



Colloque d'experts du 22 juin 2017

« Les enjeux de la chirurgie au sein des territoires »

Compte-Rendu Académie de Chirurgie

Le Colloque du jeudi 22 juin 2017 sur « Les enjeux de la chirurgie au sein des territoires » s'est tenu de 9h à 17h aux Cordeliers sous la Présidence du Pr D Franco, Président de l'Académie Nationale de Chirurgie.

Organisé par l'Académie Nationale de Chirurgie, ce colloque rassemblait des représentants des fédérations hospitalières publiques et privées, FHF, FHP et FEHAP.

Introduction du Colloque :

Enjeux de la réorganisation territoriale de la chirurgie à la suite de l'institutionnalisation des GHT

Le Pr D Franco, Président de l'Académie de Chirurgie, a introduit le débat sur 4 constats :

- La chirurgie évolue très vite depuis une dizaine d'années, ce qui bouleverse la prise en charge des patients. La chirurgie française étant à la pointe du progrès, cela suppose qu'elle doit mieux s'organiser pour le rester dans l'intérêt des patients. Mutualiser les équipes. Mutualiser la manière de faire la chirurgie. Faire évoluer les comportements et les modes d'hospitalisations.
- Dans son secteur public universitaire elle est en tête de la recherche dans tous les domaines de la chirurgie dont elle met en pratique les avancées dans les hôpitaux.
- Dans son secteur privé elle met en pratique et à la disposition de tous, les avancées faites dans le secteur public qu'elle affine et améliore ayant plus de souplesse au quotidien, montrant sa capacité à innover et à investir dans les techniques nouvelles.
- On ne peut réfléchir à la réorganisation territoriale de la chirurgie sans associer le secteur public et le secteur privé, dont la complémentarité est évidente et demande à être affinée.

Mr A Durrleman, Conseiller Maître à la Cour des Comptes dont il est Président de la 6^e chambre

a ensuite souligné les aspects humains et financiers de cet ambitieux projet dans lequel le partenariat public-privé est appelé à jouer un rôle central.

- L'assurance maladie est "l'homme malade" du budget social. La chirurgie représente 20% des dépenses hospitalières allouées par le parlement.
- Si l'on veut faire mieux à moyens constants, il n'y a pas d'autre voie que de mieux répartir les soignants et les équipements en fonction des besoins des patients et de la gravité de leurs pathologies. Les GHT sont une tentative de réponse au déficit de l'assurance maladie par la réorganisation hospitalière. Mais elle n'a de sens qu'en partenariat avec le secteur privé au sein de chaque territoire, notamment pour éviter les doublons coûteux et inutiles.
- C'est l'activité médicale et non pas le point de vue administratif qui est attendue au cœur du projet. Concrètement les ARS devraient s'organiser pour adapter la prise en charge des patients en fonction des données de chaque territoire.
- Si l'on osait une référence historique, il est suggéré une approche "gironde" territoriale plus qu'une approche "jacobine" nationale de la question.

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Modérateur Mr A Durrleman

1-Les GHT, de leur genèse aux défis actuels. Mme J Hubert, Directrice Générale du CHRU de Grenoble

- Objectif ambitieux : projet de 136 GHT à mettre en place en 5 ans de 2016 à 2021.

"Le GHT a pour objet de permettre aux établissements publics de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité".

- Projet intelligent : prise en charge graduée des patients par niveaux de complexité et de gravité de leur pathologie. Elle est centrée sur leur parcours médical en privilégiant la complémentarité des établissements de santé (ES), qu'ils soient publics ou privés, sur leur concurrence.

- Organisation contraignante : 1 ES public doit adhérer à 1 seul GHT. 1 ES privé peut participer contractuellement à plusieurs GHT selon les pathologies concernées, soit comme associé, soit comme partenaire. 1 GHT doit s'associer au CHRU de son territoire. Les territoires des GHT sont davantage déterminés selon le découpage administratif des départements que selon les bassins de vie de géographie humaine.
- Fonctionnement souple par filières techniques : ambulatoire, urgences, équipements, pharmacie, informatique, en croisant les différentes approches du projet médical de chaque ES du GHT.
- Mais le GHT n'a pas de personnalité morale, celle-ci restant l'apanage de chaque ES dont la responsabilité incombe à chaque directeur.

2-Quels territoires de santé? Pr E Vigneron. Professeur de géographie de la santé à l'Université de Montpellier

- Situer la réflexion entre Diderot (Respectez la loi, mais travaillez à de meilleures lois) et Camus (La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un coeur d'homme, il faut imaginer Sisyphe heureux).
- Rien de bien nouveau sous le soleil, le projet médical de territoire plonge dans le passé de la politique de santé française : la loi de 2016 instituant les GHT fait suite aux lois de 2009, 1996 et 1970. Les premières organisations hospitalières datent de 1806 et 1851, la réforme Debré instituant les CHU de 1958 (mais était dans les cartons depuis 1944), les ARS de 1996, les territoires de santé de 2004 (Mattei et Couty).
- Les principes qui les sous-tendent sont centenaires avec 2 objectifs majeurs (égalité d'accès aux soins pour tous et bon emploi des deniers publics) et 2 idées majeures (graduation et coordination des soins) tous définis par Henri Monod, le premier directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publique, c'est-à-dire à l'origine de ce qui préfigure le ministère de la santé créé en 1920.
- Car le problème n'est qu'apparemment simple : 136 GHT et UNE chirurgie. Or la chirurgie est multiple : 13 DES et DESC, 1067 GHM et plus de 8000 actes chirurgicaux différents dans la version de la CCAM du 15 juin 2017. Avec une double spécialisation horizontale (urologie, orthopédie) et verticale (greffes d'organes). Il n'y a donc pas un territoire de la chirurgie mais des territoires, gradués, imbriqués les uns dans les autres à la manière de poupées russes. Des communications, des échanges, des parcours de patients comme de professionnels doivent être organisés entre ces différents niveaux. Leur taille doit donc être compatible avec les déplacements de patients et ceux des professionnels. Si l'on associe les GHT au niveau de proximité, ce qui compte tenu de leur taille est déjà une proximité assez relative alors environ 90 % des actes chirurgicaux doivent pouvoir y être réalisés. Le reste relève du niveau supérieur, celui des CHU et des établissements privés spécialisés des grandes villes (souvent universitaires) et marginalement (en volume bien sûr) du niveau interrégional ou national. En dehors de ces activités de référence et de recours hyper-spécialisé, le GHT est le bon niveau d'organisation de la chirurgie.
- La mise en oeuvre sera affaire d'hommes dans les communautés professionnelles de territoire prévues par la loi, et de coordination formalisée des structures de soins au sein du GHT avec le CHRU et les ES du secteur privé du territoire.

3-Données brutes actuelles de l'activité chirurgicale. Dr M Brami. Médecin Conseil. FHP MCO

- Évolution de l'activité hospitalière globale de 2009 à 2016. L'activité privée représente les 2/3 de l'activité publique. L'activité publique a augmenté de 12,6% et l'activité privée de 5,2%, alors que la population augmentait de 4,2% et l'âge moyen de 1,2 ans.
- Évolution de l'activité chirurgicale globale de 2009 à 2016 (séjours classés dans les GHM en C du PMSI). L'activité publique représente les 2/3 de l'activité privée. L'activité publique a augmenté de 19,7% et l'activité privée de 7,8%.
- La part de marché de l'activité chirurgicale privée a diminué de 2% de 2009 à 2016 mais elle reste majoritaire avec 56,4% de l'activité nationale.
- Exemples emblématiques :
 - .Grande stabilité de la chirurgie cardiaque sous CEC de 2009 à 2016, tant en chiffres globaux (40000 par an) qu'en pourcentages (l'activité privée représente 32% de l'activité nationale et 45% de l'activité publique) malgré le développement de la chirurgie interventionnelle.
 - .Place de la chirurgie "lourde" en 2015. Elle représente 16,3 % de l'activité globale (définie par un algorithme de l'ATIH) dont 38% est assurée par le secteur privé.
 - .Progression régulière de la chirurgie ambulatoire de 2009 à 2016, jusqu'à se rapprocher des objectifs nationaux : 54,5% en 2016, tant dans le secteur public que dans le secteur privé avec un léger différentiel augmentant régulièrement en faveur du secteur privé.
 - .Progression régulière de la chirurgie interventionnelle publique et privée, globale, cardiaque et lourde, celle-ci ne représentant que 8.5% du total. L'activité interventionnelle privée globale est le double de l'activité publique, ce différentiel ayant tendance à diminuer. Il est dû aux activités digestives et urologiques plus nombreuses dans le secteur privé.
- L'état des lieux en 2016 fait apparaître les données suivantes :
 - .Le secteur privé assure 57% des séjours en chirurgie.
 - La distribution des séjours entre secteur privé et secteur public est variable selon les spécialités. Elle est en faveur du secteur privé en chirurgie orthopédique et en chirurgie ophtalmologique. Elle est équilibrée entre les 2 secteurs en chirurgie viscérale.
 - .Le profil chirurgical des ES privés est limité de 100 à 500 GHM en C, alors que celui des ES publics couvre l'ensemble des GHM en C de 100 à 1000, les ES publics universitaires étant les seuls à produire plus de 650 GHM chirurgicaux différents.
 - .Les DMS sont de 6,77 jours pour le secteur public et de 4,32 jours pour le secteur privé.
 - .L'âge moyen des patients est 51,8 pour le secteur public et de 54,7 pour le secteur privé.

.La distribution selon les niveaux de sévérité de 1 à 4 est comparable pour le niveau 1 entre les 2 secteurs public et privé, mais s'élève en faveur du public à mesure que le niveau de sévérité augmente.

.La distribution des activités chirurgicales entre les 2 secteurs public et privé est très variable selon les types d'intervention ou de pathologie. Ainsi les arthroplasties de hanche traumatiques sont faites à 83% par le secteur public et les arthroplasties de hanche non traumatiques sont faites à 63% par le secteur privé.

4-Typologie de la prise en charge des patients. Pr F Richard. Past-Président Académie Nationale de Chirurgie

- Le fonctionnement optimal de la prise en charge des patients exige un plateau technique et une équipe médicale adaptés au bassin de population.
- La qualité de l'équipe chirurgicale est fonction de sa technicité, de son assurance de la permanence des soins, de la qualité de ses indications thérapeutiques et de ses moyens.
- La tendance étant à l'hyperspécialisation, les équipes doivent se spécialiser et s'étoffer en se regroupant sur un territoire, en attirant tous les chirurgiens isolés de la spécialité de ce territoire.
- Les tendances actuelles de la chirurgie pourront être ainsi assurées par toutes les équipes de chaque spécialité d'un territoire : programmation des urgences, hospitalisation courte, suivi électronique des patients par télé-médecine, multidisciplinarité, chirurgie interventionnelle.
- En tenant compte des innovations technologiques : vidéo-chirurgie, mais aussi chirurgie assistée par télé-manipulation, chirurgie virtuelle par simulation (formation, entraînement, préparation d'une intervention).
- Une typologie précise des ES et de l'activité chirurgicale correspondante facilitant le recrutement et l'organisation des équipes chirurgicales de chaque spécialité d'un territoire et conduisant à revoir le rôle et la place de chaque ES de ce territoire :
 - Type 1 Centres médico-chirurgicaux locaux offrant consultations et soins externes.
 - Type 2 ES de proximité assurant exclusivement la chirurgie de jour, dite ambulatoire.
 - Type 3a ES équipé pour assurer la chirurgie courante programmée et d'urgence et servir de relais à un ES de type 2 en cas de besoin.
 - Type 3b ES équipé pour assurer la chirurgie lourde programmée et d'urgence.
 - Type 4 ES équipé pour assurer la chirurgie exceptionnelle hyper-spécialisée et la chirurgie de recours programmées et d'urgence.

Conclusion. Mr A Durrleman.

Triple constat optimiste : les GHT forment un cadre large et souple
cet état des lieux devrait permettre d'anticiper les évolutions attendues
lancement d'une dynamique favorisant l'évolution des prises en charge.

QUELLES RÉPONSES APPORTÉES ?

Modérateur Mr D Gruson

1-Par la FHF. Mr D Gruson. Délégué général de la FHF

- Offre de soins globale visible, sûre, efficiente et de qualité en amélioration régulière.
- Rattrapage ou dépassement du secteur privé dans diverses activités chirurgicales.
- Développement de la chirurgie ambulatoire parallèlement à celle du secteur privé.
- Développement de la réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC).
- Développement de la technicisation des équipes (vidéo-chirurgie, imagerie médicale interventionnelle, chirurgie interventionnelle, chirurgie assistée par télé manipulation, exercice à la simulation).
- Recomposition de l'activité chirurgicale en équipes par spécialités grâce à des innovations pratiques et réglementaires permettant d'insérer les chirurgiens isolés et d'assurer le développement professionnel continu des chirurgiens formés à l'étranger.
- Recomposition de l'offre de soins par le développement de la télé-médecine et de la télé consultation.
- Divers freins viennent ralentir cette dynamique fragile que les GHT devraient aider à lever.
- Diminution de la démographie des anesthésistes.
- Difficultés à recruter des chirurgiens bien formés dans toutes les spécialités.
- Modèles de financements inappropriés des associations ou des partenariats entre ES et entre ES et CHRU au sein des GHT de territoires.
- Quels leviers utiliser pour bénéficier au mieux des GHT ?
- Développer le peri-opératoire, la préparation à la chirurgie et le suivi de la chirurgie, selon le modèle de l'ambulatoire qui a tendance à se généraliser.
- Développer les aspects sociaux et médico-sociaux de la prise en charge des personnes âgées, dépendantes, socialement défavorisées et souffrant de pathologies chroniques.
- Favoriser la complémentarité plutôt que la concurrence avec le secteur privé en supprimant les doublons ce qui libérera des postes et des moyens.
- Enfin s'atteler à 3 chantiers importants : le GHT comme facteur d'investissement, comme facteur d'ouverture à la médecine de ville et surtout comme facteur d'innovation organisationnelle, technique et de développement professionnel continu des anesthésistes et des chirurgiens.

2-Par la FHP. Mr T Béchu. Délégué Général de la FHP-MCO

- Place de la FHP-MCO dans le paysage hospitalier français au moment de l'institutionnalisation des GHT :

550 ES privés participant aux missions de service public de la santé.

40% des hospitalisations, 30% des capacités d'hospitalisation MCO, 132 services d'urgence, 23% des naissances, 32% des séances de chimiothérapies, 25% des séjours médicaux, 56% des séjours chirurgicaux et 34% de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

- Triple enjeu et 9 propositions :

. Ne pas confondre territoire de santé et territoire des GHT :

P1 Le projet médical du GHT est une des composantes du projet médical du territoire.

P2 Les autres acteurs hospitaliers ne peuvent être la variable d'ajustement du projet médical du GHT.

P3 Le territoire comprend également les autres professionnels de la ville.

P4 Les besoins de la population du territoire doivent être appréciés au plus juste et les réponses apportées doivent prendre en compte aussi bien les moyens apportés par le GHT que ceux apportés par les ES privés de FHP-MCO.

. Ne pas remettre en cause les filières de soins existantes :

P5 Préserver les complémentarités efficientes existantes sollicitées lors des SROS passés.

P6 Assurer la cohérence des filières de prise en charge des patients respectant efficacité, qualité et sécurité des soins et libre choix des patients.

P7 Agir avec pragmatisme en tenant compte de l'histoire du territoire.

. Fonder l'organisation du territoire de santé sur le respect de tous les acteurs :

P8 Organiser l'offre de soins en s'appuyant sur chaque acteur de santé.

P9 Dépasser le temps chirurgical à proprement parler et inclure dans la prise en charge chirurgicale la prévention, l'environnement familial et l'environnement médico-social de la pathologie du patient qui doit bénéficier au mieux des structures existant sur le territoire, qu'elles soient publiques ou privées, courantes ou de recours.

3-Par la FEHAP. Dr M Le Guen et Pr M Fischler. Service d'Anesthésie. Hôpital Foch. Suresnes

Evolution du parcours de l'opéré dans sa prise en charge médico-chirurgicale et des structures d'accueil de celle-ci :

- Modifications des pratiques visant à simplifier le parcours de l'opéré :

. La pré-habilitation favorise une meilleure mise en condition de l'opéré à son intervention avant l'hospitalisation.

. La chirurgie ambulatoire simplifie la prise en charge des interventions éligibles et tend à devenir le modèle de tous les types de prise en charge centré sur le patient.

. La réhabilitation postopératoire limite les conséquences de l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

- Adaptation des structures d'accueil à cette évolution :

. L'unité d'accueil préopératoire centralise les informations, vérifie les procédures et valide l'intervention le matin de celle-ci dans des locaux proches du Bloc Opératoire (BO).

. L'unité de chirurgie ambulatoire (moins de 12h) est organisée comme un appartement collectif limitrophe du BO.

. L'unité d'hospitalisation de courte durée (moins de 24h) comportant une nuitée vient compenser le "manque" existant actuellement entre l'ambulatoire et l'hospitalisation traditionnelle pour certaines interventions et pour certains types d'opérés.

. L'hôtel hospitalier, voisin de l'ES traditionnel, remplace pour un coût très inférieur l'hospitalisation traditionnelle pour des soins postopératoires ne pouvant être faits à domicile, soit du fait de leur complexité, soit du fait du contexte socio-économique de l'opéré.

. Quant à la sortie précoce monitorée, elle vient simplifier et sécuriser la surveillance de l'opéré après son retour à domicile sans dispenser du suivi traditionnel en consultation.

4-Exemple de réponse du réseau urologique de Nîmes.Pr P Costa. Chef du service d'urologie du CHRU de Nîmes

- Constitution en 1995 d'un réseau regroupant les urologues des ES publics et privés de la région de Nîmes centré sur le CHRU, réseau régi par une convention entre les participants.

- C'est une équipe territoriale, assurant la continuité des soins de l'ensemble de la filière urologique (urgences) sur tout le territoire concerné, en partageant son temps entre les différents ES et en offrant une gradation des soins fonction de la gravité des pathologies traitées.

- Cette organisation permet de proposer à chaque patient la qualité optimale des soins attendus dans l'ES adapté le plus proche de son domicile.

- Elle permet également l'homogénéisation de la qualité des opérateurs et des équipes du territoire en facilitant compagnonnage et accréditation.

- Mais ce réseau public-privé achoppe sur les questions de tarification des actes et des séjours difficiles à harmoniser actuellement sur le plan comptable et réglementaire.

5 Exemple de réponse de la Fondation Rothschild en ophtalmologie à Paris. Mr J Gottsmann. Directeur Général de la Fondation Rothschild. FEHAP

- Le contexte en chirurgie ophtalmologique est difficile:

. Délai moyen d'attente pour un RV d'ophtalmologie en Île De France (IDF) de 57 jours.

. Raréfaction de l'expertise chirurgicale et anesthésique disponible.

- . Plateau technique de pointe de plus en plus coûteux.
- . Demande croissante en ophtalmologie liée au vieillissement de la population (cataracte, DMLA, glaucome, presbytie)
- 3 initiatives concrètes en ophtalmologie (OPH) en IDF.
- . Organiser un maillage territorial autour des hôpitaux de référence en OPH (centres de premier niveau assurant dépistage, orientation et suivi, et jumelage de soutien avec partenariat classique notamment pour les urgences avec les structures existantes en OPH).
- . Promouvoir les innovations organisationnelles internes (délégation de tâches en optique et en orthoptie, externalisation de la chirurgie de la cataracte), libérant du temps médical et permettant d'attribuer les bonnes ressources humaines et techniques aux bons besoins.
- . Exploiter les potentialités offertes par le numérique et l'intelligence artificielle permettant la télé-interprétation des examens à distance dans les maternités (projet DITEROPE) et dans les régions dépourvues d'OPH (Peek project Rwanda).

6 Stratégies alternatives d'organisation des réseaux selon les spécialités chirurgicales. Pr F Richard. Past-Président de l'Académie de Chirurgie

La réorganisation des territoires en réseaux devrait être recentrée sur les filières de spécialités chirurgicales pour être efficace compte tenu de l'évolution de la chirurgie qui voit se développer les procédures interventionnelles à côté des procédures traditionnelles plus invasives. Elle est fondée sur les caractéristiques de chaque territoire et obéit à des principes d'organisation permettant des réalisations concrètes innovantes.

- Les fondations reposent sur la population du territoire concerné dont les habitudes dépendent de l'organisation économique et géographique de celui-ci, sur les équipes chirurgicales au sein de chaque spécialité connaissant leurs activités et sur les ES publics et privés apportant leur propre savoir-faire sans a priori idéologique.
- Les principes associent pragmatisme, bon sens et respect des besoins des patients mais aussi de ceux des intervenants, chirurgiens, anesthésistes et soignants.
- Les réalisations proposées articulées en réseaux associeraient pour chaque spécialité concernée du territoire :
 - . une hiérarchie des ES qu'ils soient publics ou privés en fonction des types de pathologies prises en charge selon des filières de spécialités.
 - . le regroupement des chirurgiens en équipes étoffées permettant à chacun d'entre eux un mode d'exercice équilibré et une mise à jour régulière de leur formation assurant la sécurité des soins.
 - . et enfin une rétribution correcte tenant compte des disparités réglementaires et administratives qu'il conviendrait d'assouplir en attendant de les réévaluer complètement.

Plusieurs expérimentations de réseaux ont été tentées en urologie ces dernières années avec succès dans les Côtes d'Armor, dans le Gard, en Meurthe et Moselle, dans le Rhône et en Seine-St Denis notamment. L'expérience du Rhône a dû être arrêtée précisément pour des raisons de financement non résolues.

CONFÉRENCE de Mr N Bouzou.

Conditions de la réorganisation territoriale de la chirurgie en dehors de toute idéologie.

Nouveaux besoins de la population. Nouveaux souhaits des soignants. Refondation de l'hôpital. Mutualisation des moyens. Révision des modes de financement.

La santé comme l'ensemble de notre société est à la croisée des chemins en ce début du XXI^e siècle. L'accélération de l'innovation technologique, la diffusion instantanée de l'information et du savoir, les progrès de l'usage de l'intelligence artificielle dans tous les domaines vont modifier complètement le modèle économique de la santé. Dans son organisation comme dans son financement.

À quelles conditions la santé pourra-t-elle alors continuer à progresser en évitant le déclin?

1 Cette période de bouleversement spatial (toujours plus vite, toujours plus loin), temporel (frontières de la vie continuellement repoussées) et mental (plus rien ne paraît impossible à certains) modifie déjà les équilibres de notre société et notamment les places respectives des patients (de mieux en mieux informés) et des soignants (obligés de répondre avec succès à leurs attentes).

2 On observe une convergence d'éléments de "destruction créatrice" d'anciennes fonctions remplacées par de nouvelles fonctions (J Schumpeter). Les grands entrepreneurs du monde actuel investissent massivement dans la santé, en Europe, mais surtout en Californie et en Chine, créant de nouveaux systèmes organisationnels, diagnostiques et thérapeutiques supprimant les anciens savoir-faire et requérant de nouveaux savoir-faire.

3 Les enjeux deviennent très contraignants intellectuellement (confusion entre équité et efficacité) politiquement (notions de "petit risque" et de "grand risque") et pratiquement (mutualisation des moyens). Chacun doit avoir accès à la meilleure prise en charge préventive et curative. Ce nouveau contrat social est très onéreux au début car il conduit à superposer les nouvelles organisations aux anciennes qui ne s'effacent que progressivement.

4 Le coût croissant de la santé suppose une réorganisation permanente de celle-ci sans pour autant multiplier les moyens. Typologie des prises en charge adaptées au niveau d'exigence diagnostique et thérapeutique.

Réseaux de spécialités chirurgicales et médicales. Délégations de tâches. Délégations de compétences. Regroupement des cabinets médicaux et paramédicaux en maisons de santé plus diversifiées. Consultations sur la toile.

5 Reste la question essentielle du financement proprement dit de la santé. Elle est fondamentalement politique mais reste l'expression par excellence du contrat social en matière de santé. Définir la part de l'état, la part des mutuelles complémentaires et le reste à charge pour le patient. Faire la pédagogie du coût de la santé. Assainir les modalités de rétributions en cas de partenariats public-privé. Clarifier les règles entre le monde de la santé et celui de l'industrie de la santé en substituant le PRINCIPE D'INNOVATION au PRINCIPE DE PRÉCAUTION.

En conclusion cette nécessaire évolution est fondée sur une véritable PÉDAGOGIE DE L'INNOVATION en matière de santé des patients comme des soignants, mais aussi des gestionnaires et des politiques responsables du financement.

CONCLUSION. Mr D Gruson.

Triple convergence sur

les filières de spécialités chirurgicales
les réseaux de prise en charge avec gradation des qualifications des ES
la nécessaire pédagogie de l'innovation.

QUELLES RÉPONSES ATTENDUES ?

Modérateur Pr P Costa

1-De la part des soignés. Mme M Castro. Responsable d'association de patients.

Excusée.

2-De la part des soignants. Mr G Delorme. Cadre de santé. Centre Hospitalier St Joseph-St Luc. MCO. (ESPIC).Lyon. FEHAP.

Retour d'expérience sur un partenariat entre le Centre Hospitalier St Joseph-St Luc (SJSJL) et les Hôpitaux Civils de Lyon (HCL). Lyon-Sud.

-Triple constat lyonnais : SJSJL MCO en perte de vitesse.

Concentration du secteur privé de 23 ES en 2005 à 7 en 2009.

Offre excessive en MCO pour l'ensemble des secteurs public et privé.

- Élaboration d'une stratégie de partenariat SJSJL-HCL inspiré par l'ARS en chirurgie urologique et en chirurgie vasculaire en 2013 sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens (GCS).

- Ce qui a fonctionné: la collaboration au BO, le projet médical urologique et le partenariat chirurgical en urologie.

- Les difficultés : les supports informatiques différents, le statut des praticiens et notamment des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) et le projet médical vasculaire.

- Ce qui n'a pas fonctionné à l'origine de l'arrêt de l'expérience après 2 ans 1/2 fin 2016 : le montage financier, le montage statutaire des praticiens et le déséquilibre entre les ES (chirurgie lourde dans les HCL et chirurgie ambulatoire à SJSJL).

Conclusion : nécessité d'un montage financier équilibré entre les 2 structures et d'un projet médical bien construit.

3-Quelles conséquences sur la réorganisation territoriale de la chirurgie de la Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC) et de la chirurgie ambulatoire? Pr C Vons. Présidente Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)

Les GHT et leurs conséquences territoriales sont une véritable opportunité pour le développement de la chirurgie ambulatoire et de la RAC en France dont les différences sont connues. La chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes, alors que la RAC est un concept organisationnel.

En favorisant la constitution de centres autonomes de chirurgie ambulatoire les GHT devraient permettre :

- d'améliorer et de simplifier les circuits des patients et l'organisation de leur prise en charge.

- de professionnaliser la préparation des patients à l'intervention et à ses suites.

En diminuant les besoins de lits de séjour de plus de 24h les GHT devraient stimuler le développement de la RAC destinée à rendre au patient sa complète autonomie le plus rapidement possible.

A la triple condition :

- de développer les moyens modernes de communication entre le patient, le médecin généraliste et l'ES.

- d'instituer un pilotage territorial de la chirurgie ambulatoire pour l'évaluation continue de la qualité et de la sécurité des soins.

- de mettre en place une nouvelle tarification "au parcours complet" de la prise en charge chirurgicale.

Le mode de prise en charge en chirurgie ambulatoire tend à devenir le modèle de tous les types de prise en charge en les centrant sur le patient.

4-Développer les Réseaux et les filières de soins. Exemple du réseau OSEAN (Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte dans le Nord-Pas-de-Calais). Pr R Caiazza et Pr F Pattou. CHRU de Lille

Le réseau OSEAN regroupe la plupart des ES et des professionnels de santé du Nord et du Pas- de-Calais en charge de la prévention et du traitement de l'obésité coordonnés par le CHRU de Lille.

Il propose aux personnes obèses un programme d'éducation thérapeutique et un suivi de leur prise en charge thérapeutique en accord avec le médecin généraliste animé par une diététicienne, une psychologue et une éducatrice médico-sportive.

Il propose aux équipes des ES un partenariat avec le CHRU de Lille pour combler leur déficit d'expertise éventuel. Chacun y gagne. L'équipe du CHRU remplit sa fonction de formation et d'accompagnement.

Les équipes des ES publics et privés partenaires bénéficient de son expertise. Les patients sont assurés d'être traités au mieux quel que soit leur lieu de résidence.

Les cas difficiles sont discutés par téléphone ou lors de staffs. Les complications sont prises en charge collectivement par téléphone et au besoin transférées au CHRU pour y être évaluées et si nécessaire réopérées ou traitées endoscopiquement. Le patient est informé de ces procédures et sait qu'il ne restera au CHRU que le temps indispensable en cas de transfert.

Compte tenu du nombre de personnes obèses opérées chaque année actuellement en France, il est impossible qu'elles le soient toutes dans un CSO (Centre Spécialisé dans la prise en charge de l'Obésité). L'exemple du réseau OSEAN montre qu'il est possible de les opérer avec sécurité dans de petits centres bénéficiant de l'expertise de l'ensemble du réseau. Cette démarche de qualité globale permet de labelliser ces petits centres en réduisant considérablement la mortalité des péritonites post-opératoires.

5-Mutualisation des moyens d'équipes pluridisciplinaires dans des plateaux techniques adaptés. Dr JF Verrier. Chirurgien cardiaque. Directeur Médical France du Groupe privé Capio

Constat :

- le territoire seul ne peut rien. Il devrait être accompagné d'obligations réglementaires et de leviers financiers, comme les financements intégrés.
- la pratique de l'ambulatoire, couvrant actuellement 60% de l'activité chirurgicale, pourrait atteindre rapidement 75% et devenir le modèle de prise en charge de la chirurgie courante.
- réponses des ARS : consultations avancées en Maisons de Santé pluri professionnelles.
- constitution des GHT.
- différentiel de 2% entre l'inflation et les tarifs MCO aux dépens de ces derniers.
- la T2A contribue à structurer les territoires en fonction des soins techniques interventionnels et chirurgicaux mais est incapable actuellement de financer les innovations technologiques, comme l'utilisation de la télé-manipulation (robotique).

Objectifs :

- indicateurs de résultats permettant de valider l'amélioration de la qualité des soins.
- qualité des soins directement liée à l'hyperspécialisation permettant de bénéficier de l'effet du volume.
- triple prérequis d'une réorganisation territoriale de la chirurgie : filières intégrées + respect des organisations fonctionnelles existantes + offre de soins étoffée bien entraînée et bien équipée.

Propositions de solutions :

- parcours de soins du type de celui développé pour l'ambulatoire pour toutes les spécialités.
- modèle suédois croisant complexité et volumes d'activité. Plus la pathologie est complexe et rare, moins il y a de centres de plus en plus équipés avec des équipes de plus en plus étoffées.
- organisation territoriale privilégiant la hiérarchie de centres de moins en moins nombreux à mesure de leur spécialisation. Ils seraient ainsi pourvus d'équipements de plus en plus complexes avec des équipes de plus en plus spécialisées traitant les pathologies courantes de complexité croissante.

Conclusion : moins de centres de soins, moins de spécialités dans chaque centre, tendance à l'hyperspécialisation, permettant de traiter de gros volumes d'activité par des équipes importantes.

6-Chirurgie programmée. Chirurgie non programmée. Permanence des soins en établissements de santé (PDES). **Dr B Homsy-Hubert. ARS-IDF**

L'organisation de la permanence des soins en ES est un véritable défi en Île de France (IDF).

Elle conduit à différencier la première partie de nuit et la "nuit profonde" pour la chirurgie d'urgence. Des centres différents sont dévolus à chaque type d'activité dans la proportion de 1 ("nuit profonde") pour 4 à 6 (première partie de nuit), compte tenu du caractère exceptionnel des interventions chirurgicales au cours de la "nuit profonde".

Cette différenciation permet d'alléger les présences de personnel en deuxième partie de nuit ou "nuit profonde".

L'optimisation opérationnelle de la PDES en IDF a permis de dégager les 4 recommandations suivantes :

- constitution d'équipes territoriales, soit par alternance des sites, soit par mobilité des opérateurs comme en endoscopie digestive.
- place grandissante de la télé-imagerie et de la télé-médecine.
- modalités d'organisation selon les spécialités et le nombre des urgences conduisant à définir des centres locaux et des centres de recours régionaux.
- développement de la coopération public privé dans certaines spécialités et dans certaines zones à forte demande de prise en charge des urgences nocturnes.

CONCLUSION. Pr P Costa

Triple constat de **l'hyperspécialisation**
l'effet volume sur la qualité des résultats
la nécessaire mutualisation des moyens.

QUELS CHANGEMENT DE PARADIGME ?

Modératrice Mme S Benhamou. Directrice d'établissement de santé. Présidente de FHP MCO

1-Le poste s'adapte à l'homme et non l'inverse. Dr S Duméry. Médecin, médecin du sport et journaliste.

Ce que coûte une erreur de recrutement :

- dénigrement du travail et de soi par la hiérarchie et par le soignant lui-même.
- abandon par le soignant : démission, épuisement, arrêt de travail, suicide...
- abandon par la hiérarchie : mutation, mise à l'écart, harcèlement, licenciement...
- renouvellement rapide du personnel avec perte d'expertise.
- erreurs humaines par surmenage dû à l'anxiété de performance en situation d'infériorité technique.

Conséquence : JUDICIARISATION et PERTE DE REPUTATION

Adéquation du poste à pourvoir au poste recherché :

- employeur : un poste se pense, se calcule, s'élabore dans la fièvre du planning.
- postulant : un métier se rêve et se construit dans la durée.

Ces parcours peuvent-ils se rencontrer ?

- Frustration n° 1 : l'être humain n'est pas un héros et le soignant pas plus que les autres malgré l'intoxication socioculturelle générale actuelle.
- Frustration n° 2 : le programme du poste manque souvent de recul et d'expérience sur sa réalisation. Il est irréaliste, donc irréalisable.

Les attentes s'en ressentent. Le postulant souhaite la rémunération la plus haute, la reconnaissance la plus grande et l'épanouissement le plus complet. L'employeur souhaite le salaire le plus bas (maîtrise des coûts) au poste le plus bas (maîtrise de l'autorité). Quant à l'épanouissement, c'est une variable d'ajustement...

- Frustration n° 3 : pour recruter il faut tricher sur les conditions de travail. C'est plus difficile sur la rémunération, le niveau hiérarchique et la place dans l'organigramme.

Pour postuler il faut tricher sur les capacités personnelles. C'est plus difficile sur les diplômes et sur l'expérience professionnelle.

Et cela en toute bonne foi par méconnaissance de la réalité du poste offert et de la personne candidate en raison de l'intoxication culturelle générale sur le soignant héroïque.

- Frustration n° 4 : aucun être humain ne résiste à l'imprégnation socioculturelle. Tout est en place pour le dérapage qui peut être meurtrier...

L'adéquation parfaite étant un rêve, on peut essayer de s'en approcher en revenant à la réalité. La normalisation des compétences est une approche irréaliste. La valeur est individuelle. La fiabilité repose sur une collaboration effective.

Conclusion : LE POSTE S'ADAPTE À L'HOMME ET NON L'HOMME AU POSTE

2-Quels statuts pour quelle réorganisation ? Point de vue de la DGOS. Mme AM Armanteras de Saxcé. Ex directrice de la DGOS. Membre du Collège de la HAS

Excusée.

3-Enjeux d'optimisation au sein des GHT. Dr C Schibler. Directrice du pôle des établissements. ARS IDF

Enjeux :

- mutualisation des plateaux techniques (PT) et réorganisation des prises en charge.
- mise en place d'équipes de territoire par filières de spécialités chirurgicales et territorialisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES).
- gradation des prises en charge selon le degré de technicité des PT.

Investissements dans la réorganisation des plateaux techniques :

- garantie d'une offre de qualité avec un accès de proximité et de sécurité égal pour tous.
- investissements adaptés aux besoins autour des PT existants et partagés.
- suivi de l'évolution technologique en différenciant les spécificités des PT selon les besoins du maillage du territoire
- coopération des ES en mutualisant leurs moyens.
- amélioration de l'efficacité permettant le recrutement de praticiens de qualité et attirant les patients.
- participation contractuelle du secteur privé au service public de la santé.

Démarches projetées :

- recensement des ES, des PT, des praticiens et des paramédicaux en évaluant les qualités du service rendu en IDF.
- synthèse et plans d'action adaptés aux spécificités des différents territoires de l'IDF.

4-La nécessaire évolution des modes de financement. Mme A Fouard. CNAMTS. Paris

Les financements intégrés s'appuieraient sur une solidarité financière entre les intervenants du domaine de la santé. Ils seraient fondés sur des indicateurs de qualité et non plus sur les volumes d'activité. Ces indicateurs de qualité ne seraient plus centrés sur les moyens mais sur les résultats.

En valorisant ces indicateurs le projet est de disposer d'un levier pour développer la solidarité et la coordination entre les ES et entre les dispensateurs de soins primaires.

Les expériences ont ainsi montré l'obtention de gains d'efficacité permettant de développer des innovations organisationnelles, technologiques et même de rupture avec le développement de l'intelligence artificielle en matière de santé.

Ce nouveau modèle de financement, dit des FINANCEMENTS INTÉGRÉS, a pour objet de mieux garantir l'équité de l'offre de soins à tous les patients qui est l'un des piliers de notre système de santé.

5-Vers une nouvelle modélisation économique. Mr F Bizard. Économiste. Professeur à l'Institut des Sciences Politiques de Paris

Nouveaux patients :

- vieillissement de la population.
- patient connecté. De la confiance au contrat.
- pression accrue sur les actes chirurgicaux de confort non essentiels à la santé.
- maladies chroniques nécessitant une éducation des patients et leur implication active dans la gestion du risque.

Nouvelles aspirations des jeunes praticiens :

- exigence de temps libre. Travailler dur mais sur un temps concentré.
- autonomisation plus tardive.
- féminisation croissante.
- aversion du risque, comportement professionnel centré sur les normes et les procédures.
- hyperspécialisation

Nouvelles pratiques : exercice en groupe dominant favorisé par les ES qu'ils soient publics ou privés.

Enjeux de l'innovation : du PRINCIPE DE PRECAUTION au PRINCIPE D'INNOVATION.

- freins actuels à l'innovation : tarifs et judiciarisation.
- l'innovation ne compense pas une baisse du niveau de formation (chirurgie assistée par ordinateur).
- l'économie de la santé devient une économie de l'innovation, nouveau paradigme fondé sur la concurrence, la destruction créatrice, la juste rétribution et la régulation appropriée.

Place des GHT dans la réorganisation territoriale de la chirurgie.

- le GHT n'a pas de personnalité morale. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions et des moyens d'un service public uniquement servi par le secteur public. Il contribue à mobiliser le mammoth technocratique de la santé.
- vision idéologique qui ne peut conduire qu'à l'appauvrissement de la capacité d'innovation.
- vision égalitariste vers le bas.
- vision administrative et comptable qui tue l'efficacité et la démocratie sanitaire.

Redéfinir les rôles de chacun : état, UNCAM, politique conventionnelle, CNOM, sociétés savantes, FSM...

Revoir les modalités de prise en charge en responsabilisant chacun, patient inclus.

Révolution ambulatoire : nouveau paradigme de l'ensemble de la prise en charge des patients.

Réformer les CHU pour rester un lieu d'excellence ouvert sur l'étranger grâce à un modèle de spécialités choisies et une autonomie de gestion.

Passer du VOLUME des soins à la VALEUR des soins.

La valeur d'un soin est fondée sur sa pertinence et la qualité de son résultat au moindre coût.

CONCLUSION. Mme S Benhamou.

Triple souhait d'une refonte des financements de la santé fondée sur l'expertise et non le volume
d'une réelle coopération public-privé fondée sur les complémentarités
d'une réorganisation fondée sur l'homme soigné et l'homme soignant.

CONCLUSION du Colloque. Pr D Franco

Ce colloque très intéressant confirme que les évolutions rapides dans le domaine de la santé sont une chance et un défi. La chance est de faire évoluer notre organisation territoriale de la chirurgie en l'adaptant aux attentes de la population et aux souhaits des soignants :

- chance pour les patients, chacun d'entre eux étant plus à même de bénéficier des progrès des soins.
- chance pour les soignants, chacun d'entre eux étant assuré de travailler mieux dans de meilleures conditions.
- chance pour les économies d'échelle par mutualisation des moyens des ES, chacun d'entre eux pouvant disposer des équipements les plus modernes correspondant à son savoir-faire.
- chance pour l'innovation cette réorganisation permettant de desserrer les contraintes actuelles qui la brident.

Le défi à cette occasion est de rénover le financement à bout de souffle de notre système de santé, avec notamment les financements intégrés fondés sur la qualité du service rendu et sur la qualité des résultats et non plus sur le volume des soins dispensés.

Paris, le 13 septembre 2017

Dominique FRANCO

Président ANC

François RICHARD

Past Président ANC

Philippe MARRE

Secrétaire Général ANC, Co-Organisateur du colloque d'experts

Les Préconisations/Résolutions

sont disponibles en ligne en page d'accueil du site de l'Académie de Chirurgie
www.academie-chirurgie.fr ou www.academie-chirurgie.fr/recomm.htm