

VIII - LES MODES D'EXERCICE

VIII.1 - L'exercice en secteur hospitalier

VIII.1.1 - L'exercice en hôpital universitaire (CHU)

VIII.1.1.a - Le chirurgien orthopédiste traumatologue chef de service en CHU

A - Définition

Le chirurgien orthopédiste traumatologue, chef de service en CHU, assure à la fois des fonctions de soins, des fonctions administratives, des fonctions d'enseignement et de recherche.

B - La formation

A la suite des 6 années des études médicales, et des 5 ans d'internat (faisant suite à l'examen classant à partir de 2004), un clinicat est requis. Celui-ci doit se dérouler en orthopédie traumatologie. Il est le plus souvent allongé à 4 ans voire 5 ans en cas de poursuite d'une carrière hospitalo-universitaire. L'obtention d'un clinicat se fait par recrutement sur cooptation avec un chef de service. Le clinicat s'effectue dans un ou plus rarement deux services de chirurgie orthopédique et traumatologique avec des périodes de 1 à 2 ans. Pour le candidat à une carrière hospitalo-universitaire, cette période de formation complémentaire est mise à profit pour mettre en oeuvre une activité de recherche clinique ou fondamentale, et pour développer les qualités d'enseignement (cours à la faculté, conférences d'internat). Actuellement, un séjour à l'étranger de 12 mois est requis en cas de poursuite d'une carrière hospitalo-universitaire (séjour dans une autre université, si possible à l'étranger). A la suite du clinicat, deux possibilités se présentent aux candidats afin de poursuivre une carrière hospitalo-universitaire:

- 1) l'obtention d'un poste de Praticien Hospitalier (PH) en CHU dont la durée n'est pas limitée et qui peut être le début d'une carrière hospitalière pure en CHU ou CHG.
- 2) L'obtention d'un poste de Praticien Hospitalo-universitaire (PHU) en CHU dont la durée n'excède pas deux ans.

Au cours du post internat hospitalier (PH ou PHU), outre sa formation et une activité de soins, le candidat à une carrière hospitalo-universitaire 1) doit avoir une activité de publication et de recherche, 2) doit passer un DEA (Diplôme d'études Appliquées) qui se déroule sur un à deux ans (avec une année de recherche dans un laboratoire agréé) 3) doit préparer une thèse de sciences de troisième cycle (sur 3 à 5 ans dans un ou plusieurs laboratoires agréés).

Avant de se soumettre au concours de Professeur des Universités Praticien Hospitalier (PUPH), le candidat doit valider les critères de nomination suggérés par le Conseil National des Universités (CNU). Avant le concours devant le CNU, le candidat doit passer l'Habilitation à Diriger les Recherches (HDR) qui est le diplôme le plus élevé dispensé par les universités françaises.

Au total, en moyenne 20 à 25 ans se sont écoulés depuis la première année de médecine, jusqu'à la nomination de Professeur des Universités.

Certains services de CHU peuvent être dirigés par des Praticiens Hospitaliers non universitaires. Le médecin exerçant dans cette situation, assez rare en pratique, n'est pas astreint à l'obtention d'une HDR ni d'une thèse de sciences, mais est le plus souvent titulaire d'un MASTER et exerce habituellement des fonctions d'enseignement en plus de ses fonctions administratives et de soins.

C - Le statut du chef de service

Le chef de service en CHU est responsable des chefs de clinique, des internes et des étudiants hospitaliers. Il dépend sur le plan hospitalier du directeur d'établissement. S'il s'agit d'un PUPH, il est bi appartenant placé à la fois sous l'autorité du directeur d'établissement pour son activité de soins et du Doyen de la faculté pour son activité d'enseignement et de recherche. La fonction de chef de service en CHU fait suite à une nomination ministérielle avec parution au Journal Officiel. La tendance actuelle est à la disparition de cette fonction avec création de plus petites unités médicales dénommées Unités d'Activité Médicales mises sous la responsabilité directe d'un praticien, le chef de service actuel verra alors sa fonction évoluer en chef de "département". Une évolution plus récente se fait actuellement vers un regroupement par pôles.

D -Les activités

Les activités d'un chef de service en CHU sont multiples justifiant d'un emploi du temps chargé (souvent 10 à 14 heures par jour). Si des mesures de RTT ont été proposées aux PH mais difficiles à appliquer en chirurgie, celles-ci n'ont pas été envisagées pour les PUPH.

Le chef de service a 5 fonctions :

- 1) **Des fonctions de soins** : prise en charge personnelle de patients mais aussi contrôle de l'activité médicale dans son service (visites, réunion de service). Il lui appartient aussi d'organiser la prévention contre les infections nosocomiales, et leur traitement en cas de survenue. Il doit établir des protocoles de soins et de prévention et doit s'assurer de leur exécution dans le cadre de l'accréditation.
- 2) **Des fonctions administratives** : Elles prennent une part de plus en plus large dans l'emploi du temps du chef de service aux dépens des autres activités et notamment des soins aux patients. Seule l'activité de soins apparaît créatrice de richesses pour la collectivité en terme financier comme en terme d'enseignement. L'enseignement et la pratique chirurgicale ne peuvent se faire sans la présence des patients. En assurant un renouvellement fréquent de pathologies variées, on favorise la qualité de l'enseignement. Il apparaît raisonnable que le chef de service participe aux décisions de gestion concernant son service, mais il ne semble pas souhaitable que cela réduise ses capacités de soins, ce d'autant qu'aucune formation ne l'a préparé à cette activité au cours de ses études. Avec ses qualités humaines, il doit assurer la gestion du personnel médical et avec les cadres infirmiers celle du personnel paramédical. Il a le devoir d'appliquer les textes légaux en matière de soins en mettant tout en œuvre pour essayer d'obtenir les

moyens nécessaires. Depuis peu sa responsabilité administrative (responsabilité en cas de procédure judiciaire) est de plus en plus souvent mise en cause. Si la responsabilité directe (pénale) du chef de service est rarement mis en cause, celui-ci doit parfois assumer en droit administratif des fautes de fonctionnement du service. Le chef de service doit savoir gérer une équipe, pallier une éventuelle pénurie de moyens humains ou matériels. La plupart des chefs de service participent aux travaux des nombreuses commissions de leur hôpital (finance, équipement, travaux, prévention de l'infection, matériel de surveillance....) et au fonctionnement de la Commission Médicale d'établissement (CME) qui décide de la politique générale et de la gestion des crédits de l'institution à laquelle appartient le service.

3) Des fonctions d'enseignement. - Le chef de service assure la formation des membres du service :

- Enseignement "au lit du malade".
- Formation théorique et opératoire des internes et chefs de clinique placés sous sa responsabilité.
- Cours à la faculté
- Evaluation de la qualité de la formation en participant aux corrections d'examens et aux jurys de thèse et de diplôme de spécialité.
- Participation à la formation médicale continue de différents spécialistes (rhumatologues, médecins rééducateurs) et des généralistes.
- Enseignement au personnel paramédical du service.
- De nombreux chefs de services participent au Conseil de Faculté qui assure la gestion de l'enseignement et la répartition des crédits d'enseignement.

4) Une activité de recherche. - Bien que le chirurgien soit avant tout un acteur de terrain, il doit assurer le rayonnement de son activité par le biais d'une activité de recherche et de publications. Il doit aussi gérer les équipes de recherche placés sous sa responsabilité et s'intéresser aux travaux de ses collaborateurs. A cette fin, il doit obtenir des crédits institutionnels plutôt attribués à la recherche fondamentale qu'à la recherche clinique et s'assurer du respect des conditions d'éthique. Une connaissance des langues étrangères (en priorité l'anglais) facilite la diffusion internationale des travaux du service.

5) Exercice d'une activité privée : Les chirurgiens des hôpitaux peuvent exercer une activité libérale, c'est-à-dire percevoir des honoraires en rémunération d'actes pratiqués au sein de leur institution (consultations ou actes opératoires). Cette activité ne doit toutefois pas dépasser 20% du temps de travail. Si l'activité libérale est contrôlée par l'administration, le praticien qui l'exerce est responsable de ses actes directement et doit donc obtenir une assurance professionnelle spécifique. Il doit aussi s'acquitter de charges sociales au même titre que les chirurgiens libéraux (URSSAF, CARMF, taxe professionnelle).

Le cumul de ses différentes fonctions lui rend de plus en plus difficile sa nécessaire formation médicale continue par la lecture des périodiques scientifiques et la participation à des cours et congrès internationaux.

E -Les perspectives d'avenir

L'augmentation du nombre de CHU après 1968 a été suivie par une augmentation du nombre de services d'Orthopédie Traumatologie et de chefs de service correspondants (jusqu'à 4 à 5 services d'orthopédie par CHU). Depuis les années 90, l'évolution se fait plutôt dans le sens d'une diminution du nombre de services avec regroupement des lits. Dans le même temps, les charges se sont multipliées pour le chef de service, surtout en ce qui concerne la gestion, tâche pour laquelle ces praticiens ne sont pas formés les détournant ainsi de leurs activités principales que sont les soins, l'enseignement et la recherche. Ceci explique la baisse d'attractivité de la fonction de chef de service, ce d'autant qu'elle ne s'accompagne d'aucun avantage matériel. Une prise de conscience des instances dirigeantes doit s'exprimer à court terme et de manière pratique pour inverser le rapport contrainte/attractivité. Si l'avenir d'un pays passe par la qualité de son système éducatif, l'avenir de la médecine suppose le maintien d'un corps enseignant de qualité qui porte en lui l'avenir de formation de plusieurs générations médicales.

VIII.1.1.b - Statut des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

La carrière des Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (PU-PH) est régie par le décret 84-135 du 24 février 1984 modifiée par le décret 99-183 de 1999, diverses modifications liées au Journal Officiel le 27 novembre 1999, le 22 février 2003.

A - Recrutement

Lorsqu'un poste de PU-PH est déclaré vacant par les Ministres des Universités et de la Santé il peut être proposé soit à la mutation, soit au concours de recrutement. La mutation doit être acceptée par le Conseil d'U.F.R. et la C.M.E. de l'établissement d'origine.

- Si le candidat, déjà PU-PH a moins de trois ans dans la fonction qu'il veut quitter, il ne peut le faire qu'après accord du Conseil d'U.F.R. et de la C.M.E. de l'établissement dans lequel il exerce.
- Un poste de PU-PH n'est pas attaché à une discipline : un poste libéré est affecté par le conseil de faculté en fonction des besoins locaux. Le poste de PU et celui de PH ne sont pas nécessairement dans la même discipline clinique, ainsi il existe des PU d'anatomie ou de médecine légale qui sont en même temps PH d'orthopédie.
- Le recrutement par concours est organisé par la section correspondante du Conseil National des Universités (CNU).

Pour les disciplines dans lesquelles le poste de PU et celui de PH ne sont pas dans la même discipline le passage par la fonction de MCU-PH est obligatoire. La nomination comme PU est possible 6 ans après. Les épreuves d'enseignement de PU sont passées devant le CNU de la discipline autre que l'orthopédie traumatologie ; le CNU d'orthopédie traumatologie est invité à la présentation de l'épreuve de Titres.

Les candidats doivent être âgés de moins de 45 ans, sauf pour les praticiens hospitaliers anciens chef de clinique des Universités.

Peuvent être candidat les chefs de clinique- assistants et anciens chefs de clinique assistants, les praticiens hospitaliers universitaires et anciens praticiens hospitaliers universitaires, les maîtres de conférence praticiens hospitaliers ayant au moins deux ans d'ancienneté.

Les candidats doivent être titulaires de l'habilitation à diriger les recherches ou du doctorat d'Etat.

A compter de 2006 ne pourront concourir **que les candidats ayant satisfait à l'obligation de mobilité**. Cette obligation de mobilité concerne les activités d'enseignements et de recherches pour une durée de un an minimum accomplie à l'étranger ou bien en France en dehors du Centre Hospitalier Universitaire dans lequel ils sont affectés.

Un concours spécial peut être ouvert pour les Praticiens Hospitaliers classés au moins au 6^{ème} échelon l'année du concours et ayant exercé une activité enseignante universitaire.

Un candidat peut se présenter à quatre concours au maximum.

C'est la ou les sous sections concernées du Conseil National des Universités qui examinent les candidatures.

Cet examen porte sur l'exposé de Titres et Travaux Scientifiques du candidat, un exposé pédagogique et une épreuve de dossiers cliniques. Le Conseil National des Universités procède à l'inscription du candidat sur la liste d'aptitude, la nomination comme Professeur des Universités Praticien Hospitalier se fait par décret du Président de la République.

B - Carrière

Les PU-PH ont un statut dérogatoire en ce qui concerne le salaire, on ne peut en effet toucher deux salaires. En conséquence ils reçoivent un salaire de professeur et des émoluments hospitaliers. Seul le salaire universitaire donne lieu à l'accumulation des points de retraite et au versement de prestations sociales. Historiquement ce point est, entre autres, à l'origine du droit à l'exercice libéral à l'hôpital qui permet de constituer une retraite supplémentaire. Les praticiens hospitaliers qui renoncent à l'exercice libéral touchent une prime d'exercice hospitalier exclusif.

La carrière des PU-PH comprend trois classes (Seconde, Première et Exceptionnelle) chacune avec un nombre d'échelons variable. C'est le CNU qui gère la promotion d'une classe à l'autre.

Les PU-PH ne sont aujourd'hui pas concernés par les mesures de réduction du temps de travail. Ils ne sont pas en revanche astreints au repos de sécurité.

Les PU-PH disposent d'un mois par an pour voyager à titre professionnel et de la possibilité d'avoir une année sabbatique tous les dix ans

C - Fonctions des PU-PH

Ils doivent remplir la **triple mission de soins d'enseignement et de recherche**. Statutairement le PH doit pendant sa carrière consacrer la moitié de son temps aux activités hospitalières et l'autre moitié à l'université.

Les niveaux d'enseignement sont très variables allant de la formation initiale à la faculté de médecine, à l'enseignement dans le cadre des Masters, en passant par la formation au lit du patient (étudiants, internes et chefs de clinique).

La recherche peut être clinique ou fondamentale.

L'activité clinique : elle ne présente pas de particularité par rapport à celle des PH

VIII.1.1.c - Le Statut du Praticien Hospitalier en C.H.U.

Les praticiens hospitaliers exercent leur fonction à temps plein.

Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier.

Ils portent le titre de chirurgien des hôpitaux.

Sous réserve de leur accord, les praticiens hospitaliers nommés dans un établissement peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements (C.H.U, Hôpitaux généraux).

Leur activité peut également être répartie entre un établissement hospitalier public et un établissement privé à but non lucratif participant à l'exécution des services publics hospitaliers ou qui y concourent.

Le recrutement dans l'emploi de praticien hospitalier s'effectue sur les postes dont la vacance est déclarée par le ministre chargé de la santé et publié au journal officiel.

Peuvent faire acte de candidature aux postes vacants de praticien hospitalier :

- Les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité après réussite au concours national de praticien des établissements publics de santé.
- Les membres du personnel enseignant et hospitalier titulaire qui sollicite une intégration dans le corps des praticiens hospitaliers.
- Les praticiens hospitaliers candidats à la mutation ou les praticiens des hôpitaux à temps partiel comptant au moins trois années de fonction effective dans un même service qui sollicitent leur intégration en qualité de praticien hospitalier.

La carrière des praticiens hospitaliers comprend treize échelons.

L'avancement d'échelon s'effectue tous les ans pour les deux premiers échelons, tous les deux ans jusqu'au onzième échelon, tous les quatre ans pour le dernier échelon.

Les praticiens perçoivent après service fait des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés, les indemnités de sujétion correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaire, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés et des indemnités forfaitaires pour tout temps de travail additionnel accompli sur la base du volontariat au-delà des obligations de service hebdomadaire.

Le service hebdomadaire est fixé à dix demi journée sans que la durée de travail puisse excéder 48 heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Le praticien hospitalier peut accomplir sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaire, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

Il bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de 24 heures. Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent être mis à disposition soit d'office (maladie, affection mettant l'impossibilité l'exercice des fonctions) soit sur leur demande.

La durée de disponibilité d'office ne peut excéder une année ; elle est renouvelable dans la limite d'une durée totale de trois ans.

La mise en disponibilité sur demande du praticien ne peut être accordée que dans les cas suivant :

- accident,
- maladie grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant,
- pour élever un enfant âgé de moins de huit ans ou atteint d'une infirmité exigeant des soins continus,
- pour suivre son conjoint pour des raisons professionnelles,
- pour étude présentant un intérêt général,
- convenance personnelle
- pour formation.

VIII.1.1.d - Statuts des Praticiens attachés

Le chirurgien orthopédiste traumatologue attaché exerce, dans un CHU ou dans un CHG, et participe aux missions du service public hospitalier.

A - Statut légal

A été publié au Journal Officiel de la République sous forme d'un décret du 1er août 2003. Il précise que le chirurgien attaché est placé sous l'autorité du responsable de la structure chirurgicale qu'il est chargé de seconder. Si quelques chirurgiens attachés peuvent être employés à temps complet, la plupart le sont à temps partiel exerçant généralement en secteur libéral une activité rémunérée. Tout chirurgien orthopédiste diplômé peut devenir attaché des hôpitaux, et ceci jusqu'à l'âge de 65 ans. Le recrutement est effectué par le directeur de l'établissement sur proposition

du responsable de la structure prévue pour leur affectation. Les chirurgiens attachés consacrent au service hospitalier un nombre de demi-journées hebdomadaires comprises entre une et dix. Ce nombre de demi-journées est fixé par un contrat de travail signé par l'intéressé et le directeur de l'établissement. Le premier contrat est d'un an renouvelable une fois. A l'issue de cette période de 24 mois le contrat devient triennal renouvelable de droit par tacite reconduction. En cas d'activité à temps plein, le praticien doit effectuer dix demi-journées hebdomadaires, à temps partiel la limite hebdomadaire de ces obligations est définie sur une base de 48 heures au prorata des demi-journées inscrites au contrat. Une activité de nuit compte comme deux demi-journées. Les chirurgiens attachés dont le contrat indique au moins 5 demi-journées peuvent accomplir sur la base d'un volontariat une durée complémentaire. A titre exceptionnel, et en particulier en cas d'urgence, ou de situation d'exception ils peuvent être sollicités de façon supplémentaire. Ils sont autorisés à effectuer toutes les missions d'un chirurgien titulaire hospitalier avec des activités de consultation, d'enseignement auprès des internes ou des chefs de clinique assistants, de direction de réunions de services, de colloques chirurgicaux et bien sur à réaliser des interventions chirurgicales programmées ou non.

Les anciens chefs de clinique assistants ou assistants hospitalo-universitaires peuvent se prévaloir dès leur nomination du titre de praticien attaché de l'hôpital ou ils exercent leur fonction, les autres ne peuvent ne le faire qu'après deux ans de fonction.

Leur rémunération suit une progression en fonction de leur ancienneté dans le poste selon une grille d'avancement de 12 échelons sur une carrière de 24 ans. Cette activité salariée donne droit à des points de retraite supplémentaire au régime général de la Sécurité Social et auprès de l'Ircantec. La fin d'activité s'effectue par démission du chirurgien ou à la fin de la période triennale par une procédure de licenciement ouvrant droit à indemnité sauf en cas d'inaptitude, insuffisance professionnelle ou procédure disciplinaire.

B - Apport du praticien attaché pour l'hôpital

Le praticien attaché, qu'il exerce ses fonctions en CHU ou en CHG, est généralement un ancien du service ou un chirurgien sélectionné pour sa valeur, ses connaissances, et ses compétences. Il s'agit donc d'un chirurgien confirmé qui est considéré comme un senior au même titre que les autres chirurgiens titulaires du service. Sa présence et ses activités lors de demi-journées programmées avec le chef de service permettent de libérer d'autres chirurgiens titulaires du service pour qu'ils puissent effectuer d'autres missions.

C'est surtout par sa compétence, dans des domaines chirurgicaux orthopédiques particuliers, que le praticien attaché va pouvoir exprimer tout son savoir et son intérêt pour l'hôpital. Son ancienneté dans son exercice chirurgical lui permet généralement d'être un spécialiste particulièrement compétent dans des domaines très spécialisés de la chirurgie orthopédique, comme la chirurgie de la main, la chirurgie rachidienne, arthroscopique, la chirurgie du pied et de la cheville...

Cette compétence et cette ancienneté lui ont permis généralement d'acquérir une certaine renommée. Elle permet d'assurer à l'hôpital un recrutement complémentaire spécifique particulièrement intéressant pour les jeunes chirurgiens en formation. Il constitue une référence dans les domaines qu'il développe.

Le praticien attaché est généralement un ancien chef de clinique. A ce titre, il a conservé un mode d'enseignement identique à celui de ses pairs. Mais son enseignement, du fait qu'il exerce dans une structure généralement privée, apporte un regard différent sur la chirurgie orthopédique avec des implications pratiques et pragmatiques quotidiennes différentes de l'exercice hospitalier. Le chirurgien attaché montre en effet aux internes et chefs de clinique en formation et parfois aux titulaires son savoir faire ainsi que ses options stratégiques chirurgicales tout en respectant l'esprit du service dans lequel il exerce. Il peut également faciliter la formation des internes et des chefs de clinique en leur permettant d'effectuer des remplacements en secteur libéral, et parfois faciliter une future installation.

C - Apport de l'hôpital pour le praticien attaché

La rencontre uni ou pluri-hebdomadaire avec d'autres chirurgiens orthopédistes permet au praticien attaché de ne pas rester isolé, restant sur ses anciennes connaissances. Son contact avec les structures hospitalo-universitaires ou d'hôpital général permet donc un brassage de connaissances et d'expériences favorables à tous. Elle l'oblige de fait à maintenir ses connaissances à jour.

De même, le contact avec de jeunes chirurgiens en formation lui permet de rencontrer, d'évaluer et de sélectionner les idées nouvelles sur la chirurgie orthopédique. Son contact avec les chirurgiens titulaires, lui permet également de se rappeler les conseils, habitudes, ainsi que le fruit des expériences et études réalisées ou en cours de réalisation dans le service.

Le chirurgien attaché peut également utiliser les moyens scientifiques et administratifs de l'hôpital pour effectuer ou participer à des travaux pour une publication ou une communication. Il peut en effet utiliser une intendance, un secrétariat, une capacité informatique qui vont l'aider à réaliser ces travaux.

Le praticien attaché a la possibilité d'opérer en milieu hospitalier certains malades fragiles pour bénéficier d'un plateau technique lourd en gardant un contact étroit avec le patient, sa famille et le médecin correspondant.

Enfin, dans le cadre d'une coopération plus étroite entre les secteurs privés et publics certaines interventions bien codifiées pourraient être effectuées par le praticien attaché au service en secteur libéral réputé offrir une hospitalisation plus rapide et généralement moins onéreuse.

Le chirurgien attaché hospitalier, en CHU ou en CHG, est en symbiose avec les autres praticiens de l'établissement. Une coopération mutuelle procure un bénéfice réciproque à chacun des partenaires praticiens et malades expliquant le succès de ce statut.

VIII.1.2 - L'exercice en hôpital général (HG)

Les conditions de travail du chirurgien orthopédiste en hôpital général sont extrêmement variables en fonction du type de la structure qui l'accueille, de sa taille, de sa localisation et de son statut.

La mission essentielle de l'hôpital est d'assurer la continuité des soins et la prise en charge des urgences. La pratique quotidienne inclut un équilibre précaire entre la prise en charge des urgences, des patients programmés, et la mise à disposition des moyens humains et matériels suffisants. L'hôpital devrait permettre une prise en charge des urgences traumatologiques, une prise en charge multidisciplinaire du patient au sein au besoin d'un réseau de soins incluant d'autres structures hospitalières ou cliniques (spécialités, MPR, etc.), de bénéficier d'un plateau technique performant et d'un service de réanimation. Ceci est généralement possible dans de grandes structures et plus difficilement applicable dans les petites. Dans les petits hôpitaux se pose de nos jours la difficile et angoissante question de la compatibilité entre proximité et sécurité. L'évolution des techniques chirurgicales, les progrès constatés au niveau des plateaux techniques et de l'environnement du geste chirurgical font que les petites structures chirurgicales ne peuvent pas répondre, dans leur fonctionnement actuel, au niveau des exigences.

Le chirurgien généraliste de jadis (prenant en charge la traumatologie osseuse comme les urgences viscérales) n'existe plus. Hors CHU, historiquement seuls les services de chirurgie générale existaient, impliquant une pratique de la chirurgie orthopédique dans ces services non spécialisés, et une astreinte ou garde de chirurgie générale. Devant l'extrême spécialisation et la demande des patients d'une prise en charge adaptée (50 à 60 % des patients accueillis en urgence relèvent de la traumatologie) peu à peu les hôpitaux généraux ont créé des services de chirurgie orthopédique et traumatologique puis, en fonction des effectifs, un double système de garde ou d'astreinte séparant la chirurgie générale de la chirurgie orthopédique.

Dans le même temps, les spécialités plus nouvelles, développées dans les CHU (chirurgie de la main, chirurgie de la colonne vertébrale etc.) nécessitent la prise en charge du patient par un réseau impliquant les praticiens libéraux, les centres hospitaliers généraux plus importants ou les centres universitaires. La formation des chirurgiens dans les centres hospitalo-universitaires où les services sont de plus en plus spécialisés, devrait rester en adéquation avec le type d'activité des centres hospitaliers plus généraux.

Généralement Ancien Interne et Ancien chef de Clinique, le jeune chirurgien est nommé praticien hospitalier (PH) par le Ministre de Tutelle, après concours, et est affecté ensuite dans un centre hospitalier universitaire ou non. Il commence sa carrière de PH au quatrième des treize échelons de Praticien hospitalier. Le fait d'avoir exercé comme interne des hôpitaux n'entraîne aucune ancienneté. Le statut unique dans les hôpitaux publics prend enfin en compte la pénibilité des astreintes et gardes en chirurgie orthopédique et traumatologique, du fait de l'afflux des urgences, très différentes suivant les liens établis avec les services d'urgence, l'attractivité du centre hospitalier et le statut de ses urgences (UPATOU, SAU)

Devant le peu d'attractivité de la carrière hospitalière, et le peu de reconnaissance de la charge de travail due aux urgences, il est de plus en plus fréquent que des chirurgiens étrangers, possédant des équivalences de diplôme, soient recrutés.

Récemment, la loi des 48h de travail a rendu difficile, dans la plupart des services de chirurgie orthopédique et traumatologique, la gestion des gardes et astreintes. Le regroupement des structures, pour avoir un minimum de 5 chirurgiens orthopédistes est souhaitable, mais souvent difficilement réalisable dans des régions peu attractives ou ne possédant pas le recrutement nécessaire hors traumatologie pour une activité de chirurgie orthopédique réglée suffisante. De plus dans les petites structures, la formation continue est difficile à mettre en œuvre.

En France, la chirurgie est l'apanage des établissements privés alors que l'activité d'urgence est orientée préférentiellement vers les établissements publics du fait de la création des pôles d'urgence SAU et UPATOU essentiellement installés dans les hôpitaux publics

Il faut donc réintroduire de l'activité chirurgicale réglée dans les établissements publics qui seront maintenus, tout en sachant qu'en l'absence d'une salle d'opérations dédiée à la traumatologie les blocs opératoires d'orthopédie traumatologie sont souvent désorganisés par l'afflux des urgences osseuses.

VIII.1.3 - l'exercice en hôpital privé participant au service public (PS-PH)

Parmi les 534 établissements publics de santé assimilés de la base nationale PMSI, il existe 90 établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier PSPH avec une activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), 29 centres hospitalo-universitaires, 20 centres de lutte contre le cancer et 395 hôpitaux généraux.

La chirurgie orthopédique se trouve représentée au sein de la plupart de ces établissements MCO puisqu'il s'agit d'une activité structurante, indispensable au fonctionnement d'un SAU ou d'un UPATOU.

Les établissements PSPH relèvent de la Fédération de l'Hospitalisation Privée à but non lucratif (FEHAP) ; leur gestion n'est pas différente de celle des autres établissements puisqu'ils sont sous dotation globale de financement avec une association gestionnaire type loi 1901, un Conseil d'administration (CA) composé des membres élus de l'association, un Président de CA élu, un directeur choisi par le CA avec délégation de gestion, une convention collective (1951) les médecins sont contractuels.

Les médecins y sont salariés exerçant une activité temps plein ou temps partiel, l'activité libérale n'étant pas autorisée pour les praticiens ayant une activité temps plein, seule une activité d'expertise étant tolérée. Dans certains établissements, ils peuvent être rémunérés à l'acte.

Le statut de ces praticiens est le même que celui des entreprises privées. Les médecins sont très peu représentés dans ces conseils. Le statut de ces praticiens n'offre pas la même garantie de stabilité que celui de médecins exerçant dans les établissements publics puisqu'ils peuvent être licenciés à la discrétion du Conseil d'Administration qui les nomme en fonction des besoins des établissements ou de plans sociaux.

La situation financière de ces praticiens qui, autrefois, était supérieure en salaire à celle de leurs collègues des hôpitaux publics n'a pas évolué dans un sens favorable, puisque actuellement un différentiel de salaire existe au profit des salariés des hôpitaux publics qui eux, de plus ont la possibilité d'avoir une activité libérale.

Par contre, ces établissements présentent une plus grande réactivité que les hôpitaux publics autour d'une souplesse stratégique et d'une plus grande autonomie de gestion. Soixante huit chirurgiens orthopédistes soit 3,7 % de l'ensemble des orthopédistes et traumatologues y exercent leur activité.

VIII.2 - L'exercice en secteur libéral

VIII.2.1 - Démographie

La répartition sur le territoire national des chirurgiens orthopédistes et traumatologues publics et privés est très inhomogène, allant de 4,4 pour 100 000 habitants en Ile de France à 2 pour la région Centre (Voir le chapitre consacré à la démographie des Orthopédistes). Dans le privé, le rapport 2004 de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF) identifie 388 chirurgiens libéraux installés en secteur I et 1 098 en secteur II.

VIII.2.2 - Les établissements privés

L'époque des créations de structures de soins privées, qui s'étaient multipliées depuis la seconde moitié du siècle dernier, est maintenant révolue. Ces établissements, qualifiés "à but lucratif", le plus souvent de petite taille, dirigés et gérés par quelques praticiens propriétaires, n'ont pu résister pour beaucoup d'entre eux au développement de la médecine sécuritaire et à l'intrusion de la "logique" technocratique au sein des orientations prioritaires et de la répartition des offres de soins.

La politique nationale menée depuis une vingtaine d'années basée sur un soutien concurrentiel préférentiel au secteur public, a conduit à la fermeture des établissements les plus fragiles et/ou à des regroupements aboutissant à la création d'hôpitaux privés de taille moyennes (200 à 400 lits) dont le fonctionnement et la gestion sont confiés à des professionnels sous le contrôle de groupes spécialisés (Générale de Santé, Clinavest, etc ...). Ainsi, le nombre d'établissements et cliniques privés sur l'ensemble du territoire national est passé de 1 054 en 1990 à environ 800 en 2000, soit une réduction de 22% en 10 ans.

VIII.2.3 - Champs d'activité professionnelle

Par définition, notre discipline comprend deux volets: la traumatologie, allant de la banale "bobologie" quotidienne à la poly-traumatologie lourde, et l'orthopédie, chirurgie fonctionnelle, "froide" et programmée. La répartition entre ces deux activités dépend pour beaucoup du tissu loco-régional et de l'offre de soins (en d'autres termes, des plateaux techniques et de la concurrence entre établissements, publics ou privés). Ainsi, dans les agglomérations provinciales de petite et moyenne tailles, on trouve des établissements privés participant activement à la prise en charge des urgences régionales et au sein desquels les Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues (COT) libéraux ont une activité de traumatologie et des contraintes de gardes identiques à celles de leurs collègues hospitaliers généraux. Ces établissements sont alors dotés de structures d'accueil et de traitement des urgences compatibles avec la prise en charge de polytraumatisés (UPATOU).

A l'inverse, au sein même des grandes agglomérations citadines, de nombreuses structures de soins privées sont écartées du circuit des urgences réglementé par la sectorisation publique gérée par les centres 15 et les SAMU. Au sein de ces structures plus légères, l'activité des COT libéraux est alors essentiellement tournée vers le versant orthopédique de l'exercice de la spécialité (arthroplasties, chirurgie du sport, chirurgie du pied, etc...), à la prise en charge spécialisée des Urgences Mains qui s'exerce de façon équilibrée entre les 2 secteurs publics et privés du fait du caractère relativement léger du plateau technique nécessaire à sa réalisation.

VIII.2.4 - Rémunération

Non salarié, le COT libéral exclusif est rémunéré "à l'acte". D'après les informations disponibles auprès de la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM), tous sont conventionnés, 25% en secteur I (honoraires conventionnels stricts) et 75% en secteur II (honoraires conventionnels avec droit au dépassement). D'après les statistiques de la CARMF, le bénéfice non commercial annuel moyen des chirurgiens orthopédistes libéraux était en 2002 de 115 881 € et en huitième position, inférieur à celui des praticiens de médecine nucléaire, des radiothérapeutes, des biologistes, oncologues, plasticiens, radiologues et des anesthésistes libéraux.

En ce qui concerne les actes de consultation, les tarifs conventionnels, bloqués depuis 8 ans, ont été "réévalués" en 2003 sur la base des valeurs suivantes pour les lettres clés: Cs (Consultation spécialisée "directe" = 23 € (+ 0,13 centimes); C2 (Consultation spécialisée à la demande d'un autre praticien) = 40 € (2xC).

En ce qui concerne la rémunération des actes opératoires, elle était toujours début 2005 déterminée selon la Nomenclature Générales des Actes des Professionnels de Santé (NGAPS) sur la base d'une lettre clé, le Kcc dont la valeur était bloquée à 2,09 € depuis près de 10 ans (alors que les charges des praticiens libéraux avaient augmenté de près de 50%). Obsolète et difficilement évolutive, cette NGAPS devrait être remplacée par la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), établie à l'initiative de la CNAM et en collaboration avec les professionnels de santé.

Suite au mouvement "La France sans Chirugiens" d'août 2004, une réévaluation de 25% du tarif de la lettre clé Kcc avait été obtenue. Lorsque ces lignes seront publiées, il est probable que le mode de rémunération des praticiens du secteur privé aura connu encore bien d'autres bouleversements lors de l'application de la CCAM, des coûts de la pratique et de la T2A.

VIII.2.5 - Particularités de l'exercice libéral

Rémunéré à l'acte, libre de gérer son temps en fonction de ses besoins ou de ses choix d'activité, gestionnaire de sa comptabilité, "mini-chef" de PME (1 ou 2 employé(e)s), le COT libéral est plutôt autonome. Il paye cette relative liberté d'un fréquent isolement professionnel (pas d'équipe hospitalière, pas de réunion de service, etc ...) qu'il ne peut compenser que par une mise à niveau permanente volontaire de ses connaissances (abonnements à des revues spécialisées, participation à des réunions hospitalières, des réunions d'hyper-spécialités, des congrès nationaux et internationaux, etc ...). Cette formation continue personnelle jouera certainement un grand rôle dans l'évaluation des pratiques professionnelles des spécialistes libéraux actuellement en gestation au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des résultats de la mission d'"évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé".

Depuis peu cependant, la politique d'une meilleure exploitation des compétences et des moyens techniques a conduit à des expériences de répartition d'activités entre établissements et équipes des secteurs publics et privés d'une même région. Ces "passerelles" collaboratives sont encore très peu exploitées, y compris entre les secteurs privé et hospitalo-universitaire (DIU d'arthroscopie, par exemple). Leur développement aiderait à sortir le COT privé de cet isolement professionnel. Cette évolution est fortement recommandée dans le rapport du groupe de travail ministériel sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques de février 2003. On peut cependant s'interroger sur la capacité de prise en charge d'actes de polytraumatologie par des praticiens libéraux qui en ont perdu la compétence depuis leur installation libérale, de plus de 50 ans, "spoliés" de traumatologie lourde depuis leur installation dans le secteur privé.