

Position et propositions de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique

Le conseil d'administration de la FHF fait siennes la plupart des orientations et préconisations sur la chirurgie formulées par les Académies nationales de médecine et de chirurgie, le conseil national de la chirurgie, et le Ministre de la Santé et des Solidarités, notamment :

- L'exigence de tailles critiques minimales pour une activité chirurgicale viable et pérenne, sur la base de 2.000 interventions chirurgicales annuelles et d'une équipe de chirurgiens comportant un minimum de 6 équivalents temps plein pour assurer la continuité des soins 24h/24,
- L'exigence d'une réorganisation de l'offre de soins chirurgicale dans le cadre des SROS 3, permettant de constituer des équipes médicales et paramédicales d'une taille suffisante et d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire,
- La revalorisation des études chirurgicales et du métier de chirurgien, malheureusement délaissés au profit d'autres spécialités comportant moins de contraintes d'exercice,
- La convergence des modalités de rémunération des chirurgiens publics et libéraux, avec une mixité associant une partie fixe correspondant aux sujétions de service public (gardes, consultations multisites) et une partie variable reliée à l'activité et à la qualité,
- Le développement des délégations de compétence au profit de professionnels bien formés comme les infirmières anesthésistes et de bloc opératoire,
- L'encadrement du marché de la responsabilité civile professionnelle, dont les évolutions pèsent négativement sur les conditions d'exercice des praticiens.

Trois verbes permettent de résumer la position de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique : regrouper, réorganiser et remotiver. L'activité chirurgicale est en effet une activité de santé à la fois emblématique et structurante, au regard des besoins de la population et de la permanence des soins.

La FHF apporte donc son soutien à la perspective d'une réorganisation volontariste de cette discipline, avec deux nuances et propositions complémentaires.

La première nuance tient au fait que la réorganisation de la chirurgie est indissociable de celle des activités d'urgence, en cours de réorganisation, d'obstétrique et d'anesthésie et des pratiques interventionnelles.

Il en résulte pour la FHF deux conséquences :

- la nécessité de penser globalement les évolutions de l'organisation des soins en termes de « plateau technique anesthésique », dans ses différentes missions (chirurgie, obstétrique, disciplines interventionnelles);
- l'intérêt de ces réflexions et initiatives pour d'autres disciplines structurantes, qui présentent un haut niveau de contraintes d'exercice pour les professionnels concernés.

La seconde nuance tient à la nécessité de promouvoir une organisation plus équilibrée de la chirurgie entre le public et le privé, au titre des services médicaux rendus mais aussi des modalités de répartition et de rémunération des professionnels pour que la carrière publique soit plus attractive. A l'heure actuelle, les sujétions et les coûts élevés des permanences nocturnes et de l'activité non programmée sont très majoritairement supportés par le secteur public, tandis que l'activité sélective et programmée est réalisée essentiellement dans le secteur privé. Un rééquilibrage doit donc être opéré dans le cadre d'une repositionnement du public sur l'activité chirurgicale programmée, au moyen de regroupements public-public voire public-privé dans les zones géographiques où les deux secteurs ne disposent pas de la taille critique nécessaire pour constituer des entités opératoires viables et fiables.

Les cinq principales propositions complémentaires de la FHF sont les suivantes :

- La nécessité de garantir à toute la population, quel que soit le lieu où elle est domiciliée sur le territoire, un accès à des soins associant qualité et sécurité. C'est pour cela davantage les conditions de diagnostic et de régulation qu'il est d'abord nécessaire de mieux organiser à proximité des lieux de vie des populations et permettre les transferts nécessaires sur les lieux de traitement qui seront adaptés aux besoins. A cette fin, l'élaboration et le financement d'un schéma national de transport sanitaire terrestre et hélicoptère s'avère indispensable, puisque les logiques de gradation de l'offre de soins et de regroupement de moyens supposent d'apporter aux populations desservies des garanties quant aux temps d'accès aux soins pour éviter les pertes de chance. L'actualisation du parc sanitaire hélicoptère nécessite une enveloppe financière de l'ordre de 500 millions d'euros.
- La réorganisation chirurgicale est essentiellement envisagée sous l'angle des « petits ou moyens » centres hospitaliers publics, alors qu'elle concerne aussi une cinquantaine de cliniques privées. Par ailleurs, les changements nécessaires engagent également les établissements publics et privés de grande taille au titre d'une mutualisation inter-établissements, pour une organisation partagée de la « continuité territoriale » du service public (consultations avancées, organisation du retour vers le site hospitalier de proximité, en post-opératoire, notamment des personnes vulnérables). Cette continuité territoriale suppose le développement des affectations médicales en temps partagé, entre le site hospitalier de référence et les sites isolés, ainsi que des modalités de financement adaptées. Ces logiques de mutualisation s'imposent également entre établissements implantés en zone urbaine, au titre du partage des gardes chirurgicales : elles peuvent donner lieu à la structuration de pôles d'activité inter-établissement. Enfin, les grands établissements doivent poursuivre leurs efforts en vue d'une meilleure répartition inter-régionale des sur-spécialités qui ne peuvent plus être maintenues dans chaque région (chirurgie malformative néonatale, traumatismes du foie, etc...).
- La nécessité de garantir aux patients une accessibilité économique, au-delà de la seule accessibilité géographique : l'intervention d'établissements privés comme de praticiens en pratique privée dans les activités non programmées appellent des règles claires et lisibles pour les patients, de même que des mécanismes de régulation prévenant les dérives au titre des dépassements d'honoraires, comme un numéro vert associant les instances ordinales, l'assurance-maladie et les associations de patients.

- L'amélioration de la programmation et de la productivité des blocs opératoires publics doit être amplifiée par une réorganisation interne associant :
 - la mise en place de blocs opératoires dédiés aux activités programmées, ouverts aux interventions de praticiens libéraux, modalité qui pourra constituer souvent la « première pierre » des rapprochements inter-établissements ;
 - la mise en place de « polycliniques chirurgicales d'urgence », pour l'amélioration de l'accueil et des temps d'attente dans la traumatologie de petite et moyenne gravité.
- Enfin, la revalorisation de l'exercice chirurgical, notamment de service public, appelle un programme volontariste de la part des pouvoirs publics associant huit mesures et un principe directeur :
 - une plus grande mobilité, sur une base contractuelle, des étudiants et des internes pendant leur formation,
 - un enseignement qui prenne en compte les nouvelles technologies chirurgicales (robotique de positionnement et d'intervention, télé-médecine), et les modes de prise en charge en ambulatoire,
 - une revalorisation financière très sensible du post-internat et du clinicat en chirurgie, dans le cadre de « contrats de service public », à l'instar des grandes écoles publiques,
 - la rémunération, au-delà du statut, des contraintes liées à l'exercice chirurgical, notamment non programmé : actuellement et faute de régulation, existe une préférence pour les disciplines médicales « où l'on n'est pas dérangé », avec des responsabilités cliniques plus limitées et des revenus parfois parmi les plus élevés,
 - un assouplissement sensible du temps partiel médical, établi autour d'un compartiment de « participation au service public » à hauteur de 20% (permanences et couverture multi-sites), complété et modulé en fonction d'un niveau d'activité contractualisé,
 - la possibilité de rémunérer à l'acte les chirurgiens et anesthésistes publics qui le souhaitent, dans le cadre d'une mise en disponibilité ouverte aux praticiens exerçant sur un plateau chirurgical structuré en groupement de coopération sanitaire,
 - la possibilité pour les établissements publics d'accepter le rachat des journées de RTT pour les praticiens qui le demanderaient,
 - la possibilité d'opérer une reprise d'ancienneté pour les praticiens libéraux souhaitant s'engager dans l'exercice public, à temps plein ou à temps partiel.
 - plus généralement, il faut pouvoir associer une rémunération fixe liée aux missions de permanence des soins à une part variable de rémunération à l'activité : ce principe devrait figurer en toile de fond de toutes les négociations conventionnelles et statutaires à venir. L'enjeu est de promouvoir une pratique chirurgicale mixte associant l'activité programmée et non programmée, dans le cadre d'une vision d'un service public fidèle à ses valeurs d'excellence pour toute la population, moderne et ouvert dans ses modalités de fonctionnement.