

# Chirurgie urgente, chirurgie programmée

« Comment articuler ces deux faces du métier pour que le chirurgien ait envie de travailler à l'hôpital »

# Est ce un problème?

- Choix d' un mode d' exercice : multifactoriel
- Rapports avantages/ inconvénients
- Curseurs différents selon les chirurgiens
- Possibilité de passerelles: sens privilégié?
- Quitte-on l' hôpital à cause des seules urgences?
- Pour ne plus en retrouver en ville??

# Problématique non uniforme

- Entre spécialités chirurgicales:
  - Part d'urgences vraies et d'urgences relatives
- Selon les « contraintes » de la PDSES
- Selon l'attractivité de l'établissement
- Selon l'attractivité de l'équipe chirurgicale
- Selon les moyens de l'établissement

# Spécificité de l'orthopédie

- Chirurgie fonctionnelle: peu de vraies urgences
- Des sous-spécialités: rachis, main, infantile
- Un nombre important « d'urgences »



# DESC Orthopédie-Traumatologie....

- Formation à un exercice mixte
- Initialement généraliste...
- Mais **sous spécialisation** fréquente et rapide
- **Valorisation du froid / traumatologie**

# Retentissement médico-légal

- Outre la pénibilité potentielle
- Poids des procédures: 17 plaintes par carrière
- Etude non publiée: 50% suites traumatologie



# Gestion ne se limite pas au bloc

- **Prise en charge globale du patient**
  - Pré-opératoire
  - Per-opératoire
  - Post-opératoire
- **Charge de travail et intensité non prévisible...**
- **Facile avec internes**
- **Plus complexe si senior seul**

# Suis-je le bon interlocuteur?

- 50 ans
- Ancien interne – Ancien Chef
- PH depuis 2000
- Dans même service ...
- Responsable de Structure interne
- Investissement dans les sociétés savantes
- Investissement dans l'enseignement (mais non HU)
- 3 « gardes » par mois
- **REPRESENTATIF ???**

# Notre service est-il représentatif?

- Service atypique:
  - Région parisienne
  - « Fonctionnement » type CHU:
    - Chirurgie classique plus activités de recours
    - Enseignement
    - Travaux scientifiques
  - Activité type « clinique »
    - **Programmé/ Urgences: 70/30%**
    - **Prothèses, Arthroscopie, Infections**
    - **3758 patients en 2015**



# Néanmoins, modèle qui fonctionne

- Attractivité vis à vis internes:
  - Vieux internes de la spécialité: **9-10 semestres**
  - interCHU
- Demandes d'assistants > places
- **Fidélisation des PH**
  - Dernier venu : CdS depuis Nov 2015
- Un recrutement en cours (novembre 2016)
- Pistes sérieuses pour novembre 2017
  
- Un échec : « erreur de casting humain »

# Quels moyens humains?

PH	65 (nov16)	64 (nov 17)	58	50	40 (CdS)	(32)
Assistants	32	31	31		61	
Internes						6

**Peu ou prou identique aux autres...**

**Un peu plus jeune à partir de novembre?**

**Poids de la PDSES: Nul à partir de 60 ans**

**3 gardes par mois/ PH  $\geq$  40 (dt 1 WE)**

**reste par assistants**

# Quels choix?

- 1) anciens internes - anciens « chefs »
- 2) spécialisation de chaque senior
- 3) activité libérale pour tous
- 4) participation aux gardes ( 60 ans)
- 5) participation « scientifique »

**Parce qu' on encore le choix...**

# Pourquoi des « sous-spécialistes »?

- secteur de **compétence propre**
- 2 à 3 activités par PH
- Ensemble couvrent la spécialité ( demande)
- Mais **pas de concurrence entre eux**
- **Pas de laissé pour compte...**

# Pour les assistants

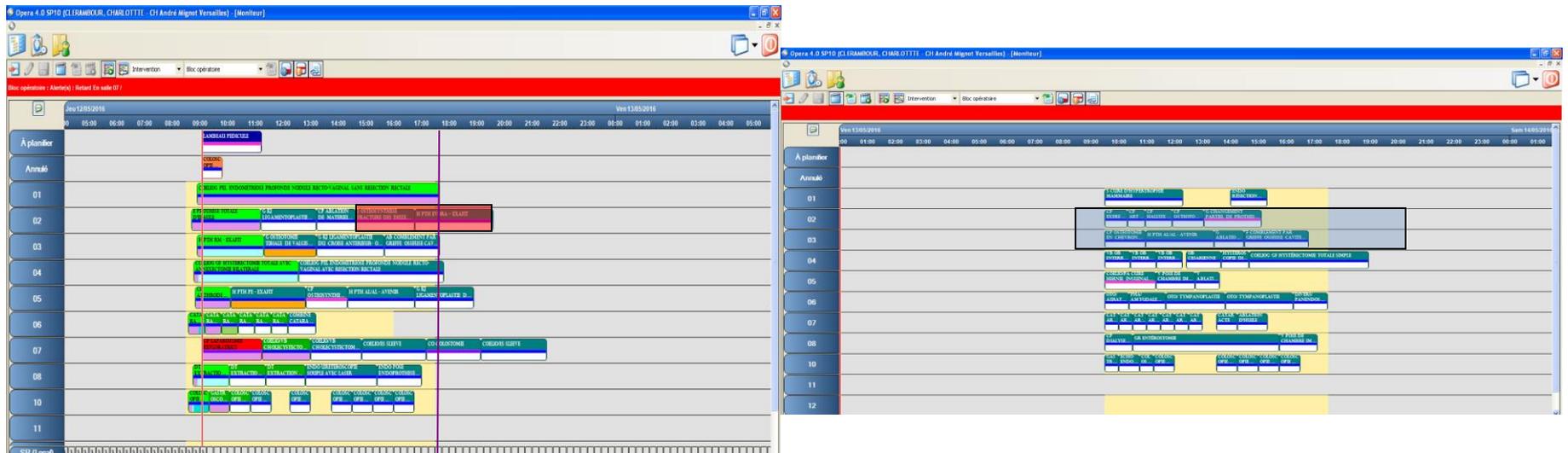
- Assistants **spécialistes DESC**
  - 2 pour an, 1 pour 2 ans : continuité
- Selon demandes ( encore nombreuses)
- Permet une orientation cohérente:
  - membre sup - membres inf : prothèses/arthro
- **Recrutement propre + patients confiés**

# Garder les compétences

- Staff quotidien (actif)
- Staff hebdomadaire
- Travaux scientifiques
  
- Compétence de base en traumatologie
- Mise au courant quotidienne
- Expériences des juniors

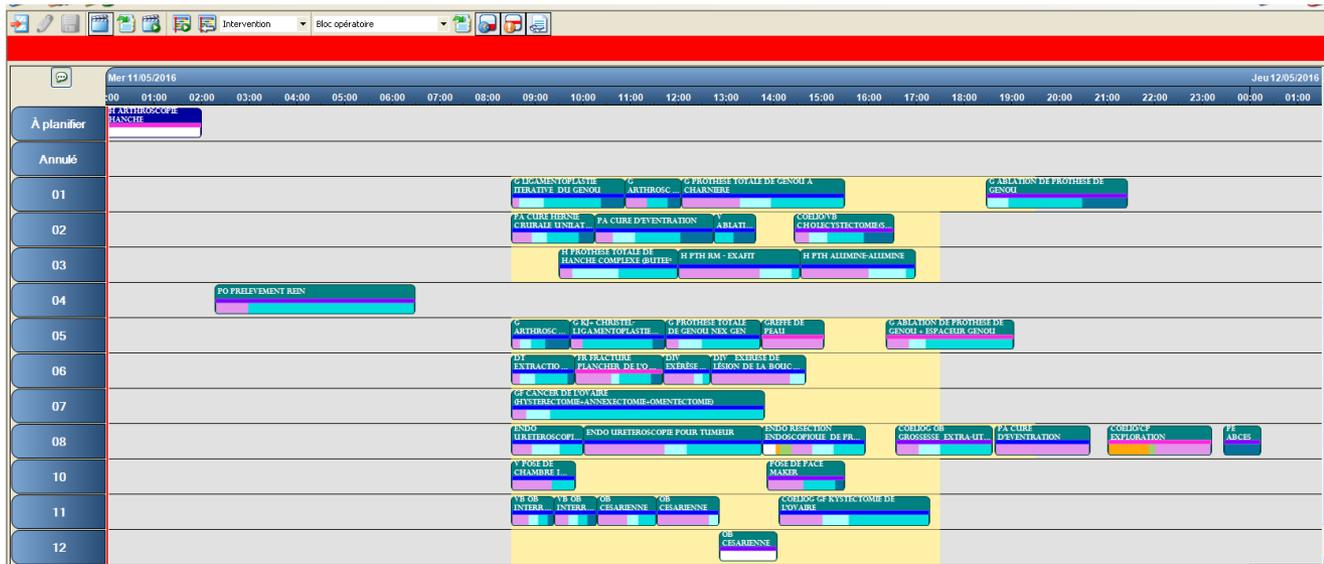
# Organisation des vacances opératoires

- Vacances nominatives
- Vacances de traumatologie
- Définition des pathologies à opérer en garde
- Seniorisation des urgences « lourdes »



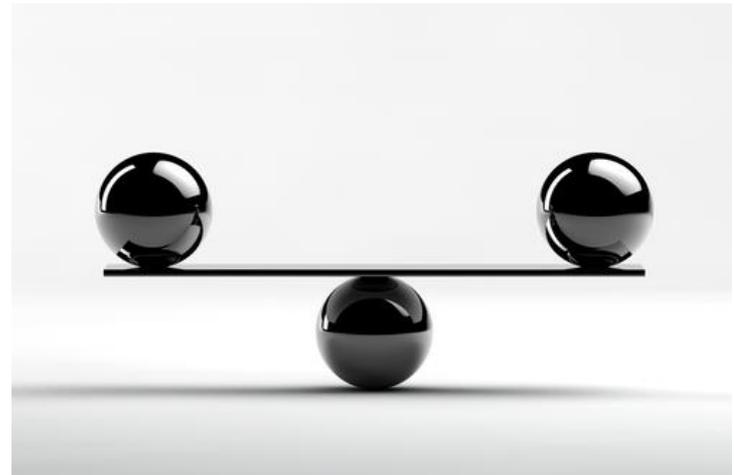
# Quelques biais

- Pas de poly-traumatologie
- Traumatologie « de quartier »
- Recours facile à l'urgence différée
- PDSES importante aussi dans autres secteurs



# Pourquoi cela marche?

- Activité programmée soutenue avec des domaines experts pour chaque chirurgien...
- Reconnaissance personnelle
- Et financière : libéral ou autres
- Motivation...



# Pourquoi cela marche?

Bloc vétuste  
Contraintes financières

Confort de travail:  
Matériel  
Internes quasi seniors



**EQUILIBRE**

# Pourquoi les jeunes restent...

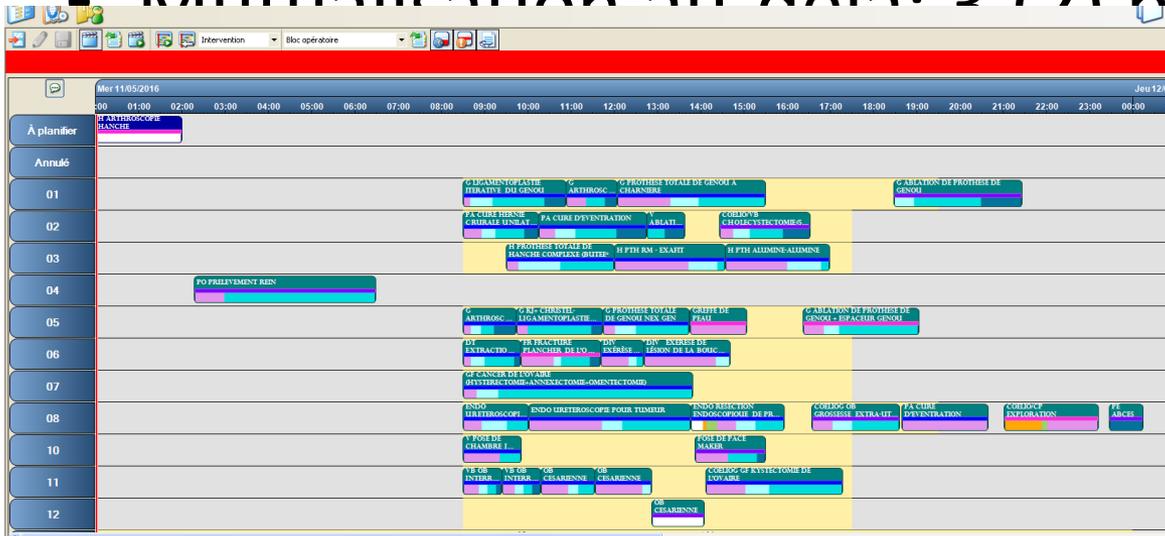
- Accord gagnant- gagnant:
  - Activité mixte 50% de programmé vrai
  - hors AMO: recrutement 25% propre- 75% confié
- Formation par compagnonnage
  - Formation des plus jeunes internes
  - Formations des jeunes seniors
  - Décharge du praticiens le plus vieux
- Organisation médicale permettant:
  - un repos de sécurité
  - des activités de remplacement
- Renom carte de visite

# Pourquoi les jeunes restent...

- Organisation du programme: **juste répartition**
- Forte **attractivité en froid**
- **Taille de l' équipe**
  - Temps non rythmé par les gardes...
  - Rémunération globale acceptable..
- Conditions de travail (encore) satisfaisantes

# Un long fleuve tranquille ?...

- 8h30-17h30: gestion par spécialité
- Choix différents: fil de l'eau, vacations dédiées
- Mutualisation au delà: 3 (?) puis 1 salle...



# Transformer des faiblesses en force?

- **Faiblesses**

- pas de PH en infantile
- Un seul compétent en rachis
- Deux en main  
( hors réimplantation)
- Réanimation polyvalente  
( médicale et digestive)

- **Des atouts ?**

- Taux de population âgée
- Reconnaissance en chirurgie du genou
- Orientation en chirurgie infectieuse

# Développement de partenariats

- **Vers l'extérieur**
- CHU Parisien: chir infantile
- Télétransmission rachis
- Transfert si indication chirurgicale
- SOS Mains locaux
- **Vers nous**
- Création d' une UPOG
- Centre recours/ trauma complexes du genou
- Centre partenaire du CRIOA ouest parisien

**Urgences subies => Urgences choisies  
Pas un abandon mais une organisation  
Au-delà du GHT...**

# D' autres intérêts ...

- Développement et renforcement de nos domaines de compétence
- « Echanges gagnant-gagnant » /partenaires
- Facilitation de l' intégration des urgences

# Les risques ou menaces...

- **Structure très atypique ...**
- Historiquement 5 services de ce type:
- au début internat:
  - (Gonesse, Argenteuil, Montfermeil, St Joseph, Versailles)
- 2 actuellement (St Joseph, Versailles)

# Systeme fragile ?

Moins internes?

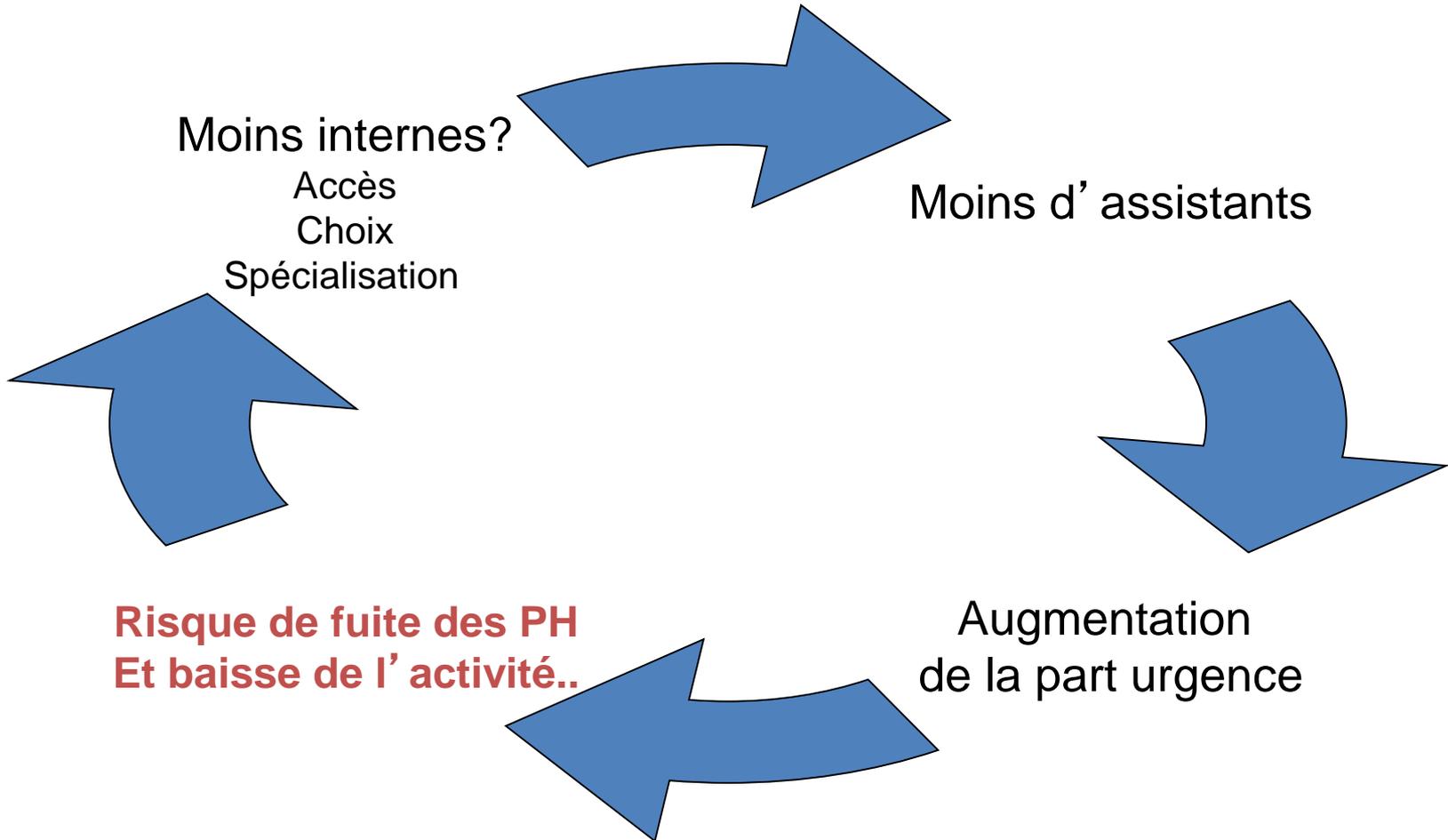
Accès  
Choix

Spécialisation

Moins d'assistants

**Risque de fuite des PH  
Et baisse de l'activité..**

Augmentation  
de la part urgence



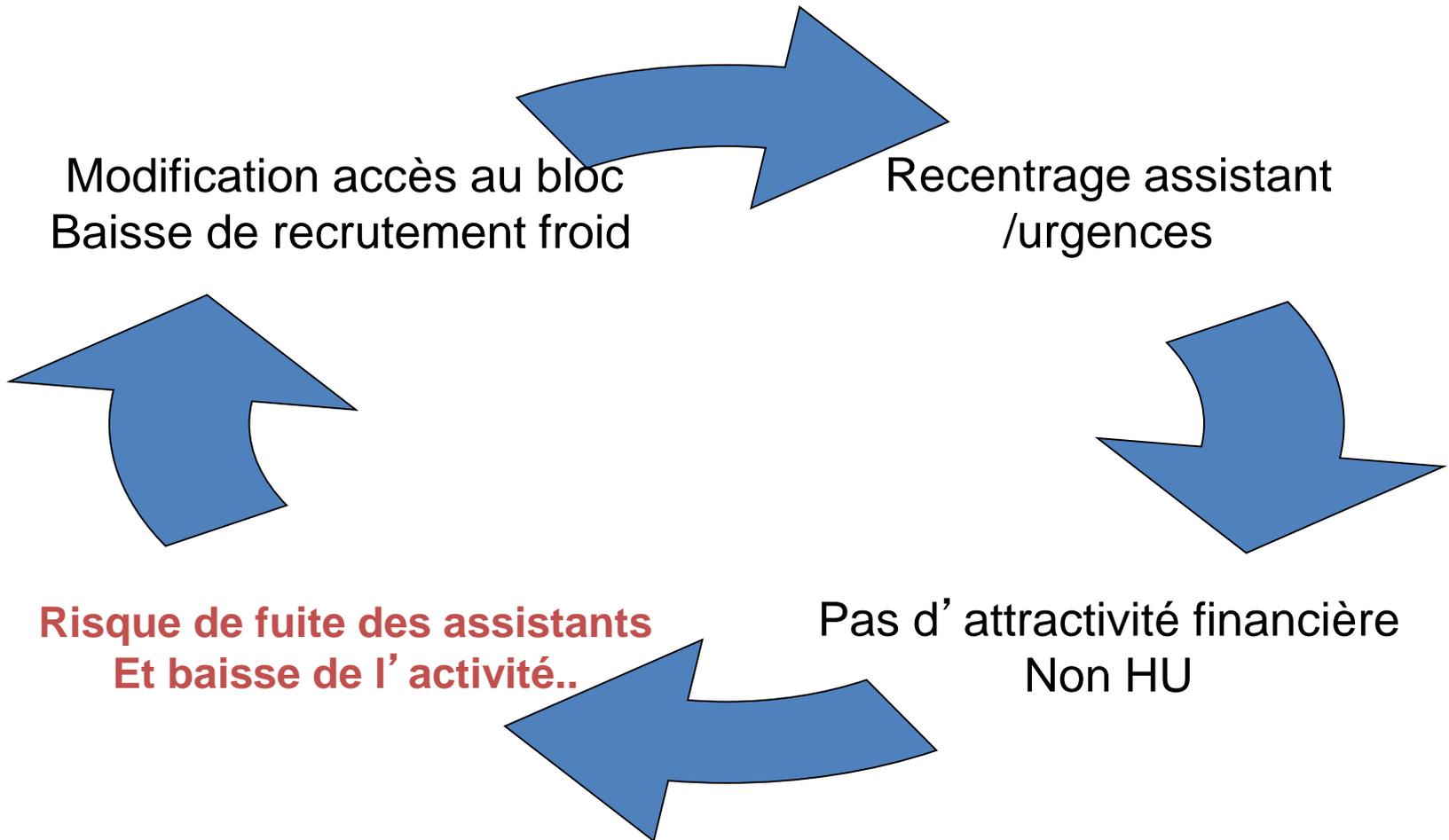
# Systeme fragile ?

Modification accès au bloc  
Baisse de recrutement froid

Recentrage assistant  
/urgences

**Risque de fuite des assistants  
Et baisse de l'activité..**

Pas d'attractivité financière  
Non HU



# Les autres modèles

- Trauma centers:
  - Pas de structures « à l' Américaine »
  - Correspondent t' ils à notre philosophie mixte
  - Quelle passerelles (lassitude avec âge?)
  - Niveau de rémunération / pénibilité



# Le plus souvent « services mixtes »

- Sauf choix d' une équipe: pas de traumatologie exclusive
- Mais investissement, moyens
- Réglementation; repos de sécurité...modulations...
- Acceptation par institution...
- **Taille de l' équipe**
- **Equilibre dans la pyramide des âges...**

# Si on laisse le temps...

- **Les urgences peuvent amorcer la pompe...**
- Outre les urgences chirurgicales
- Potentiel de recrutement semi-froid
- Mais organisation pas centrée autour du bloc...
- **Environnement non hostile..**



# Conclusion

- Modèle qui fonctionne
- Construction progressive
- Fragilité car particulier
- Urgence= rendu normal / intérêt du froid
- Probablement difficile à transposer partout:
- Situation très favorable

# Adhésion de tous car

- Participation de tous aux gardes
- Limite âge
- Équilibre urgences froid progressif
- Équililibre des revenus
- Reconnaissance dans ses domaines spécifiques

# Intérêt des coopérations

- Territoire au sens large ( pas seul périmètre des GHT)
- Pour les ressources rares+++ ( mains, rachis, pédiatrie, infectieux)
- Existe dans les faits dans les CHU (polytrauma)
- Mais doivent t' il faire la chirurgie « de quartier »
- Garder des activités spécifiques

**Merci !**