



SUJET : CHIRURGIE RAPPORT MEDECINE HOPITAL CLINIQUE CNC

TITRE : Le Conseil national de la chirurgie recommande un regroupement des plateaux techniques publics et privés

PARIS, 13 septembre (APM) - Le Conseil national de la chirurgie (CNC) préconise notamment une complémentarité accrue entre plateaux techniques des secteurs public et privé pour réorganiser la spécialité et établir de nouvelles recommandations pour rendre à nouveau attractive la chirurgie.

Dans un rapport que l'APM s'est procuré et qui sera rendu mardi au ministre de la Santé Xavier Bertrand en même temps que le rapport conjoint des Académies de médecine et de chirurgie (cf dépêche APM du 12 septembre), le CNC dresse un état des lieux de la chirurgie française et propose des recommandations déclinées selon cinq grands thèmes.

En matière d'organisation de l'offre de soins, le CNC juge l'organisation de la chirurgie "déséquilibrée", dans la mesure où la chirurgie réglée est assurée majoritairement en établissements privés tandis que la chirurgie d'urgence est majoritairement exercée dans les établissements publics.

Le CNC estime que la réorganisation de l'offre de soins "a concerné davantage les établissements de soins privés que publics" et que 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, ce qui suppose "une reconversion des lits de chirurgie en lits de soins de suite et de lits pour personnes âgées".

De telles restructurations "doivent se faire sur la base de complémentarités et éviter les redondances" entre secteurs public et privé, considère le CNC, ajoutant qu'il est "inutile de maintenir l'offre de soins en chirurgie dans un établissement public si les besoins de la population sont couverts par un établissement privé au sein du même territoire".

Le CNC souhaite que ces recommandations soient inscrites dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) de chirurgie.

Il fixe le seuil minimum d'activité d'un bloc opératoire à 2.000 interventions par an pour un bassin de population de 50.000 habitants et juge nécessaire de placer l'organisation et le fonctionnement du bloc sous l'autorité d'un "manager de santé" indépendant de la hiérarchie infirmière et médicale.

URGENCE: REGROUPEMENT PAR SPECIALITE

Le CNC préconise, en matière de chirurgie d'urgence, de regrouper dans chaque bassin de santé, les chirurgiens par spécialité, exerçant en établissements publics ou privés, sur des plateaux techniques communs et dans le cadre de groupements de coopération sanitaire (GCS).

L'équipe opératoire doit être constituée de deux cercles de personnes, estime le CNC: un premier cercle regroupant le trio chirurgical, anesthésiste et infirmières et un deuxième cercle rassemblant les aides-soignantes, les brancardiers, les coursiers, le personnel de réanimation ou de soins intensifs et des services ainsi que l'anatomopathologie et le personnel de stérilisation.

Le CNC préconise d'allouer les moyens humains en fonction de l'activité réelle des blocs et estime nécessaire de mieux répartir anesthésistes et chirurgien, constatant que si les deux tiers de l'activité chirurgicale sont réalisés en établissements privés, les deux tiers des effectifs d'anesthésistes se trouvent dans les hôpitaux publics.

Par ailleurs, il estime préférable de ne pas comptabiliser les internes en formation dans le calcul des ressources humaines des blocs opératoires.

Pour améliorer l'organisation des blocs opératoires, le CNC recommande la mise en place d'une réunion de programmation hebdomadaire, qui 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".

Un "manager de bloc", nouveau poste "inspiré des méthodes en vigueur dans le secteur industriel", serait chargé de la coordination au sein du bloc. Il serait responsable de la charte du bloc opératoire et devrait avoir autorité sur tous les acteurs, chirurgiens, anesthésistes et personnel paramédical, tout en étant indépendant du pouvoir médical, chirurgical ou infirmier.

Le CNC préconise d'organiser un certain transfert des compétences et notamment de permettre aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODES) de pouvoir réaliser certains gestes techniques définis en relation avec les organisations professionnelles chirurgicales et d'autoriser les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADES) à réaliser certains types d'anesthésie chez des patients en bonne santé.

CREATION D'UNE PREMIERE ANNEE DE CHIRURGIE

Pour la formation initiale des chirurgiens, "le concept de chirurgie générale est abandonné au profit de la reconnaissance de dix disciplines chirurgicales", fondées sur une première année de chirurgie (PAC) commune d'enseignement, effectuée uniquement au sein d'hôpitaux universitaires et permettant l'inscription dans l'une des dix disciplines chirurgicales, sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées (DES) à l'issue de cinq années d'études, y compris la PAC.

La formation technique aux gestes chirurgicaux suppose "l'intensification de la formation à l'anatomie chirurgicale ainsi qu'à l'imagerie médicale", recommande le CNC.

"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" et doit relever de l'évaluation prospective de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) du CNC et du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), en concertation avec les représentants des internes, selon le rapport.

Le CNC estime nécessaire de modifier le statut des chirurgiens et notamment de substituer la

notion de praticien hospitalier au titre de "chirurgien des hôpitaux". Cette modification doit s'accompagner de la revalorisation de la mission de soin, différenciée de la mission de recherche ou d'enseignement, "qui doivent être contractualisées et accessibles à tous les chirurgiens".

L'évolutivité des carrières doit être favorisée selon le CNC, en organisant des passerelles entre secteur public et secteur privé.

En matière de rémunération des chirurgiens, le CNC estime que le système de rémunération idéal devrait correspondre à un mixage des systèmes public et privés, associant une rémunération forfaitaire fixe et une rémunération variable proportionnelle à l'activité, les activités d'enseignement ou de recherche des non universitaires étant rémunérées sur la base du contrat.

Les charges liées à l'administratif au sein des hôpitaux publics doivent être rémunérées, selon le CNC.

DIFFERER LA MISE EN PLACE DE LA CCAM

Par ailleurs, le CNC suggère de différer la mise en oeuvre de la deuxième version de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique, applicable depuis le 1er septembre et qui sera obligatoire jeudi, pour ouvrir une nouvelle période transitoire d'évaluation pendant laquelle les chirurgiens libéraux seraient payés selon l'ancienne nomenclature, majorée de 25%.

En termes de contrôle de la qualité des pratiques, le CNC préconise la mise en place d'une certification chirurgicale, qui s'ajouterait à l'accréditation en établissements et recommande aux chirurgiens de s'engager dans une politique de gestion du risque, pour contenir l'évolution de la judiciarisation croissante de la spécialité, confrontée à l'explosion des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP).

"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", estime le CNC, affirmant que les gros sinistres sont responsables de l'augmentation des primes.

"Un plafonnement des gros sinistres devrait permettre, en transférant sur l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) cette partie du risque, de limiter l'inflation des primes".

Enfin, pour assurer l'attractivité de la discipline, le CNC recommande la mise en place d'une campagne d'information et de promotion et de découverte, ainsi que des actions au niveau des collèges et lycées et durant le 2ème cycle des études médicales (DCEM).

(Recommandations du Conseil national de la chirurgie, 8 pages)

vg/ld/APM polsan
VGIIC003 13/09/2005 09:09 ACTU