indications (voire d'éthique). Les difficultés de création de ce type de licence et le souhait d'offrir des perspectives de carrière suffisantes aux professionnels formés amènent à poser la question de l'opportunité d'une éventuelle redéfinition de ses contours pour l'élargir à des champs proches comme la neurologie (EEG, explorations neuro-sensorielles). Les professionnels expriment des opinions diverses sur ce point.

Au cours des échanges qui ont suivi, il a été observé également que ce souhait de déléguer des tâches à des collaborateurs formés s'inscrivait parfaitement dans le champ des collaborations ouvert par la loi HPST. Dès lors que les compétences précises pouvant être déléguées auront été définies et auront reçu l'assentiment des professionnels concernés, des dossiers pourront être proposés aux ARS puis soumis à la Haute autorité de santé (HAS).

B. La répartition territoriale des cabinets et les modes d'organisation sont également amenés à profondément évoluer. Deux mouvements apparaissent déjà largement engagés :

- 1. Le regroupement des cabinets libéraux pour former des équipes de 3 à 4 ORL au moins, dans des villes de taille suffisante pour le justifier (préfectures). Ces cabinets de groupe permettent de mutualiser le coût de l'équipement et des installations, celui des mises aux normes (hygiène) et l'emploi de collaborateurs. L'évolution des règles ordinaires permettent également plus aisément des cabinets secondaires pour organiser des consultations avancées.

Selon le représentant du Syndicat National des médecins spécialisés en ORL et chirurgie maxillo-faciale, l'accroissement des distances pour les patients qui en résulte ne pose pas de vrais problèmes d'accès aux soins : l'absence d'accès direct (sauf pour 20 % des actes de premier recours) a changé la donne pour la clientèle, et il n'y a pas actuellement de temps d'attente pour obtenir un rendez-vous. Selon une enquête du SNORL et une projection de ce scénario de regroupement en région Centre, tous les départements devraient rester pourvus par au moins un cabinet de groupe d'ici 2024, même si les effectifs diminueraient de moitié par rapport à 2009. Cette évolution correspond d'ailleurs aux aspirations des jeunes ORL<sup>2</sup> qui plébiscitent le cabinet de groupe (86 %) lorsqu'ils envisagent une carrière libérale ou mixte (39 % des répondants), et privilégient les villes universitaires (55 %) ou sièges de préfecture (29 %) pour leur installation. Les

<sup>2</sup>D'après une enquête auprès des 77 ACC et des 226 internes inscrits en DES réalisée par la Société Française d'ORL (Pr Chambolle) et dont les résultats ont été fournis à l'ONDPS par ses représentants.

professionnels soulignent que, contrairement aux idées reçues, les aspirations ne sont pas différentes selon le sexe, hormis le fait que 15 % des femmes souhaitent travailler à 80 % et 2 % seulement à mi-temps. Globalement, les carrières libérales sont moins attractives que par le passé.

- 2. Le regroupement des plateaux techniques hospitaliers est également inévitable, sous l'effet en particulier des normes instaurant des seuils critiques d'activité et de l'évolution de l'environnement (formation de groupes d'offreurs de soins).

### **Attractivité de la discipline et évolution des besoins**

L'ORL est attractive comme le prouve le fait que les internes ne parviennent à faire leur premier stage qu'au 4<sup>ème</sup> semestre.

La réduction des effectifs que va connaître cette spécialité (autour de 1700-1800 selon l'estimation avancée par les professionnels présents) ne paraît pas catastrophique aux représentants auditionnés. Elle devrait être l'occasion de réorganiser l'offre de soins sur le territoire et de redéfinir les besoins. En Angleterre, les 700 ORL sont tous chirurgiens. En France, combien en veut-on : 2000 ? Ce n'est pas encore arrêté.

La démarche développée en 2008, dans le cadre de l'ONDPS, lors du premier exercice de prévision des effectifs d'internes à former<sup>3</sup>, est alors présentée.

• Selon le scénario 1, basé sur le prolongement à l'identique de la situation observée en 2008, 64 internes seraient formés en moyenne annuelle, soit 320 internes sur la période 2009-2013. Ce scénario minimal, peu plausible parce qu'il n'intègre pas les effets de l'augmentation du numerus clausus, ne permettrait pas le remplacement de l'effectif susceptible de cesser son activité au cours des 5 prochaines années (entre 520 et 560 selon que l'on prend comme référence les ORL âgés de 60 ans et plus ou la moitié de la tranche d'âge des 55 ans et plus).

• Selon le scénario 2, basé sur les propositions qu'ont formulé les comités régionaux après examen des situations démographiques locales et des capacités de formation, 387 internes seraient formés sur la période 2009-2013, soit, en moyenne annuelle, 77 flux qui resterait inférieur aux sorties annuelles attendues.

L'augmentation proposée dans ce deuxième scénario ne concerne pas toutes les régions de la même façon. Trois cas de figure peuvent être distingués :

- A. les régions en nombre limité, qui en raison des capacités des stages limitées, ou du fait d'autres priorités proposent un nombre d'internes inférieur à celui des internes en formation en 2008 comme : Bretagne, Île-de-France, Poitou-Charentes ;
- B. les régions qui souhaitent conserver un nombre d'internes équivalent comme Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais ;
- C. les régions qui proposent une augmentation sensible, comme Aquitaine, Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, les Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur+Corse et La Réunion qui n'a pour l'instant d'interne en formation dans cette spécialité.

Selon les représentants de la profession, ces propositions des comités régionaux semblent maximales, compte tenu de la saturation des terrains de stage que connaissent certaines régions et qui font augmenter le besoin de stages inter-CHU. Par ailleurs, les restructurations hospitalières devraient réduire le nombre de services formateurs. Enfin, la répartition des régions au sein de ces trois groupes, leur paraît mériter un réexamen.

A la question de l'ouverture de stages en privé, il est souligné la nécessité d'une grande prudence. Il faut préciser d'abord quel type de délégation et quelle responsabilité

---

<sup>3</sup>Rappel : Un réexamen annuel par les comités régionaux est prévu, ce qui permettra de parvenir à des propositions glissantes, en fonction des priorités nationales ou régionales.

seraient confiés à l'interne. Par ailleurs, le nombre d'établissements pouvant être agréés « se comptent sur les doigts d'une main ». Le modèle auxquels les représentants du syndicat disent se référer est celui du « stage en entreprise », c'est-à-dire la découverte du monde libéral, ce qui ne nécessiterait pas un semestre. Pour le représentant de la conférence des doyens, il convient de privilégier les stages inter-CHU. L'ouverture au privé ne devrait intervenir que si le service public ne peut suffire, ce qui se produira peut-être de façon ponctuelle. Il reste pour certains que si l'on veut augmenter le nombre d'ORL, il faudra peut-être élargir le nombre de services agréés.

### **Éléments relatifs à la formation**

Le contenu actuel et la durée du DES (5 ans) sont suffisants pour acquérir les connaissances mais dans ce format, il faudrait 1 an de mise en situation de responsabilité. Les sur-spécialisations éventuelles (souhait exprimé par plus d'un tiers des jeunes ORL selon l'enquête déjà citée) ne devraient intervenir qu'après cette formation complète et celles-ci ne devraient pas avoir un caractère exclusif des autres aspects de l'ORL.

Par ailleurs les représentants du syndicat proposent que les cabinets de groupe accueillent des étudiants au cours du second cycle pour le stage de découverte du secteur libéral prévu, ce qui permettrait également aux futurs généralistes de se familiariser avec les activités ORL de premier recours (bouchon de cérumen, etc.)

## **Annexe : Liste des professionnels participants à l'audition**

**Pr Serge BOBIN**

*Doyen de la faculté de Médecine de Paris XI, Représentant de la Conférence des Doyens d'université de médecine*

**Dr Dominique ENGALENC**

*Secrétaire Général Adjoint du Syndicat National des médecins spécialisés en ORL et chirurgie cervico-faciale (SNORL)*

**Dr Benoît FEGER**

*Président du Syndicat National des médecins spécialisés en ORL et chirurgie cervico-faciale (SNORL)*

**Pr Noël GARABEDIAN**

*Président du Collège National des ORL*

**Dr Hervé LACOMBE**

*Vice Président du Collège National des ORL*

**Pr Elie SERRANO**

*Vice Président du Collège National des ORL*

**Pr Olivier STERKERS**

*Président de la Section 55 du CNU et de la Sous section ORL.*