

SYNTHESE

La chirurgie est l'un des principaux atouts de l'AP-HP, indispensable à son rayonnement scientifique et un levier économique important pour le retour à l'équilibre financier. Par le passé, la contribution des chirurgiens à l'élaboration des restructurations a été faible, en grande partie du fait d'une dispersion rendant inaudibles nos messages et d'un individualisme excessif, parfois instrumentalisé.

Le Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris vient de modifier en profondeur ses structures en réunifiant toutes les spécialités chirurgicales. Après six mois de fonctionnement, la diversité de nos spécialités s'est révélée une force nous permettant déjà de conclure que les difficultés et les préoccupations de nos différentes thématiques sont très proches. Dans de nombreux domaines, les analyses et les demandes de toutes les thématiques chirurgicales seront homogènes.

Nous avons souhaité participer activement à la préparation du projet médical 2015-2019 de l'AP-HP. Nous avons demandé à chaque collégiale une contribution et tous ces textes sont fournis dans la seconde partie du présent document. Le texte de la chirurgie générale et digestive est plus développé car il contient de nombreuses références législatives qui sont communes à toutes les spécialités et qui n'auront été cités qu'une seule fois.

Un système concurrentiel...

La chirurgie évolue dans un système concurrentiel qui s'est récemment accentué sauf pour certaines activités « captives » (neurochirurgie, transplantations, tumeurs de l'enfant...). Cette concurrence est également minime pour les patients lourds avec de nombreuses comorbidités, des durées moyennes de séjour longues et des surcoûts thérapeutiques non pris en compte par nos codifications (ce qui est un sujet de recherche et de préoccupation important pour l'AP-HP). La majorité de nos autres activités affronte un système concurrentiel structuré : Centres de lutte contre le cancer (CLCC), Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), Établissements publics de santé (EPS), Établissements privés à but lucratif. La principale concurrence est différente suivant les secteurs d'activité. Par exemple pour la cancérologie, nos concurrents sont l'hospitalisation privée et les CLCC. : l'AP-HP ne groupe que 37 % des séjours cancers d'Île-de-France. Les établissements publics de santé doivent plutôt apparaître comme des partenaires d'une politique régionale. Des décisions stratégiques s'imposent très rapidement pour définir les parts de marché à tenter de récupérer de manière prioritaire. Il sera impossible d'aller dans toutes les directions et des choix s'imposent. Doit-on investir en priorité dans le dépistage ? dans le diagnostic ? doit-on tenter de récupérer le cancer du sein ? doit-on augmenter l'emprise de l'AP-HP sur les cancers digestifs ? doit-on tenter de récupérer l'endoscopie

interventionnelle, la cardiologie interventionnelle, la chirurgie esthétique... ?

Cette attractivité (pour ne pas parler de quête de parts de marché) doit s'intégrer dans une politique régionale afin de ne pas mettre en difficulté, par aspiration de malades, les établissements publics de santé et de structurer avec eux le recours vers les hôpitaux de l'AP-HP. Nous allons nous investir dans cette politique régionale. Plusieurs succès avec une méthodologie reproductible sont déjà exploitables : convention entre le GH HUPS et l'hôpital de Melun ; organisation de la chirurgie pédiatrique avec maillage de l'Île-de-France en quatre réseaux, dont les centres de recours sont les services de l'AP-HP.

Le danger principal vient certainement des ESPIC qui ont des marges de manœuvre financières identiques à l'hospitalisation privée mais avec une image de service public. Ils attirent actuellement de nombreux médecins et de nombreuses infirmières entraînant inéluctablement des augmentations d'activité.

Accueil, délais d'attente, lisibilité, critères de qualité

Pour être concurrentielles, les spécialités chirurgicales de notre institution doivent montrer leurs qualités techniques humaines et scientifiques. Nous avons prouvé que dans ces domaines nous étions performants, mais tous soulignent que ceci est devenu insuffisant. Nous devons être plus performants dans l'accueil, les délais d'attente et la lisibilité, domaines qui devront être abordés par le plan stratégique.

L'accueil doit impérativement s'améliorer, ce qui a largement été fait chez nos concurrents. Cet accueil au sens large implique tout d'abord de meilleures conditions hôtelières. À l'évidence, dans le contexte économique, la programmation de nouveaux bâtiments est difficile (exemple du bâtiment de « la Hauteur » à La Pitié). Nous proposons donc une humanisation de « qualité » de nos bâtiments anciens qui, pour beaucoup d'entre eux, sont utilisables pour ce type de projets. Plusieurs exemples de ce type d'humanisation sont visibles avec des évaluations financières assez précises : pour 10 à 12 lits, une rénovation haut de gamme bien pensée peut être réalisée pour environ 800 k€. Des programmes étalés sur le prochain plan stratégique s'imposent, permettant, nous l'espérons, des améliorations très spectaculaires.

Il faut en rapprocher une amélioration de l'accueil téléphonique qui doit être personnalisé (pas de *call center*) et de l'accueil physique des patients. Cela est plus simple, mais impose également un investissement en personnel entraîné à ce type d'activité comme chez nos concurrents.

Une politique des délais d'attente réduits dans toutes les disciplines s'impose. Un travail a déjà été fait sur la cancérologie par le Comité Cancer. Il doit s'étendre à toutes les thématiques.

Il est également essentiel d'augmenter la **lisibilité de l'offre de soins** en chirurgie par tous les moyens de communication actuellement disponibles

et en particulier des sites web conviviaux. Cet effort ne pourra pas être réalisé par les seuls services de chirurgie sans une volonté du Siège. L'augmentation de cette lisibilité nous obligera à créer et à mettre en œuvre des **critères de qualité** qui deviendront visibles. C'est un effort qui reviendra en grande partie aux unités chirurgicales et à leurs responsables. Nous devons être capables de donner au grand public nos résultats de mortalité et de morbidité. Ces systèmes d'évaluation devront cependant être travaillés entre le Siège et le Syndicat des chirurgiens. Un excellent exemple est celui donné par l'Agence de la biomédecine pour les transplantations : l'Agence publie chaque année des résultats de survie des patients et des greffons ; ces résultats sont donnés par équipe et doivent faire partie de la réflexion sur d'éventuels regroupements d'équipes de greffes en plus des simples données quantitatives d'activité.

Accès aux plateaux médico-techniques, blocs opératoires, rapports avec les départements d'anesthésie-réanimation (DAR), unités de soins intensifs (USI) et unités de surveillance continue (USC)

L'efficacité qualitative et quantitative des unités chirurgicales est une analyse complexe car elle repose également largement sur l'environnement : accès aux plateaux médico-techniques, organisation des blocs opératoires, accès aux USI et aux USC, rapports avec les DAR.

- L'accès aux plateaux médico-techniques est un point essentiel mais variable suivant les thématiques. Des réseaux bien structurés peuvent remplacer le regroupement de ces plateaux techniques sur le site, mais ces données doivent faire partie de l'analyse de tout projet de restructuration.
- Les blocs opératoires, leur nombre et leur fonctionnement conditionnent l'évolution de l'activité chirurgicale à l'AP-HP. Un groupe de travail fonctionne actuellement sur cette thématique. Le Syndicat réunifié des chirurgiens souhaite cependant insister sur 4 points consensuels.
 1. Le regroupement des blocs opératoires doit obligatoirement tenir compte de nos différentes spécificités pour l'architecture des salles d'opération, sur la formation du personnel paramédical, pour la spécificité des instrumentations et des techniques utilisées. Certaines salles d'opération peuvent être mutualisées pour des activités moins spécialisées, mais les blocs opératoires communs doivent fonctionner avec des zones thématiques clairement identifiées.
 2. La participation des responsables chirurgicaux au fonctionnement et à la planification du bloc opératoire est obligatoire. De nombreux éléments sur la durée opératoire et sur les besoins nécessaires à chaque intervention dépendent de la connaissance des patients, des techniques proposées et de leurs évolutions.

3. Le nombre de blocs opératoires à l'AP-HP est insuffisant et dans de nombreux hôpitaux, la construction de blocs supplémentaires s'impose. Des évolutions techniques majeures permettent actuellement la construction rapide de blocs opératoires avec des coûts plus faibles que par le passé et des résultats d'excellente qualité. Une notion essentielle doit être rapprochée de ces données : un bloc opératoire inutilisé n'est pas un facteur négatif si ce bloc est vide sans immobilisation de personnel médical et paramédical.
 4. La chirurgie ambulatoire *stricto sensu* peut être efficace et acceptée à la fois par les patients et le personnel soignant ; elle doit suivre un chemin clinique identifié impliquant, entre autre, des salles d'opérations dédiées.
- La démographie de l'anesthésie est un sujet de préoccupation majeure et dans de nombreux cas un frein à l'activité. Comme pour les chirurgiens, l'attrait des ESPIC est un danger important de fuite de personnel médical. L'analyse des remèdes sera faite par d'autres collégiales, mais soulignons l'importance de promouvoir plus que par le passé avec les DAR la multidisciplinarité qui s'est imposée dans d'autres disciplines (cancérologie par exemple).
 - L'accès pour les services de chirurgie aux services de réanimation, à des USI et à des USC est un sujet majeur pour les activités les plus lourdes. Les comorbidités croissantes des malades pris en charge font de cet accès un point crucial du fonctionnement des services. Les USI et USC doivent fonctionner pour une partie comme l'aval des réanimations, mais elles s'imposent aussi dans le fonctionnement de l'activité opératoire pour des patients souffrant d'une seule défaillance d'organe ou avec des défaillances d'organes potentielles ne nécessitant pas l'hospitalisation en réanimation. Une réflexion s'impose sur la prise en compte de ces deux impératifs, parfois contradictoires aux seins de ces unités. C'est une vision moderne où l'AP-HP peut encore être pionnière. Dans ces unités, le pouvoir décisionnel des chirurgiens doit être à la hauteur de leur responsabilité vis-à-vis des malades qu'ils prennent en charge.

Innovation thérapeutique imposant des investissements lourds : robot, imagerie, salles hydrides

Chaque collégiale a développé au sein de sa spécialité les investissements lourds nécessaires pour maintenir un niveau d'excellence face à la concurrence.

Nous avons longuement débattu de l'utilité de mettre en place dans chaque thématique des robots actuellement commercialisés aux États-Unis par une seule firme qui a le monopole du marché (DA VINCI®, *Intuitive Surgical*).

L'utilisation du robot en urologie a pris une place importante en particulier dans le traitement des tumeurs du rein et de la prostate. Cette évolution

semble irréversible, mais quelques publications donnent encore des avis discordants. Dans les autres spécialités, nous avons conclu à l'importance de positionner l'AP-HP dans l'évaluation de leur place (chirurgie du tube digestif, gynécologie, chirurgie hépatique, chirurgie infantile, chirurgie thoracique). La diffusion de ces robots ne doit pas être aveugle, pour répondre à un effet de mode ou à une obligation de concurrence. Dans plusieurs disciplines, les premières publications sont contradictoires. Nous concluons donc à une diffusion indispensable (formation, innovation, recherche) mais réfléchi sur des projets de recherche dans des cellules d'évaluation.

Les autres progrès techniques, largement développés dans le secteur concurrentiel, doivent faire partie de la réflexion : appel de l'imagerie en salle d'opération ; acquisition HD, 2D, 3D ; salles hybrides permettant de coupler chirurgie, endoscopie et radiologie interventionnelle.

Volume de l'offre de soins

Nous avons mené une réflexion sur l'offre de soins, en particulier le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle (HC) et d'hospitalisation de jour (HdJ). Nous concluons qu'il serait risqué de diminuer le nombre de lits pour faire face à la concurrence. Par contre, des regroupements s'imposent obligatoirement mais ils doivent être bien réfléchis. Ils doivent permettre, à moyens constants, d'augmenter l'activité. Mal étudiés, ces regroupements peuvent donner à court terme une impression d'économie, mais à distance, une diminution de la rentabilité par une baisse d'activité. Les regroupements doivent obligatoirement se baser sur des données chiffrées d'activité et des seuils doivent être proposés en interne à l'AP-HP pour guider nos projets. Notons que les quantitatifs doivent être adossés des résultats qualitatifs (plus difficiles à obtenir). En modélisant cette réflexion, nous aboutissons à la conclusion évidente de lutter contre le morcellement de l'activité, mais aussi de ne pas privilégier le regroupement d'équipes à grosses activités car ce schéma est source de fuite de patients vers nos concurrents.

Il faut rapprocher de cette réflexion une évolution commune à toutes les spécialités et rapportée par toutes les collégiales : une surspécialisation s'impose avec des métiers qui deviennent progressivement très différents et qui imposent une évolution des structures. Par exemple, pour la gynécologie-obstétrique, il existe trois surspécialités, maternité, cancer du sein et gynécologie chirurgicale ; pour la chirurgie digestive, autonomisation progressive de la chirurgie hépato-bilio-pancréatique avec ou sans transplantation et de la chirurgie du tube digestif, en particulier colo-rectale. Nous retrouvons facilement de nombreux autres exemples dans les annexes. Cette surspécialisation doit obligatoirement guider les regroupements et les restructurations, à nouveau orientés par les notions de seuils, quantitatif et qualitatif. Une 2^e option reste ouverte : ces différentes thématiques au sein d'une spécialité chirurgicale doivent-elles rester groupées ou peuvent-elles progressivement s'individualiser sur des sites différents ? Les deux schémas semblent possibles avec une bonne efficacité. Les volumes d'activité, qualitatif et quantitatif, doivent primer.

Territorialité

Les volumes seuil d'activité (en cancérologie chirurgicale par exemple) rendent nécessaire la constitution de conventions entre établissements pour maintenir un accès aux soins, notamment de recours, à l'ensemble de la population de la région. Cela implique donc l'ouverture de l'AP-HP sur les EPS selon des territoires, avec signatures de conventions pour chacun des sites AP-HP.

Ce réseau de compétences doit utiliser deux canaux :

- technique, par la télémedecine (réseaux d'images, vidéoconférences) ;
- humain, les conventions entre établissements doivent permettre le partage d'ETP médicaux entre les sites ; ces échanges, dont certains existent déjà, dans les deux sens permettraient aux EPS un accès à nos plateaux médico-techniques et à nos réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), par exemple, tandis que certains de nos praticiens se déplaceraient sur site.

Un intérêt immédiat est une prise des parts de marché par nos établissements sur le secteur concurrentiel (ESPIC, CLCC, et privé). Par ailleurs, cela permettrait de s'adapter aux changements de la démographie des assistants de chirurgie induits par la réforme du 3^e cycle des études médicales (2016) instituant un internat de 4 ans et un post-internat de 2 ans, et restreignant les postes de chefs de clinique-assistants aux seuls titulaires d'un M2 s'engageant dans une carrière HU. Nombre d'assistants ne resteront donc pas en CHU. Malgré tout, l'attractivité du secteur public dans certaines disciplines reste importante (par exemple, 78 % des internes de chirurgie digestive envisagent une carrière en EPS, dont 10 % une carrière en CHU). Malheureusement, nombre de postes d'assistants et de titulaires de ces EPS sont occupés par des médecins formés en dehors de France, voire hors UE. Des assistanats partagés entre AP-HP et EPS fourniraient l'occasion de tisser des liens pérennes, ces assistants issus du système français réinvestissant ces EPS comme futurs titulaires.

Recherche clinique et translationnelle

Le développement de la recherche clinique et translationnelle est l'un des enjeux majeurs de l'évolution de la chirurgie à l'AP-HP. C'est une réflexion qui doit s'imposer pour toute restructuration. Nous avons un important retard dans la création de cohortes et de bases de données articulées avec la biologie et l'anatomie pathologique. C'est un sujet prioritaire, mais qui impose des moyens techniques et des moyens humains (TEC, ARC) qui manquent à la majorité des services de chirurgie. À l'évidence, des regroupements d'activité permettront de mieux lutter contre ce retard.

Restructurations

Pour l'instant, nous n'entrerons pas dans le détail des regroupements et des restructurations actuellement possibles en chirurgie à l'AP-HP. Les quelques données que nous venons d'énoncer, et qui étaient

consensuelles au niveau du Syndicat des chirurgiens, permettent cependant pour chacun des projets envisagés de lister les réponses qu'il tente de donner aux impératifs énoncés.

Concluons sur deux notions importantes.

- Les hommes et la répartition géographique – le Syndicat des chirurgiens insiste sur une notion qui, par le passé, n'a pas été suffisamment prise en compte : les meilleurs projets de restructuration et de rassemblement impliqueront des équipes qui souhaitent travailler ensemble et idéalement, qui auront formulé leur projet.

La seconde, plus complexe, est la répartition géographique des regroupements au sein de l'AP-HP et en fonction des bassins de population : un nouveau découpage plus large que celui des GH s'imposera peut être en fonction d'une intensification de la politique territoriale.