

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**

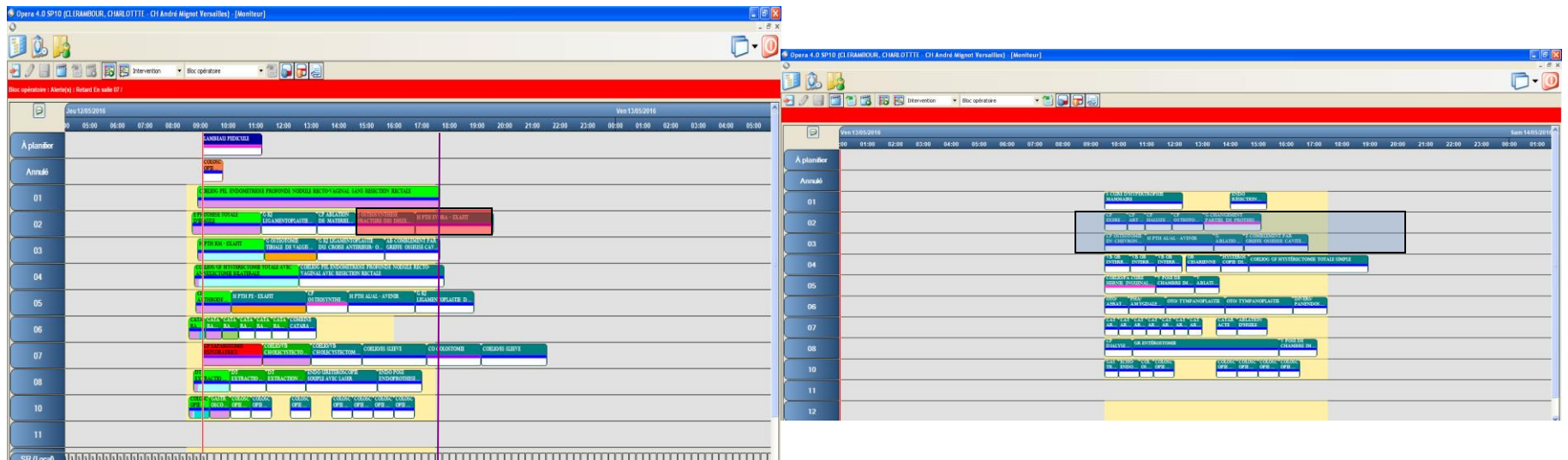
Garder les compétences

- Staff quotidien (actif)
- Staff hebdomadaire
- Travaux scientifiques

- Compétence de base en traumatologie
- Mise au courant quotidienne
- Expériences des juniors

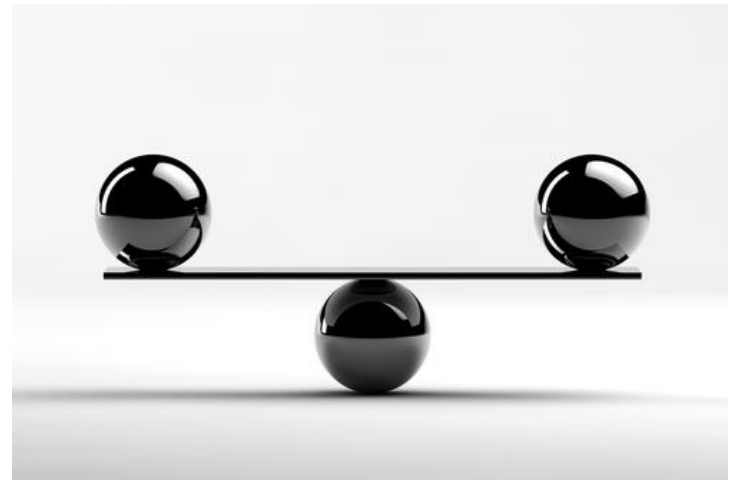
Organisation des vacances opératoires

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



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...

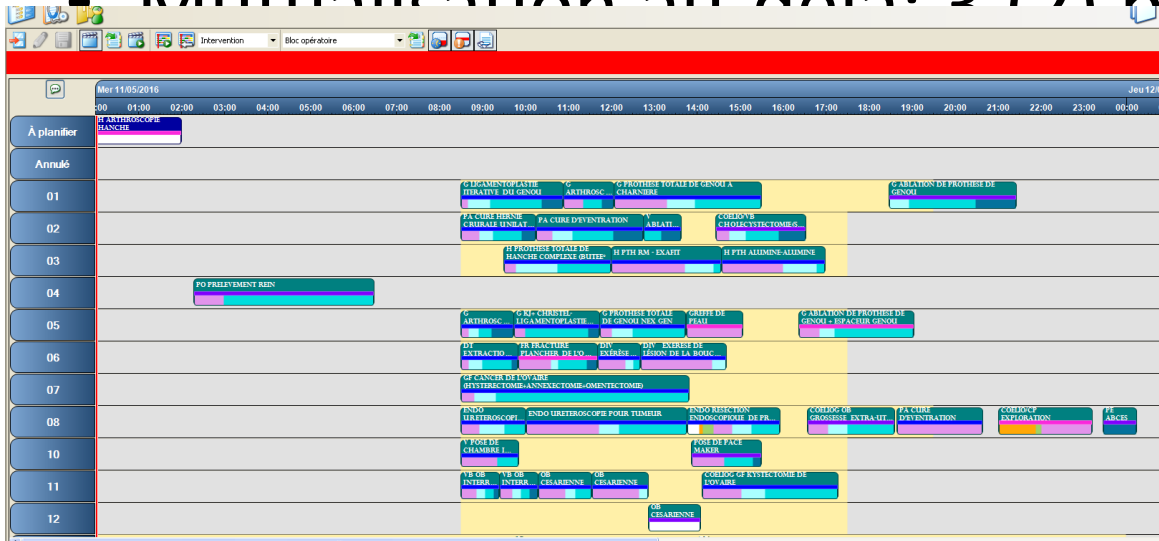
- Accord gagnant- gagnant:
 - Activité mixte 50% de programmé vrai
 - hors AMO: recrutement 25% propre- 75% confié
- Formation par compagnonnage
 - Formation des plus jeunes internes
 - Formations des jeunes seniors
 - Décharge du praticiens le plus vieux
- Organisation médicale permettant:
 - un repos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

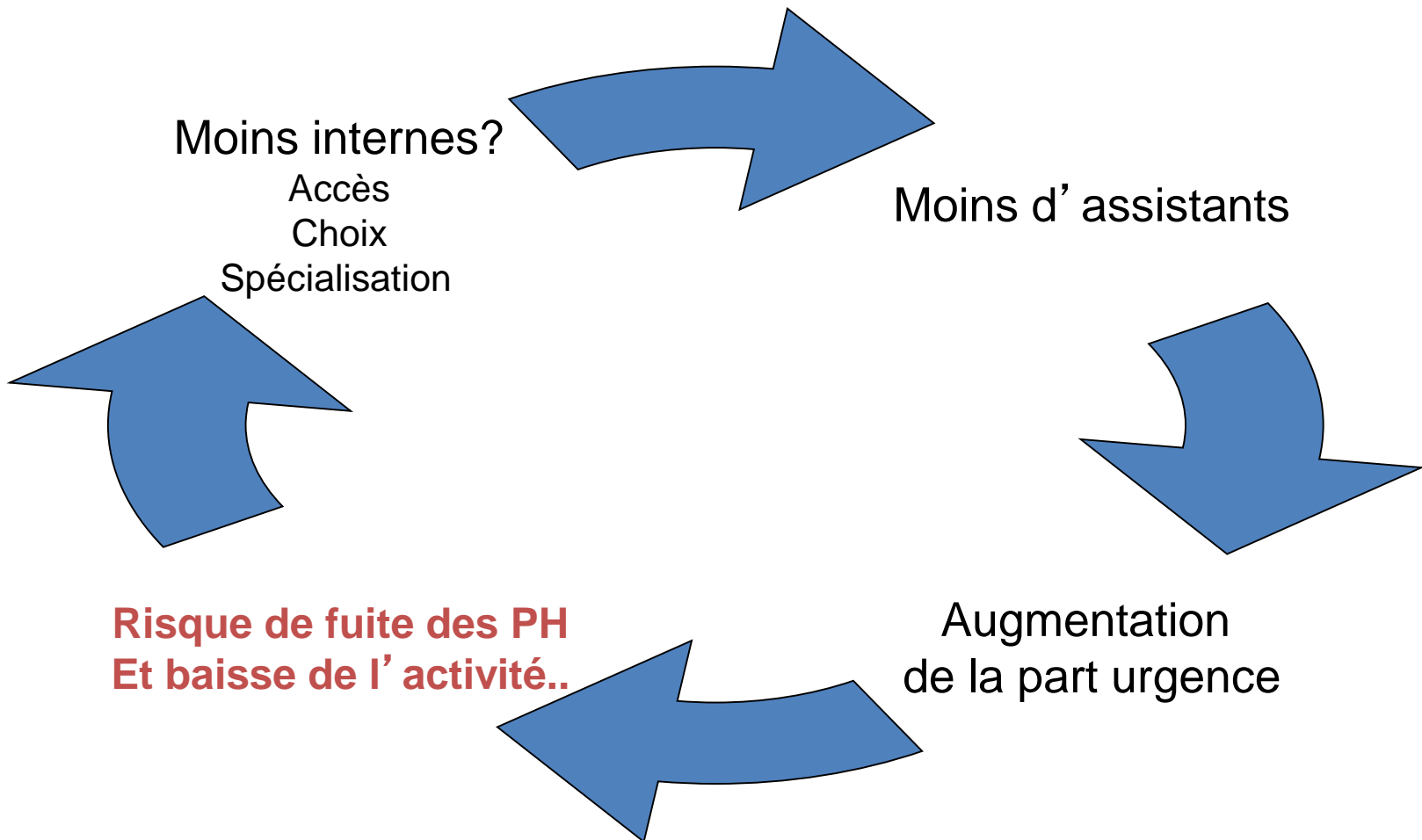
D' autres intérêts ...

- 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 ?



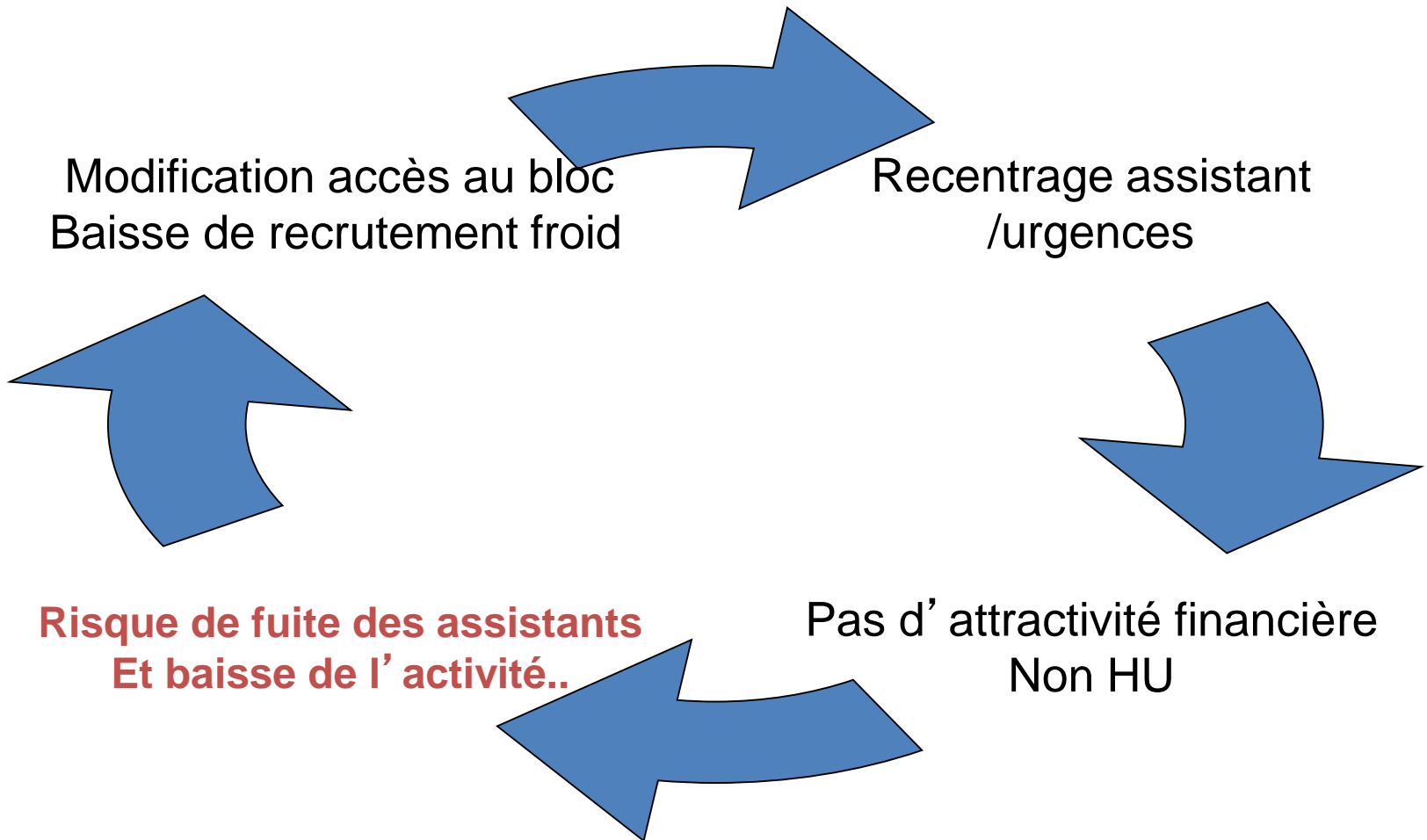
Systeme fragile ?

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

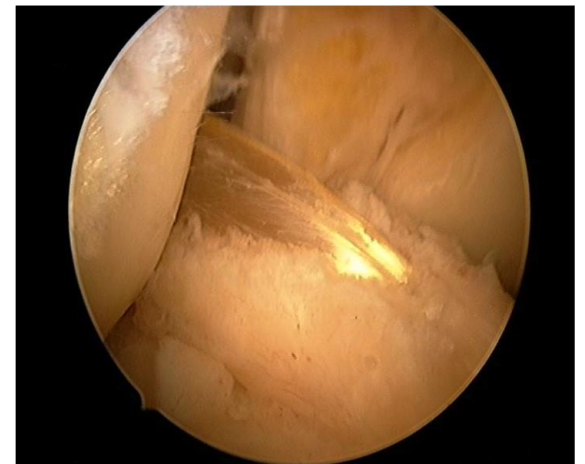
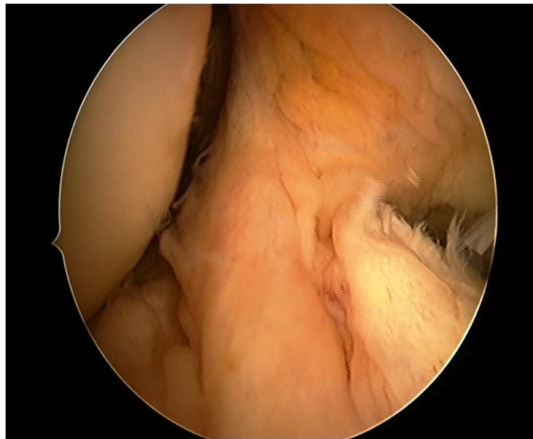


Le plus souvent « services mixtes »

- 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 !