

## Organisation territoriale de la chirurgie hospitalière et réforme des GHT

### Fédération Hospitalière de France - Académie Nationale de Chirurgie

#### Synthèse du séminaire de travail

En matière de chirurgie, l'objectif des groupements hospitaliers de territoire est d'offrir à la population :

- une offre globale et lisible, répondant aux besoins de la population et des correspondants : offre de proximité et de recours, programmé et non programmée, offre de conseil (avis, orientation, concertation) ;
- une offre sûre : avec des équipes qualifiées, engagées dans les démarches de qualité, de gestion des risques et de développement professionnel continu, exerçant dans un environnement adapté (plateaux techniques, équipes para médicales, surveillance continue et réanimation...) ;
- une offre d'excellence : tant dans la proximité que dans le recours, tant par la qualification des équipes que par la technologies des plateaux techniques, tant par la qualité objective des soins délivrés (IPAQSS, pertinence, ré hospitalisations...) que par l'expérience patient offerte (délais, conditions d'accueil, satisfaction...) ;
- une offre efficiente : grâce à l'investissement de l'institution (système d'information et technologies de l'information, gestion des flux et optimisation des parcours, génie biomédical...) et une structuration de l'offre limitant les doublons et mutualisant au juste niveau ;
- une offre soutenable : en termes de ressources humaines, avec une maîtrise de la démographie par l'utilisation des leviers de la formation, de l'attractivité et de la fidélisation, et en termes d'investissements, avec les moyens d'offrir à tous les patients et à tous les professionnels, l'opportunité de bénéficier des innovations en matière de chirurgie.

Ces objectifs s'inscrivent dans une dynamique déjà existante de la chirurgie publique, celle :

- d'une restructuration avérée avec une concentration de l'activité sur 34 000 lits d'hospitalisation contre 44 000 il y a dix ans, autorisé grâce au développement de l'ambulatoire – le taux de chirurgie ambulatoire a cru de +10% en 10 ans-, un raccourcissement global des DMS et une gestion optimisée des capacités)
- et d'un gain constant de parts de marché.

Ils s'inscrivent dans un environnement en évolution mais dont les grandes tendances sont connues :

- globalement, à horizon 2025, il est attendu une croissance continue de l'activité chirurgicale de près de 2% par an, tirée par le vieillissement de la population, les excès de la société de consommation (cancer, accidents, dégénérescences...), les progrès de la technologie (instrumentation, dispositifs nouveaux) et le besoin de renouvellement des dispositifs implantés. Cette croissance existe malgré une tendance à être moins interventionniste et plus pertinent et parce que les techniques interventionnelles nouvelles sont venues s'hybrider avec la chirurgie plutôt que la substituer ;
- la démographie des professionnels de santé va continuer à se contracter, jusqu'à 2020 pour les anesthésistes (dont le solde entrées-sorties est négatif) et au delà pour les chirurgiens. La formation des nouveaux chirurgiens se heurte à la diminution des ressources disponibles pour les accompagner dans leur apprentissage ;
- l'exercice chirurgical est de plus en plus spécialisé. Au-delà des 12 à 14 spécialités, ce sont une cinquantaine de sur spécialisations qui existent. La réforme du troisième cycle en cours a notamment pour objectif de concilier cette sur spécialisation avec un socle de polyvalence indispensable à une bonne organisation des soins ;

- les prises en charges sont de plus en plus médico-chirurgicales, qu'il s'agisse de poser les bonnes indications ou de gérer une réhabilitation améliorée pour des patients de plus en plus poly pathologiques ;
- l'ambulatoire s'impose dans les esprits et dans les faits, mais nécessite dorénavant des ajustements systémiques qui dépassent le seul cadre hospitalier. L'ambulatoire est en outre loin de résumer les enjeux qui se posent pour la chirurgie publique ;
- le besoin d'investissements va être important pour moderniser le plateau technique et l'hébergement et suivre le progrès médical et technologique (robotisation, hybridation, ambulatorisation) ;
- le régime des autorisations et les conditions d'exploitation vont devenir de plus en plus exigeantes, tant par les volumes seuils requis que par les diverses dispositions relatives à l'environnement. Toutefois, il faut anticiper une forme de dérégulation sur certains segments d'activités et modalités d'organisation : actes interventionnels réalisés dans des environnements moins stricts, autorisation de centres autonomes de chirurgie ambulatoire notamment.

### Les participants au séminaire de travail :

**Françoise DESCAMPS-CROSNIER**, Députée de la 8ème circonscription des Yvelines  
**Professeur Pierre-Louis DRUAIS**, Mrésident du Collège de la Médecine Générale - CMG  
**Christian SAOUT**, Secrétaire Général Délégué du Collectif Interassociatif Sur la Santé – CISS  
**Professeur Henri JUDET**, Président de L'Académie Nationale de Chirurgie  
**Professeur François RICHARD**, ancien Président de l'Académie Nationale de Chirurgie  
**Professeur Corinne VONS**, Présidente de l'Association Française de Chirurgie ambulatoire – AFCA  
**Pr Hervé THOMAZEAU**, Président du Collège Français de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
**Professeur Claude ECOFFEY**, ancien Président de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation – SFAR  
**David GRUSON**, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France – FHF  
**Jean-Pierre DEWITTE**, Président de la Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHU - CNDGCHU  
**Zaynab RIET**, Présidente de la Conférence Nationale des Directeurs de CH – CNDCH  
**Pr Michel CLAUDON**, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME de CHU  
**Dr Thierry GODEAU**, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME de CH  
**Jacqueline HUBERT**, Directrice Générale du CHU de Grenoble  
**Marie-Christine PAUL**, Directrice du CH de Roubaix  
**Pr Guy VALLANCIEN**, Chirurgien urologue, Académie Nationale de Chirurgie  
**Pr François-René PRUVO**, Président de la CME du CHRU de Lille  
**Dr David PINEY**, Président de CME du CH de Lunéville  
**Dr Jean-Christophe PAQUET**, chirurgien, GH du Nord-Essonne  
**Dr Sandra GOMEZ**, Médecin DIM, Fédération Hospitalière de France - FHF  
**Christine NALLET**, Coordinatrice générale des soins, CH Sud-Francilien  
**Karine LACOUR-CANDIARD**, Responsable de la communication, Fédération Hospitalière de France - FHF  
**Alexandre MOKEDE**, Responsable des affaires sanitaires, Fédération Hospitalière de France - FHF

#### Organisation

**Professeur Philippe MARRE**, Secrétaire Général de l'Académie Nationale de Chirurgie  
**Dr Maxime CAUTERMAN**, Conseiller Médical, Fédération Hospitalière de France - FHF

## 1. Une vision claire qu'il faut partager et expliquer

### 1.1. Un juste équilibre entre proximité et sécurité des prises en charges

Tout ne doit pas être fait partout, mais tout doit être accessible pour tous. Dans son document sur la chirurgie en 2025, l'Académie nationale de chirurgie réaffirme l'importance d'atteindre une taille critique suffisante (pour le bon fonctionnement des équipes, pour l'expertise des professionnels, pour regagner des marges en termes d'investissement, pour avoir l'environnement humain et technique adapté) et introduit une clé stratégique qu'est **l'organisation territoriale multisites**, avec des sites géographiques différenciés et mutualisés (le centre « mère » et les centres périphériques), exploités par des équipes chirurgicales regroupées par spécialité sur le territoire.

Anesthésistes et chirurgiens accepteront de s'investir dans la proximité pour rendre accessible leur expertise mais pas pour intervenir dans un environnement dont la sécurité n'est pas assurée.

La vision future revient donc à proposer à la population et aux professionnels, une offre chirurgicale globale et d'excellence plutôt qu'une offre chirurgicale locale.

**Proposition 1 : Réaffirmer la primauté des objectifs de qualité, de sécurité et d'accessibilité de l'offre chirurgicale.**

### 1.2. Une ré organisation qui ne doit pas ignorer les contraintes sur les ressources

La mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de territoire est indissociable des enjeux liés à l'attractivité des établissements publics (plus de 20% de taux de vacance de postes statutaires pour les chirurgiens et les anesthésistes, avec un solde entrées-sorties positif pour les chirurgiens et négatif pour les anesthésistes) et des objectifs d'économies fixés par les autorités année après année.

Ces contraintes pèsent différemment selon les établissements, et si la création des GHT permettra de regagner des marges de manœuvre, elles ne peuvent être ignorées et ne pourront être partagées que dans une certaine mesure.

**Proposition 2 : Les projets de chirurgie des GHT doivent apporter des réponses aux enjeux d'efficience et d'attractivité, en synergie et en complément avec les efforts réalisés par chaque établissement.**

### 1.3. Un groupement mais pas un repli

La mise en œuvre des GHT est la concrétisation de la stratégie de groupe, promue par les hospitaliers et devant répondre tant à leurs enjeux spécifiques qu'à ceux plus généraux de notre système de santé. Cette stratégie de groupe doit en premier lieu renforcer l'hôpital public et lui permettre d'aborder la prochaine décennie avec le maximum d'atouts.

C'est une réforme complexe bousculant certains équilibres établis, pour les médecins, les directeurs et les institutions dans leur ensemble. Bénéficiant d'un cadrage réglementaire assoupli, la mise en œuvre de cette réforme accaparera toutefois beaucoup de temps et d'énergie des professionnels de l'hôpital, pouvant conduire à une forme de repli et à une moins forte attention pour l'environnement.

**Proposition 3 : L'organisation nouvelle doit conduire à privilégier les coopérations public-public et à revoir les conventions et partenariats anciens.**

**Proposition 4 : La préférence pour la coopération public-public ne doit pas se faire au détriment de l'intérêt du patient ni faire fi de sa liberté de choix.**

**Proposition 5 : La coopération supra GHT est indispensable en chirurgie, notamment pour l'organisation du recours et en particulier pour les GHT sans CHU partie au groupement**

#### 1.4. Co construire le projet de chirurgie pour viser un haut niveau d'ambition

Le fondement des GHT est le projet médical partagé, dont l'objet est de répondre au besoin de santé de la population, et à ses évolutions. Cette analyse des besoins ne peut se faire sans association des principaux intéressés, les patients. Et la dimension « partagée » du projet médical ne peut être atteinte sans association et implication précoce de tous les professionnels.

Aussi pensée comme une solution pour répondre à la tension sur les ressources ces groupements portent potentiellement des objectifs de restructuration importants qui ne peuvent être tus, qui doivent être expliqués et compris et surtout qui doivent rompre avec une décennie de « coups de rabot » au profit d'une approche concertée et davantage nuancée.

Enfin, parce qu'à l'heure du virage ambulatoire et de l'empowerment du patient, la mise en œuvre des GHT ne doit pas conduire à un repli sur soi, à une réforme uniquement technique et administrative. Les GHT doivent être une occasion de plus de s'ouvrir et de jeter des ponts entre hôpital et domicile.

Toutefois, il ne faut pas faire fausse route. La concertation et la co construction reposent sur une volonté réelle des acteurs et sur un savoir-faire. Cette volonté ne peut être acquise qu'au prix d'une certaine confiance, en reconnaissant par exemple aux médecins hospitaliers leur rôle et leur responsabilité fondamentale dans la production des projets médicaux partagés et en produisant de la concertation sur les bons sujets, avec les bons acteurs et avec les bonnes méthodes.

**Proposition 6 : Co construire en associant les parties prenantes dans un processus de concertation continu, débutant idéalement dès avant le découpage territorial et garantissant in fine un bon niveau d'information sur l'offre réorganisée.**

**Proposition 7 : Réunir au plus vite les praticiens par spécialité pour informer, créer les liens et lancer la réflexion sur le projet de chirurgie de GHT.**

#### 1.5. Une construction qui doit s'appuyer sur des données objectives

Le projet de chirurgie ne peut s'affranchir de la réalité des faits. En particulier, les discussions doivent s'appuyer sur un socle de données minimum présentant notamment les volumes d'activité, qu'elles soient soumises à seuils ou non, l'activité réelle en permanence des soins (en séparant début de nuit et nuit profonde), les parts de marché et les taux de fuite. Ces données doivent permettre d'identifier les concurrents et les activités concurrentielles, les forces et les faiblesses des différents sites.

Le PMSI pour être étudié au mieux, doit être mis en perspective avec d'une part les ressources humaines disponibles (etp, pyramides des âges) et d'autres part le contexte dans lequel elles sont réalisées (autorisations pour d'autres activités – urgences, réanimation, soins intensifs, cancer...).

Le rôle central des départements d'information médicale se confirme et se renforce.

**Proposition 8 : Faire préparer et diffuser par les DIM un rapport de données type, comprenant notamment les données issues du PMSI compléter des données importantes notamment sur les ressources humaines et l'offre de soins de chaque établissement. Ce travail peut faire l'objet d'une mutualisation supra GHT mais doit dans tous les cas faire l'objet d'une définition avec les équipes médicales locales.**

## 1.6. Un projet médical partagé qui doit être complété d'un « Projet Pédagogique de Territoire » (PPT)

Systématiquement associé au Projet Médical de Soins dans les GHT ayant un CHU partie au groupement, il doit faire l'objet d'un partenariat avec les autres GHT. Au delà du « territoire de soins » doit aussi être pensé le « territoire de formation ».

Le projet pédagogique de territoire doit :

- Être sous la responsabilité des coordinateurs DES des spécialités concernées par les groupes chirurgicaux impliqués et rendant compte au Doyen de l'UFR
- Être concerté avec les ARS pour que soit mises en place (dans le cadre de la réforme du 3e cycle) les formes nouvelles d'exercice hospitalier public partagé CH/CHU, particulièrement lors de la phase de mise en autonomie des jeunes chirurgiens (7e année si elle est acceptée par les Ministères).
- Sécuriser l'exercice des jeunes chirurgiens par l'amélioration constante du compagnonnage (volonté exprimée par Mme Touraine lors de son discours du 2/22/2015 sur l'attractivité).

Il pourra par ailleurs s'appuyer si possible sur :

- La présence de consultations avancées de Praticiens du CHU travaillant simultanément sur site avec les jeunes praticiens "partagés". Ce compagnonnage sera inscrit dans leur projet professionnel ;
- La mise en place d'un outillage de visio-conférences et de télétransmissions au lit du patient pour sécuriser les indications opératoires notamment dans le cadre de la permanence de soins.

**Proposition 9 : Associer chaque GHT à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet pédagogique de territoire, en lien avec le CHU qu'il fasse ou non partie du groupement.**

## 2. Une organisation lisible dans laquelle chaque établissement a un rôle à jouer et une place dans la décision

### 2.1. Une gouvernance et des règles de fonctionnement qui favorisent la coopération

Une fois acquise la conviction des équipes médicales et non médicales sur la stratégie et la vision, ainsi que la confiance de la population et de l'ensemble des parties prenantes, de l' élu au correspondant, les règles de fonctionnement mises en place doivent favoriser la coopération.

Le modèle juridique retenu pour les GHT n'est pas une fusion et son organisation est largement cadrée par la réglementation. Mais au delà des instances prévues et des mutualisations imposées, les règles sont largement et localement à inventer.

En particulier, si chaque établissement demeure maître de sa politique d'investissement et de recrutement, il faut avoir conscience que c'est aussi au gré des renouvellements d'équipements et de professionnels que pourront s'homogénéiser les fonctionnements et s'intégrer équipes et structures. Il faut également ne pas oublier que si les projets et les équipes peuvent être communes, facturation et comptes de résultat demeurent séparés.

L'augmentation des capacités d'autofinancement résultant d'une organisation territoriale différente, multi sites et mutualisée, permettra de financer les investissements nécessaires pour homogénéiser l'outil de travail et le faire progresser (chirurgie assistée par ordinateur, imagerie et vidéo, robotisation...). L'Académie Nationale de Chirurgie recommande toutefois une stratégie d'investissement prudente, privilégiant un outil de travail modulable et n'oubliant pas les éléments connexes indispensables à la réussite du projet (écoles de chirurgie, systèmes d'information, hébergement...).

**Proposition 10 : Mettre en place une politique d'investissement autonome mais concertée et non concurrente, limitant les doublons, favorisant l'intégration des structures et des équipes et permettant d'accéder collectivement aux innovations.**

**Proposition 11 : S'accorder sur une gestion prévisionnelle des emplois et compétences au niveau du groupement hospitalier de territoire et sur les conditions de recrutement, notamment des métiers en tension.**

**Proposition 12 : Mettre en place des règles comptables incitant à la coopération.**

## 2.2. Gradation et équipes de territoire sont les concepts clés

Le modèle de centre mère avec des antennes avancées se prête particulièrement bien à la chirurgie et est promu par l'Académie Nationale de Chirurgie. Il répond à l'enjeu de masse critique pour la chirurgie (chirurgiens, anesthésistes, para médicaux, blocs opératoires) et pour les activités médicales, médico-techniques et non médicales connexes indispensables à son exercice, ou a penser de concert (obstétrique, explorations fonctionnelles, imagerie, ingénierie...).

L'organisation repose sur une gradation des plateaux combinée à une intégration des équipes. Cette gradation, qui doit également permettre de réduire la dispersion pour les opérateurs et les anesthésistes, repose sur :

- Une offre de proximité, non interventionnelle, constituant le socle de l'organisation chirurgicale du GHT, dont la vocation est de répondre à l'objectif prioritaire et central de garantir l'accès équitable à l'expertise chirurgicale au plus près de la patientèle et des correspondants. Cette offre repose sur des consultations chirurgicales et d'anesthésiologie mais pas seulement (coopération avec les urgentistes, télé expertise...).
- des plateaux de proximité, ambulatoire ou non, lieux des prises en charge « communes », et secteurs à optimiser, en les mutualisant mais également en séparant flux programmés et flux urgents. Ces plateaux sont mutualisés avec l'ensemble de l'activité interventionnelle et nécessitant un environnement contrôlé et un recours à l'anesthésiologie (imagerie interventionnelle, endoscopie...). Cette mutualisation autorise une diffusion plus rapide des innovations et progrès (imagerie, vidéo, informatique, instrumentation...);
- des plateaux de recours et de haute technologie, centres de référence et lieux des prises en charge complexes, des équipements lourds (robots...), passage obligé pour l'ensemble des équipes, en formation ou non, afin de développer en continu les compétences et pour renforcer l'attractivité. Ces plateaux peuvent être supra GHT ;

Cette organisation graduée est rendue possible par la constitution d'équipes chirurgicales regroupées par spécialité sur le territoire au sein desquelles chaque praticien contribue au fonctionnement de l'ensemble des sites.

**Proposition 13 : Constituer des équipes chirurgicales de territoire organisées par spécialité, s'appuyant en proximité sur des équipes soignantes (IADE,IBODE notamment) polyvalentes et compétentes**

**Proposition 14 : Mettre en place une organisation graduée des plateaux techniques chirurgicaux et interventionnels en 3 à 4 niveaux : offre de proximité non interventionnelle, plateaux techniques de proximité, plateaux de recours, centre de haute technicité et/ou de référence des prises en charge complexes.**

**Proposition 15 : L'offre de proximité est le socle de l'organisation chirurgicale, elle doit garantir l'accessibilité et l'égalité des chances quelle que soit la porte d'entrée dans le groupement hospitalier de territoire et assurer une interface de confiance avec les professionnels de ville. Elle contribue au désengorgement des plateaux de recours et favorisent des prises en charge de qualité dans des délais maîtrisés.**

**Proposition 16 : L'offre de recours doit être pensée en complémentarité avec le CHU lorsque celui-ci n'est pas partie du groupement.**

### 2.3. Au delà des plateaux techniques, la permanence/continuité des soins, l'ambulatoire et l'hébergement

Au delà des plateaux techniques, le projet doit organiser la permanence et la continuité des soins en prévoyant les conditions de prise en charge des patients urgents et des retours et reprises éventuellement nécessaires. L'organisation de la permanence des soins doit également être un levier pour diminuer la pénibilité pour les professionnels, notamment de ceux qui assurent les gardes et astreintes sur les sites à forte activité (interventions et avis) et de ceux dont les gardes et astreintes sont trop fréquentes.

Le cas de la chirurgie ambulatoire mérite d'être réfléchi au niveau du GHT dans son ensemble. Si chaque site doit avoir ses objectifs de chirurgie ambulatoire, la constitution des GHT offre des opportunités nouvelles.

Le raccourcissement des durées d'hospitalisation (meilleure organisation de l'aval, chirurgie moins invasive, meilleur contrôle des risques, protocoles de réhabilitation améliorée) a un impact sur le capacitaire. Mais d'autres tendances sont à l'œuvre et doivent être encouragées, autour du regroupement des patients selon leurs besoins médicaux et de nursing spécifiques : patients âgés, patients infectés, patients atteints de cancer. Également, la mobilité des patients et le développement de l'ambulatoire peuvent justifier des projets innovants d'hôtels hospitaliers, bien que ces derniers aient un potentiel de développement plutôt non chirurgical.

**Proposition 17 : Ne pas dissocier organisation des plateaux techniques et organisation de la permanence et de la continuité des soins, dans la définition de la répartition des activités selon les sites.**

**Proposition 18 : Développer une stratégie pour la chirurgie ambulatoire pour chacun des sites et pour l'ensemble du groupement. Notamment, ne pas commettre l'erreur de confondre chirurgie ambulatoire et « petite » chirurgie et de succomber à la tentation de laisser de petites UCA isolées dans les sites de périphérie. L'ambulatoire sera un mode de prise en charge sur lequel la concurrence sera frontale avec les établissements privés commerciaux, et justifiant la réflexion au cas par cas de la création de centres de chirurgie ambulatoire autonomes.**

**Proposition 19 : Associer à la réorganisation des plateaux techniques, une réorganisation de l'offre d'hébergement tenant compte des besoins en nursing des patients.**

### 2.4. Avant et après l'intervention, gérer les interfaces avec le domicile et les professionnels de ville

La chirurgie ne se résume pas à l'intervention chirurgicale, et ce d'autant plus quand les prises en charges sont complexes, les parcours multi sites et les durées de séjour raccourcies.

La chirurgie ne se résume pas non plus à la présence d'un opérateur accomplissant une tâche donnée à un endroit donné. Elle n'est qu'une étape dans une prise en charge globale d'un patient, construite à plusieurs professionnels souvent de spécialité et de mode d'exercice différent, coopérant sur la base d'une relation de confiance établie dans la durée.

**Proposition 20 : Organiser des relations stables et de confiance avec les correspondants de ville, notamment en les associant à la construction du projet, en rendant l'offre de chirurgie lisible et en étant aisément joignables par téléphone et messagerie électronique.**

**Proposition 21 : En complémentarité de l'action des chirurgiens et anesthésistes, développer les métiers intermédiaires qui permettent de fluidifier les interfaces, au service du parcours du patient, telles que les infirmières de coordination du parcours du patient au niveau territorial.**

**Proposition 22 : Etre partie prenante des communautés professionnelles de territoire.**

### 2.5. Les moyens de communication au service du projet

Dans une organisation où professionnels, patients et informations sont partagés et multisites, les outils de communication sont primordiaux de même que les moyens de se déplacer.

Les enjeux de sécurité des échanges d'information doivent être évalués à leur juste niveau.

**Proposition 23 : La communication doit s'appuyer sur des moyens simples et chaque praticien doit avoir un DECT, un téléphone portable, un système léger de visioconférence et une messagerie sécurisée.**

**Proposition 24 : Compte tenu du caractère structurant des déplacements des personnes et de la contrainte forte que fait peser l'assurance maladie sur les transports, la réflexion sur les modes de transports alternatifs, et notamment collectifs, mérite de faire l'objet d'un travail spécifique, sans exclure l'internalisation.**

## 3. Une préoccupation renforcée pour chaque praticien

### 3.1. Des contraintes à reconnaître et des opportunités à saisir

L'organisation nouvelle est, d'un point de vue humain, un compromis entre contraintes et opportunités nouvelles.

La contrainte est clairement liée à l'organisation multisites : sentiment d'éloignement du « cœur » ou au contraire de prise de contrôle par le centre, réorganisation des plateaux et changement d'habitudes de travail, ajustements très opérationnels et potentiellement pénibles (protocoles – hors chirurgie - différents, SI différents, accès à la restauration, aux lingeeries...), augmentation des temps de transports. Un engagement des services support, une revalorisation des primes multisites et enfin, la mise en perspectives avec les opportunités nouvelles sont autant de réponses.

Les opportunités nouvelles sont nombreuses. Pour les individus en premier lieu qui auront davantage de possibilités de gérer leurs carrières, de développer leurs centres d'intérêts et faire évoluer leur exercice, d'accéder à l'innovation dans leurs pratiques, ou à différentes responsabilités, de retrouver simplement de la place au bloc opératoire... Pour les équipes dans leurs ensemble qui atteignant des tailles critiques suffisantes pourront se consacrer au développement d'activités autres, créatrices de valeur ajoutée et pour lesquelles un retard est à combler : avis et concertations pluridisciplinaire pour améliorer les indications et la pertinence(en lien avec les autres spécialités et les correspondants de ville), recherche et développement (en lien avec les laboratoires de sciences fondamentales et appliquées), évaluation des nouvelles technologies (en lien avec les autorités), amélioration de l'organisation (ambulatoire, réhabilitation précoce... en lien avec les directions et services support), de la qualité, gestion des risques et développement professionnel continu. Le chirurgien devient ainsi selon la formule de l'Académie, « un médecin qui opère ».

L'organisation, de part sa masse critique, permet également d'assurer la majorité de la formation du chirurgien, formation initiale (avec accès à la simulation, la mise en responsabilité progressive, le compagnonnage) et continue (spécialisation, analyse de pratique...).

**Proposition 25 : Utiliser tous les leviers, notamment statutaires (prime multisites, prime de territoire, postes partagés, fédérations médicales...), favorisant le travail multisites et la mobilité.**

**Proposition 26 : Ne pas faire peser la contrainte du multisite sur une catégorie de praticiens (les jeunes, les derniers recrutés...) et partager les opportunités.**

**Proposition 27 : Proposer à chaque praticien un projet professionnel valorisant ses savoir-faire et expertises, développant ses compétences et favorisant sa contribution au projet de chirurgie du GHT.**

### 3.2. Le rôle renforcé du management médical

La constitution d'équipes territoriales constitue un défi en matière de management médical : gestion des carrières, partage des responsabilités, respect de l'équité, intégration d'autres équipes, organisation et pilotage du travail dans un contexte multisites, développement des compétences...

Le bon fonctionnement de l'équipe chirurgicale de territoire repose sur un management et un leadership médical renforcé à même de trouver un équilibre entre contraintes et opportunités nouvelles et de garantir une forme d'équité entre praticiens.

C'est également au management médical de mettre en place les conditions de fonctionnement de l'équipe assurant cohésion, confiance et ne confondant pas exercice multisites et nomadisme.

**Proposition 28 : Reconnaître la place prépondérante de l'organisation par spécialité médicale au sein des GHT et simplifier ses interfaces avec les structures de management pré existantes (pôles et directions) et les autres spécialités.**

**Proposition 29 : Développer les compétences managériales et de leadership des professionnels en responsabilité en évitant de concentrer les très nombreuses responsabilités sur trop peu d'individus.**

**Proposition 30 : Développer un projet d'enseignement et de formation par équipe territoriale, pour homogénéiser les pratiques, pour assurer le maintien et le développement des compétences, et pour assurer la formation des futurs médecins et soignants, en lien avec le CHU si celui-ci n'est pas partie du groupement.**

### 3.3. Faciliter le quotidien

Exercer sur deux sites voir plus est très contraignant pour les praticiens. Il faut le reconnaître, au travers d'une prime peut-être mais surtout d'une attention particulière pour le praticien. Il faut se garder de croire que le travail est fini dès lors que l'organisation est posée et les accords signés entre établissements et avec les praticiens concernés.

Les points suivants peuvent paraître banaux mais sont en réalité fondamentaux et leur non gestion peut rapidement conduire au découragement des meilleures volontés :

- Le praticien ne doit pas être pollué par les discussions économiques et/ou contractuelles et conventionnelles (qui paye quoi et quand, qui prend quoi à sa charge etc...)
- Il ne doit pas être limité dans son exercice par une organisation défailante (circuit du patient, circuit de l'information...)
- Il doit se sentir accueilli et bienvenu.

**Proposition 31 : Identifier sur chaque site et pour chaque professionnel un correspondant administratif et un correspondant soignant (cadre de santé ) dont la responsabilité est d'organiser l'accueil de l'équipe territoriale, la mise à disposition du plateau technique et de faciliter l'exercice des praticiens multisites en les déchargeant de toute contrainte inutile.**

## Synthèse des propositions

- Proposition 1 :** Réaffirmer la primauté des objectifs de qualité, de sécurité et d'accessibilité de l'offre chirurgicale.
- Proposition 2 :** Les projets de chirurgie des GHT doivent apporter des réponses aux enjeux d'efficacité et d'attractivité, en synergie et en complément avec les efforts réalisés par chaque établissement.
- Proposition 3 :** L'organisation nouvelle doit conduire à privilégier les coopérations public-public et à revoir les conventions et partenariats anciens.
- Proposition 4 :** La préférence pour la coopération public-public ne doit pas se faire au détriment de l'intérêt du patient ni faire fi de sa liberté de choix.
- Proposition 5 :** La coopération supra GHT est indispensable en chirurgie, notamment pour l'organisation du recours et en particulier pour les GHT sans CHU partie au groupement
- Proposition 6 :** Co construire en associant les parties prenantes dans un processus de concertation continu, débutant idéalement dès avant le découpage territorial et garantissant in fine un bon niveau d'information sur l'offre réorganisée.
- Proposition 7 :** Réunir au plus vite les praticiens par spécialité pour informer, créer les liens et lancer la réflexion sur le projet de chirurgie de GHT.
- Proposition 8 :** Faire préparer et diffuser par les DIM un rapport de données type, comprenant notamment les données issues du PMSI compléter des données importantes notamment sur les ressources humaines et l'offre de soins de chaque établissement. Ce travail peut faire l'objet d'une mutualisation supra GHT mais doit dans tous les cas faire l'objet d'une définition avec les équipes médicales locales.
- Proposition 9 :** Associer chaque GHT à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet pédagogique de territoire, en lien avec le CHU qu'il fasse ou non partie du groupement.
- Proposition 10 :** Mettre en place une politique d'investissement autonome mais concertée et non concurrente, imitant les doublons, favorisant l'intégration des structures et des équipes et permettant d'accéder collectivement aux innovations.
- Proposition 11 :** S'accorder sur une gestion prévisionnelle des emplois et compétences au niveau du groupement hospitalier de territoire et sur les conditions de recrutement, notamment des métiers en tension.
- Proposition 12 :** Mettre en place des règles comptables incitant à la coopération.
- Proposition 13 :** Constituer des équipes chirurgicales de territoire organisées par spécialité.
- Proposition 14 :** Mettre en place une organisation graduée des plateaux techniques chirurgicaux et interventionnels en 3 à 4 niveaux : offre de proximité non interventionnelle, plateaux techniques de proximité, plateaux de recours, centre de haute technicité et/ou de référence des prises en charge complexes.
- Proposition 15 :** L'offre de proximité est le socle de l'organisation chirurgicale, elle doit garantir l'accessibilité et l'égalité des chances quelle que soit la porte d'entrée dans le groupement hospitalier de territoire et assurer une interface de confiance avec les professionnels de ville. Elle contribue au désengorgement des plateaux de recours et favorisent des prises en charge de qualité dans des délais maîtrisés.
- Proposition 16 :** L'offre de recours doit être pensée en complémentarité avec le CHU lorsque celui-ci n'est pas partie du groupement.
- Proposition 17 :** Ne pas dissocier organisation des plateaux techniques et organisation de la permanence et de la continuité des soins, dans la définition de la répartition des activités selon les sites.

**Proposition 18 :** Développer une stratégie pour la chirurgie ambulatoire pour chacun des sites et pour l'ensemble du groupement. Notamment, ne pas commettre l'erreur de confondre chirurgie ambulatoire et « petite » chirurgie et de succomber à la tentation de laisser de petites UCA isolées dans les sites de périphérie. L'ambulatoire sera un mode de prise en charge sur lequel la concurrence sera frontale avec les établissements privés commerciaux, et justifiant la réflexion au cas par cas de la création de centres de chirurgie ambulatoire autonomes.

**Proposition 19 :** Associer à la réorganisation des plateaux techniques, une réorganisation de l'offre d'hébergement tenant compte des besoins en nursing des patients.

**Proposition 20 :** Organiser des relations stables et de confiance avec les correspondants de ville, notamment en les associant à la construction du projet, en rendant l'offre de chirurgie lisible et en étant aisément joignables par téléphone et messagerie électronique.

**Proposition 21 :** En complémentarité de l'action des chirurgiens et anesthésistes, développer les métiers intermédiaires qui permettent de fluidifier les interfaces, au service du parcours du patient.

**Proposition 22 :** Être partie prenante des communautés professionnelles de territoire.

**Proposition 23 :** La communication doit s'appuyer sur des moyens simples et chaque praticien doit avoir un DECT, un téléphone portable, un système léger de visioconférence et une messagerie sécurisée.

**Proposition 24 :** Compte tenu du caractère structurant des déplacements des personnes et de la contrainte forte que fait peser l'assurance maladie sur les transports, la réflexion sur les modes de transports alternatifs, et notamment collectifs, mérite de faire l'objet d'un travail spécifique, sans exclure l'internalisation.

**Proposition 25 :** Utiliser tous les leviers, notamment statutaires (prime multisites, prime de territoire, postes partagés, fédérations médicales...), favorisant le travail multisites et la mobilité.

**Proposition 26 :** Ne pas faire peser la contrainte du multisite sur une catégorie de praticiens (les jeunes, les derniers recrutés...) et partager les opportunités.

**Proposition 27 :** Proposer à chaque praticien un projet professionnel valorisant ses savoir-faire et expertises, développant ses compétences et favorisant sa contribution au projet de chirurgie du GHT.

**Proposition 28 :** Reconnaître la place prépondérante de l'organisation par spécialité médicale au sein des GHT et simplifier ses interfaces avec les structures de management pré existantes (pôles et directions) et les autres spécialités.

**Proposition 29 :** Développer les compétences managériales et de leadership des professionnels en responsabilité en évitant de concentrer les très nombreuses responsabilités sur trop peu d'individus.

**Proposition 30 :** Développer un projet d'enseignement et de formation par équipe territoriale, pour homogénéiser les pratiques, pour assurer le maintien et le développement des compétences, et pour assurer la formation des futurs médecins, en lien avec le CHU si celui-ci n'est pas partie du groupement.

**Proposition 31 :** Identifier sur chaque site et pour chaque professionnel un correspondant administratif et un correspondant soignant dont la responsabilité est d'accueillir le chirurgien et de faciliter son exercice en le déchargeant de toute contrainte inutile.

## Synthèse réalisée par

Maxime CAUTERMANN

Directeur Médical Fédération Hospitalière de France (FHF)