

L'Avenir de la chirurgie par l'entreprise chirurgicale ou comment renouveler les termes du contrat social de la chirurgie

The future of the surgery or how is it possible to do a new organization with the French surgeons

J. Caton, J.L. Baron, P. Breil, P. Papin, M. Bremond

Président de l'Académie d'Orthopédie et Traumatologie

Mots clés

- ◆ Chirurgie
- ◆ Entreprise chirurgicale
- ◆ Organisation chirurgie

Résumé

Malgré des progrès scientifiques considérables, la chirurgie française a été, depuis 30 ans une suite d'échecs organisationnels, ceci constituant le paradoxe français de la chirurgie. Ces échecs organisationnels sont secondaires à un certain nombre de facteurs :

- La division du travail qui s'est instaurée progressivement entre les CHU, les CH et les cliniques privées.
- Les CHU ayant formé des Assistants Chefs de Clinique hyperspécialisés très performants ceux-ci ont pu bénéficier de plateaux techniques lourds (PTL) quel que soit les établissements.
- Les SROS de deuxième génération ont embolisé les hôpitaux publics (CHU et CH) avec les urgences frein au développement dans ces établissements de la chirurgie ambulatoire et programmée.
- Le numérus clausus, l'absence de revalorisation des honoraires en 30 ans (peu différent de 17%) et la crise assurantielle grave à partir de 2001 ont encore accentué ces problèmes.
- L'évolution des équipes chirurgicales (de plus en plus spécialisées) et l'évolution des spécialités médicales en PTL ont également impacté le devenir de la chirurgie.

Toutes ces raisons ont amené les chirurgiens à se poser la question de leur place dans la société et notamment la question du revenu cible comparé à une formation très longue avec un différentiel de plus en plus important. Cette discordance entre formation et revenu cible associé à un accroissement de la demande sociale avec une augmentation de la productivité chirurgicale et une perte d'indépendance des chirurgiens ont entraîné une crise de l'identité chirurgicale menacée.

Le médecin, pratiquant la chirurgie est-il devenu un simple acteur social que l'on appelle encore chirurgien et qui se sent de plus en plus enfermé dans des murs ? Tout ceci nous a conduit à développer la notion d'entreprise chirurgicale (EC) avec un cahier des charges comportant 7 items.

Méthode

Les 7 items du cahier des charges de l'entreprise chirurgicale sont :

- la régulation des soins,
- l'offre de garantie sur la sécurité, la qualité et la compétence professionnelle (futur DPC),
- la gestion des ressources humaines,
- l'activité d'enseignement de recherche et le développement collectif de l'entreprise chirurgicale,
- la contractualisation avec les tutelles sur la base d'une répartition territoriale de l'offre de soins,
- le financement et
- le management de l'entreprise chirurgicale.

Nous nous sommes attelés à la faisabilité juridique, financière et organisationnelle de cette entreprise chirurgicale par une enquête nationale comportant un certain nombre de questions :

Comme faire renaître l'aptitude entrepreneuriale des chirurgiens ?

Quels rapports avec les plateaux techniques et les tutelles ?

Quels champs de compétence et que doit-on inventer ? : la compagnie des chirurgiens autour d'un organe (la hanche), autour des professionnels (compagnie des orthopédistes), autour des techniques (la prothèse) ? Ceci étant un exemple pouvant s'appliquer à toutes les spécialités.

Conclusion

Cette étude de faisabilité comportera plusieurs *scénarii* avec une montée en charge progressive de l'Entreprise Chirurgicale.

- Le scénario 1 : serait de demander à la tutelle des autorisations contractualisées sur des objectifs ciblés (permanence des soins - gestion des risques).
- Le scénario 2 : devrait permettre d'obtenir une délégation de responsabilité de l'organisation des soins sur un territoire donné avec des financements fléchés de la part de l'ARS.
- Le scénario 3 : plus abouti devrait nous permettre de retrouver cette vision entrepreneuriale avec des tarifs négociés répondant à un appel d'offres, tant au niveau des tutelles que des patients, la faisabilité et le statut juridique de l'Entreprise Chirurgicale restant à déterminer.

Correspondance :

*Clinique Emilie de Vialar, 116 rue Antoine Charial, 69003 Lyon
caton.jacques@wanadoo.fr*

Keywords

- ◆ Surgery
- ◆ Surgical company
- ◆ Organization of surgery

Abstract

Despite significant scientific progress during the past 30 years, French surgery built up a series of organizational failures which reflects a French paradox. These failures come from different factors :

- A progressive work splitting between University Hospitals (CHU); Public Hospitals (CH) and private hospitals
- Hyper-specialized fellows trained by CHU's have acquired heavy technical means in operating rooms (PTL) whatever their location
- Second generation of Regional Medical Organization (SROS II) and urgency departments prevented a normal development of ambulatory surgery in public hospitals (CHU's & CH's)
- Numerus claurus, lack of normal increase of surgery fees within the past 30 years (increase honoraries only 17%) and a deep insurance crisis since 2001 even accentuated problems
- Specialized surgery staffs and medical specialists working more and more with heavy technical means (PTL) also unfavorably impacted the future of surgery.

All these reasons induced a questioning of the surgeons' position in our society and especially underlined the delicate question of target revenues compared to very long study courses.

This gap between actual revenues for highly trained surgeons and objective target revenues, combined with a stronger social demand, better surgery productivity and lack of independence implied a severe surgeons' identity crisis, and the following related question: "is nowadays a surgeon just a simple social player?"

To resolve these questions we propose to develop the concept of surgical company (EC) founded on specifications including 7 items:

- Health care regulation
- An offer based on safety, quality and professional competence (future DPC)
- Human resource management
- Activities in research & collective development of the surgical company
- Contracting with public institutions based on a territorial distribution of the health care offer
- Finance
- Company Management.

We started with a national survey focused on legal, financial and organizational aspects including the following questions:

- How to make a surgeon become an efficient manager?
- Which relationship between PTL's and state institutions?
- Which fields of competence and what remains to create for the surgical company (such examples apply to all specialties):
 - Focusing on an organ (hip)?
 - Grouping professionals (orthopaedics surgeons compagnie)
 - Focusing on techniques (Total Hip Replacements THR)

This feasibility study will consist of several scenarii with a progressive development of the surgical company.

- Scenario 1: ask state institutions for contractual authorizations based on target objectives (Emergency (PDS) and risk management)
- Scenario 2: obtain a delegation for health care organization on a selected territory with dedicated finance from Health Regional Institutions (ARS)
- Scenario 3 (*this is the most advanced one*): recover the company vision including negotiated fees (both for patients and in the frame of public tenders); the feasibility and legal status of such companies remain to be determined.

Introduction

Malgré des progrès scientifiques considérables, la chirurgie française a été, depuis 30 ans, une suite d'échecs organisationnels, ceci constituant le paradoxe français de la chirurgie.

Constat

Ces échecs organisationnels sont secondaires à un certain nombre de facteurs :

1. la division du travail qui s'est instaurée progressivement entre les centres hospitalo-universitaires (CHU), les hôpitaux généraux et les cliniques privées.

Cette division du travail a fait éclater la cohérence du groupe social que constituent les chirurgiens. En effet, aux CHU, revient actuellement les interventions chirurgicales lourdes et les urgences ainsi que la formation des chirurgiens, aux hôpitaux généraux : les urgences et la formation et pour les cliniques privées, essentiellement la chirurgie programmée et de façon épisodique les urgences.

Cette division est secondaire à la loi DEBRE (1958) et à la mise en place des SROS de deuxième génération qui ont réparti les services d'urgence dans toute la France. Cette division du travail, outre l'éclatement du groupe social que constituent les chirurgiens, a avec la perte de la « Toute Puissance » qui caractérisait ce corps entraîné la crise de l'élite sociale que

nous avons constaté.

Les problèmes à l'origine de ces difficultés sont également secondaires à d'autres facteurs

2. les CHU ont formé des chefs de cliniques hyper spécialisés, très performants qui, faute de place à l'hôpital se sont installés dans le privé, développant une chirurgie identique à celle des CHU et avec des plateaux techniques identiques à ceux de l'hôpital, seule exclusion la chirurgie très lourde de type greffes d'organes et les polytraumatisés graves

3. Après les SROS de deuxième génération, les hôpitaux (CHU et hôpitaux généraux) ont été embolisés par les urgences ce qui ne leur a pas permis de développer une chirurgie programmée très importante et a entraîné un retard au développement de la chirurgie ambulatoire. Cette diminution de la chirurgie programmée à l'hôpital a été contre-balançée par une chirurgie programmée très performante des établissements privés amenant ceux-ci à réaliser plus de 60% des actes.

4. Le numerus clausus avec la diminution du nombre d'internes et l'hyper féminisation a encore aggravé la crise de la chirurgie puisque, actuellement, moins de 10% des chirurgiens sont de sexe féminin et le temps de travail de plus de 100 heures par semaine, gardes et astreintes comprises, pour un chirurgien viscéral ou, plus de 75 heures par semaine pour un chirurgien orthopédiste, ne conduira certainement pas nos consœurs vers les blocs opératoires.

5. L'absence de revalorisation des honoraires depuis plus de 20 ans (peu différent de 17% en 25 ans) a entraîné une augmentation des suppléments d'honoraires et une augmentation

de la proportion des praticiens en secteur II, phénomène qui s'est encore accentué après les attentats du 11 septembre 2001 sur les tours jumelles à New-York avec une crise assurantielle grave. Le dernier élément a été la « reprise en main capitalistique » des cliniques privées par des groupes financiers.

6. L'évolution des équipes chirurgicales (de plus en plus spécialisées) qui sont passées d'un chirurgien général à deux chirurgiens (un dur, un mou) puis à des équipes multidisciplinaires de chirurgie et enfin au regroupement de plusieurs chirurgiens de la même spécialité (urologues, orthopédistes, viscéraux, etc..) a créé surtout dans les établissements privés des équipes hyper spécialisées et hyper performantes.

7. L'évolution des spécialités médicales en plateaux techniques lourds (gastroentérologues, radiologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle, etc..) a également impacté le devenir de la chirurgie puisque un certain nombre d'actes ont été réalisés par ces spécialités médicales.

8. Le nombre des anesthésistes en établissement privé ne cesse de diminuer alors qu'il augmente en établissement public. Aujourd'hui, dans certains établissements privés, multidisciplinaires, les anesthésistes réalisent pratiquement 2/3 de leurs actes en dehors de la chirurgie avec ces spécialités interventionnelles.

9. Enfin, la reprise en main « capitalistique » des cliniques privées notamment par des fonds de pensions a modifié le rapport chirurgien-établissement, du fait de la perte de la notion d'entrepreneur qu'il avait, avec un danger le salariat que permet maintenant la loi HPST.

Toutes ces raisons préalablement citées ont amené les chirurgiens à se poser la question de leur place dans la société et notamment la question du revenu cible comparé à une formation très longue avec un différentiel de plus en plus important.

Cette discordance entre la formation et le revenu cible associé à un accroissement de la demande sociale avec augmentation de la productivité chirurgicale et à une perte de la « prépondérance » du chirurgien dans les bloc opératoires : « le chirurgien n'est plus le seul », a entraîné une perte de l'estime de soi avec une identité chirurgicale menacée. Le médecin pratiquant la chirurgie étant devenu un acteur social que l'on appelle encore chirurgien.

D'autres spécialités médicales ou médico-techniques se sont déjà regroupées et organisées, la radiologie par exemple avec regroupement des équipes, regroupement autour de plateaux techniques radiologiques, achat de matériels lourds qui leur a permis de s'autonomiser le plus possible au niveau des tutelles et au niveau des établissements. Ce regroupement de la radiologie peut servir d'exemple à un renouveau de la chirurgie et doit nous conduire à redéfinir les équipes et la place des chirurgiens, à développer, à l'instar de la radiologie des pôles régionaux forts (planification) et à porter un discours qui corresponde à la réalité du terrain.

Tout ceci nous a conduit à développer la notion d'entreprise chirurgicale afin de redéfinir les équipes et la place des chirurgiens et de développer des pôles régionaux forts.

Propositions sur l'entreprise chirurgicale

L'entreprise chirurgicale est un groupement de médecins qui pratiquent la chirurgie. Elle doit regrouper des chirurgiens d'une même spécialité ou de spécialités différentes aussi bien en établissement public que privé ou PSPH (futurs ESPIC), à conduire les chirurgiens à sortir de la logique liée à l'établissement de santé comme l'on fait nos collègues radiologues, logique qui imposait des contraintes individuelles qu'il faudra remplacer par une logique de groupe professionnel. Il s'agit donc bien d'un renouvellement du contrat social de la profession chirurgicale organisée.

Cahier des charges de l'entreprise chirurgicale

Le cahier des charges de l'entreprise chirurgicale comporte 7 items. Un premier item porte sur la régulation de l'accès aux soins.

Le deuxième doit comporter l'offre de garantie sur la sécurité, la qualité et la compétence professionnelle (gestion des risques et futur DPC : Développement Professionnel Continu).

Le troisième inclure une dynamique de gestion des ressources humaines au sein de l'entreprise chirurgicale.

Le quatrième, répartir les activités d'enseignement de recherche et de développement collectif de l'entreprise.

Le cinquième, répondre et contractualiser avec les autorités de tutelles sur la base d'une répartition de l'offre de soins territoriale (ARS) et avec les établissements et les fédérations hospitalières FHP, FHF, FEHAP...

Sixièmement, dégager le financement de l'entreprise chirurgicale et de ses membres, et septièmement, décliner le management de cette entreprise chirurgicale.

Régulation de l'accès aux soins

Elle devra porter sur l'organisation de l'accès aux soins programmés et non programmés sur un territoire déterminé et afficher la coopération avec les autres établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Enfin elle devra faire apparaître les conditions de l'accessibilité financière pour les patients.

L'offre de garantie sur la sécurité, la qualité et la compétence professionnelles

Cette offre comporte l'obligation de FMC et des futurs développements professionnels continus (DPC) qui vont regrouper la FMC et l'accréditation des médecins dans une logique de collège de bonnes pratiques. Par ailleurs, elle devra mettre en avant la certification des établissements de santé dans lesquels sera organisée et installée cette entreprise chirurgicale. Elle devra enfin déterminer les éventuelles délégations de tâches et les relations avec les sociétés professionnelles (une par spécialité) et les collèges nationaux de la spécialité ex collèges de bonnes pratiques contenus dans la loi HPST.

La dynamique de gestion des ressources humaines au sein de l'entreprise chirurgicale

Cette dynamique doit comporter un cadre d'exercice professionnel au sein de cette entreprise chirurgicale, avec une évaluation des compétences et des carrières, une implication dans les activités transversales des établissements, une gestion du recrutement des médecins pratiquant la chirurgie (contrats de travail) et l'assurance d'une fidélité aux choix de l'entreprise chirurgicale et à ses règles de fonctionnement.

Activités d'enseignement, de recherche et de développement collectif de cette entreprise chirurgicale

Pour cela, il sera nécessaire de contractualiser avec l'université, missions de service public de la loi HPST et avec les organismes de recherche publics ou privés. Enfin, il sera nécessaire de mettre en place un système d'information nécessaire au développement et à l'évaluation de l'entreprise chirurgicale (dossier médical unique informatisé).

Contractualisation avec les tutelles sur la base d'une répartition territoriale de l'offre de soins

Il s'agit d'un engagement de l'entreprise chirurgicale (EC) sur les points 1 et 2 à savoir la régulation de l'accès aux soins, l'offre de garantie sur la sécurité, la qualité et les compétences professionnelles. La contractualisation devra porter également sur la mise en place de contrats de l'entreprise chirurgicale avec les établissements avec les autres disciplines (par exemple chirurgie viscérale, gastro-entérologie, radiologie) et

avec les fédérations hospitalières. Enfin, il sera nécessaire d'avoir une déclinaison opérationnelle en accord avec le SROS sur le territoire de santé de cette entreprise et d'établir des relations avec les associations d'usagers.

Financement

Toutes les activités de l'entreprise chirurgicale seront développées en contrepartie d'un financement pour une période déterminée contractuellement qu'il s'agisse des activités propres de chirurgie ou d'activités transversales de l'établissement, de l'enseignement, des activités de recherche et de formation.

Le management

Nul ne peut créer une entreprise chirurgicale s'il n'est pas chirurgien. La gouvernance de cette entreprise devra rester chirurgicale (1 chirurgien = 1 voix), le management administratif de l'entreprise chirurgicale pouvant être délégué. Le règlement intérieur de l'entreprise devant prévoir le traitement des conflits, le groupe définissant les modes de rémunération les plus adaptés.

Etude de faisabilité

Une étude de faisabilité juridique, financière et organisationnelle réalisée par l'Université Lyon III (GRAPHOS - IFROSS) financée par la fondation Bullukian et les URML Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes auprès des tutelles est en cours de réalisation par le biais d'une enquête nationale avec des entretiens auprès de tous les intéressés et avec un certain nombre de questions qui leur sont posées :

- Comment passer d'un modèle professionnel de type individuel ou associatif à un modèle managérial qui standardise les prestations ?
- Comment faire revenir l'aptitude entrepreneuriale des chirurgiens qui a disparu au profit des financiers ?
- Quels rapports avec les plateaux techniques et les tutelles ?
- Quels champs de compétence et que doit-on inventer ?
- Quel financements ?

Plusieurs scénarii sur le plan organisationnel ont été évoqués.

Faut-il organiser la compagnie des chirurgiens :

- autour d'un organe : la hanche par exemple ?
- autour des des techniques : les prothèses ?
- autour de l'ensemble des professionnels : la compagnie des chirurgiens orthopédistes ?

Une première synthèse provisoire des réflexions de ce groupe d'étude réuni par le GRAPHOS fait apparaître plusieurs thèmes de réflexion. Tout d'abord, la naissance d'une entreprise chirurgicale repose sur une évolution assez radicale des relations contractuelles entre professions libérales et administrations tutélaires. D'autre part, la mise en place de formules de rémunération de l'entreprise chirurgicale doit être adaptée à son implication dans l'organisation de l'accès aux soins mais également à plus long terme dans la co-gestion des risques maladie, d'autant que l'entreprise chirurgicale devient l'interlocuteur des autorités de tutelles en ce qui concerne l'organisation des soins. Il est bien évident que ce changement va entraîner des résistances des différents partenaires actuels dans l'organisation des soins et notamment des établissements de santé qui deviennent de ce fait des simples « hébergeurs d'activités ». Néanmoins, il s'agit pour nous d'un accord « gagnant-gagnant », gagnant pour la tutelle car elle aura un seul interlocuteur sur le territoire pour une typologie de soins donnés, gagnant pour les établissements qui n'auront à gérer qu'une ou deux spécialités, avec toutes les économies d'échelles que cela comporte et enfin gagnant pour les praticiens qui vont retrouver la maîtrise totale de leur profession.

A ce niveau de réflexion, deux scénarii sont possibles, soit une montée en charge progressive de l'entreprise chirurgicale avec un premier objectif, obtenir de la tutelle des autorisa-

tions contractualisées sur des objectifs ciblés telles la permanence des soins (PDS) et la gestion des risques (niveau 1) puis, secondairement une évolution plus importante avec une véritable délégation de responsabilité par la tutelle de l'organisation des soins sur un territoire donné avec un financement fléché (niveau 2) et enfin, un troisième niveau, le plus abouti, avec une véritable maturité entrepreneuriale et des tarifs négociés répondant à une appel d'offres tant au niveau de la tutelle que des patients (niveau 3).

Soit un deuxième scénario avec d'emblée le passage en niveau 2 voire au niveau 3. Ceci peut être obtenu soit en obtenant d'une ARS une expérimentation grandeur nature sur un territoire donné, soit en faisant une véritable simulation financière des financements et des tarifs négociés, en fonction de la spécialité choisie, du territoire et du volume des praticiens sur ce territoire et dans cette spécialité.

Reste le problème de la faisabilité juridique, le premier niveau restant du domaine des sociétés habituelles de professionnels (Sté d'Exercice Libéral, société civile de moyens) le niveau 2 relevant plutôt du GCS (Groupement de coopération Sanitaire) ou de la coopérative hospitalière, quant au niveau 3, il faudra trouver un statut juridique à cette entreprise chirurgicale qui soit adaptée (sociétés anonymes ?).

Conclusion

L'entreprise chirurgicale doit nous rendre la maîtrise de notre profession basée sur notre savoir-faire. Elle doit intéresser à nouveau les plus jeunes, doit être simple et adaptable à des multiples formes organisationnelles.

Il est nécessaire de faire passer ce nouveau message de l'entreprise chirurgicale au niveau des différents intervenants de la chirurgie, qu'il s'agisse de l'Académie Nationale de Chirurgie, du Conseil National de la Chirurgie, des Conférences d'URML (2), des Conférences de Présidents de CME (CHU, CHG, PSPH, CNP CME des établissements privés), bien évidemment des syndicats horizontaux (CSMF, SML, etc...) et des syndicats de spécialités chirurgicales (syndicat national des chirurgiens orthopédistes, syndicat des chirurgiens urologues, syndicat des chirurgiens viscéraux et digestifs, etc...).

Les prochaines étapes de notre étude visent donc à approfondir cette question de faisabilité économique et juridique en procédant à une analyse des montages au regard du référentiel du droit des affaires mais aussi du droit de la santé, en affinant les scénarios économiques, notamment par une estimation plus précise des charges de fonctionnement mais aussi de la rémunération proposée. La question restera, en suspend pour l'instant, car quelle est la bonne rémunération d'un chirurgien ?

Cette notion d'entreprise chirurgicale pourra être déclinée sur d'autres spécialités en adoptant le même schéma cadre. Ce projet porte donc sur la définition d'orientations stratégiques des activités en fonction des besoins et de la demande de santé, sur la définition de l'exigence structurelle, organisationnelle et fonctionnelle permettant de garantir une offre de service compatible avec les activités retenues sur les possibilités de faire advenir un tel projet dans un environnement administré et concurrentiel.

Qui pourrait refuser un tel schéma ?

Questions

L. Sedel.

Dégradation de l'image du chirurgien. Comment en est-on arrivé là ? Il y a nécessité de réfléchir à comment redorer le blason de notre discipline ?

Réponse.

Effectivement, la dégradation de l'image du chirurgien impose de réformer notre vision de la chirurgie et notre mode de

prise en charge. C'est bien pour cela que nous avons mis en avant l'Entreprise Chirurgicale qui est de donner une vision entrepreneuriale aux chirurgiens et les laisser maître de leur discipline.

B. Launois.

J'apprécie beaucoup cet exposé. Je crois qu'il est important que les chirurgiens se regroupent : les syndicats, le Conseil National de la Chirurgie. A l'Académie, on a reçu Louise Samson qui est Président du Collège des Chirurgiens et des Praticiens du Canada. Elle régente 40.000 praticiens.

Réponse.

Je vous remercie d'avoir apprécié notre travail sur l'entreprise chirurgicale, je pense qu'il s'agit d'un travail important de longue haleine qui doit être conduit par l'Académie Nationale de Chirurgie, en priorité, puisqu'elle représente les chirurgiens français.