

Le Quotidien du Médecin du 23 janvier 2003

Un entretien avec le responsable de la mission ministérielle sur la chirurgie

Le Pr Domergue préconise la fermeture des blocs à faible activité

Chargé en octobre d'une mission sur « l'état de la chirurgie française », le chirurgien et député UMP de l'Hérault, Jacques Domergue, rendra son rapport à Jean-François Mattei dans un mois. Pour sortir la chirurgie de la crise, ce document devrait notamment suggérer au ministre de revaloriser les honoraires des chirurgiens libéraux, de réintroduire les filières dans les disciplines chirurgicales et de procéder aux restructurations qui s'imposent.



« Il faut changer la liberté d'installation »(Photo AFP)

LE QUOTIDIEN

Après cinq mois d'enquête, quel tableau dressez-vous de la chirurgie française ?

Pr JACQUES DOMERGUE

Nos travaux nous ont amenés à la conclusion suivante : la crise est peut-être plus profonde qu'on a pu l'imaginer, car les deux secteurs, public et privé, sont concernés. Le privé l'est essentiellement pour des raisons d'honoraires, mais aussi de rythme, de cadence. Dans le secteur I, les chirurgiens orthopédiques et viscéraux sont obligés de faire de l'abattage pour maintenir leur tête hors de l'eau. Certains gagnent bien leur vie - les secteurs II, les chirurgiens ORL ou plastiques -, mais c'est une minorité. Quant aux chirurgiens de l'hôpital public, ils n'ont pas les moyens de travailler. L'hôpital est submergé par les réformes et les réglementations. Résultat : la

chirurgie n'y fonctionne plus. Une salle de chirurgie publique, par exemple, travaille deux fois moins (en nombre de cas opératoires) qu'une salle privée.

Quelles propositions allez-vous faire au ministre pour sortir de la crise ?

Vu l'urgence de la situation, on a décidé de rendre le rapport en février, et non à la fin du mois de mars comme prévu. Nos propositions s'inspirent du constat suivant : les chirurgiens ne veulent plus travailler comme avant. Il est urgent de définir de nouveaux modes d'organisation et de rapprocher les deux secteurs. Il faut permettre au chirurgien privé de travailler à l'hôpital sans avoir des tonnes de papiers à signer. Il faut aussi revaloriser ses honoraires, surtout en orthopédie et en viscéral, sinon, d'ici peu, on n'en aura plus. Il faut fermer les plateaux qui tournent peu et regrouper les hommes. Ainsi, au lieu de faire dix astreintes par mois, le chirurgien ne ferait plus que deux gardes. Sans de nouvelles perspectives de carrière, même avec de l'argent, les jeunes ne viendront pas. La réouverture du secteur II est une autre piste à creuser. Mais le ministre n'y semble pas favorable pour l'instant.

Comment régler les problèmes démographiques ?

Seule la chirurgie orthopédique a évalué l'ampleur de sa pénurie ; les autres spécialités chirurgicales ignorent leurs besoins. On va donc proposer de créer des observatoires régionaux sur la démographie, qui établiront avec les directeurs d'ARH (agences régionales de l'hospitalisation, NDLR) les besoins sanitaires de la population et les quotas de chirurgiens. On pourrait s'inspirer de la Grande-Bretagne, qui prévoit un chirurgien cardiaque pour 300 000 habitants, par exemple. Je pense qu'il faudra réintroduire les filières dans les disciplines chirurgicales, et donc changer la liberté d'installation. Les observatoires régionaux seraient chargés, pour chaque ville, de définir le nombre de postes en viscéral, en orthopédie, etc. Je suis sûr qu'il y aura des candidats si les conditions sont attrayantes.

Faut-il, transitoirement, recourir des compétences étrangères ?

Je ne crois pas. En important des médecins de l'étranger, aucune restructuration ne sera possible. Je m'explique. La pénurie annoncée à partir de 2005 va être difficile à vivre mais elle a un caractère intéressant elle forcera les directeurs d'établissement

faire les restructurations nécessaires. Si, en maintenant des services artificiels grâce aux étrangers, le directeur parvient à boucler son tableau de gardes, il ne sera pas incité à résoudre le problème de fond. Importer des compétences étrangères, pourquoi pas, mais alors seulement après avoir restructuré et fermé. Ici, il faut.

L'Union des chirurgiens français (UCF) juge que l'accord conventionnel que viennent de passer les médecins libéraux et les caisses d'assurance-maladie n'a pas résolu les problèmes d'assurance. Quelle solution voyez-vous à cette question de la RCP ?

J'ai une idée : cela ne me choquerait pas que les malades participent à l'assurance. Pas ceux atteints de maladies chroniques, du type cancer ou infarctus, qui doivent relever à 100 % de la solidarité nationale. Mais ceux atteints de pathologies moins graves. Ceux-là pourraient mettre la main à la poche avant une opération. Par exemple, je ne trouve pas normal que le cas du gars qui a fait une chute à ski relève de la solidarité nationale, car c'est arrivé pendant ses loisirs. Là, il y a un gros travail à faire sur l'esprit des Français, qui ne sont pas prêts à accepter cela.

Propos recueillis

par Delphine CHARDON