



## Réunion d'experts du 15 avril 2016 ANC / FHF

### « L'organisation territoriale de la chirurgie hospitalière et réforme des GHT »

#### Compte-Rendu

#### Académie de Chirurgie

Déroulement du colloque en cinq tables rondes ayant permis des échanges très fructueux des intervenants avec une assistance nombreuse :

- 1- Stratégie et vision ;
- 2- Organisation ;
- 3- Ressources humaines et management ;
- 4- Finances ;
- 5- Concertation.

La réforme des GHT (Groupes Hospitaliers de Territoires) est fondamentale pour la restructuration de la chirurgie publique et privée en France. Les espoirs mis dans son succès reposent sur la conjonction "providentielle" de trois conditions essentielles :

- 1- L'hôpital public est en difficulté ;
- 2- Les innovations technologiques permettant de changer de paradigme sont disponibles ;
- 3- L'état d'esprit des soignants et des soignés est prêt à la réforme qui est déjà entreprise dans certains territoires.

Mais pour être acceptée et réussie cette réforme doit être juste et satisfaire ainsi à trois Règles de bon sens :

- Réalisme fondé sur ce qui existe en corrigeant les dysfonctionnements et en conservant les structures efficaces ;
- Rationalité dans la mise en œuvre de la réforme sans idée préconçue ;
- Respect des acteurs concernés.

Les points à retenir sont les suivants :

#### **1- Une hétérogénéité actuelle de la chirurgie à l'hôpital public avec parfois une concurrence interne délétère perturbant l'offre de soins**

- Les CHU, les CHG et les Hôpitaux locaux offrent, chacun dans leur catégorie, des services de qualité très variable.
- L'évolution de la chirurgie vers la diversification et l'hyperspécialisation dans les grands hôpitaux, ce qui les rend très attractifs, contraste avec le manque d'attractivité des petits hôpitaux où est faite la chirurgie courante.
- Une absence de mise à niveau des plateaux techniques, des bassins de recrutement inadaptés et des équipes chirurgicales parfois de taille insuffisante sont des causes fréquentes de dysfonctionnement. Il s'y ajoute dans certains territoires une interrogation sur la qualification et l'expertise de chirurgiens dont la formation a été extra-européenne et n'a pas été évaluée.

#### **2- La réforme devrait s'appuyer sur ce qui existe dont la valeur dépend des hommes et des moyens qui sont très variables d'un territoire à l'autre**

- Le personnel soignant est de bonne qualité dans l'ensemble et ne demande qu'à progresser. Mais il est très attaché à une certaine stabilité, davantage en province qu'en Île de France, ce qui peut freiner sa disponibilité au changement.
- Le maillage pour la prise en charge des urgences est primordial, avec un SAMU très réactif et des moyens de communication satisfaisants. Mais l'activité chirurgicale nocturne et parfois la qualité des soins dispensés en urgence sont très variables d'un hôpital à l'autre.
- Les équipements de base sont présents partout. Les équipements lourds sont disponibles dans les CHU et dans certains CHG, ce qui s'accorde avec la chirurgie majeure qui y est faite. Mais les propositions de réorganisation territoriale fondées sur des équipes performantes pourront permettre des économies d'échelle-obtenues en les regroupant davantage (imagerie, robotique, biologie, informatique).

### **3- Pour ce qui concerne la chirurgie, la réussite des GHT reposera sur la constitution d'équipes chirurgicales de territoire**

Elles devraient être organisées par spécialité et avoir une taille suffisante (soit déjà existante, soit obtenue par le regroupement de chirurgiens actuellement dispersés ou isolés). Elles assureraient le fonctionnement des structures hospitalières du GHT comportant plusieurs niveaux de plateaux techniques, chirurgicaux traditionnels et interventionnels, mais également des consultations et des structures d'accueil des urgences. Cela permettrait de répondre à la fois à la demande de proximité (consultations et interventions courantes) et à celle de recours pour les interventions complexes et demandant une expertise particulière.

Les effets attendus de cette réorganisation sont multiples pour les patients (homogénéité de leur prise en charge par une équipe) et pour les chirurgiens (confort et sécurité du travail en équipe) : égalité d'accès aux soins pour les patients, égalité d'accès aux plateaux techniques et aux blocs opératoires pour les chirurgiens, fluidité des relations avec les médecins généralistes, réorganisation de la prise en charge des urgences, de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la formation permanente indispensable des personnels médicaux et soignants.

La notion de territoire devrait se fonder sur les bassins de vie et les circuits réels de communication de la vraie vie, tels que définis par les géographes spécialistes de la santé. Ces territoires étant en outre de taille variable selon les spécialités chirurgicales, il n'y a aucune raison pratique à les calquer sur les limites administratives, départementales ou régionales.

Cela souligne la nécessité d'instituer rapidement une concertation entre les professionnels d'un territoire et une concertation entre les GHT. Les professionnels ont besoin de se rencontrer pour mieux se connaître, pour asseoir leur réflexion sur des éléments concrets apportés par les médecins DIM et les directions hospitalières et pour être guidés par des conseillers en organisation, voire par des chirurgiens consultants permettant un partage d'expérience très concrète.

Enfin les associations de patients seraient à même de fournir des indications pertinentes sur la vie d'un territoire.

### **4- Les difficultés prévisibles sont humaines, comme toujours dans les activités de service. Elles sont à aborder avec doigté et respect des soignants et des soignés**

- L'offre de soins doit s'adapter aux caractéristiques de la démographie du bassin de vie, de ses pathologies et des offres de soins concurrentes locales (privé) ou extérieures (CHU voisin). Maintenir une relation public-privé complémentaire sans vaine concurrence. Éviter les doublons stériles avec le privé et les CHU voisins. Informer les patients et leur famille sur les raisons d'une prise en charge ou d'un transfert dans le CHG ou le CHU. Bénéficier d'un management personnalisé des personnels amenés à se déplacer, voire à déménager. Susciter plutôt qu'imposer. Tels sont les principes proposés dans l'organisation de l'offre de soins.

- Les bases du financement des hôpitaux sont à revoir dans le contexte du réseau. Le financement est fondé sur l'activité (TZA), qui diffère dans chaque structure. Rôle des médecins DIM pivots de la tarification. Place respective à définir des équipes dirigeantes des différentes structures hospitalières dans la gouvernance des GHT. Financement commun du réseau de chaque GHT à répartir entre les différents hôpitaux. Tels sont les sujets de réflexion sur la nécessaire évolution des modes de financement et de gouvernance de l'hôpital public qui devraient représenter les freins les plus importants à cette réforme.

- La cohésion de l'équipe du réseau doit être maintenue et entretenue par un management souple et un leadership assumé. Structuration des équipes. Enseignement sur place, à distance ou par e-learning. Partage des compétences. Secrétariats motivés suivant les patients dans les différentes structures hospitalières du réseau et même au-delà grâce aux moyens de communication actuels. Tenue régulière des RCP et des RMM. Participation à des congrès spécialisés. Tout faire pour structurer les équipes et leur donner confiance dans ce nouveau mode d'exercice.

### **Conclusion**

Ces réflexions font ressortir l'importance d'une approche pragmatique et décentralisée de la réorganisation territoriale de la chirurgie publique dans les GHT, eux-mêmes replacés dans le cadre général de l'organisation de la santé en France. Ainsi défini, le service public devrait pouvoir harmoniser son offre de soins avec le secteur privé.

## **Résolutions**

### **Cinq axes de réflexion pour servir de base à une discussion :**

1 Où : définir le territoire, qui n'est pas une structure administrative ni un ensemble purement géographique.

2 Pour qui : identifier la dynamique des besoins du territoire en matière de santé, et notamment les flux de patients en fonction de leurs pathologies, des offres de soins et des habitudes locales.

3 Avec qui : insister sur la constitution d'une véritable équipe chirurgicale dans chaque spécialité, destinée à former, accompagner et soutenir ses membres, dont tous n'ont pas la même qualification et offrir les meilleurs soins à tous les patients du territoire.

4 Avec quoi : mettre en commun les moyens matériels et techniques et se servir des innovations actuelles en matière de communication (informatique et télé communication) et en matière d'organisation (ambulatoire, réhabilitation améliorée).

5 Comment : prévoir dès la mise en œuvre de la réforme une refonte complète du système de financement des praticiens, du personnel et des établissements de soins plus adaptée aux conditions d'exercice.

Paris, le 12 mai 2016

**Henri JUDET**

**Président ANC**

**François RICHARD**

**Past Président ANC**

**Philippe MARRE**

**Secrétaire Général ANC, Co-Organisateur de la réunion d'experts**

### **Les Résolutions**