

Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes

Enquête auprès des praticiens de chirurgie viscérale

*Une étude de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes*

Réalisation de l'étude : CEMKA - EVAL

ÉTUDE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DANS LA RÉGION RHÔNE-ALPES ENQUÊTE AUPRÈS DES PRATICIENS DE CHIRURGIE VISCÉRALE

Etude pour l'URML Rhône-Alpes

Membres du Comité de Pilotage

Docteur Jacques CATON, Président de l'URML Rhône-Alpes

Docteurs E. EGLINGER, G. FOREST, JM. GAGNEUR, M. MARTHOURET, E. OLAYA,
JC. PANISSET, P. PEGOURIE, N. PUECH, J. REMOND, P. ROMESTAING,
D. ROUHIER, JP. TELMON

Nous tenons à remercier pour leur précieuse collaboration et leur disponibilité :

Docteur Bruno BARBIER, Clinique du Beaujolais
Professeur Jacques BAULIEUX, Hôpital de la Croix Rousse
Docteur Roland DONNE, Clinique Saint Louis
Docteur Hugues LABROSSE, Clinique Protestante
Docteur Jacques LAGOUTTE, Clinique du Beaujolais
Docteur Marc PAPILLON, Clinique Charcot

Etude réalisée par CEMKA EVAL

Auteurs du rapport :

Anne DUBURCQ
Cédric MARCHAND

Décembre 2004

EDITORIAL

Dans le contexte actuel de la crise des chirurgiens et des problèmes démographiques, il est apparu que l'appellation de chirurgie générale ne correspondait plus à une activité unique mais qu'un certain nombre de praticiens inscrits sous cette appellation pratiquaient des chirurgies totalement différentes allant de la chirurgie orthopédique, à la chirurgie viscérale en passant par l'urologie.

Dans ce contexte, l'Union Régionale des Médecins Libéraux a souhaité, d'une part déterminer les contours de ce qu'est la chirurgie viscérale et, d'autre part, réaliser une enquête démographique sur les chirurgiens viscéraux, répondant à cette pratique. Cette enquête réalisée grâce à CEMKA-EVAL l'a été en collaboration avec le Collège des spécialités chirurgicales, les internes en chirurgie et les chirurgiens viscéraux hospitaliers et libéraux de la Région Rhône-Alpes. Ce travail devrait servir de base à un reclassement national des chirurgiens viscéraux et à la création d'un Syndicat de la spécialité de chirurgie viscérale qui, paradoxalement n'existe pas alors que cette spécialité est la plus nombreuse en chirurgie. Enfin, des simulations sur l'évolution de la situation de chirurgiens viscéraux ont été comme pour les autres spécialités réalisées. Elles montrent un certain nombre de variations engendrées par rapport à la situation actuelle, à structure de consommation équivalente : ainsi la limitation du temps total de travail des chirurgiens viscéraux limitée à 169 heures devrait entraîner une hausse de 49% du nombre de chirurgiens viscéraux, ce qui, dans le contexte actuel ne semble pas réaliste. Le temps de travail moyen d'un chirurgien viscéral étant de 101 heures par semaine, ce qui est considérable et permet de mieux comprendre les problèmes rencontrés dans la spécialité.

Docteur Jacques CATON
Président de l'URML RA

A handwritten signature in dark ink, reading "Jacques Caton", with a horizontal line underneath.

SOMMAIRE

1	Contexte et objectifs.....	7
1.1	Contexte	7
1.2	Objectifs de l'étude	8
2	Méthodologie.....	9
2.1	Rappel de la démarche générale	9
2.2	Enquête auprès des praticiens	10
2.3	Présentation de la méthodologie de modélisation.....	11
2.4	Analyse statistique/modélisation	13
3	Résultats de l'étude auprès des chirurgiens viscéraux	14
3.1	Résultats de l'enquête auprès des médecins	14
3.2	Modélisation et simulations	29
4	Synthèse et conclusion.....	32

Annexes

1-	Questionnaire de l'enquête auprès des chirurgiens viscéraux	35
----	---	----

1.1 Contexte

Depuis quelques années, la démographie médicale fait l'objet de nombreuses réflexions autour de l'ajustement entre l'offre de soins et les besoins de la population, dans un contexte de nécessaire régulation des dépenses de santé. L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de la région Rhône-Alpes a engagé depuis 1998 une réflexion sur cette problématique, afin de mieux orienter les régulations à prévoir pour la formation des futurs spécialistes.

Les premiers travaux sur le sujet menés par l'Union en 1998 consistaient en une expertise de la littérature internationale sur les besoins en démographie médicale. Ce travail avait montré que les données disponibles en France qui permettaient «d'alimenter» un modèle d'analyse des besoins en spécialistes étaient soit inexistantes, soit peu exploitées dans cet objectif. En 1999-2000, l'URML avait sollicité Eval pour travailler sur une approche prospective de la démographie médicale et mettre en place une méthodologie d'évaluation de l'offre de spécialistes nécessaire. Une analyse plus spécifique des données existantes (assurance maladie, PMSI...) avait été réalisée, ainsi qu'une enquête par questionnaire auprès des médecins spécialistes, quel que soit leur mode d'exercice. Pour cela, trois spécialités avaient été sélectionnées : la pédiatrie, la gastro-entérologie et l'orthopédie. Depuis 2001, trois autres spécialités ont été étudiées en utilisant la même approche : la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie-réanimation et la dermatologie.

En 2004, l'URML a souhaité reconduire ce type de travail sur la chirurgie viscérale. Cette étude a donc été réalisée dans le contexte de crise générale qu'a connu la chirurgie en 2004, avec une période de grande inquiétude des chirurgiens et de négociations avec les autorités de tutelle.

Les objectifs de ce travail sont :

- de réaliser une étude documentée régionale sur l'activité des chirurgiens viscéraux, concernant la définition et les contours de la pratique en chirurgie viscérale et prenant en compte les conditions d'exercice et les projets des praticiens pour les années à venir ;
- ainsi que de produire des simulations sur l'évolution de la situation.

1.2 Objectifs de l'étude

Les principaux objectifs de l'étude sont donc :

- de décrire l'activité des chirurgiens viscéraux, le temps passé par activité et le temps passé par acte dans chaque lieu d'exercice ;
- de présenter leurs perceptions et leurs opinions par rapport à la situation actuelle et à son évolution, ainsi que leurs projets ;
- de décrire l'offre des chirurgiens viscéraux à partir de l'analyse détaillée de leur activité et des principaux paramètres explicatifs de cette activité, de façon à pouvoir estimer la variation de l'offre qui serait engendrée par l'évolution de ces différents paramètres.

2 **METHODOLOGIE**

2.1 **Rappel de la démarche générale**

Pour le travail précédent et à la suite d'une expertise de la littérature internationale sur le sujet, réalisée par EVAL à la demande de l'URML en 1998¹, un modèle « général », établi aux Etats-Unis pour 18 spécialités, avait été retenu et adapté à la situation française. Cette méthodologie présente certaines limites : en particulier, le modèle est basé sur la **consommation médicale actuelle et non sur le besoin en santé de la population**. Cette méthode est néanmoins particulièrement intéressante car **elle permet d'estimer l'offre de soins correspondant à une consommation donnée, et de simuler des modifications de certains paramètres** dont elle dépend. Cette méthodologie nécessite de prendre en compte les spécificités de chaque spécialité.

Dans le cadre de cette méthodologie, deux approches complémentaires doivent être utilisées² :

- la collecte et l'agrégation d'informations existantes dans différents systèmes de santé et dans différentes institutions ;
- la réalisation d'une enquête ad-hoc auprès des professionnels des spécialités étudiées, pour évaluer certains paramètres qui ne figuraient dans aucun système d'information existant (en particulier la composition du temps de travail des praticiens en fonction de leurs lieux d'exercice).

Il s'agit d'utiliser la méthodologie mise en place dans les travaux précédents^{3,4}. Les expériences précédentes avaient montré certaines difficultés, notamment dans l'exploitation des données issues de systèmes d'information existant (non-exhaustivité des données en particulier...). Il convient en particulier de rappeler que :

- Ce travail avait nécessité de solliciter de nombreuses institutions régionales, mais qu'au final très peu de données issues des systèmes de santé avaient pu être utilisées ;

¹ Expertise de la littérature internationale sur les besoins en démographie médicale, EVAL, janvier 1999.

² Une approche de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : modélisation de l'activité de 3 spécialités : gastro-entérologie, orthopédie et pédiatrie, EVAL, mars 2000. Rapport UPML Rhône-Alpes.

³ Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes - Enquête auprès des praticiens de 2 spécialités : gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation, CEMKA-EVAL, avril 2002. Rapport UPML Rhône-Alpes.

⁴ Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes - Enquête auprès des dermatologues, CEMKA-EVAL, janvier 2004. Rapport UPML Rhône-Alpes.

- en conséquence, la modélisation était presque uniquement basée sur les données de l'enquête ad-hoc menée auprès des praticiens de la région ;
- certaines données issues des systèmes de santé existants avaient néanmoins fourni des clés de répartition sur les sous-populations étudiées.

L'étude de la chirurgie viscérale, présentée dans ce rapport, comporte donc deux grands volets complémentaires :

**** La réalisation d'une enquête auprès des chirurgiens viscéraux***

Cette enquête doit permettre d'évaluer certains paramètres du modèle qui ne figuraient dans aucun système d'information. Elle permet de décrire l'activité des médecins, en fonction notamment de leur lieu d'exercice. Elle a également été l'occasion d'interroger les praticiens de façon plus qualitative sur leurs conditions d'exercice actuelles et leur évolution, leur ressenti, et les évolutions envisagées pour leur activité.

**** L'utilisation et l'adaptation de la méthodologie de modélisation à la spécialité étudiée, puis la réalisation de simulations***

Des simulations ont ensuite été réalisées à partir d'hypothèses pertinentes sur les facteurs d'évolution possibles.

Un comité de suivi a été créé au sein de l'URML afin de valider les différentes étapes de l'étude.

2.2 Enquête auprès des praticiens

L'enquête auprès des chirurgiens a été réalisée par auto-questionnaire, auprès de tous les praticiens de la région Rhône-Alpes. La principale difficulté a consisté à **identifier les chirurgiens viscéraux**. En effet, il n'existe pas de fichier recensant ces praticiens (à l'inverse des différentes spécialités étudiées précédemment). Nous avons donc constitué un fichier le plus exhaustif possible à partir de 3 sources d'informations régionales : un fichier non exhaustif de chirurgiens viscéraux transmis par le Pr J. Baulieux (Président de la Fédération des Collèges de Chirurgie), un fichier de chirurgiens fourni par la DRASS et le fichier de l'URML, les deux derniers fichiers n'identifiant que quelques chirurgiens viscéraux, mais de nombreux « chirurgiens dits généraux » sans précision sur leur qualification exacte.

Le questionnaire a été réalisé en collaboration avec le groupe de suivi de l'étude. Il est présenté en annexe 1. Il concerne uniquement les chirurgiens viscéraux. Mais pour les raisons évoquées précédemment, il a été envoyé à tous les chirurgiens figurant dans le fichier constitué (donc pas forcément des chirurgiens ayant une activité en chirurgie viscérale). Un coupon-réponse était fourni pour

que les médecins qui ne pratiquaient pas de chirurgie viscérale puissent nous transmettre et renvoyer facilement cette information et ne complètent pas le questionnaire. Une enveloppe T était jointe pour faciliter le retour des questionnaires à CEMKA-EVAL.

2.3 Présentation de la méthodologie de modélisation

2.3.1 Présentation de la méthodologie

Le modèle a pour but de décrire l'offre de soins qui correspond à la consommation d'une population donnée et de modéliser cette offre en fonction des paramètres les plus pertinents qui la caractérisent (âge des patients, paramètres décrivant l'activité des médecins). Cette modélisation doit permettre de simuler des évolutions de l'offre de soins en fonction de l'évolution de chacun de ces paramètres (par exemple : vieillissement de la population, féminisation de la profession, diminution ou augmentation de la fréquence d'un acte donné, transfert de certaines activités à d'autres professionnels de santé, augmentation du temps de gestion...). Nous avons donc besoin de :

- **Connaître la consommation de la population, c'est-à-dire :**
 - Le détail et le nombre de consultations et des différents actes réalisés (donc « consommés ») dans les différents lieux d'exercice ;
 - La population à laquelle correspond cette consommation, en terme d'âge et de sexe (paramètres les plus déterminants de sa consommation). Cela signifie qu'on a besoin de pouvoir décrire les consommations de soins (consultations et différents types d'actes) en fonction de sous-catégories de la population définie en fonction de l'âge.
- **Pouvoir recomposer le temps de travail des chirurgiens viscéraux (temps de travail global et détail des activités), c'est-à-dire connaître :**
 - Le temps passé en moyenne par les médecins pour une consultation et pour chaque type d'acte, en fonction de leur lieu d'exercice ;
 - Les autres activités des médecins et le temps qu'ils y consacrent (surveillance clinique, tâches administratives et de gestion, formation, enseignement...).

A partir de la consommation de soins et de l'activité des médecins, on peut ainsi calculer le temps de travail nécessaire pour réaliser l'activité médicale correspondant à la consommation de soins étudiée. Il faut en plus prendre en compte les autres activités liées de façon directe ou indirecte au volume de consultations et d'actes étudiés : en particulier, le temps passé à la surveillance clinique et à la gestion/administration...

L'offre de soins (nombre de spécialistes) nécessaire pour couvrir cette consommation de soins s'obtient ensuite en divisant le temps de travail total nécessaire pour réaliser cette activité par le temps de travail d'un médecin.

2.3.2 Schéma de la modélisation

La démarche générale a été la suivante :

- On part des volumes de consultations et des différents actes « consommés » sur une année dans la région, en distinguant les 2 grands types de structures (activité salariée et paiement à l'acte) ;
- En multipliant respectivement ces volumes par la durée moyenne d'une consultation et de chaque type d'acte (avec des durées éventuellement différentes pour un même acte d'un type de structure à l'autre), on obtient un temps total nécessaire pour assurer ces volumes de consultations et d'actes ;
- Pour obtenir le temps total nécessaire pour assurer cette activité, il faut ensuite ajouter deux types de paramètres :
 - des paramètres « directement » liés à cette activité purement médicale : temps de surveillance clinique, de gestion/administration ;
 - des paramètres plus indirects, qui font également partie de l'activité des praticiens : du temps de FMC, d'enseignement, de recherche, de promotion de la discipline et temps passé à diverses activités « transversales ».
- En divisant ce temps total nécessaire pour assurer l'activité considérée par un "équivalent temps-plein" d'un praticien à l'heure actuelle, on obtient le nombre de praticiens nécessaire en «équivalent temps-plein » pour réaliser l'activité.

2.4 Analyse statistique/modélisation

Les données des questionnaires ont fait l'objet d'une saisie-vérification. Un contrôle des données a ensuite été réalisé informatiquement de façon à repérer les données manquantes, aberrantes ou incohérentes.

L'analyse statistique descriptive a été réalisée avec le logiciel SAS®.

Les données ont d'abord été décrites de façon globale, puis :

- par lieu d'exercice ;
- par grands types de structures : en opposant les activités salariées aux structures avec paiement à l'acte ;
- par « statut » des professionnels, en distinguant les 3 groupes de chirurgiens suivants : salariés exclusifs, libéraux exclusifs et professionnels ayant une activité « mixte » (à la fois salariée et libérale).

La modélisation et les simulations ont été réalisées sous EXCEL.

Des tableaux synthétiques de résultats sont présentés dans ce rapport. Les résultats statistiques complets figurent en annexe 2.

3 *RESULTATS DE L'ETUDE AUPRES DES CHIRURGIENS VISCERAUX*

3.1 Résultats de l'enquête auprès des médecins

3.1.1 Déroulement de l'étude et taux de réponse

494 questionnaires ont été envoyés fin juin 2004 à partir du fichier constitué. Deux relances ont ensuite été réalisées fin août et mi-octobre pour augmenter le taux de réponse à l'enquête (période de vacances notamment).

A l'issue de ces 2 relances :

- 148 questionnaires ont été reçus, dont 7 après la date limite de retour des questionnaires (fixée au 10 novembre 2004). 141 questionnaires ont donc été analysés ;
- 103 coupons de praticiens précisant qu'ils n'avaient aucune activité en chirurgie viscérale ;
- 83 retours pour mauvaises adresses.

Ces réponses permettent d'estimer à **environ 308 le nombre de chirurgiens viscéraux dans la région Rhône-Alpes** et à **48% le taux de réponse à cette enquête** (148/308).

Quelques incohérences dans les déclarations des praticiens ont été mises en évidence par des contrôles informatiques, notamment au niveau de la décomposition du temps de travail. Des retours aux questionnaires ont été nécessaires et ont permis de résoudre la grande majorité des problèmes et de les corriger par programme informatique. Les données aberrantes ont été exclues de l'analyse.

3.1.2 Principales caractéristiques des spécialistes répondants

Tableau 1 : Principales caractéristiques des chirurgiens viscéraux ayant répondu à l'enquête

	Chirurgiens viscéraux N = 141	
	N	%
Age		
Moyenne $\pm$ écart-type	48 ans $\pm$ 9	
≤ 30 ans	3	2%
31 – 40 ans	31	22%
41 – 50 ans	44	31%
51 – 60 ans	54	39%
> 60 ans	9	6%
Sexe		
Homme	136	97%
Femme	5	3%
Ancienneté de la thèse		
≤ 10 ans	33	24%
10 à 20 ans	37	26%
20 à 30 ans	62	44%
> 30 ans	8	6%
Ancienneté de la qualification spécialiste		
≤ 10 ans	39	29%
10 à 20 ans	44	32%
20 à 30 ans	48	35%
> 30 ans	5	4%
Qualification		
Chirurgie générale	80	57%
Chirurgie viscérale	42	30%
Les 2	19	13%
Diplômés en Rhône-Alpes	108	81%
Zone d'exercice		
Zone urbaine	99	72%
Zone semi-urbaine	31	23%
Zone rurale	7	5%

L'âge moyen des chirurgiens viscéraux ayant répondu à l'enquête est de 48 ans. **La répartition par âge des praticiens apparaît très déséquilibrée puisque 45% ont plus de 50 ans alors que seulement 23% ont moins de 40 ans.** Les anciennetés de la thèse et de la qualification spécialiste sont cohérentes avec la répartition par âge. La profession est **très masculine, avec 97% d'hommes.**

43% des praticiens ont la qualification de « chirurgie viscérale », certains d'entre eux ayant la double qualification « chirurgie générale et viscérale » ; les autres sont « chirurgiens généraux ».

81% des praticiens exerçant en région Rhône-Alpes ont eu leur diplôme dans la région. 95% exercent actuellement en zone urbaine ou semi-urbaine.

Nous ne disposons pas d'éléments permettant d'étudier la représentativité des chirurgiens qui ont répondu à l'enquête par rapport à l'ensemble des praticiens de la région.

Remarque : dans la suite du rapport, nous appellerons « chirurgiens viscéraux » tous les chirurgiens ayant répondu à l'enquête, c'est à dire les praticiens ayant une activité en chirurgie viscérale et pas seulement ceux ayant la qualification « chirurgie viscérale ».

3.1.3 Lieux d'exercice

Tableau 2 : Lieux d'activité des chirurgiens viscéraux

	Chirurgiens viscéraux N = 141	
	N	%
Type de professionnel		
Salarié exclusif	60	43%
Libéral exclusif	55	39%
Mixte (salarié et libéral)	26	18%
Lieux d'exercice (<i>plusieurs lieux possibles</i>)		
Hôpital	75	53%
Clinique	66	47%
Activité privée à l'hôpital	16	21%*
Etablissement PSPH**	11	8%
Nombre de lieux d'exercice		
1	115	81%
2	25	18%
3	1	1%

* Pourcentage calculé sur les chirurgiens travaillant à l'hôpital (n = 75)

** participant au service public hospitalier

Les chirurgiens viscéraux se scindent en deux grands groupes d'effectifs proches : **ceux qui ont une activité exclusivement salariée (43%) et ceux qui ont une activité exclusivement libérale (39%)**. Seuls 18% ont une activité « mixte », c'est à dire à la fois une activité salariée et libérale. Ce groupe correspond aux médecins hospitaliers ayant une activité privée à l'hôpital et aux médecins libéraux ayant une activité à l'hôpital.

8 chirurgiens viscéraux sur 10 ont un seul lieu d'exercice, 18% travaillent dans deux structures différentes et seul un chirurgien de l'enquête a déclaré 3 lieux d'exercice.

Les principaux lieux d'exercice sont les hôpitaux (53% des praticiens) et les cliniques (47%), suivis de loin par les établissements PSPH (8%). A noter que 21% des chirurgiens de l'hôpital ont déclaré y avoir

une activité privée ; cette proportion paraît sous-évaluée (même si cette enquête concernent aussi les chefs de clinique qui ne peuvent avoir ce type d'activité).

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques des deux principaux lieux d'exercice des praticiens ayant répondu à l'enquête (hôpital et clinique).

Tableau 3 : Principales caractéristiques des hôpitaux et des cliniques dans lesquels travaillent les chirurgiens viscéraux ayant répondu à l'enquête

	Hôpital N = 75	Clinique N = 66
Caractéristiques de l'exercice	<i>Effectifs moyens dans le service :</i> 2,3 PH 1,1 chef de clinique 0,4 assistant 2,4 internes	89% à but lucratif 89% en contrat avec la clinique 0,2 interne en moyenne dans le service
Prise en charge des urgences dans l'établissement	34% UPATOU* 63% SAU**	64% UPATOU*
Statut d'exercice	1% MCU-PH 10% PU-PH 61% PH 18% CCA 10% attaché	12% en secteur 1
Ancienneté moyenne de l'activité professionnelle dans la structure	11 ± 9 ans	15 ± 8 ans
Age moyen des chirurgiens viscéraux ayant répondu à l'enquête	46 ± 10 ans	51 ± 7 ans

* unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

** service d'accueil et de traitement des urgences

Les deux tiers des cliniques disposent d'une UPATOU. Le pourcentage de praticiens en secteur 1 est faible (12%), mais correspond à une spécificité de la région Rhône-Alpes.

L'ancienneté moyenne des praticiens apparaît plus importante au sein des cliniques que dans les hôpitaux (15 ans versus 11 en moyenne), cet écart se superposant avec l'âge plus élevé des praticiens de ces établissements (51 ans versus 46 en moyenne).

3.1.4 Temps de travail, congrès, vacances et activités transversales

Temps de travail, congrès et vacances

Les caractéristiques globales du temps de travail des chirurgiens viscéraux sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 4 : Temps de travail des chirurgiens viscéraux, hors gardes et astreintes

Moyenne $\pm$ écart-type	Chirurgiens viscéraux N = 141
Travail : nombre d'heures par jour (y compris formation continue)	10,5 $\pm$ 1
Travail : nombre de jours par semaine	5,5 $\pm$ 0,5
Travail : nombre d'heures par semaine (à partir des 2 variables précédentes)	58 $\pm$ 10
Travail : nombre de semaines par an	46 $\pm$ 3
Non-travail avec remplaçant bénéficiant d'un reversement d'honoraires : nombre de jours par an	2 $\pm$ 10
Congrès : nombre de jours par an	11 $\pm$ 9
Vacances : nombre de jours par an	32 $\pm$ 10

Les chirurgiens viscéraux déclarent travailler en moyenne 5,5 jours par semaine et 46 semaines par an. **Leur temps de travail moyen, hors gardes et astreintes, est de 58 heures par semaine**, avec une dispersion importante (écart-type de 10 heures et temps de travail variant de 35 à 84 heures selon les praticiens).

Les chirurgiens déclarent **en moyenne 32 jours de vacances et 11 jours de congrès par an**.

Estimation du temps de travail

Les données recueillies dans l'enquête permettent d'estimer le temps de travail des praticiens de deux façons différentes :

- à partir de cette évaluation globale du temps de travail sur une semaine-type (nombre d'heures de travail par jour et nombre de jours travaillés par semaine) ;
- à partir d'une évaluation plus détaillée du temps de travail hebdomadaire, en sommant sur une semaine donnée les temps de travail dans les différents lieux d'exercice et sur les différentes activités dans chacun de ces lieux. Le problème est que ces éléments ne sont pas toujours renseignés par les praticiens et qu'ils présentent parfois des incohérences.

Tableau 5 : Estimation du temps de travail hebdomadaire des chirurgiens viscéraux (hors gardes et astreintes) en fonction des paramètres recueillis

Moyenne $\pm$ écart-type	Chirurgiens viscéraux N = 141
Evaluation globale sur une semaine-type (nombre d'heures par jour et nombre de jours par semaine)	58 $\pm$ 10
Evaluation détaillée (somme des temps de travail dans les différents lieux d'exercice)	57 $\pm$ 11

Si les estimations issues de ces deux types d'informations peuvent présenter des fluctuations importantes pour certains praticiens, les estimations moyennes sur l'ensemble des praticiens apparaissent très proches : **57 à 58 heures par semaine, hors astreintes et gardes.**

Activités transversales

Il faut ajouter à ce temps de travail des activités non directement « rattachables » à l'activité médicale et aux différents lieux d'exercice : enseignement, recherche, formation et lecture de journaux médicaux, promotion de la discipline. Assimilés ou non à du temps de travail en fonction des praticiens, ces postes peuvent expliquer les fluctuations observées entre les différentes estimations du temps de travail pour certains chirurgiens.

Tableau 6 : Estimation du temps passé en 2003 aux activités suivantes

	Salarié strictement N = 60		Libéral strictement N = 55		Mixte N = 26		Total N = 141	
	Temps moyen* (h/an)	% de chirurgiens concernés	Temps moyen* (h/an)	% de chirurgiens concernés	Temps moyen* (h/an)	% de chirurgiens concernés	Temps moyen* (h/an)	% de chirurgiens concernés
Temps d'enseignement	33 $\pm$ 42	77%	12 $\pm$ 25	44%	25 $\pm$ 43	73%	23 $\pm$ 38	63%
Temps de recherche**	31 $\pm$ 50	47%	7 $\pm$ 19	22%	16 $\pm$ 32	42%	19 $\pm$ 39	36%
Temps de FMC, lecture bibliographique	49 $\pm$ 34	82%	50 $\pm$ 51	82%	47 $\pm$ 39	88%	49 $\pm$ 42	83%
Temps de défense et promotion de la spécialité	6 $\pm$ 17	15%	18 $\pm$ 33	45%	9 $\pm$ 29	27%	11 $\pm$ 27	29%
Temps passé à d'autres activités en rapport avec la profession (association, bénévolat, préparation de congrès...)	7 $\pm$ 20	8%	12 $\pm$ 45	7%	15 $\pm$ 41	15%	11 $\pm$ 35	9%
TOTAL activités transversales précédentes	132 $\pm$ 119	95%	105 $\pm$ 109	91%	119 $\pm$ 105	96%	120 $\pm$ 113	94%

h/an : heures par an

* Sur tous les chirurgiens

** clinique, épidémiologique et/ou fondamentale

94% des chirurgiens viscéraux déclarent au moins une de ces activités en 2003, avec une moyenne de 120 heures dans l'année. Il s'agit surtout de lecture bibliographique et de formation continue, avec une proportion de chirurgiens concernés relativement stable selon le mode d'exercice (83% en moyenne).

63% des chirurgiens participent à des activités d'enseignement, à raison de 23 heures par an en moyenne. 36% ont participé à des activités de recherche, pour 19 heures par an en moyenne (avec des disparités importantes selon les praticiens, quelques-uns ayant une activité de recherche importante). Ces activités concernent essentiellement les praticiens hospitaliers, conformément aux missions spécifiques de ce type de structures.

A l'inverse, 29% des chirurgiens ont participé en 2003 à des activités de défense et de promotion de leur spécialité et il s'agit surtout de médecins libéraux (45% d'entre eux s'étant impliqués dans une activité de ce type).

On observe une grande variabilité sur les temps passés à ces différentes activités, montrant une forte implication de certains chirurgiens dans ces domaines.

6 chirurgiens sur 10 sont également impliqués dans des activités transversales au niveau de leur établissement (présidence et participation à diverses commissions), comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Implication dans des activités transversales en 2003

	Chirurgiens viscéraux N = 141
Président ou membre du conseil de bloc	26%
Responsable qualité	12%
Président de CME	10%
PMSI	6%
Président de CLIN*	4%
Hémovigilance	2%
Matérovigilance	2%
Président de CLUD**	-
Autre activité transversale***	35%
Au moins une des activités transversales précédentes	59%

* comité de lutte contre les infections nosocomiales

** comité de lutte contre la douleur

*** accréditation, conciliation, référent dans différents domaines...

3.1.5 Activité des chirurgiens viscéraux selon le type de structure et selon le statut du professionnel

L'activité des praticiens peut être analysée de deux façons différentes, qui apportent des éclairages complémentaires :

- en fonction du type de structure et du lieu d'exercice : chaque praticien est pris en compte dans chaque structure dans laquelle il travaille, à hauteur du nombre d'heures qu'il y passe ;
- en fonction du « statut » du praticien, défini par les structures dans lesquelles il travaille. L'unité statistique est alors le praticien et toute son activité est prise en compte, quelle que soit le lieu d'exécution.

Analyses selon le type de structure

Tableau 8 : Description de l'activité des chirurgiens viscéraux pour les 2 principaux lieux d'exercice et par type de structure

	Hôpital	Clinique	Activités salariées*	Paiement à l'acte**	Total
	N = 75	N = 66	N = 86	N = 81	N = 141
Temps d'activité hors gardes et astreintes* (h/sem)	47 ± 20	56 ± 12	47 ± 20	51 ± 18	57 ± 11
% consultations	16%	31%	17%	31%	24%
% surveillance clinique	27%	17%	26%	16%	22%
% actes en K ou KC	41%	43%	41%	44%	41%
% gestion/administration/PMSI	10%	7%	10%	7%	9%
% autre activité non médicale (réunions diverses, stérilisation, téléphone...)	6%	2%	6%	2%	4%
% activité médicale	94%	98%	94%	98%	96%
Durée moyenne d'une consultation (minutes) (± écart-type, min-max)	17 ± 10 (10-50)	20 ± 5 (10-30)	/	/	/
% de médecins réalisant des gardes sur place	43%	14%	41%	11%	31%
Temps de gardes sur place (h/MOIS) :					
* Sur l'ensemble des médecins	21 ± 28	6 ± 21	21 ± 28	5 ± 19	16 ± 27
* Sur les médecins qui en font	50 ± 21	46 ± 40	51 ± 20	46 ± 40	50 ± 25
% de médecins réalisant des astreintes	72%	77%	72%	68%	81%
Temps d'astreintes (h/MOIS) :					
* Sur l'ensemble des médecins	115 ± 106	170 ± 129	114 ± 105	146 ± 134	153 ± 118
Répartition :					
0	28%	23%	28%	32%	19%
1-100 h/mois	24%	12%	24%	12%	19%
101-200 h/mois	27%	23%	28%	20%	29%
201-300 h/mois	16%	24%	14%	20%	19%
> 300 h/mois	5%	18%	6%	16%	14%
* Sur les médecins qui en font	160 ± 91	220 ± 102	158 ± 91	215 ± 108	190 ± 101

* hôpital et PSPH

** clinique et activité privée à l'hôpital

Remarque : certains pourcentages doivent être interprétés avec prudence du fait de faibles échantillons dans certaines catégories étudiées.

Au total, toutes structures confondues, un chirurgien viscéral travaille en moyenne 57 heures par semaine, hors gardes, astreintes, et activités « transversales » du type enseignement/recherche et

formation. 96% de cette activité correspond à de l'activité « médicale » (c'est-à-dire hors gestion, administration et autres activités non médicales du type « réunions diverses »).

Globalement, **ces 57 heures de travail hebdomadaire se répartissent en trois grands postes : 41% d'actes, 24% de consultations et 22% de surveillance clinique**. Les chirurgiens consacrent également près de 9% de leur temps de travail à des activités de gestion et d'administration et 4% à diverses activités non directement médicales.

Les répartitions observées dans les structures avec activités salariées et celles avec paiement à l'acte sont proches en termes de temps passé à réaliser des actes. En revanche, le temps de surveillance clinique est plus élevé dans les premières que dans les secondes (26% versus 16%) et, à l'inverse, le temps de consultation plus réduit (17% versus 35%).

Les durées de consultation à l'hôpital et en clinique sont proches, et estimées à une vingtaine de minutes en moyenne. Mais elles varient fortement d'un médecin à l'autre, traduisant la diversité des activités et des problèmes rencontrés.

L'activité des chirurgiens viscéraux se caractérise aussi par un **nombre très élevé de gardes et d'astreintes** :

- 31% des chirurgiens viscéraux assurent des gardes, avec une moyenne de 50 heures par mois pour les médecins concernés. On note par ailleurs que quelques praticiens exerçant en clinique déclarent assurer des gardes (établissement loin de leur domicile ?).
- 81% des chirurgiens viscéraux assurent des astreintes, pour une moyenne de 190 heures par mois, cette durée étant très variable d'un médecin à l'autre. Les situations sont donc très contrastées : si 19% des chirurgiens n'assurent pas d'astreintes, la même proportion en fait entre 200 et 300 heures par mois et 14% supplémentaires plus de 300 heures par mois.

Analyses selon le statut du chirurgien viscéral

Tableau 9 : Description de l'activité en fonction du statut du professionnel

	Salarié strictement	Libéral strictement	Mixte	Total
	N = 60	N = 55	N = 26	N = 141
Temps d'activité hors gardes et astreintes* (h/sem)	56 ± 10	58 ± 11	58 ± 12	57 ± 11
% consultations	14%	31%	27%	24%
% surveillance clinique	30%	17%	18%	22%
% actes en K ou KC	38%	42%	45%	41%
% gestion/administration	10%	7%	7%	9%
% autre activité non médicale	7%	3%	3%	4%
% activité médicale	93%	97%	97%	96%
Temps de garde* (h/sem)	6 ± 6	1 ± 5	3 ± 5	4 ± 6
Temps d'astreintes* (h/sem)	31 ± 22	39 ± 29	30 ± 29	34 ± 26
0	13%	22%	27%	19%
1-100 h/mois	27%	11%	19%	19%
101-200 h/mois	35%	24%	27%	29%
201-300 h/mois	17%	25%	12%	19%
> 300 h/mois	8%	18%	15%	14%
Temps d'enseignement/recherche/promotion spécialité/CME, CLIN (h/sem)	3 ± 2	2 ± 2	2 ± 2	2 ± 2
Temps de travail total (y compris gardes, astreintes et enseignement/recherche...)* (h/sem)	100 ± 27	103 ± 34	100 ± 34	101 ± 31

*moyenne ± écart-type

h/sem : heures par semaine

En incluant les gardes, astreintes et activités d'enseignement, recherche et formation, le temps de travail total des chirurgiens viscéraux est d'environ 101 heures par semaine, du fait du volume considérable des astreintes notamment. Il varie très peu en fonction du statut du praticien (100 à 103 heures en moyenne).

Les médecins qui travaillent à la fois dans une structure avec activité salariée et dans une structure avec paiement à l'acte ont une activité très proche de celle des chirurgiens exclusivement libéraux. L'activité de ces deux groupes de chirurgiens présente les caractéristiques suivantes :

- ils consacrent globalement plus de temps aux consultations que leurs confrères exclusivement salariés ;
- à l'inverse, leur activité de surveillance clinique est moindre ;
- au final, leur part d'activité médicale est globalement plus élevée (97% versus 93%).

A noter également que les médecins exclusivement libéraux assurent en moyenne plus d'heures d'astreintes que les autres praticiens.

3.1.6 Domaines d'activité et actes réalisés

Grands domaines d'activité

Il était demandé aux chirurgiens de répartir approximativement leur activité dans 6 domaines chirurgicaux (chirurgie générale, viscérale, gynécologique, endocrinienne, vasculaire et urologie) et de préciser en clair leurs autres champs d'activité.

Tableau 10 : Répartition de l'activité des chirurgiens viscéraux

	%
Chirurgie viscérale/digestive	62% ± 27%
Chirurgie endocrinienne	4% ± 9%
Chirurgie générale	13% ± 16%
Chirurgie gynécologique	8% ± 12%
Chirurgie vasculaire	5% ± 15%
Urologie	3% ± 14%
Autre activité*	5% ± 14%
TOTAL	100 %

*Surtout chirurgie thoracique (n = 16)

Le tableau 10 montre que **leur activité est bien cernée puisqu'elle comprend en moyenne 62% de chirurgie viscérale**, avec cependant une variabilité importante selon les chirurgiens. **Ce taux s'élève à 66% en incluant la chirurgie endocrinienne**. 13% de l'activité correspond à de la chirurgie générale, le reste se partageant à parts relativement égales et réduites entre les autres domaines chirurgicaux (8% de chirurgie gynécologique et moins de 5% de chirurgie vasculaire, thoracique ou d'urologie). Pour ces différentes pratiques, il s'agit le plus souvent de quelques chirurgiens qui ont une activité relativement soutenue dans un de ces domaines.

Tableau 11 : Description de l'activité en fonction du statut du professionnel

	Salarié strictement	Libéral strictement	Mixte	Total
	N = 60	N = 55	N = 26	N = 141
Part d'activité en cancérologie				
Moyenne $\pm$ écart-type	34% $\pm$ 24%	25% $\pm$ 19%	25% $\pm$ 14%	29% $\pm$ 21%
Répartition en classes :				
< 25%	40%	58%	60%	50%
25% à 49%	41%	31%	24%	34%
50% à 74%	9%	7%	16%	10%
$\geq$ 75%	10%	4%	-	6%
<u>Sur l'activité hors cancérologie :</u>				
Part de chirurgie programmée				
Moyenne $\pm$ écart-type	56% $\pm$ 25%	76% $\pm$ 15%	73% $\pm$ 22%	67% $\pm$ 23%
Répartition en classes :				
< 25%	16%	-	4%	7%
25% à 49%	16%	2%	7%	9%
50% à 74%	40%	33%	31%	36%
$\geq$ 75%	28%	65%	58%	48%
Part de chirurgie d'urgence				
Moyenne $\pm$ écart-type	35% $\pm$ 22%	22% $\pm$ 13%	19% $\pm$ 15%	27% $\pm$ 19%
Répartition en classes :				
< 25%	35%	68%	65%	54%
25% à 49%	37%	25%	23%	29%
50% à 74%	19%	7%	12%	13%
$\geq$ 75%	9%	-	-	4%
Part de pratique en coeliochirurgie				
Moyenne $\pm$ écart-type	37% $\pm$ 17%	47% $\pm$ 21%	37% $\pm$ 24%	41% $\pm$ 21%
Répartition en classes :				
< 25%	30%	11%	36%	24%
25% à 49%	33%	30%	28%	31%
50% à 74%	35%	51%	28%	40%
$\geq$ 75%	2%	8%	8%	5%

En moyenne, **44% des chirurgiens consacrent entre un quart et trois quarts de leur activité à de la cancérologie** ; cette proportion apparaît plus élevée pour les praticiens salariés (50% versus 40% pour les autres). Les pratiques apparaissent néanmoins contrastées dans ce domaine. On peut noter également que 6% des chirurgiens s'y consacrent presque exclusivement, ce taux s'élevant à 10% parmi les chirurgiens exclusivement salariés.

En dehors de l'activité en cancérologie , **les deux tiers des actes seraient programmés**. Cette pratique concerne beaucoup plus les praticiens libéraux que ceux ayant une activité exclusivement salariée (76% versus 56%). Là encore, la pratique est variable selon les médecins : la moitié des praticiens

déclare plus des trois quarts de leur activité comme étant programmée, alors que 16% déclarent que cette pratique concernerait moins de la moitié de leur activité.

La chirurgie d'urgence constitue 27% de l'activité hors oncologie, cette proportion étant logiquement plus élevée pour les praticiens salariés du fait du moindre taux d'actes programmés.

La coeliochirurgie représente en moyenne 41% de l'activité, hors oncologie, cette proportion étant plus importante pour les praticiens exclusivement libéraux (47% contre 37% pour les autres). La répartition de cette activité varie en fonction des professionnels : elle représente moins d'un quart de l'activité pour 24% des chirurgiens, entre un quart et la moitié pour 31% et plus de la moitié de l'activité pour 45%.

Actes réalisés

Le tableau suivant présente les principaux actes réalisés dans les structures avec activités salariées et celles avec paiement à l'acte. Pour chaque type de structure et chaque acte figurent le nombre moyen d'actes réalisés par mois en moyenne, le pourcentage de médecins pratiquant ce type d'actes et la durée moyenne, minimale et maximale de l'acte, observée sur les praticiens le réalisant.

Quel que soit le type de structures, **5 actes sont réalisés par plus de 80% des chirurgiens viscéraux**. Il s'agit de la chirurgie colorectale, la chirurgie pariétale, la chirurgie proctologique, les appendicectomies et les opérations de la vésicule et de la voie biliaire.

Certains actes apparaissent plus fréquemment pratiqués dans les structures avec paiement à l'acte. C'est le cas de la chirurgie pariétale, de la chirurgie proctologique, des appendicectomies, et des varices. Les proportions de chirurgiens pratiquant ces actes sont comparables dans les deux types de structures, mais c'est le nombre moyen d'actes faits par praticien qui diffère fortement. A l'inverse, un plus grand nombre de splénectomies semble être réalisé dans les structures avec activité salariée.

D'autres actes sont réalisés par une plus grande proportion de praticiens dans les structures libérales (chirurgie hiatale, chirurgie des troubles de la statique pelvienne, chirurgie endocrinienne et chirurgie bariatrique), mais les nombres moyens n'apparaissent pas beaucoup plus élevés car il s'agit d'actes globalement peu fréquents.

Globalement, les durées moyennes passées par acte sont comparables entre les structures où l'activité est salariée et les structures avec paiement à l'acte. Cependant, la durée mentionnée pour les actes présente des écarts importants selon les chirurgiens.

Tableau 12 : Actes principaux et durée des actes selon le type d'institution

	Activités salariées N = 76 (répondants)			Paiement à l'acte N = 74 (répondants)		
	Nombre moyen par mois	% de médecins faisant l'acte	Durée moyenne de l'acte en minutes	Nombre moyen par mois	% de médecins faisant l'acte	Durée moyenne de l'acte en minutes
Chirurgie colorectale	7 ± 11	93%	145 ± 38	7 ± 10	90%	146 ± 32
Chirurgie pariétale (éventration...)	14 ± 21	89%	77 ± 27	24 ± 41	95%	62 ± 23
Vésicule, voie biliaire	9 ± 17	88%	59 ± 27	11 ± 19	87%	50 ± 20
Chirurgie proctologique	5 ± 10	82%	26 ± 9	13 ± 25	85%	25 ± 8
Appendicectomie	8 ± 17	82%	32 ± 12	12 ± 22	88%	26 ± 10
Chirurgie hépatique	1 ± 3	34%	226 ± 91	1 ± 3	30%	222 ± 83
Chirurgie pancréatique	1 ± 1	43%	218 ± 65	1 ± 1	46%	185 ± 41
Splénectomie	1 ± 1	59%	70 ± 29	≈ 0	20%	89 ± 31
Chirurgie hiatale	2 ± 6	54%	97 ± 38	3 ± 4	78%	78 ± 29
Chirurgie oesophagienne (hors hernie hiatale)	1 ± 5	29%	253 ± 93	≈ 0	20%	260 ± 67
Varices	2 ± 5	30%	54 ± 23	10 ± 29	40%	57 ± 17
Chirurgie des troubles de la statitique pelvienne	1 ± 4	21%	106 ± 54	2 ± 3	53%	94 ± 37
Chirurgie endocrinienne	4 ± 16	30%	92 ± 51	5 ± 18	54%	76 ± 26
Chirurgie bariatrique (obésité)	1 ± 2	15%	83 ± 30	2 ± 7	30%	71 ± 40

3.1.7 Opinions des chirurgiens viscéraux sur leur activité et leur évolution

Tableau 13 : Opinions des chirurgiens viscéraux sur leur activité et leur évolution

	Salarié strictement	Libéral strictement	Mixte	Total
	N = 60	N = 55	N = 26	N = 141
Age où souhaite arrêter d'exercer				
60 ans	22%	33%	19%	26%
65 ans	35%	44%	50%	42%
Après 65 ans	3%	4%	8%	4%
Ne sait pas	40%	19%	23%	28%
Pensent faire évoluer leur activité				
Oui	68%	64%	64%	66%
Non	12%	13%	28%	15%
Ne sait pas	20%	23%	8%	19%
Si oui (plusieurs évolutions possibles) :				
Augmentation de l'activité	N = 14	N = 8	N = 2	28%
Développement ou amélioration de certaines techniques	N = 5	N = 7	N = 3	17%
Réduction de l'activité	N = 1	N = 5	N = 6	14%
Installation dans le privé	N = 7	-	N = 1	9%
Activités annexes (expertise...)	N = 1	N = 4	N = 3	9%
Eléments qui pourraient faire évoluer leur activité (plusieurs réponses possibles) :				
Regroupement d'établissements	52%	53%	54%	52%
Augmentation des problèmes juridiques	15%	45%	38%	31%
Coût d'assurance professionnelle	10%	34%	38%	25%
Autre élément*	32%	22%	50%	31%

* différents éléments cités, dont les plus fréquents : investissement matériel (n = 11), augmentation de la valeur de la consultation (n = 5), moins de contraintes administratives (n = 7)

Plus d'un quart des chirurgiens n'ont pas précisé l'âge auquel ils souhaiteraient arrêter leur activité. A noter que cette proportion est plus importante parmi les chirurgiens ayant une activité exclusivement salariée (40% de non-réponses). Parmi ceux qui ont répondu à la question, **42% envisagent un départ à 65 ans et 26% à 60 ans.**

Plus les chirurgiens sont jeunes, plus ils sont nombreux à ne pas savoir à quel âge ils souhaitent arrêter leur activité : 47% des moins de 40 ans, 30% des 41-50 ans, 15% des 51-60 ans.

A l'inverse, plus les médecins sont âgés, plus ils savent à quel âge ils souhaitent arrêter et plus cet âge est élevé (52% des 51-60 ans souhaitent arrêter à 65 ans et 8% après 65 ans, versus 32% d'arrêts à 65 ans chez les 31-40 ans et chez les 41-50 ans et aucun arrêt envisagé après 65 ans dans ces tranches d'âge).

Par ailleurs, les deux tiers des praticiens pensent faire évoluer leur activité, sans différence significative selon leur statut (libéral, salarié ou mixte). A noter qu'un chirurgien sur cinq n'a pas répondu à cette question. Aucune grande tendance ne se dégage parmi les évolutions envisagées. Les plus fréquemment évoquées concernent une augmentation d'activité (28%), le développement ou l'amélioration de certaines techniques (17%), la diminution d'activité (14%), l'installation dans le privé (citée par 18% des chirurgiens strictement hospitaliers envisageant une évolution, reflétant sans doute un certain mal-être à l'hôpital), ou encore la réalisation d'activités annexes (expertise, association...). Il faut signaler qu'il s'agit de réponses citées spontanément par les chirurgiens, aucune proposition n'étant faite dans le questionnaire.

Les principaux éléments susceptibles de faire évoluer l'activité des chirurgiens viscéraux sont le regroupement d'établissements (cité par un chirurgien sur deux, quel que soit son statut), l'augmentation des problèmes juridiques (31%) et le coût d'assurance professionnelles (25%), ces deux éléments étant surtout mis en avant par les praticiens libéraux.

3.2 Modélisation et simulations

Les volumes d'actes réalisés dans la région ont été estimés à partir des données de l'enquête, en les redressant au nombre total de praticiens. Cette approche ne permet pas de produire un bon outil de définition du besoin absolu en médecins. Par contre, elle permet de décrire la part de certains paramètres dans l'offre actuelle et de simuler des changements dans ces paramètres.

Trois grands types de facteurs d'évolution de l'offre et de la demande, et donc de simulations, peuvent être distingués :

- les caractéristiques de la demande : âge de la population essentiellement ;
- les caractéristiques de l'activité des médecins : temps de travail, temps consacré à la gestion/administration, féminisation de la profession, augmentation ou diminution de la fréquence de certains actes... ;
- l'organisation des soins : transfert de certaines activités vers d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé, changements technologiques...

Après discussion au sein du groupe de suivi de l'étude, nous avons retenu des changements de pratiques "possibles" et jugés pertinents, et réalisé les simulations correspondantes à **structure de consommation équivalente** (cf. tableau ci-dessous). Ainsi :

- La limitation du temps total de travail à 200 heures par mois, hors gardes et astreintes, nécessiterait une **hausse de 26% de l'effectif de chirurgiens viscéraux**. Rappelons que le temps de travail observé dans l'enquête est de 57 heures par semaine, hors gardes et astreintes, soit environ 250 heures par mois ;
- La limitation du temps total de travail à 169 heures par mois (ETP salarié), hors gardes et astreintes, nécessiterait une **hausse de 49% de l'effectif** ;
- La limitation du temps total de travail à 35 heures par semaine (ETP salarié 35 heures), hors gardes et astreintes, nécessiterait une **hausse de 63% de l'effectif** ;
- La limitation du temps de travail total, y compris gardes et astreintes (soit environ 101 heures par semaine en moyenne dans cette enquête), à 70 heures par semaine nécessiterait une **hausse de 45% de l'effectif** ;
- Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité...) nécessiterait une **hausse de 8% de l'effectif, à temps de travail égal** ;
- Les changements démographiques attendus dans la région Rhône-Alpes (cf tableau ci-dessous : augmentation et important vieillissement de la population) peuvent être pris en compte en utilisant les projections démographiques réalisées par l'INSEE à partir du recensement de 1999, via le modèle OMPHALE (sous l'hypothèse que les tendances démographiques actuelles se poursuivent).

Tableau 14 : Projections de la population de Rhône-Alpes à partir des données du recensement de 1999 et du modèle OMPHALE (INSEE)

En milliers de personnes	Recensement	Projections de population		
	1999	2010	2020	2030
0-19 ans	1 497,1	1 496,5	1 488,0	1 476,0
20-59 ans	3 082,6	3 200,6	3 205,9	3 171,7
60-74 ans	721,9	840,8	1 054,8	1 123,0
75 ans et plus	378,6	502,5	587,2	815,3
Total	5 680,2	6 040,4	6 335,9	6 586,0

Les relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) précisent pour 2003 la répartition moyenne de l'activité des chirurgiens viscéraux pour les différentes classes d'âge de la population. Le « référentiel » pour la région Rhône-alpes est le suivant pour 2003 : 8% de moins de 16 ans, 53% de 16-59 ans, 15% de 60-69 ans et 22% de personnes de 70 ans ou plus. Les projections démographiques ont été effectuées sur ces différentes classes d'âge via les projections de l'INSEE, avec l'hypothèse que l'évolution de la classe d'âge « moins de 16 ans » était comparable à celle des « moins de 19 ans », et que celle des « plus de 70 ans » était comparable à celle des « plus de 75 ans ».

Par rapport à l'activité des chirurgiens viscéraux, à besoins de la population identiques à ceux observés actuellement, **la situation démographique attendue en 2010 nécessiterait une hausse de 12% de l'effectif actuel, celle de 2020 une hausse de 21% et celle de 2030 une hausse de 36%.**

- La féminisation de la profession (actuellement 3% de femmes d'après note enquête) : nous avons simulé une proportion de 33% de femmes parmi les chirurgiens viscéraux, soit 30% de plus qu'actuellement), en faisant l'hypothèse que le temps de travail des femmes est inférieur de 25% à celui des hommes⁵ (soit un temps de travail hebdomadaire de 43 heures pour les femmes, hors gardes et astreintes) : cela entraînerait une **hausse de 8% de l'effectif.**

Tableau 15 - Estimations sur le nombre de chirurgiens viscéraux nécessaires à partir de simulations (à structure de consommation équivalente à la consommation actuelle)

Simulation réalisée	Variation engendrée par rapport à la situation actuelle (en % de l'effectif global actuel)
ETP* = 200 heures par mois, hors gardes et astreintes	Hausse de 26%
ETP = 169 heures par mois, hors gardes et astreintes	Hausse de 49%
ETP = 35 heures par semaine (151,5 heures/mois), hors gardes et astreintes	Hausse de 63%
Temps de travail total, y compris gardes et astreintes = 70 heures par semaine	Hausse de 45%
Gestion multipliée par 2 à temps de travail égal (informatisation, télétransmission)	Hausse de 8%
Changements démographiques (augmentation et vieillissement de la population)	
en 2010**	Hausse de 12%
en 2020**	Hausse de 21%
en 2030**	Hausse de 36%
Féminisation de la profession probable (plus de temps partiel) : + 30% de femmes parmi les chirurgiens viscéraux (soit un tiers de femmes)	Hausse de 8%

* Equivalent temps plein

**Selon projections démographiques de l'INSEE (modèle OMPHALE).

Les discussions avec le groupe de suivi ont fait ressortir que des domaines nouveaux s'ouvrent et sont susceptibles de modifier l'organisation et la pratique de la chirurgie viscérale, comme a pu le faire la coeliochirurgie au cours des dernières années (en augmentant le temps d'installation et le taux d'occupation en salle par exemple...). Mais il a paru difficile de préciser et quantifier ces changements à l'heure actuelle. Des transferts de compétences possibles ont également été évoqués (quelques actes en bloc opératoire que pourraient faire les IBODE). Ils n'ont pas été retenus pour réaliser des simulations du fait de leur faible nombre et à leur caractère actuellement peu prévisible.

⁵ Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact – Approche quantitative et qualitative : enquête auprès des médecins en exercice, CAREPS, octobre 2003 – Rapport URML Rhône-Alpes

4 *SYNTHESE ET CONCLUSION*

Cette enquête auprès des chirurgiens viscéraux, réalisée par auto-questionnaire, a bénéficié d'un très bon taux de réponse (48%) pour ce type d'enquête, montrant une forte mobilisation de la profession, peut-être favorisée par le contexte actuel de crise de la chirurgie.

La profession apparaît quasiment exclusivement masculine (3% de femmes), avec un âge moyen relativement élevé (48 ans) et un fort déséquilibre dans la répartition par âge des praticiens (45% de plus de 50 ans contre seulement 23% de moins de 40 ans).

Moins d'un chirurgien sur deux a la qualification de « chirurgien viscéral ». 4 chirurgiens sur 5 n'ont qu'un seul lieu d'exercice. La majorité travaille à l'hôpital (53%) ou en clinique (47%), quelques-uns en PSPH et un hospitalier sur cinq a une activité privée à l'hôpital. Globalement, 43% ont une activité exclusivement salariée, 39% une activité exclusivement libérale et 18% une activité « mixte ».

Les chirurgiens viscéraux déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine, hors gardes et astreintes, sans différence selon leur statut. Si quasiment tous les praticiens font de la lecture bibliographique et de la FMC, une proportion relativement importante est également impliquée dans des activités d'enseignement, de recherche ou de promotion de la spécialité, ainsi que dans des activités transversales au sein de leur établissement.

Quel que soit le lieu d'exercice, les chirurgiens viscéraux consacrent un peu plus de 40% de leur temps à des actes opératoires. Leur activité apparaît bien cernée, constituée aux deux tiers de chirurgie viscérale et endocrinienne, et complétée d'interventions dans différents autres domaines chirurgicaux (chirurgie générale et gynécologique en particulier, mais aussi chirurgie vasculaire, thoracique ou urologie). Par ailleurs, 44% des chirurgiens consacrent entre un quart et trois quarts de leur activité à de la cancérologie, avec des variations importantes selon les praticiens. En dehors de la cancérologie, les deux tiers de leur activité est programmée et 41% correspond à de la coeliochirurgie (pratiques encore plus marquées dans les structures avec paiement à l'acte).

Cette spécialité se distingue également par des volumes très élevés de gardes et surtout d'astreintes. 31% des chirurgiens assurent des gardes, avec une moyenne de 50 heures par mois. 81% assurent des astreintes, pour 190 heures par mois en moyenne (14% réalisent même plus de 300 heures par mois).

Au final, en intégrant les gardes, les astreintes et les activités d'enseignement, recherche et formation, le temps de travail total des chirurgiens viscéraux est d'environ 101 heures par semaine. Il varie très peu en fonction du statut de praticien.

Les deux tiers des chirurgiens souhaitent faire évoluer leur activité. Ils évoquent des pistes diverses, allant de l'augmentation à la diminution de leur activité, l'installation dans le privé ou l'investissement dans des activités « annexes » comme les expertises.... Pour tous, cette réflexion ou décision semble

être le plus souvent motivée par le regroupement d'établissements. Les praticiens libéraux évoquent également l'augmentation des problèmes juridiques et le coût des assurances professionnelles.

Enfin, les résultats de la modélisation réalisée permettent d'estimer les besoins en chirurgiens viscéraux en fonction de différentes hypothèses d'évolution jugées « pertinentes » pour cette spécialité.

ANNEXE

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

- Il faut entre 15 et 30 minutes pour compléter ce questionnaire.
- L'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout de la bonne qualité des informations recueillies. Aussi, nous vous demandons, dans la mesure du possible, de **répondre à toutes les questions**, de façon aussi précise que possible.
- Dans quelques cas, vous trouverez des petites cases ☐
Merci de répondre en faisant une croix dans la case correspondant à votre choix.
Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Pour la plupart des questions, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases |_|_|_|, en tenant compte de l'unité correspondante.
- Pour la page 4 du questionnaire et pour chacun des actes principaux de votre spécialité, vous indiquerez :
 - ➔ Le nombre d'actes par mois et par lieu de réalisation de ces actes (lieux principal et secondaire) en précisant le lieu indiqué au bas de la page,

Exemple : Lieu de réalisation principal |_1_|
Lieu de réalisation secondaire |_5_|
 - ➔ La durée moyenne de l'acte réalisé en minutes.

ENQUETE AUPRES DES CHIRURGIENS VISCERAUX DE LA REGION RHONE-ALPES – JUIN 2004

1. Quel est votre âge ? _____ ans
2. Quel est votre sexe ?
1 ☐ Homme
2 ☐ Femme
3. Quelle est l'année d'obtention de votre thèse de médecine ? _____
4. En quelle année avez-vous été qualifié spécialiste ? _____
et quelle est votre qualification ?
1 ☐ CES
2 ☐ DES
5. Quel est le département géographique d'obtention de votre diplôme de docteur en médecine ? (*Code postal*) _____
6. Dans quel type de zone exercez-vous ?
1 ☐ Zone urbaine
2 ☐ Zone semi-urbaine
3 ☐ Zone rurale
7. Quelle est votre qualification ? 1 ☐ Chirurgie générale 2 ☐ Chirurgie viscérale
8. Comment se répartit approximativement votre activité ?

/ ____ / ____ / ____ / % Chirurgie générale
 / ____ / ____ / ____ / % Chirurgie viscérale
 / ____ / ____ / ____ / % Chirurgie digestive
 / ____ / ____ / ____ / % Chirurgie vasculaire
 / ____ / ____ / ____ / % Chirurgie endocrinienne
 / ____ / ____ / ____ / % Chirurgie gynécologique
 / ____ / ____ / ____ / % Urologie
 / ____ / ____ / ____ / % Autre activité, précisez :

Total = 100%

9. Quel est :

- Le nombre d'heures travaillées par jour en moyenne
(y compris formation continue) |__|__| H/jour
- Le nombre de jours travaillés par semaine en moyenne |__|,|__| J/semaine
- Le nombre de semaines travaillées par an |__|__| S/an
- Le nombre de jours par an non-travaillés avec un
remplaçant bénéficiant de versements d'honoraires |__|__|__| J/an
- Le nombre de jours de congrès par an |__|__| J/an
- Le nombre de jours effectifs de vacances par an |__|__| J/an

10. Au cours de votre exercice professionnel, assurez-vous une activité transversale ?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Si oui, précisez le temps consacré à cette activité sur 2003 (en heures par an) dans le tableau ci-dessous :

Président de CME	__ __ h/an
Président de CLUD (comité de lutte contre la douleur)	__ __ h/an
Président de CLIN	__ __ h/an
Responsable qualité (commission accréditation...)	__ __ h/an
Hémovigilance	__ __ h/an
Matéiovigilance	__ __ h/an
PMSI	__ __ h/an
Président ou membre du conseil de bloc	__ __ h/an
Autre, précisez :	__ __ h/an

11. Au cours de votre exercice professionnel, combien de temps avez-vous consacré en 2003 aux activités suivantes (en heures par an) :

Enseignement	__ __ h/an
Recherche (clinique, épidémiologique et/ou fondamentale)	__ __ h/an
FMC et/ou lecture bibliographique	__ __ h/an
Défense ou promotion de la spécialité (société savante, syndicat, union professionnelle)	__ __ h/an
Autres activités, précisez :	
.....	__ __ h/an
.....	__ __ h/an
.....	__ __ h/an

12. Dans le tableau suivant, veuillez compléter les colonnes correspondant à votre(vos) lieu(x) d'exercice :

	Clinique privée	Hôpital public hors activité privée	Activité privée au sein d'un hôpital public	Etablissement PSPH (participant au service public hospitalier)
1) Dans quel type de structures exercez-vous ?	1 ☐ Oui 1 ☐ Lucratif	2 ☐ Non 2 ☐ Non lucratif	1 ☐ Oui 2 ☐ Non	1 ☐ Oui 2 ☐ Non
2) Caractéristiques de l'exercice	Nombre d'internes dans le service : _____ Contrat avec la clinique 1 ☐ Oui 2 ☐ Non	Effectifs dans le service : - nombre de PH _____ - nombre de chefs de clinique _____ - nombre d'assistants _____ - nombre d'internes _____	Effectifs dans le service : - nombre de PH _____ - nombre de chefs de clinique _____ - nombre d'assistants _____ - nombre d'internes _____	Effectifs dans le service : - nombre de PH _____ - nombre de chefs de clinique _____ - nombre d'assistants _____ - nombre d'internes _____
3) Prise en charge des urgences dans l'établissement	1 ☐ Non 2 ☐ UPATOU 3 ☐ SAU	1 ☐ Non 2 ☐ UPATOU 3 ☐ SAU	1 ☐ Non 2 ☐ UPATOU 3 ☐ SAU	1 ☐ Non 2 ☐ UPATOU 3 ☐ SAU
4) Statut d'exercice	1 ☐ Secteur 1 2 ☐ Secteur 2	1 ☐ PU-PH 2 ☐ MCU-PH 3 ☐ PH 4 ☐ CCA 5 ☐ Assistant non universitaire 6 ☐ Attaché 7 ☐ Interne (DES-DIS-résidents-FFI)	Plusieurs réponses possibles 1 ☐ Consultation privée 1 ☐ Lits privés 1 ☐ GIE public/privé 1 ☐ « Clinique ouverte »	Salarié 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
5 Temps consacré à votre activité par semaine	_____ heures DONT	_____ heures DONT	_____ heures DONT	_____ heures DONT
dont (heures/semaine) : (ATTENTION : le total de ces postes doit correspondre au nombre d'heures indiqué à la question 4)	Consultations _____ h/s Actes en K _____ h/s Surveillance clinique* _____ h/s Gestion/administration/PMSI _____ h/s Autre activité : _____ h/s	Consultations _____ h/s Actes en K _____ h/s Surveillance clinique* _____ h/s Gestion/administration/PMSI _____ h/s Autre activité : _____ h/s	Consultations _____ h/s Actes en K _____ h/s Surveillance clinique* _____ h/s Gestion/administration/PMSI _____ h/s Autre activité : _____ h/s	Consultations _____ h/s Actes en K _____ h/s Surveillance clinique* _____ h/s Gestion/administration/PMSI _____ h/s Autre activité : _____ h/s
6) Durée moyenne par consultation (temps passé auprès du patient)	_____ min	_____ min	_____ min	_____ min
7) Astreintes (heures/mois)	_____ h/mois	_____ h/mois	_____ h/mois	_____ h/mois
8) Gardes (heures/mois)	_____ h/mois	_____ h/mois	_____ h/mois	_____ h/mois
9) Année de début d'activité professionnelle dans chacune des structures où vous exercez	_____	_____	_____	_____

* Surveillance clinique : temps passé au lit du malade

13. Comment se décompose votre pratique globale ? (total de vos lieux d'exercice si vous en avez plusieurs)

- ↪ Part d'activité en cancérologie : / _ / _ / _ / %
- ↪ Sur l'activité hors cancérologie :
- Part de chirurgie programmée : / _ / _ / _ / %
 - Part de chirurgie d'urgence : / _ / _ / _ / %
 - Part de pratique en coeliochirurgie : / _ / _ / _ / %

14. Pour chaque acte répertorié dans le tableau suivant, préciser le nombre d'actes dans votre(vos) lieu(x) d'exercice et la durée moyenne de cet acte :

Actes principaux	Nombre d'actes par MOIS		Durée moyenne de l'acte réalisé (en MINUTES)
	Lieu de réalisation principal*	Lieu de réalisation secondaire*	
	Préciser : _ _	Préciser : _ _	
Chirurgie colorectale	_ _	_ _	
Hernie	_ _	_ _	
Vésicule, voie biliaire	_ _	_ _	
Chirurgie hépatique (hépatectomie, transplantation...)	_ _	_ _	
Hépatectomie	_ _	_ _	
Chirurgie proctologique	_ _	_ _	
Appendicectomie	_ _	_ _	
Chirurgie pancréatique	_ _	_ _	
Splénectomie	_ _	_ _	
Chirurgie hiatale	_ _	_ _	
Chirurgie oesophagienne (hors hernie hiatale)	_ _	_ _	
Chirurgie pariétale (éventration...)	_ _	_ _	
Varices	_ _	_ _	
Chirurgie des troubles de la statique pelvienne	_ _	_ _	
Chirurgie endocrinienne	_ _	_ _	
Chirurgie bariatrique	_ _	_ _	
Autre acte fréquemment réalisé, précisez :	_ _	_ _	
Autre acte fréquemment réalisé, précisez :	_ _	_ _	
Autre acte fréquemment réalisé, précisez :	_ _	_ _	

* Lieu de réalisation des actes à préciser (notez le n°) :

1- Clinique privée

2- Hôpital public hors activité privée

3- Établissement PSPH

4- Activité privée au sein d'un hôpital public

-
-
-
-
-

- ☐ Regroupement d'établissements
- ☐ Coût d'assurance professionnelle
- ☐ Augmentation des problèmes juridiques
- ☐ Autre élément, précisez :
-
-
-
-

CEMKA-EVAL - enquête auprès des praticiens de chirurgie viscérale



 **N° Vert 0 800 880 607**

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : urmlra@urmlra.org - www.urmlra.org
