RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DE LA CHIRURGIE

De nombreux travaux et rapports effectués ces dernières années soulignent les difficultés que connaît aujourd'hui la chirurgie française. Les causes sont multiples et clairement identifiées.
Le Conseil National de la Chirurgie (CNC) mis en place par Philippe DOUSTE BLAZY, ministre de la santé, le 17 Juin 2004 a travaillé pendant une année pour répondre aux inquiétudes des chirurgiens français et aux problèmes de santé publique. Aujourd'hui, le CNC est en mesure de présenter ses recommandations.
Elles ont comme objectif essentiel **de redonner de l'attractivité à la chirurgie.**

I. ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOIN

Principes généraux

La revalorisation chirurgicale doit concerner aussi bien la chirurgie privée que la chirurgie publique**. La chirurgie est une et indivisible**.

L'organisation de la chirurgie est déséquilibrée : la chirurgie réglée est assurée majoritairement dans les établissements privés et la chirurgie d'urgence, majoritairement dans les établissements publics. Les performances chirurgicales et les exigences de qualité supposent que pour la plupart des spécialités, chirurgie réglée et chirurgie d'urgence ne soient pas dissociées.

Depuis la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation, l'offre de soin a été réorganisée. **Cette réorganisation a concerné d'avantage les établissements de soin privés que publics.** L'accélération des restructurations dans les hôpitaux publics impose **la fermeture des services de chirurgie** dans les établissements qui n'ont pas atteint un seuil critique d'activité et un niveau de qualité suffisants, en dehors de situations géographiques exceptionnelles liées à une justification sanitaire.
Cela suppose **une reconversion des lits de chirurgie en lits de soin de suite et de lits pour les personnes âgées.** Cela suppose l'élaboration d'un schéma de prise en charge chirurgicale des malades issus des bassins sanitaires concernés.
Ces restructurations doivent se faire sur **la base de complémentarités** et éviter les redondances. Il est inutile de maintenir l'offre de soin en chirurgie dans un établissement public si les besoins de la population sont couverts par un établissement privé au sein d'un même territoire, et vice ver ça.
Le Conseil National de la Chirurgie demande que ces recommandations soient intégrées dans les SROSS chirurgie.

Organisation des plateaux techniques

1. Le plateau technique est le cœur autour duquel s'organise l'activité hospitalière
2. Le niveau du plateau technique définit le niveau de la chirurgie qui y est réalisée
3. La dispersion des blocs opératoires est source d'inefficacité
4. Le seuil minimum d'activité d'un bloc opératoire est de 2000 interventions par an, couvrant un bassin de population de 50 000 habitants. Ce seuil doit être la règle en dehors de certaines conditions géographiques et de quelques rares sur-spécialités.

5. Les plateaux techniques doivent répondre aux exigences technologiques définies par les spécialités qui y sont exercées, en particulier pour ce qui concerne l'imagerie interventionnelle.
6. l'organisation et le fonctionnement des blocs opératoires doit être placé sous l'autorité fonctionnelle d'un « manager de santé »* indépendant de la hiérarchie infirmière et médicale.

Organisation de l'urgence, des gardes et astreintes

La chirurgie d'urgence impose un regroupement des chirurgiens par spécialité dans un bassin de santé donné, sur des plateaux techniques communs dans le cadre de Groupements de Coopération Sanitaire.
Il appartient à chaque spécialité de définir le nombre minimum de chirurgiens nécessaires par plateau technique pour assurer l'activité d'urgence.**
La complémentarité des chirurgiens publics et privés sur un même plateau technique est une meilleure réponse à l'organisation de la permanence des soins en chirurgie, qu'une nomination de Praticiens Hospitaliers publics supplémentaires.
Tous les chirurgiens doivent participer à l'activité de gardes et astreintes.
L'activité des gardes et astreintes doit être rémunérée. La rémunération des gardes et astreintes chirurgicales publiques et privées doivent être uniformisées.

II. FORMATION CHIRURGICALE

Formation initiale

1. Le concept de **chirurgie générale est abandonné** au profit de la reconnaissance de 10 disciplines chirurgicales

2. La 1ère année de chirurgie (PAC) est commune à toutes les disciplines chirurgicales qui organisent un enseignement théorique fondamental commun et obligatoire. ***La PAC est effectuée exclusivement dans les hôpitaux universitaires. Cette première année est sanctionnée par un contrôle des connaissances qui donne droit à inscription dans une des 10 disciplines chirurgicales (DES).****

3. Un droit au remord permet de réintégrer les disciplines médicales à l'issue de la PAC.

4. Le DES est d'une durée de 5 ans (incluant la PAC). Les stages seront effectués dans les hôpitaux publics universitaires ou non, les hôpitaux PSPH, les établissements privés. La listes des services ou équipes agréés sera établie par le coordonnateur régional du DES et régulièrement réévaluée.

5. Un droit au remord chirurgical est autorisé à l'issue de la première année du DES.
6. Certains DES donnent droit à exercice (ORL, Ophtalmologie, Gynécologie, Stomatologie)
7. Pour toutes les autres spécialités chirurgicales, la validation obligatoire du DESC suppose un post-internat de 2 ans minimum par DESC.
8. La validation des DESC comporte une évaluation théorique et pratique des chirurgiens

Formation technique des chirurgiens

A la formation théorique doit être associée une formation technique des gestes chirurgicaux. Cela suppose une intensification de la formation à l'anatomie chirurgicale, ainsi qu'à l'imagerie médicale.
Les séances de dissection sur le cadavre doivent être remplacées par des « trainings sur animal » ou des entraînements sur simulateurs de plus en plus performants et préfiguration de la formation chirurgicale de demain. La formation chirurgicale doit permettre de renouer avec le concept « **d'école de chirurgie** » telle qu'elle existait au siècle passé.

Régulation des effectifs en chirurgie

Le nombre d'internes en chirurgie doit être défini en fonction des besoins prévisionnels de la population, répartie par bassins sanitaires et variable selon les spécialités. Cette définition doit être déconnectée du problème du fonctionnement des services universitaires de chirurgie.

Le nombre d'internes relève de l'évaluation prospective effectuée conjointement par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, le Conseil National de la Chirurgie et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Intégration des chirurgiens à diplôme étranger

Pour les chirurgiens communautaires, le droit à exercice ne doit pas exclure une évaluation des compétences des candidats (european Board) tant au plan théorique que pratique.
Pour les chirurgiens à diplôme extracommunautaire :

- leur nombre doit être régulé selon le principe des quotas, évalués, discipline par discipline
- les connaissances doivent être évaluées tant au plan médical que linguistique
- la formation doit être assurée au travers des stages hospitaliers superposables à ceux des chirurgiens français (sur des postes de chirurgiens à titre étranger)

Formation continue

Actuellement, la formation continue est organisée par l'industrie médicale et pharmaceutique avec trop souvent une finalité commerciale. La FMC devrait être assurée par des professionnels, spécialité par spécialité et soumise à une évaluation. Cela suppose des moyens matériels spécifiques à la chirurgie et clairement identifiés.
La collaboration avec l'industrie médiale devrait principalement se focaliser sur l'apprentissage des nouvelles technologies.

Les carrières chirurgicales

1. ***modifier le statut des chirurgiens***

   A la notion de Praticien Hospitalier (PH), il faut substituer le titre de « chirurgien des hôpitaux ».
   La mission de soin doit être revalorisée. Elle doit être différenciée des missions d'enseignement et/ou de recherche qui doivent être contractualisées et accessibles à tous les chirurgiens publics et privés sur la base du volontariat et de la compétence, encadrés par un cahier des charges.

2. ***Redonner de l'attractivité aux carrières hospitalo-universitaires***

Le parcours des futurs chirurgiens hospitalo-universitaires est trop contraignant et trop éloigné du métier de chirurgien. Les DEA doivent être résolument chirurgicaux et on ne peut plus cautionner le fait que les chirurgiens deviennent les « petites mains » des laboratoires des grands organismes de recherche.
Le statut de PÜ-PH doit être maintenu. La titularisation ne devrait pas être immédiate mais devrait faire suite au statut de professeur associé non titulaire.

3. ***Favoriser l'évolutivité des carrières***

Des **passerelles** entre secteur public et secteur privé, entre chirurgiens universitaires et non universitaires doivent être **imaginées**.
Tout au long de sa carrière, un chirurgien doit pouvoir bénéficier d'une évolution du curseur entre les 4 missions fondamentales que sont le soin, l'enseignement, la recherche et les taches administratives.
Le consultanat des hôpitaux universitaires est une mauvais réponse à l'absence de retraite sur les émoluments hospitaliers. **Ce problème doit être solutionné**.

III. LA REMUNERATION DES CHIRURGIENS

Les 2 modes de rémunération des chirurgiens publics et privés montrent aujourd'hui leurs limites :

- la rémunération forfaitaire du secteur public sur la base d'un salaire n'est pas incitative et est responsable de sous activité.
- La rémunération à l'acte du secteur privé peut conduire à une sur activité, d'autant plus que les actes sont sous payés par rapport aux barèmes européens.
- Le mode de rémunération idéal devrait correspondre à un mixage des 2 systèmes, associant une rémunération forfaitaire fixe et une rémunération variable proportionnelle à l'activité.
- Pour les non universitaires, les activités d'enseignement et/ou de recherche doivent être rémunérées sur la base du contrat.
- Les charges administratives des hôpitaux publics doivent donner lieu à rémunération.

Dans l'immédiat, la revalorisation de la chirurgie, reconnue et admise par tous, pouvoirs publics et représentation syndicale a donné lieu à la signature d'accords.
Les accords du 24 août 2004 et du 2 septembre 2004 doivent être respectés. Les difficultés de la mise en place de la CCAM dans sa version V2 et les nombreuses erreurs devraient inciter à différer sa mise en application et ouvrir une période transitoire d'évaluation pendant laquelle les chirurgiens libéraux seront payés sur la base des accords, c'est-à-dire la NGAP majorée de 25%.

III EVALUATION DES PRATIQUES ET JUDICIARISATION

1 .Gestion du risque :

Des procédures d'assurance qualité doivent être mises en place, selon les méthodes utilisées dans l'industrie ou durant les périodes d'accréditation.

Les chirurgiens doivent s'engager dans une **politique de gestion du risque**. Les résultats fonctionnels, des infections nosocomiales et/ou du site opératoire, la morbi mortalité doivent donner lieu à publication, établissement par établissement et chirurgien par chirurgien.
Les sociétés savantes doivent, en rapport avec la Haute Autorité de Santé élaborer des référentiels qui devront progressivement être rendus opposables.
A l'accréditation des établissements de santé doit se mettre en place une certification chirurgicale dont il faut organiser les modalités et les modes d'évaluation.
La mise sur le marché de nouvelles procédures chirurgicales ou de nouvelles technologies doivent donner lieu à évaluation comme cela a été mis en place dans la politique du médicament au travers des AMM.

2. Assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP)

L'explosion des primes d'assurance au cours de 4 dernières années a conduit à un déséquilibre entre les honoraires chirurgicaux et les primes d'assurances en RCP.
Seule une meilleure gestion du risque permettra de contenir cette évolution vers une judiciarisation croissante, comme l'on fait certaines spécialités (l'anesthésie)
La dérégulation du marché de la RCP chirurgicale aujourd'hui tenu par des compagnies étrangères est source d'insécurité et constitue une menace pour la profession. Les pouvoirs publics doivent se positionner en arbitre entre assureurs et professionnels.

3. Evaluation en chirurgie et contrôle de la compétence chirurgicale

Les chirurgiens doivent être évalués tout au long de leur vie professionnelle. A une autoévaluation permettant un suivi des performances doit être mise en place une évaluation quantitative et qualitative des activités, tant sur le plan médical que médico-économique.
Les nouvelles technologies doivent être évaluées avant mise en circulation. La mise en route des nouvelles technologies comportera 3 phases : d'expérimentation, d'évaluation et de diffusion.
Une collaboration étroite avec l'industrie médicale apparaît indispensable.

IV LE NOUVEAU METIER DE CHIRURGIEN

Le métier de chirurgien est en pleine mutation.
Mutation technologique
La chirurgie cardiaque est en train de disparaître au profit de la cardiologie interventionnelle. La chirurgie vasculaire se développe plus au travers de la chirurgie endo-vasculaire que des techniques traditionnelles. La neurochirurgie bénéficie de l'assistance informatique et de l'imagerie médicale, l'orthopédie de la robotique, la chirurgie digestive du développement de la laparoscopie.
Toutes les disciplines sont concernées par cette mutation technologique qui fait du chirurgien de demain, un médecin de haute technicité, performant en imagerie médicale et en balistique opératoire.

Mutation sociologique
Les impératifs réglementaires (directive européennes sur le temps de travail, repos de sécurité….), les aspirations des jeunes générations de chirurgiens conduisent à imaginer un autre mode d'exercice de la chirurgie tant publique que privée.

Le travail en équipe doit devenir la règle autour de plateaux techniques regroupés, moins nombreux et plus performants.
Les pôles d'urgence doivent être regroupés, fortement dotés en personnel chirurgical, au travers de coopérations publiques et privées afin d'assurer au chirurgien une vie personnelle à coté de la vie professionnelle.

Mettre en place une campagne de promotion de la chirurgie :

Une véritable campagne de découverte des métiers de la chirurgie doit être organisée :
Spots publicitaires à la télévision
Actions au niveau des collèges et lycées
Actions durant le 2éme cycle des études médicales en vue de transmettre une image positive de la chirurgie aux étudiants hospitaliers.

Organiser une campagne d'information sur la chirurgie d'aujourd'hui

Conférences « grand public »
Actions médiatiques « journées portes ouvertes »
Journées nationales de la chirurgie animées par des professionnels.

V. L'EQUIPE OPERATOIRE

1. Composition de l'équipe opératoire

Elle est constituée de deux cercles de personnes qui interviennent et participent au fonctionnement du bloc opératoire

Le premier cercle :
Il est constitué par le trio chirurgien, anesthésiste et infirmières, qu'il s'agisse des infirmières diplômées d'état (IDE), de bloc opératoire (IBODES), d'anesthésie (IADE). Dans les hôpitaux universitaires, les internes en formation appartiennent au premier cercle.

Le deuxième cercle :
Il est représenté par les aides soignantes, les brancardiers, les coursiers, le personnel de réanimation ou de soins intensifs et des services, l'anatomopathologie.
Il faut y rattacher le personnel de stérilisation qui peut être intérieur ou extérieur au bloc opératoire.

2. les principes de fonctionnement

Les moyens humains doivent être alloués en fonction de l'activité réelle des blocs opératoires et non en fonction du nombre de salles d'opération.

Une meilleure rationalisation doit être mise en place dans la répartition des équipes médicales entre chirurgiens et anesthésistes. Ainsi, on peut constater que 2/3 de l'activité chirurgicale est assurée par les établissements privés et que 2/3 des effectifs médicaux de l'anesthésie sont dans les hôpitaux publics.
Les internes sont des personnels en formation qui ne devraient pas être comptabilisés dans le calcul des ressources humaines des équipes opératoires.

Il en est de même pour les IADES : il y a 6500 IADES dans les hôpitaux publics et 600 dans les établissements privés.
Les IBODES doivent être revalorisées. Les nouvelles bonifications indiciaires sont insuffisantes et peu mobilisatrices.

Les textes réglementaires ne doivent pas nuire au fonctionnement des blocs opératoires.

3. L'organisation : le constat

Le bloc opératoire doit être considéré comme une structure de production d'actes techniques. Une mauvaise organisation est préjudiciable à l'efficacité de tous les acteurs et source de dysfonctionnements graves. La mise en place de la T2A impose de modifier le fonctionnement des blocs opératoires notamment dans les établissements publics.
Une programmation insuffisante, la perte de temps entre les interventions par manque de coordination sont source d'allongements excessifs des temps opératoires. Il faut y ajouter le temps de formation des internes dans les établissements universitaires.
Une démarche qualité doit accompagner tout acte opératoire.

4. Les propositions

La programmation

Elle est réglementairement obligatoire. Une réunion de programmation hebdomadaire doit permettre d'établir le programme opératoire, en précisant le nom des opérateurs, des anesthésistes, les personnels et le matériel nécessaires, la durée prévisionnelle de l'intervention, la structure d'accueil post-opératoire, unité de soin, de soins intensifs ou de réanimation.

Une bonne programmation doit conduire à une modélisation informatique des activités.

La coordination

Elle est la clé du bon fonctionnement des blocs opératoires. Elle doit être assurée par un « **manager de bloc** » qui doit assurer la coordination, la synchronisation de l'action de tous les intervenants en vue d'une plus grande efficacité.
Il s'agit d'un nouveaux métier, inspiré des méthodes en vigueur dans le secteur industriel.
Ce manager appuiera son action sur la charte du bloc opératoire et doit veiller à son respect.
Ce manager doit avoir autorité sur tous les acteurs, chirurgiens, anesthésistes et personnel para médical. Il doit être indépendant du pouvoir médical, chirurgical ou infirmier. Son référent hiérarchique est le responsable du Pôle d'activité.
Véritable chef d'orchestre du bloc opératoire, ce manager doit savoir anticiper les gestes de tous les acteurs en vue d'une efficacité harmonieuse du fonctionnement.
L'évaluation du fonctionnement de l'activité du bloc doit faire l'objet d'une présentation mensuelle au cours du conseil de bloc.

La salle de pré-anesthésie doit permettre une meilleure synchronisation. Elle doit être utilisée pour conditionner et endormir les malades, véritable pendant de la salle de réveil.

Un technicien ou ingénieur bio-médical. La haute technicité des blocs opératoire justifie la présence d'une personne maîtrisant toutes les technologies utilisées sur les plateaux techniques. L'avènement de la robotique ne va qu'accentuer ce besoin.

Le transfert des compétences

Le transfert des compétences est un moyen de professionnaliser tout en rationalisant les moyens humains du bloc opératoire.
Les IBODES doivent pouvoir réaliser certains gestes techniques définis en relation avec les organisations professionnelles chirurgicales. Il s'agit par exemple de certains gestes comme la fermeture ou l'ouverture des parois, la mise en place de sondes, de drains….
Les IADES doivent pouvoir réaliser certains types d'anesthésie chez des malades ASA 1.

Il ne peut pas y avoir de fonctionnement harmonieux et efficace des blocs opératoires sans un respect mutuel des acteurs et une volonté affichée de travailler ensemble pour la meilleure qualité des soins.