

Que deviennent les chefs de clinique de chirurgie cardiaque ?

Analyse du devenir à 8 ans des chefs de clinique de chirurgie cardiaque de 2006

Olivier Bouchot¹, Alessandro Piccardo², Marc Laskar^{2*}

Nous avons à plusieurs reprises [1-3] attiré votre attention sur les perspectives d'installation en chirurgie cardiaque et surtout sur les quatre années de la période 2015-2019 pendant lesquelles le flux régulier de dix jeunes chirurgiens diplômés chaque année va se heurter au faible nombre de seniors atteignant l'âge de la retraite. Nous avons cependant voulu nuancer ce propos en étudiant ce que deviennent les chefs de clinique (CCA) de chirurgie cardiaque dans les périodes, plus fréquentes, où le flux sortant des seniors est égal au flux des jeunes diplômés, c'est-à-dire dix par an. Pour cela, nous avons étudié ce que sont devenus, huit ans plus tard, les chefs de clinique en poste en 2006.

En 2006, les CCA de chirurgie cardiaque étaient au nombre de 44, dont 4 femmes. Ils avaient de 30 à 37 ans [figure 1]. La répartition régionale montre que 22,2 % d'entre eux (10/45)

étaient en Île-de-France. Les autres étaient régulièrement répartis à raison de 1 à 4 par région en fonction du nombre de services universitaires dans chacune des régions [tableau 1].

Tableau 1. Répartition régionale des CCA de chirurgie cardiaque en 2006.

Alsace	1
Aquitaine	2
Auvergne	1
Basse-Normandie	1
Bretagne	4
Centre	2
Champagne-Ardenne	1
Franche-Comté	1
Haute-Normandie	2
Île-de-France	10
Languedoc-Roussillon	1
Limousin	1
Midi-Pyrénées	2
Nord Pas-de-Calais	3
Pays de Loire	4
Poitou-Charentes	1
Provence Alpes Côte d'Azur	3
Rhône-Alpes	2
Pas de région	2
Total général	44

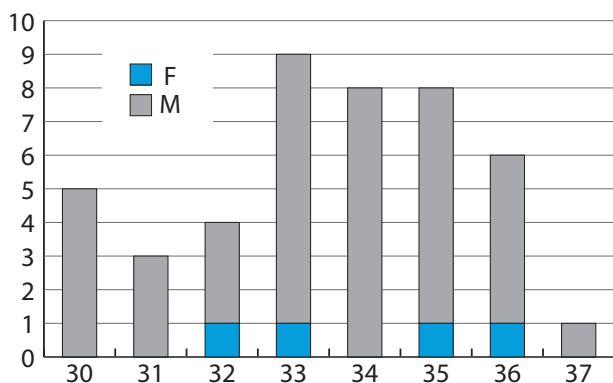


Figure 1. Répartition des CCA de chirurgie cardiaque en poste en 2006 selon l'âge et le sexe.

1. Service de chirurgie cardiovasculaire, hôpital du Bocage, Dijon, France.

2. Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU Dupuytren, Limoges, France.

* Auteur correspondant : marc.laskar@unilim.fr

Huit ans plus tard, 39 de ces 44 CCA (89 %) exercent la chirurgie cardiaque, 1 exerce la chirurgie vasculaire, 1 la chirurgie thoracique et vasculaire et 3 (7 %) ont cessé toute activité chirurgicale [figure 2].

Si on analyse le devenir de ces 44 CCA selon leur mode d'exercice [figure 3], on constate que 4 exercent à l'étranger (un CCA français exerce à Londres et 3 CCA d'origine étrangère ont trouvé un débouché dans leur pays d'origine, dont 2 en Italie et 1 au Liban), 5 (11 %) sont devenus PU-PH et ce nombre va encore augmenter dans les années à venir, 9 (20 %) se sont installés en libéral dont 1 vasculaire et 8 en cardiaque et, surtout, 19 (43 %) occupent des fonctions de praticiens hospitaliers (PH). Une partie de ces postes de PH correspond au renouvellement de praticiens partis à la retraite, mais un nombre important de ces postes correspond à des créations de postes car durant la période 2006-2014, les équipes hospitalières se sont étoffées, ce qui a ouvert des opportunités d'installation.

L'analyse du lieu d'exercice comparé au lieu du clinicat [figure 4] montre que si l'on ne tient pas compte des arrêts d'activité chirurgicale, 31 CCA sur 41 (76 %) exercent dans la région où ils ont effectué leur clinicat, 4 exercent à l'étranger et 6 ont changé de région entre leur clinicat et leur lieu d'exercice actuel.

CONCLUSION

Huit ans après, 89 % des chefs de clinique de chirurgie cardiaque de l'année 2006 exercent la chirurgie cardiaque. Ce constat est rassurant si l'on songe à l'investissement personnel et sociétal que représente la formation aboutie d'un chirurgien cardiaque ayant effectué un parcours complet des études de médecine, l'internat de cinq ans et quatre années de clinicat. Une grande partie de ces installations a été possible du fait de la création de postes de praticiens hospitaliers entre 2006 et 2014. Les équipes se sont étoffées, mais les modifications de l'exercice médical sous la pression des contraintes de normalisation du temps de travail et la rapide féminisation de la profession font penser qu'un complément de postes sera nécessaire au sein des équipes au cours des dix prochaines années, ce qui pourrait absorber le volume des jeunes en formation. Cette augmentation de postes se fera, ou pas, en fonction du poids respectif des impératifs légaux et des contraintes budgétaires. ■

RÉFÉRENCES

1. Laskar M, Spinosi AM, Bendjebba Y. Situation de la démographie en chirurgie thoracique et cardiaque. *J Chir Thor Card* 2010;15:122-4.
2. Laskar M, Spinosi AM, Bendjebba Y, Moreau J, Dahan M. Are we running out of thoracic or cardiac surgeons? Demography of thoracic and cardiac surgeons in France in 2012. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013; 16(4):470-4.
3. Berger L, Laskar M. Photographie des chirurgiens thoraciques, cardiaques et vasculaires en France en 2013. *J Chir Thor Card* 2013;17(3):176-82.

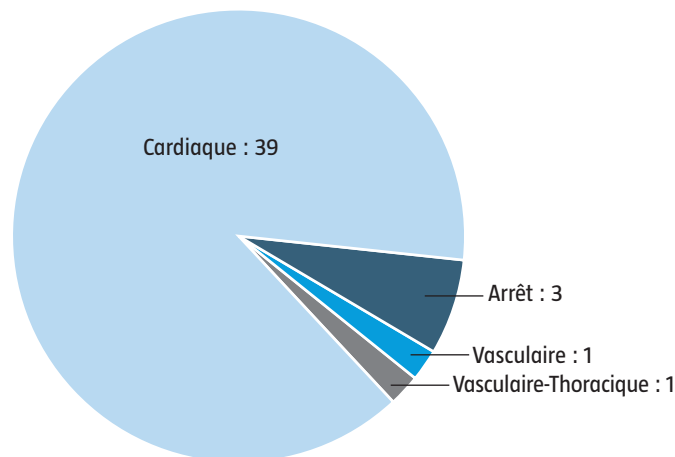


Figure 2. Devenir professionnel des CCA de chirurgie cardiaque.

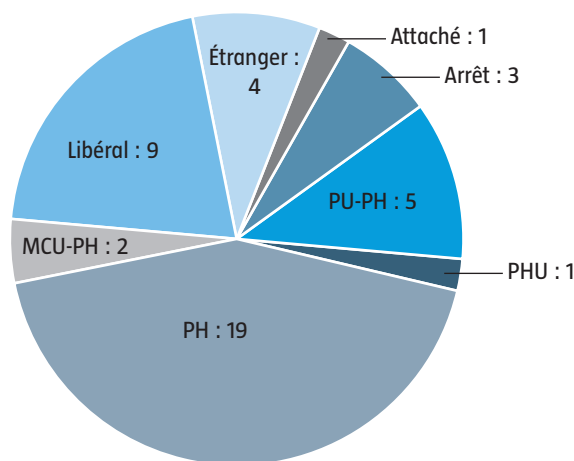


Figure 3. Mode d'exercice en 2014 des CCA de chirurgie cardiaque de 2006.

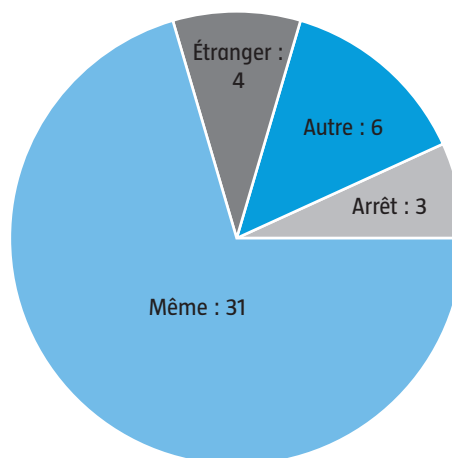


Figure 4. Évolution régionale des CCA de chirurgie cardiaque de 2006.