

La Chirurgie Hospitalière

Quelles évolutions, quelles perspectives?

Le super héros dévoué H24 est-il en voie de ringardisation?

Pr François RICHARD
Académie Nationale de Chirurgie

CHU Pitie Salpêtrière
Université Paris VI

Fonctionnement optimal des structures chirurgicales

- Plateau technique adapté et performant
- Bassin de population et recrutement suffisant
- Equipe médicale et para-médicale formée et en nombre adéquat

CELA EST-IL VRAI PARTOUT EN FRANCE EN
2016 ?

NON

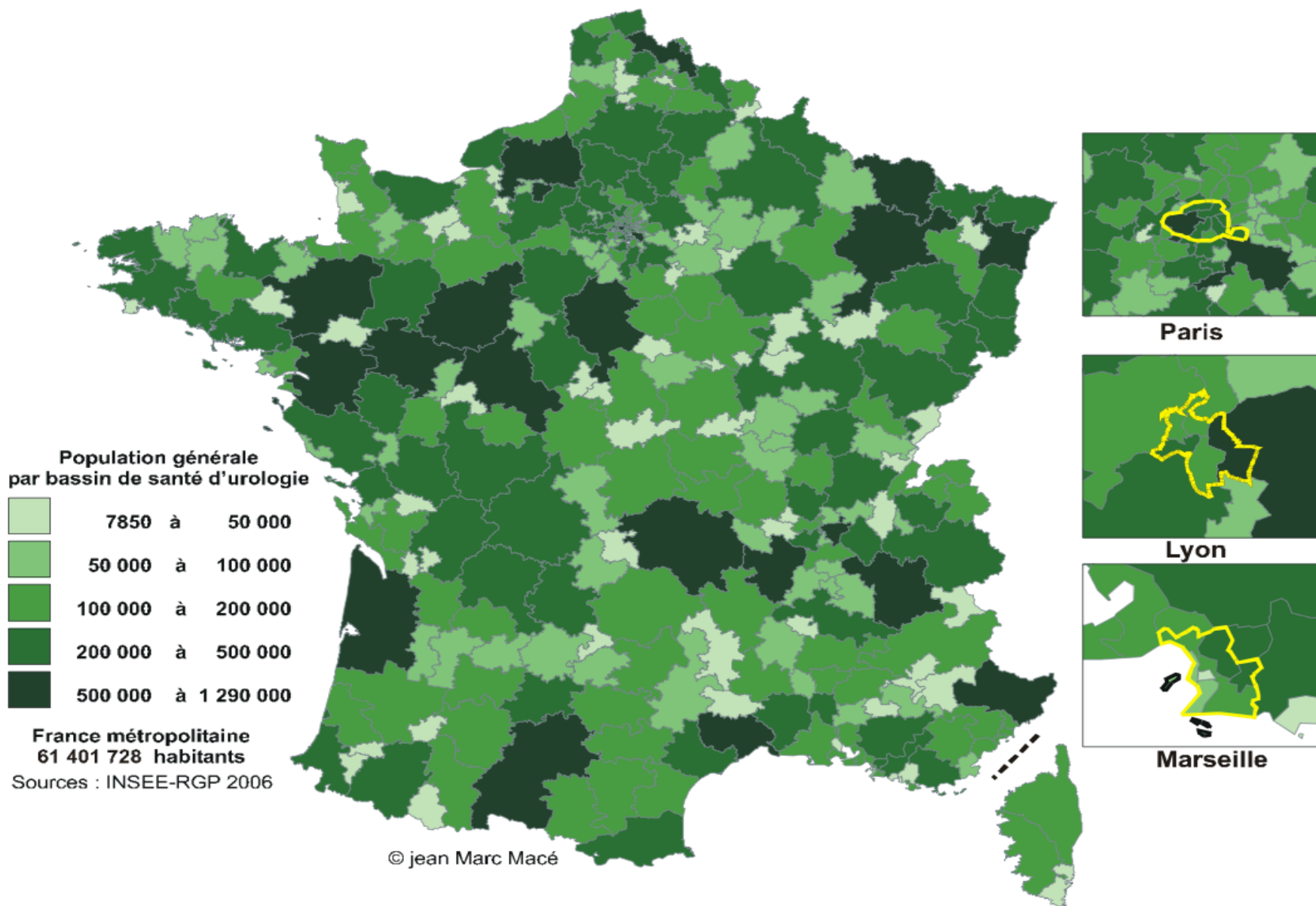
1) Plateau technique

- **Diagnostic et Thérapeutique (Machines et Blocs)**
 - Démographie des imageurs pour le diagnostic
 - Renouvellement des technologies pour les chirurgiens
- **Blocs Modulaires Mutualisables**
 - Toutes techniques sous Anesthésies (chirurgicales, endoscopiques, instrumentales)
 - Réflexion sur les circuits (programmé, ambulatoire, urgence)
 - Modulaires et Mutualisables pour management efficace et adaptation aux évolutions technologiques
 - Gouvernance (Programmation et régulation) et contrôle qualité
 - PNM: % d' Ibode insuffisant, nouveaux métiers

2) Bassin de population et recrutement

- Définir des bassins de population suffisants sauf contraintes géographiques
- **Permettre des volumes de recrutement adaptés**
 - Pour optimiser l' utilisation de ressources rares
 - Pour conserver une bonne technicité
 - Pour justifier une permanence des soins
 - Pour préserver une qualité des indications
(prévention des indications abusives, des activités « industrielles »)

Carte 7A : Bassins de chirurgie en 2008 (Hospitalisations complètes & ambulatoires)



3) Taille des équipes PM

- Sous dotation en France vs USA ou Allemagne
 - Quantitatif surtout, parfois qualitatif (filiales //,diplôme ex-eu)
- Facteurs nouveaux
 - Réglementation: Permanence des soins, Continuité des soins, **Repos de sécurité**, Nb Heures travaillées
 - Taches Administratives (... en + de la Triple fonction)
 - Influence sociétale et Féminisation sur durée travail
 - Multidisciplinarité
 - Démographie anesthésique

Etudes démographiques par spécialités chirurgicales

3) Taille des équipes PM

- Pertinence d' un service universitaire avec 1 PUPH, 1 PH, 1 assistant en formation?
- Efficacité d' un service de CH avec 1 Chef de service et 2 chirurgiens à diplôme extra-européen non qualifiés?

EQUIPES PLUS ETOFFÉES.... mais MOINS NOMBREUSES,
MOINS DISPERSÉES, mieux organisées

- partenariat de praticiens avec centres de référence
- création d' une seule équipe territoriale avec des centres « mères » et des antennes avancées?

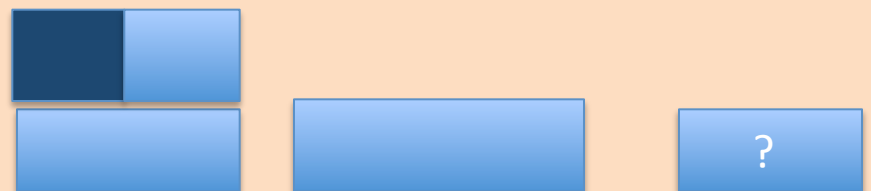
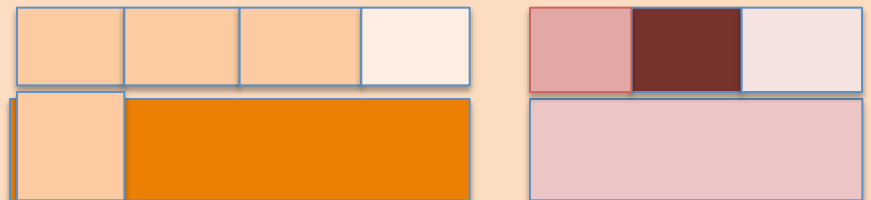
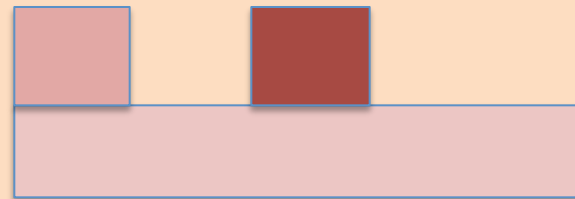
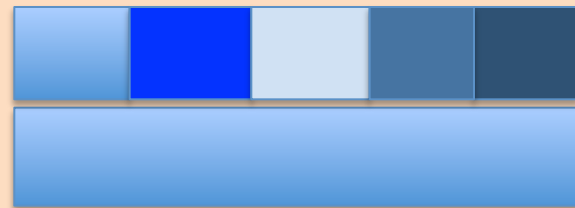
Les données chirurgicales en 2016

- 12 à 15 Spécialités « faisant de la « Chirurgie »
- La Chirurgie générale n' existe plus (l' urgence était une fausse bonne raison)
- Plusieurs surspécialités:40 à 50 activités spécialisées
 - Chirurgie hépato-biliaire, tube, endocrinienne, obésité
 - Chirurgie rachis, mb sup., mb inf., mains...
 - Chirurgie uro-cancéro., lithiase, statique pelv., neuro-uro
- Activité programmée, d' urgences, avec autorisation
- Nouvelles organisations: UCA, RAC, Hôtels patients
- *Mou, Dur, Autres < Organisation territoriale + fine*

Les Tendances

- Sur-spécialisation et hyper-technologie : attractivité
- Reprogrammation de la chirurgie d'urgence
 - Différée
 - Apres échec tt médical
- Multidisciplinarité
 - Cancer, obésité, neuro-uro
- Transfert dans les Blocs de l' Interventionnel et de l' endoscopie digestive

- Analyser les typologies



Réorganisation des structures chirurgicales

- Réorganiser à partir du réel:
 - PM : nombre (réel et pas ETP), qualification, organisation, **spécialité par spécialité**
 - Activité et case-mix
 - Plateau technique et services ressources (MAR)
 - Argumenter avec des faits indiscutables
- Etudier les bassins de population
- Traiter les structures chirurgicales insuffisantes

- Les bassins de population et le réel



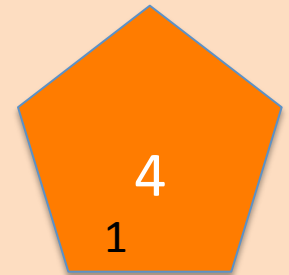
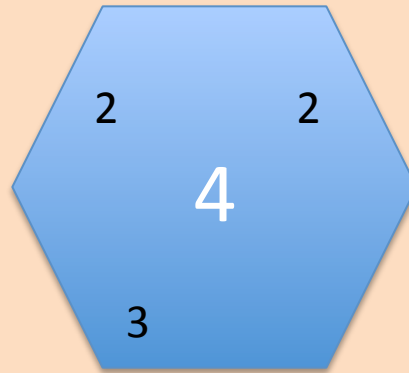
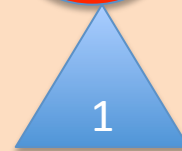
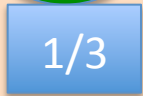
Réorganisation des structures chirurgicales

- **Traiter les structures chirurgicales insuffisantes**
 - Les mutualiser avec centre « lourd », concertation+++
 - *Taille des équipes, formation, accès technologies*
 - Définir leurs objectifs (pour adaptation éventuelle plateau technique)
 - *Consultations avancées*
 - *Ambulatoire (léger, lourd)*
 - *Chirurgie classique prédéterminée*
 - *Référence, recours*
 - Puis évaluer les nouvelles organisations
 - Enfin modifier les bâtiments si besoin

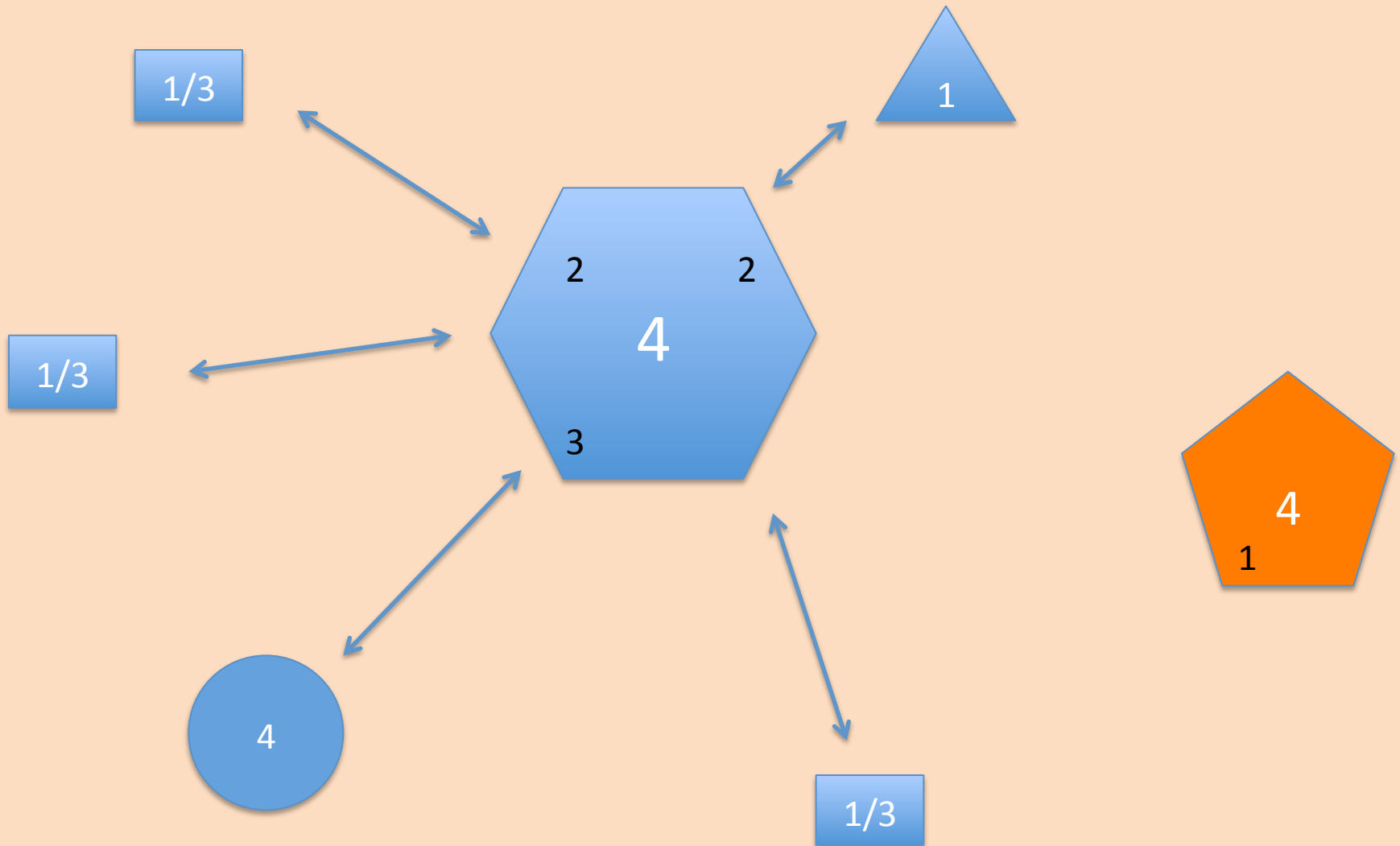
Spécialité x ,Bassin y



Spécialité x ,Bassin y



Spécialité x ,Bassin y



Réorganisation des structures chirurgicales

- Maillage territorial nouveau associant des équipes à effectifs trop faibles avec des équipes plus lourdes
- Création de plusieurs niveaux d'activité chirurgicale:
 - 1 : consultations et soins chirurgicaux avancés,
 - 2 : chirurgie ambulatoire « légère » au sein d'un établissement de proximité,
 - 3a : chirurgie ambulatoire et chirurgie programmée définie
 - 3b : chirurgie ambulatoire lourde et chirurgie programmée en centre important, + PDS
 - 4 : Tous types de chirurgie y compris « référence ou recours » dans les centres lourds + PDS

Méthodologie par spécialités

- Analyser les types d' « Activités »: DIM
- Partager avec les Praticiens les projets possibles et les organisations selon Activités et Spécialités
- Inclure dans la réflexion des experts objectifs : *ingénieurs en organisation, chirurgiens consultants, experts externes.*
- Adapter le périmètre géographique du territoire
- Démarrer avec des volontaires
- Evaluer

Réorganisation des structures chirurgicales: avantages

- Maillage territorial adapté avec renforcement de la taille et de l'homogénéité des équipes
- Diminution de la concurrence des recrutements
- Humanisation des parcours , le patient suit le chirurgien
- Harmonisation de la demande et de l'offre chirurgicale
- Accès égal pour tous les chirurgiens aux technologies, à la formation, aux conditions de travail: attractivité

Réorganisation des structures chirurgicales: difficultés?

- Fermeture site: PNM, consultations, ambulatoire
- Multi-sites: réorganisation, primes, recrutement
- Habitudes professionnelles: la « rareté » sera mieux prise en charge et encadrée; protocoles discutés
- Adaptation des Blocs:
- Disparition de certaines chefferies de service:
- Statuts et rémunérations: innovations?
- Articulation équipes chirurgicales homogènes/
nombreuses directions hospitalières

Concertation, Adaptation, Organisation, Evaluation

Conclusion

