



Fédération de Chirurgie
Viscérale & Digestive

**FEDERATION DE CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPTE RENDU DE LA REUNION D'INSTALLATION DU COMITE
PROFESSIONNEL
Le 10 Septembre 2008**

Préambule

**La Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive a prévu,
dans ses statuts, l'existence d'un comité professionnel.**

De quoi s'agit il ?

Jusqu'à présent, la spécialité a été représentée par des certains d'entre nous, volontaires, qui ne représentaient qu'eux-mêmes et de ce fait, n'ont pas toujours le poids suffisant pour appuyer leur point de vue voire l'imposer vis-à-vis des tutelles. C'est le cas pour les membres des groupes de travail auprès de la HAS, pour l'action du Syndicat ou du Collège. Le plus souvent les choses se passent bien, mais nous ne sommes pas à l'abri de difficultés, sources du plus mauvais effet en terme d'image et d'efficacité pour notre spécialité on l'a ainsi vu dans le passé:

- les recommandations de la SFCD pour l'utilisation des sutures mécaniques, mal acceptée par une partie de la spécialité
- la cacophonie en matière de quotas en chirurgie cancérologiques, l'INCA ayant affaire à plusieurs chirurgiens digestifs, se voulant représentatifs et donnant des avis divergents
- les recommandations, différentes selon les sociétés, en chirurgie laparoscopique.

De plus, la spécialité n'a pas d'avis ou de point de vue

- que pensent les chirurgiens digestifs de l'exercice dans les petits hopitaux (rapport Vallancien)
- que pensent les chirurgiens digestifs de la permanence des soins: peut on exercer encore la chirurgie digestive seu? (le nombre minimum de 3 ne devrait il pas etre la règle comme l'ont édicté les urologues); peut on exercer la chirurgie digestive sans un contrat relais avec une réanimation?

- peut on exercer la chirurgie digestive sans avoir accès à un scanner sur place, et si oui dans quelles conditions?
- certains spécialistes délèguent certaines de leurs tâches (ophtalmo par exemple) et la question nous sera posée: les chirurgiens digestifs peuvent ils officiellement l'envisager comme pour la fermeture de paroi par exemple?
- il est envisagé que les internes fassent des stages en structure privée : cela est il possible dans notre spécialité et si oui, à quelles conditions ?
- Faut il un mode de formation minimal à la chirurgie laparoscopique ou à la chirurgie bariatrique et lequel ? et plus généralement quels critères de compétence pour quelle activité ?
-

Lors de la réalisation des dossiers d'agrément pour l'EPP et pour l'Accréditation, l'HAS ne comprenait pas qu'il n'existe aucune recommandation propre à la spécialité ! Elle n'avait jamais eu à traiter ce cas de figure...

Ces recommandations ne doivent pas être comprises comme des contraintes supplémentaires, mais comme des moyens pour rendre l'exercice professionnel plus facile ; le meilleur exemple est la consultation d'anesthésie obligatoire, au moins 48 heures avant une intervention programmée. Cette décision émane des instances de leur spécialité et est opposable. Elle n'existe pas dans la plupart des pays étrangers. De plus, il a été montré récemment qu'elle avait fait significativement leur sinistralité.

Les recommandations propres à une spécialité sont opposables aux établissements.

Le comité professionnel

- n'est pas un syndicat, en revanche il fait des recommandations que le syndicat ira ensuite défendre
- n'a pas vocation à se substituer aux coordinateurs ou au collège vis-à-vis des DES et DESC, en revanche il peut leur assurer un appui logistique
- n'a pas de vocation scientifique, les sociétés savantes ou le comité scientifique de la FCVD faisant déjà cela très bien, en revanche il aide à faire passer dans la pratique professionnelle, les recommandations édictées. Ainsi, est actuellement en discussion par un groupe de la spécialité, les recommandations pour le compte rendu opératoire de la cholécystectomie : celui-ci a des implications opératoires pour les médecins, mais aussi comme pour tout compte rendu opératoire, des implications vis-à-vis de la nomenclature pour la sécurité sociale et enfin des implications médico-légales pour les experts qui sont du ressort du comité professionnel.

Les membres du comité professionnel représentent toutes les composantes de la spécialité.

Présents

- S. Berdah (SFCD)
- P. Breil (syndicat)

45 rue des Saints-Pères - 75006 PARIS
 Tél. : 01 60 06 53 68 - E.mail : fcvd-oa@orange.fr
 www.chirurgie-viscerale.org
 SIREN 502 627 961

- G.Champault (commission scientifique FCVD)
- D. Collet (AFC)
- JF.Gillion (SFCL)
- JF.Gravié (délégué accréditation)
- H.Johanet (Pt commission professionnelle FCVD)
- B.Millat (collège et Pt FCVD)
- G.Schmitt
- N.Veyrie (représentant jeunes chirurgiens)

Absents excusés: B.Dousset, V.Frering (SOFFCO), PA.Lehur.

Un tour de table est réalisé pour juger des sujets à traiter en priorité.
3 sujets se dégagent :

- **La Sinistralité**
 1. Des fiches d'information spécifiques à différentes interventions de chirurgie digestive seront validées par la FCVD et mises à la disposition des chirurgiens digestifs sur le portail commun (chirurgie-viscerale.org). Les premières seront mises en ligne avant la fin de cette année ; sur des sujets spécifiques, la rédaction de fiche d'information sera demandée aux sociétés savantes concernées.
 2. L'accréditation prévoit la déclaration d'évènements porteurs de risque, (dont les plaies des voies biliaires et les accidents de pneumopéritoine), à différencier des évènements indésirables graves : un registre anonyme concernant les péritonites post opératoires pourrait être constitué pour analyse et éventuelle recommandation ultérieure.
- **Le Mode d'exercice du chirurgien digestif**
 1. La pratique est de plus en plus confrontée aux impératifs organisationnels et financiers des établissements. Certains ne sont pas gênants, mais d'autres peuvent engager la responsabilité du praticien : mutualisation des gardes, accès à une salle d'opération ou à un scanner pour des indications posées d'interventions en urgence, absence de choix dans l'utilisation de dispositifs médicaux implantables alors qu'au terme de la loi, c'est le chirurgien qui est prescripteur de ces matériels. Un cadre sera proposé à la validation du Conseil d'Administration de la FCVD en juin 2009.
- **La Démographie des chirurgiens digestifs**
 1. Aspects quantitatifs : on entend beaucoup de choses « les internes ne choisissent plus notre spécialité » ou « la moyenne d'âge de la spécialité est de 57 ans » ; est ce si sur ? Une approche de l'existant a été réalisé fin 2006, aboutissant à un chiffre de 2419, chiffre depuis confirmé par la CARMF. Mais on estime le turnover à au moins 10% par an, et il existe deux zones grises : les chefs de clinique en voie d'installation publique ou privée et les chirurgiens étrangers extracommunautaires non installés en libéral. Plus que le chiffre brut, c'est le flux qui est utile à connaître. Une méthode de suivi de ce flux sera proposée au CA de la FCVD avant septembre 2009.
 2. Aspects qualitatifs : notre spécialité est riche car elle est variée ; pour autant, peut t on tout opérer partout et si non, sur quels critères de compétence ? en fonction de quelle formation initiale ? de quelle formation continue ? La

mission Matillon a travaillé sur les référentiels métier et les délégations de tâches. L'INCA a cherché à imposer des quotas par organe pour la chirurgie cancérologique ; cela n'a pas été le cas, mais quelle est la meilleure formule pour l'avenir ? A contrario, on rappellera que plusieurs pionniers et grands spécialistes de la laparoscopie sont issus de petits centres privés. A partir de l'existant, un cadre sera proposé au CA de la FCVD en septembre 2009.

3. Aspects prospectifs : une réflexion sur la démographie ne saurait être utile sans une réflexion prospective sur l'incidence future des différentes pathologies, avec tout ce que cela comporte comme incertitude : il ne s'agira que de repères.