Contribution des collégiales au projet médical 2021-2025 de l'APHP

Nom de la spécialité : chirurgie viscérale et digestive

Principaux rédacteurs : Pr Yann Parc, Pr. Antonio Sa Cunha, Pr. Mehdi Karoui

Q1. Contexte général de la spécialité

- Composantes de l'offre de soins de l'AP-HP

Actuellement, il y a 16 services de chirurgie viscérale et digestive au sein des hôpitaux de l'AP-HP : Louis-Mourier, Beaujon (2), Bichat, Saint-Louis, Avicenne, Ambroise-Paré, HEGP, Cochin, Antoine-Béclère, Kremlin-Bicêtre, Paul-Brousse, Henri-Mondor, Pitié-Salpêtrière (2), Saint-Antoine. Trois de ces services réalisent des greffes hépatiques : Beaujon, Pitié-Salpêtrière et Paul-Brousse. Le service de Paul-Brousse réalise de plus des greffes pancréatiques. Tous accueillent des urgences. Si l'organisation des transplantations hépatiques semble acquise, une réflexion sur l'accueil des urgences mériterait d'être menée afin de déterminer si tous les centres sont requis pour l'accueil d'urgences externes.

- Modalités de prise en charge

Il ne devrait pas y avoir de modification fondamentale dans la prise en charge des patients présentant une pathologie viscérale et digestive dans les années à venir. Nous devons continuer le virage de l'ambulatoire et poursuivre le déploiement des prises en charge en réhabilitation améliorée après chirurgie. Cela implique la constitution de salon d'accueil pour les patients admis le matin même de leur intervention. C'est un point majeur auquel il faut répondre par un investissement financier limité mais qui nécessite une réflexion architecturale adapté à chaque centre.

Les avancées technologiques restent dans cette spécialité dominées par l'arrivée du robot. Son évaluation doit être faite scientifiquement. Son déploiement doit donc répondre à des objectifs d'évaluation de ces bénéfices et risques.

- Évolutions épidémiologiques

Pas d'évolution épidémiologique perceptible à envisager sur la période des 4 ans à venir.

Q2. Contexte en matière de démographie médicale

Le nombre d'internes dans cette spécialité par an a été fixé à 14. Cela devrait permettre le renouvellement à long terme des chirurgiens installés sur la région. Il faut, toutefois, noter que le nombre de PU-PH devant prendre leur retraite au cours des 4 prochaines années est élevé. En effet, 10 des 31 PU-PH sont dans cette situation. Il n'existe pas un élève en formation pour remplacer pour chacun d'eux.

Q6. Innovations diagnostiques et thérapeutiques et en quoi elles modifient les prises en charge

Il ne devrait pas y avoir de modification fondamentale dans la prise en charge des patients présentant une pathologie viscérale et digestive dans les années à venir. Nous devons continuer le virage de l'ambulatoire et poursuivre le déploiement des prises en charge en réhabilitation améliorée après chirurgie. Cela implique la constitution de salon d'accueil pour les patients admis le matin même de leur intervention. C'est un point majeur auquel il faut répondre par un investissement financier limité mais qui nécessite une réflexion architecturale adapté à chaque

centre.

Les avancées technologiques restent dans cette spécialité dominées par l'arrivée du robot. Son évaluation doit être faite scientifiquement. Son déploiement doit donc répondre à des objectifs d'évaluation de ces bénéfices et risques.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence & modalités d'amélioration de l'attractivité

Les ÉSPIC de la région ont su attirer des praticiens de hauts niveaux, tous formés à l'AP-HP. Leur niveau de rémunération est d'au moins 30 % supérieur à celui des rémunérations proposées à l'APHP. Leur situation n'est pas aussi merveilleuse que certains l'imaginent. La pression pour réaliser des actes s'exprime sous forme de contrat sur objectif avec prime à l'appui. Ceci peut amener à des dérives sur les indications qu'il faut savoir maîtriser. Toutefois, ce système ne semble pas avoir que des inconvénients.

Q5. Restructurations prévues ou en cours

Dernièrement, quatre restructurations importantes ont été réalisées :

A) Avicenne : arrivée d'un nouveau chef de service.

B) HEGP : départ de 4 PU-PH, arrivée d'un PU-PH (chef de service), d'un MCU-PH et d'un PH.

C) Cochin : départ d'un PU-PH, arrivée d'un PU-PH et 3 PH

D) Pitié-Salpêtrière : départ de 2 PU-PH, arrivée de deux autres et réunion des deux services de chirurgie viscérale et digestive de l'hôpital.

E) Beaujon (chirurgie hépatobiliaire et pancréatique) : départ d'un PUPH pour un ÉSPIC, arrivée prévue d'un PU-PH

Q10. Recherche clinique et translationnelle

Les axes de recherche dans notre spécialité peuvent être définis selon trois objectifs :

A) Techniques chirurgicales : place du robot, technique mini-invasives ;

B) la réhabilitation améliorée après chirurgie et ambulatoire ;

C) les modifications d'indications chirurgicales en fonction des phénotypes tumoraux et des traitements néo-adjuvants (phénotype MSI, conservation d'organe après radio-chimiothérapie) ;

D) les urgences en chirurgie digestive.

Q11. Enjeux universitaires

Le nombre de PU-PH devant prendre leur retraite prochainement est important sans que pour autant un élève soit en formation pour les remplacer dans chaque cas. Nous devrions voir le nombre de PU-PH diminuer sans que cela puisse s'articuler obligatoirement avec des restructurations prévues et adéquates.

Synthèse
En trois points : A) Déploiement de robots avec pour objectif l'évaluation de cette technique et de son véritable bénéfice dans notre spécialité. B) Intégrer la diminution importante du nombre de PU-PH dans les années à venir avec les restructurations qui seront envisagées. Préparer celles-ci plus en amont afin de les présenter et organiser autour d'un consensus le plus large possible. C) Veiller et aider les restructurations engagées car elles pourraient en cas de succès mitigé, avoir un effet négatif sur les prochaines.