

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE – 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 – FAX : 01 40 46 87 55

RAPPORT

*au nom d'un Groupe de travail***

La chirurgie en France. Recommandations des Académies nationales de médecine et de chirurgie

Louis HOLLENDER *

La qualité des soins chirurgicaux, et leur accès, jusqu'à présent remarquables, sont menacés. Les chirurgiens sont inquiets pour l'avenir.

Concernées par la gravité de la situation, l'Académie nationale de médecine et l'Académie nationale de chirurgie, conformément à leur vocation, estiment qu'il est de leur devoir de s'impliquer, ensemble, pour analyser les difficultés et leur opposer de possibles solutions. Elles ont, dans ce but, créé un groupe de travail qui, après avoir procédé à de nombreuses auditions (***), propose des orientations nouvelles susceptibles d'assurer à la chirurgie et aux chirurgiens un avenir plus serein, et aux patients la meilleure qualité chirurgicale.

Ces orientations ont pour but de :

- réorganiser et mieux équilibrer la distribution des soins chirurgicaux et les modalités d'exercice de la chirurgie.
- mieux adapter la formation initiale des futurs chirurgiens aux exigences contemporaines.
- établir un schéma adapté d'évaluation des pratiques et des compétences professionnelles.

RÉORGANISATION DE LA DISTRIBUTION DES SOINS CHIRURGICAUX - MODALITÉS D'EXERCICE DE LA CHIRURGIE

LA RÉORGANISATION DE LA DISTRIBUTION DES SOINS CHIRURGICAUX

La répartition des établissements chirurgicaux, publics et privés, n'est plus aujourd'hui compatible, ni avec la démographie chirurgicale, ni avec les conditions contemporaines d'exercice de la discipline (application des directives européennes, réduction du temps de travail), ni avec les aspirations actuelles de la société, ni avec les ressources économiques disponibles.

Une optimisation de l'offre de soins chirurgicaux est donc indispensable et urgente

Elle doit reposer sur : le regroupement et la réorganisation des plateaux techniques chirurgicaux ainsi que sur le renforcement des équipes opératoires.

Elle doit également intégrer l'évolution technologique de la chirurgie qui reposera de plus en plus sur l'imagerie au bloc opératoire et le développement de la robotisation.

** Membres de l'Académie nationale de médecine : MM. HOLLENDER (Coordonateur), CHAPUIS, DUBOIS F., LOGEAIS, LOISANCE, MALVY, VALLANCIEN.

Membres de l'Académie nationale de chirurgie : MALAFOSSE, BAULIEUX, CHATELAIN, MANTION, POILLEUX, RICHARD.

* Membre de l'Académie nationale de médecine

Elle nécessite enfin une **coopération entre les secteurs public et privé** qui doivent conjuguer leurs efforts dans le respect de leurs missions respectives.

Le regroupement des plateaux techniques

A l'heure actuelle, beaucoup de plateaux techniques sont dispersés dans de multiples petits établissements, dont les équipements sont souvent insuffisants, tant en matériel, qu'en effectifs de chirurgiens. Un regroupement s'impose donc. Il se fera autour de l'établissement le mieux pourvu. Proximité n'étant de très loin pas gage de sécurité – de nombreux établissements recensés n'ont que deux chirurgiens qui sont de ce fait dans l'impossibilité de faire face à des urgences – le regroupement permet alors d'atteindre les indispensables coefficients d'efficacité et de qualité des soins.

Comme le mouvement en a déjà été amorcé, il s'impose de continuer à réaliser dans chaque département un inventaire précis des plateaux techniques existant tant en public qu'en privé, et de les regrouper soit par département, soit par région, une opération qui se fera en étroite collaboration entre chirurgiens des deux secteurs et en accord avec les agences régionales d'hospitalisation (A.R.H.), le Conseil départemental de l'Ordre, ainsi qu'avec les élus locaux.

Les services chirurgicaux dont les insuffisances en personnel ou en équipement ne leur permettent pas d'être retenus, seront reconvertis. Il sera conservé une unité de proximité dans laquelle seront distribués des soins élémentaires et où se fera le triage et, après une première mise en condition, le transfert vers l'établissement le mieux adapté. Ceci peut exiger une installation adéquate en moyens de télétransmission, voire dans certaines régions, le recours à l'hélicoptère dont l'augmentation en nombre permettra, le cas échéant, de faire face aux distances.

La mutualisation des moyens et des hommes est seul à même d'offrir à la population :

- des plateaux techniques performants, dotés de moyens suffisants mis en place dès avant les regroupements, et des technologies les plus modernes ;
- des chirurgiens en nombre suffisant pour assurer, avec un maximum de sécurité, la permanence des soins et une complémentarité des spécialités.

Une structure chirurgicale adaptée, réunissant l'ensemble des chirurgiens, toutes spécialités confondues, s'impose pour l'organisation du travail, en assurant l'indispensable double pratique de la chirurgie programmée et de la chirurgie d'urgence.

Pour assurer une prise en charge optimale des urgences chirurgicales et traumatologiques, il faut, dans chaque établissement d'accueil d'urgence, **individualiser un service d'urgences chirurgicales et traumatologiques**, sous la responsabilité de l'un des chirurgiens qui sera en charge de l'organisation et de la formation des personnels. Une chefferie de service tournante, de rythme à définir localement, permettrait l'implication de tous pour offrir des soins de qualité optimale, délivrés par une équipe chaque fois adaptée à la situation. Nous précisons que le problème des urgences n'est pas spécifiquement envisagé dans ce rapport.

La chirurgie ambulatoire n'est de loin pas assez pratiquée, en particulier dans le secteur public. Son développement, indispensable, passe par l'attribution de moyens et une meilleure valorisation, en connexion avec des services de chirurgie.

La réorganisation du plateau technique chirurgical. L'équipe opératoire

La pratique de la chirurgie ne se conçoit plus hors d'une équipe dont l'homogénéité et l'entraînement au travail en commun sont les principaux garants de l'efficacité à tous les stades de la prise en charge du malade, et dont le but essentiel est la réussite de l'acte opératoire.

Le plateau technique chirurgical

Le terme de plateau technique chirurgical se substitue à celui de bloc opératoire.

Le plateau technique chirurgical doit devenir une entité particulière comportant une organisation propre et bien individualisée, véritable « unité de production », de gestion informatisée et très rationalisée. Des indicateurs simples et peu nombreux doivent permettre d'y détecter et d'y corriger à court terme les dysfonctionnements organisationnels et humains.

La gestion du plateau technique chirurgical ainsi conçu doit être placée sous la responsabilité d'un **coordonnateur** responsable de la programmation et de l'exécution des activités techniques, exerçant à plein temps, assisté de cadres infirmiers spécialisés, et soumis à l'exécution d'un cahier des charges très clairement et très précisément défini. Son « profil » doit être celui d'un « manager » tendu vers l'optimisation de l'outil de travail.

Le coordonnateur est élu par ses pairs, sur proposition du Conseil du plateau technique chirurgical.

Le plateau technique chirurgical, tout à fait indépendant pour ce qui est de son fonctionnement, est administrativement rattaché à un pôle chirurgical, ou, à défaut, au Comité exécutif de l'établissement.

L'équipe opératoire

L'équipe opératoire est constituée de chirurgiens, de médecins anesthésistes-réanimateurs, d'internes ou d'assistants, de personnels infirmiers formés aux tâches du plateau technique chirurgical, éventuellement de techniciens biomédicaux.

Les patients se confient au chirurgien auquel il revient de faire ou de confirmer le diagnostic, de poser l'indication opératoire, d'informer le malade, de réaliser l'acte opératoire, de surveiller ses suites et d'assurer le suivi à distance. Il est donc naturel que l'acte opératoire soit placé sous la responsabilité propre du chirurgien, en étroite collaboration avec les médecins anesthésistes pour ce qui est de leurs techniques et de leurs responsabilités spécifiques.

La coopération des secteurs public et privé

Dans certains territoires, la coopération des secteurs public et privé peut s'avérer être une condition indispensable à la qualité et à la sécurité des soins chirurgicaux.

Pour être efficace et durable, cette coopération ne peut reposer que sur la notion de contrat avec des objectifs précis bien définis.

Elle est techniquement possible puisque les chirurgiens, libéraux et publics, ont la même formation initiale.

La coopération entre secteurs public et privé pourrait être éventuellement étendue à des activités de formation initiale et continue, contractuellement définies.

La réussite de ces propositions impose un profond changement de mentalité de tous les acteurs.

LES MODALITÉS D'EXERCICE DE LA CHIRURGIE

La répartition raisonnée des établissements chirurgicaux, le regroupement des plateaux techniques et l'institutionnalisation de coopérations entre secteurs public et privé vont induire de profondes modifications dans l'exercice de la chirurgie.

Ces modifications s'imposent également en raison des progrès technologiques et des impératifs accrus de sécurité qui correspondent aux exigences des patients dans la société contemporaine, cela dans le cadre d'un rapport coût-efficacité acceptable par tous les acteurs concernés. C'est de ces différents facteurs que découlent les propositions suivantes :

- **Les modalités de répartition des chirurgiens sur le territoire national** dans le but de gommer les disparités, souvent criantes, qui existent actuellement, doivent être revues.

Le regroupement des plateaux techniques proposés est un premier facteur de redistribution plus équitable des postes chirurgicaux, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Le souci de cohérence dans la répartition des postes chirurgicaux exige qu'un « état des lieux » (cartographie) préalable permette de définir, par région ou interrégion, les besoins chirurgicaux de la population et le nombre de chirurgiens souhaitable dans les différentes spécialités, relevé nécessaire et réalisable à partir des données recueillies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (O.N.D.P.S.) et les différents Collèges de Spécialités. Ainsi, le nombre des étudiants en chirurgie dans chaque région pourrait être fixé, non pour la seule marche des services, mais surtout en fonction des capacités de formation dans les différentes spécialités. Il est souhaitable de définir **une instance nationale de conseil à l'installation**, où serait présentées aux candidats des possibilités raisonnables en vue d'une répartition correspondant aux besoins régionaux et où leur seraient exprimées des propositions incitatives à une installation, éventuellement limitée dans le temps, dans les régions actuellement désertées. Ces incitations doivent être financières et fiscales.

- **L'exercice chirurgical dans les établissements de soins** exige :
 - L'organisation effective de la permanence des soins et l'obligation faite aux chirurgiens de s'organiser eux-mêmes pour y participer. Un établissement de soins doté d'un plateau technique chirurgical, ne peut fonctionner efficacement qu'avec un « pool » de quatre chirurgiens si la permanence est assurée par astreinte, ou un « pool » de six chirurgiens si la permanence est assurée par garde sur place.
 - Le renforcement d'une collaboration étroite avec les anesthésistes-réanimateurs dans l'intérêt des malades.
 - La mise en commun maximale des achats de matériels chirurgicaux.
- **Les modalités et les montants des primes d'assurances professionnelles**, dont l'élévation brutale récente a contribué à la désaffection pour la profession, doivent être réévaluées.

Indépendamment des actions que les pouvoirs publics peuvent conduire pour maîtriser cette inflation, les mesures suivantes sont préconisées :

- Moduler les tarifs d'assurance selon le moment de la carrière, l'intensité et le type de l'activité, les résultats des évaluations périodiques des pratiques professionnelles et éventuellement la fréquence des sanctions ou recours en justice dont le chirurgien aurait fait l'objet.
- Obtenir des compagnies d'assurance qu'elles fassent une large place dans la modulation d'une prime aux résultats des évaluations périodiques des compétences individuelles mises en place par la profession.
- Favoriser le recours aux Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (C.R.C.I), avant le dépôt définitif d'une plainte en justice.

LA FORMATION INITIALE DES CHIRURGIENS

Pour inciter les étudiants à choisir la chirurgie, des modifications du cours des études médicales, et l'actualisation des modalités de la formation initiale à la chirurgie sont nécessaires.

AU COURS DES ÉTUDES MÉDICALES

Le « concours » de la fin de première année du premier cycle (P1) sélectionne les futurs médecins sur des critères trop exclusivement « scientifiques », sans appréciation des aptitudes et des motivations.

- Lors du premier cycle, il conviendrait d'organiser, en fonction de l'orientation souhaitée par les étudiants, des enseignements complémentaires optionnels, tournés vers la chirurgie. Ces enseignements pourraient constituer ou s'intégrer dans une ou des Unités de valeur spécifiques du futur L.M.D. (Licence – Master – Doctorat).

- **Au cours de la deuxième année du premier cycle**, les stages hospitaliers en chirurgie doivent être obligatoires et d'une durée suffisante pour permettre une insertion de l'étudiant dans l'équipe chirurgicale et d'y bénéficier de l'enseignement de la séméiologie chirurgicale et de l'apprentissage des comportements.

UNE ACTUALISATION DES MODALITÉS DE LA FORMATION INITIALE A LA CHIRURGIE EST INDISPENSABLE

- **L'examen classant de fin d'études destiné au choix d'orientation des étudiants doit rester national.**
- **L'organisation des Diplômes d'Etudes Spécialisées et le contenu des « maquettes » d'enseignement chirurgical doivent être révisés.**
 - **L'autonomisation d'une première année d'« internat »**, aux lieu et place d'un tronc commun plus long comptera comme première année du DES choisi, permettra la vérification des capacités des étudiants à l'exercice de la chirurgie, et assurera l'enseignement théorique des disciplines « transversales » nécessaires à un chirurgien quelle que soit sa spécialité, ainsi que la formation aux gestes de base indispensables à la pratique chirurgicale quelle qu'en soit la spécialité, en particulier dans le cadre de l'urgence : ainsi la pratique hospitalière de cette première année d'internat devra comporter obligatoirement l'accomplissement de dix gardes de traumatologie.

Les deux semestres de la première année d'« internat », seront effectués dans des services, agréés par les coordonnateurs et les autorités universitaires en centre hospitalier universitaire ou non.

La gestion de la première année devra être réalisée par l'ensemble des responsables de DES.
A la fin de la première année, les étudiants en chirurgie feront l'objet d'une évaluation de leurs aptitudes à la chirurgie et de leurs connaissances théoriques, en prenant en compte le cahier de stages, témoin de leur formation pratique.

- **Au début de la deuxième année d'« internat »**, l'étudiant en chirurgie, selon son rang et les postes vacants, s'inscrira au DES de son choix. (Voir en annexe 1 la liste des DES et des DESC proposés).

Pour chaque DES de spécialité, le coordonnateur et les enseignants définiront les objectifs et contenus de la formation comportant obligatoirement un choix de stages « hors spécialité ».

Les étudiants en chirurgie pourront exercer à ce moment un « **droit au remord** » s'ils jugent avoir choisi à tort leur orientation vers la chirurgie. Ce droit au remord pourra s'exercer jusqu'à la fin de la deuxième année avec, le moment venu, la possibilité de changer d'orientation, soit pour une autre discipline que la chirurgie, soit vers une autre spécialité

chirurgicale que celle initialement choisie. Cette disposition implique la création officielle de « passerelles » destinées à faciliter les réorientations.

- **A la fin de la cinquième année** d' « internat », la validation du DES sera prononcée.

Le contrôle des connaissances en fin d'études, pour la validation du DES et des DESC, placée sous la responsabilité du coordonnateur et des autorités universitaires, devra prendre en compte les publications dans des revues chirurgicales référencées.

Pendant la durée de leur formation chirurgicale les étudiants seront, dans la mesure des possibilités, fortement incités à la mobilité, au moins interrégionale. La facilitation de cette mobilité implique que chaque « interne » dispose pendant toute la durée de son « internat » de son budget propre (« budget-sac à dos »), ce qui suppose la mise au point d'un mode de financement national de paiement des internes.

En fin d'études, la validation du DES donnera droit, soit à la possibilité immédiate d'exercice, soit à une période de formation complémentaire comme assistant ou comme chef de clinique, au cours de laquelle pourront être validés un ou deux DESC. Cette période de formation complémentaire se déroulera dans des services agréés.

Au cours des mastères (ex DEA) l'année de mobilité doit pouvoir se faire, certes, dans des organismes institutionnels de recherche mais aussi dans des thématiques plus volontiers orientées vers la chirurgie et les disciplines qui peuvent y trouver une application.

FORMATION CHIRURGICALE PRATIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE

Même si elle ne peut être définie dans le cadre réglementaire des DES, elle est indispensable. Dans chaque inter-région, il devrait y avoir au moins un centre de chirurgie expérimentale permettant de réaliser sur l'animal ou sur simulateur l'entraînement des futurs chirurgiens aux techniques élémentaires (par exemple, les différents types de sutures), ainsi qu'à des techniques plus élaborées, telles la chirurgie vidéo-assistée.

Cette forme pratique, renouvelant la classique « médecine opératoire », devrait faire l'objet d'une étude et d'une coordination, selon les spécialités, créant de véritables centres régionaux de formation aux techniques chirurgicales et regroupant tous les partenaires concernés : les U.F.R. de médecine, les Hôpitaux qui leur sont liés par convention, les Collèges de spécialités et les Sociétés savantes.

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES ET DES COMPÉTENCES CHIRURGICALES

Dans la démarche destinée à adapter la chirurgie aux contraintes de notre époque et à la qualité des soins délivrée à la population, l'évaluation des pratiques et des compétences des chirurgiens (EPCC) s'inscrit naturellement dans le cadre des réflexions et des propositions précédentes. De surcroît, inscrite dans la loi de mars 2002 (article 1417-2), elle est l'occasion pour la profession d'une responsabilisation accentuée et d'une valorisation.

A la lumière du décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à son application, dont la portée est générale, s'appliquant à toutes les activités médicales, spécialisées ou non, traitant de l'évaluation des pratiques (et non des compétences), il apparaît à nos yeux que la mise en œuvre de cette EPCC doit tenir compte, pour la chirurgie :

- de sa spécificité (longue période de formation, particularités et contraintes de son exercice)

- de sa répartition en plusieurs spécialités dont la densité territoriale et les particularités sont propres à chacune d'elles
- du rôle que jouent dans la formation chirurgicale (DES, DESC) les coordonnateurs d'enseignement, dans l'entretien des connaissances et la définition des critères d'accès à la spécialité, les Collèges de Spécialités, les Sociétés Savantes et éventuellement les organisations professionnelles impliquées dans des actions de formation.
- du risque spécifique de tout acte opératoire.

A côté de l'auto-évaluation nécessaire à l'intérieur des Services, cette évaluation des pratiques et des compétences chirurgicales conduit aux propositions suivantes :

- Les Collèges de Spécialités, s'appuyant au besoin sur les coordonnateurs d'enseignement, les Sociétés savantes, les organismes professionnels qualifiés doivent mettre au point les référentiels d'évaluation et veiller à leur mise en œuvre.
- La méthode d'évaluation doit faire l'objet d'une définition précise qui associe des critères minimum pour tous les chirurgiens, en laissant aux spécialités la possibilité d'en élargir le champ (référentiel standard et référentiel de spécialité). Le référentiel standard et national comportera au minimum un dispositif d'audit et des preuves certifiées de l'entretien des connaissances théoriques et pratiques.
- L'application, sur le terrain, de l'évaluation devra tenir compte de deux facteurs. D'une part faire en sorte que l'EPCC fasse appel à des personnalités appartenant à une autre inter-région ou territoire de santé que celle concernée, ce qui exclut une évaluation régionale telle que l'envisage le décret, d'autre part tenir compte du fait que certaines spécialités aux effectifs restreints (chirurgie cardiaque, neuro-chirurgie par exemple) relève à l'évidence d'une EPCC nationale.
- L'EPCC s'applique à tous les chirurgiens quels que soient leur grade, leur spécialité, leur lieu d'exercice et ses particularités. A cet égard, toute distinction dans les modalités d'évaluation entre privé et public (où un rôle particulier est dévolu aux CME, libres du choix des méthodes telle qu'elles sont prévues dans le décret du 14 avril 2005) crée une disparité tout à fait contraire à la nécessité de rapprocher les deux formes d'activité. Même s'il est évident que le système d'évaluation doit tenir compte de facteurs tels que : les caractéristiques de la formation initiale, les conditions de qualification, les titres dûment reconnus, l'ancienneté et la spécificité de l'activité et de la mise en place pour les acteurs des CHU, en principe à partir de 2007, d'un contrat d'activité et d'une évaluation des pôles en termes de soins, d'enseignement et de recherche, donc des équipes qui le constituent, la notion d'une évaluation individuelle avec prise en compte d'une activité minimum, à définir dans ce contexte, doit être conservée. La même remarque s'applique aux chirurgiens des CHG dotés d'une double mission.
- La périodicité de cette évaluation est de 5 ans, mais des délais plus courts peuvent être retenus pour des situations particulières. Le moment de la seconde évaluation devrait en particulier être avancé si l'intéressé ne répond pas à l'occasion de la première aux critères des référentiels et aux exigences établies par sa spécialité.
- La mise en place et le fonctionnement de l'EPCC est une tâche d'une grande ampleur, variable selon les spécialités et leurs effectifs. Elle exige au préalable un inventaire complet, exhaustif, des chirurgiens exerçant sur le territoire national, afin de dresser un calendrier précis, secteur par secteur des opérations de l'EPCC. A cet égard, si le relevé de ceux qui sont issus des procédures normales de qualification, passés par un internat de CHU, titulaires d'un DES et d'un DESC, ainsi que les chirurgiens de la UE qualifiés pour l'exercice de la chirurgie en France, est aisé, l'appréhension des

chirurgiens d'origine étrangère se heurte à de nombreuses obscurités qui doivent disparaître, faute de quoi la mise en place de l'EPCC n'a aucun sens.

- Qu'il s'agisse des référentiels, de la méthode d'application, des professionnels chargés d'animer cette évaluation, il est essentiel qu'une **Instance Nationale**, calquée dans sa composition sur les partenaires indiqués ci-dessus, en nombre restreint, préside au contrôle des moyens de mise en oeuvre et joue le rôle d'arbitre suprême. Cette instance, **propre à la chirurgie**, sera naturellement en relation étroite avec la **Haute Autorité de Santé**. C'est elle qui, dans l'éventualité d'un litige ou d'une remise en cause de compétence devra en dernier recours statuer. De ce fait, la représentation du **Conseil National de l'Ordre des Médecins** dans cette instance est une évidence. De même, la relation avec le **Conseil National de la Chirurgie** est une nécessité.
- Les charges qui pèsent déjà sur les chirurgiens en activité auxquels il sera fait appel pour l'EPCC incitent à avoir recours à tous ceux qui, nantis d'une expérience démontrée et sortis de la pratique, sont aptes à être investis d'une telle mission.
- Dans l'éventualité d'une évaluation non satisfaisante, une expertise particulière sera entreprise par des experts nationaux dont le choix devrait relever de la répartition proposée ci-dessus, dotés d'une ancienneté, d'une qualification reconnues.

La crédibilité et le succès de cette EPCC dépendront de la recherche d'un juste chemin entre le respect de la déontologie et de la convivialité entre confrères d'une part, et l'objectivité et la rigueur dans son application d'autre part. Une EPCC positive doit être certifiée et valorisante.

CONCLUSION

Les Académies Nationales de Médecine et de Chirurgie recommandent :

- **La réorganisation à l'échelon national de la distribution des soins chirurgicaux et des modalités d'exercice de la chirurgie** en les fondant sur la territorialisation, les regroupements des plateaux techniques performants, l'organisation d'équipes chirurgicales plurispécialisées, la coopération entre secteurs public et privé dans le cadre de contrats d'objectif, la répartition des spécialités chirurgicales selon une cartographie annuellement mise à jour.
- **L'amélioration de la formation initiale des chirurgiens par :**
 - L'introduction, plus tôt dans le cursus des études, de stages hospitaliers obligatoires en chirurgie
 - La répartition, selon les capacités de formation, des postes pour les étudiants en spécialité chirurgicale après l'examen national classant destiné à vérifier leur aptitude.
 - Le financement national du salaire des « internes en chirurgie » afin de favoriser leur mobilité.
 - La création d'une formation chirurgicale pratique extra-hospitalière, sous forme de centres régionaux de formation aux pratiques chirurgicales, réunissant les Collèges de Spécialités qui enseignent, l'Université qui délivre les diplômes, le Conseil national de l'Ordre qui qualifie, l'Académie nationale de Chirurgie garante de l'éthique et des conditions d'exercice et le Conseil national de la Chirurgie.
- **La mise en oeuvre de l'évaluation des pratiques et des compétences chirurgicales** en les adaptant à la spécificité de la discipline selon des modalités définies par les Collèges de Spécialités, par les sociétés savantes, par les organisations professionnelles, en collaboration avec les coordonnateurs de l'enseignement des

D.E.S. et des D.E.S.C.

- **La reconnaissance officielle des Collèges de Spécialités chirurgicales et le renforcement de leur rôle.**

L'application de ces recommandations doit permettre la revalorisation morale de la profession, l'amélioration de ses conditions d'exercice, le développement de l'attrait de la chirurgie pour les jeunes étudiants. Ainsi devrait être assurée la garantie de l'accès des malades à une chirurgie de haute qualité prenant en compte les évolutions prévisibles.

Annexe1

Tableau I : DES de disciplines chirurgicales.

A – Disciplines avec un schéma commun de maquette
Chirurgie viscérale
Chirurgie de l'appareil moteur
Chirurgie thoracique, cardiaque, vasculaire
Chirurgie plastique, esthétique et maxillo-faciale
Chirurgie urologique
Chirurgie infantile
ORL et chirurgie cervico-faciale
Ophtalmologie
Neurochirurgie
B – DES faisant l'objet d'une filière spécifique
Gynécologie obstétrique

Tableau II : DESC de type II donnant lieu à exercice professionnel et DES correspondant permettant l'inscription dans le DESC considéré

DES donnant accès	DESC
Thoracique, cardiaque, vasculaire	Thoracique
Thoracique, cardiaque, vasculaire	Cardiaque
Thoracique, cardiaque, vasculaire	Vasculaire
Chirurgie viscérale	Chirurgie viscérale, digestive et endocrinienne
Appareil moteur	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Urologie	Chirurgie urologique, génitale et endocrinienne
Chirurgie infantile	Chirurgie infantile viscérale
Chirurgie infantile	Chirurgie infantile orthopédique
Appareil moteur	
Chirurgie plastique, esthétique, maxillo-faciale	Chirurgie maxillo-faciale
ORL et chirurgie cervico-faciale	
Chirurgie plastique, esthétique, maxillo-faciale	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
Chirurgie plastique, esthétique, maxillo-faciale	Chirurgie de la main
Appareil moteur	
Gynécologie obstétrique	Chirurgie gynécologique et mammaire avancée
Chirurgie viscérale	
Urologie	
Ophtalmologie	

BIBLIOGRAPHIE

- 1]. HOLLENDER L.F. - La désaffectation pour les carrières hospitalo-universitaires. *Bull Acad Natle Med.*, 2000 ; 184 : 1749-1753
- 2]. HOLLENDER L.F. - Recrutement et sélection des médecins étrangers désireux de recevoir une formation complémentaire en France. *Bull Acad Natle Med.*, 2001 ; 185 : 1355-1360
- 3]. HOLLENDER L.F. - Propositions pour le troisième cycle des études de médecine. *Bull Acad Natle Med.*, 2002 ; 186 : 695-697
- 4]. HOLLENDER L.F. - Analyse de l'enquête sur les chefs de service des Hôpitaux généraux. Propositions de l'Académie nationale de médecine. *Bull Acad Natle Med.*, 2003 ; 187 : 179-182
- 5]. AMBROISE-THOMAS P. - Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour l'avenir des centres hospitaliers et universitaires. *Bull Acad Natle Med.*, 2003 ; 187 : 1163-1168
- 6]. Urgences chirurgicales hospitalières - Conclusions de l'Académie nationale de chirurgie. *e-Mémoires de l'Académie nationale de chirurgie*, 2003 ; 2 (1): 13
- 7]. POILLEUX J. et MALAFOSSE M. - La crise de la chirurgie en France. Communiqué de presse de l'Académie nationale de chirurgie. 21 Juin 2004.
- 8]. MALAFOSSE M. et coll. - La crise de la chirurgie en France. *Le Figaro*, 30 juillet 2004.
- 9]. MALAFOSSE M. et coll. - Rapport de l'Académie nationale de chirurgie sur la crise de la chirurgie, adressé au Ministre de la Santé le 9 septembre 2004.
- 10]. BAULIEUX J., CATON J., PAPILLON M., DUBURCQ A., MARCHAND C. - Etude de la démographie des chirurgiens viscéraux dans la région Rhône-Alpes. Enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Région Rhône-Alpes en 2004. (sous presse).

(*) Personnalités auditionnées, par ordre de leur venue à l'Académie Nationale de Médecine :**

Professeur Pierre Antoine Fuentes, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME des CHU, Professeur François Richard, Président des sections médicales du CNU, Monsieur Daniel Bour, Président du Conseil d'Administration de la Générale de Santé, le Docteur Francis Fellinger, Président de la Conférence des Présidents de CME des Hôpitaux Généraux, accompagné du Docteur Bussereau, Messieurs Arrondeau, Delpoux et Foussat, délégués par la Fédération française des Sociétés d'Assurances, Monsieur Jacques Métais, Président de la Conférence Nationale des Directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation, accompagné du Docteur Perrin, Docteur Stéphane Litrico, Président de l'Intersyndicat National des Chefs de Clinique, Docteur Michel Ducloux, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Doyen Bernard Charpentier, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine, Professeur Jean Marty, Président de la Société française d'Anesthésie et de Réanimation, accompagné du Docteur Stanislas Johanet, médecins anesthésistes, Professeur Jacques Domergue, Député de l'Hérault, Président du Conseil National de la Chirurgie, accompagné du Professeur Henri Guidicelli, rapporteur du Conseil National de la Chirurgie, Monsieur Gérard Vincent, Inspecteur général des affaires sociales et Délégué de la Fédération Hospitalière de France.

*

* *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 28 juin 2005, a adopté le texte de ce rapport à l'unanimité.

Pour copie certifiée conforme,
Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Jacques-Louis BINET