

L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France.

Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand
Ministre de la Santé et des Solidarités

Présenté par Guy Vallancien

*Professeur à la faculté de médecine René Descartes, Université Paris 5
Chef du département d'urologie à l'Institut Mutualiste Montsouris
Secrétaire Général du Conseil National de la Chirurgie*

Avec le concours du bureau du Conseil National de la Chirurgie

<i>Pr. Jacques Domergue</i>	<i>Président</i>
<i>Dr. François Aubart</i>	<i>Vice-Président</i>
<i>Dr. Philippe Cuq</i>	<i>Vice-Président</i>
<i>Dr. Guillaume Pourcher</i>	<i>Secrétaire adjoint</i>
<i>Pr. Henri Guidicelli</i>	<i>Rapporteur</i>

Paris le 3 Avril 2006

<u>LES EXEMPLES POUR CONVAINCRE.....</u>	<u>60</u>
<u>.....</u>	<u>60</u>
<u>2) LA MURE.....</u>	<u>60</u>
<u>.....</u>	<u>60</u>
<u>.....</u>	<u>62</u>
<u>.....</u>	<u>62</u>
<u>.....</u>	<u>63</u>
<u>.....</u>	<u>63</u>
<u>Remer</u>	<u>64</u>
<u>1 Liste</u>	<u>65</u>
<u>2 quest</u>	<u>67</u>
<u>ANNEXI</u>	<u>69</u>
<u>4 enqu</u>	<u>78</u>



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le 08 NOV. 2005

Cab.LH/MJM – D13389

Monsieur le Professeur,

L'organisation de l'activité chirurgicale est un élément central de l'organisation des soins sur notre territoire. Elle doit répondre à des critères de sécurité, de qualité et de continuité des soins.

Je souhaite donc vous confier la mission d'évaluer, en lien avec les agences régionales de l'hospitalisation et le Conseil National de la chirurgie, les situations où la réponse à ces trois exigences est susceptible de poser problème. Vous pourrez appuyer votre mission sur l'étude de situations précises, avec l'accord et l'appui de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins et des agences régionales de l'hospitalisation compétentes. Vous pourrez enfin vous faire aider par d'autres experts si nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous,

Xavier BERTRAND

Monsieur le Professeur Guy VALLANCIEN
 Institut Mutualiste Montsouris
 42 boulevard Jourdan
 75014 Paris

Introduction :

La France est au monde, le pays où le nombre d'établissements de soins publics et privés rapporté à la population est le plus élevé : 3200 pour 63 millions d'habitants (1/20.000 habitants) contre en moyenne 1/40.000 en Europe (1/100.000 en suède). L'histoire civile et religieuse du pays, ses particularismes géographiques et climatiques, les traditions des voies d'échanges, un état garantissant le service public de proximité, se conjuguent pour expliquer une telle dispersion des ressources médicales et chirurgicales sur le territoire national. S'y ajoute une autre spécificité nationale, unique en Europe, l'importance et le dynamisme de l'activité chirurgicale libérale réalisée dans les établissements de soins privés.

L'excellence médicale que revendiquent les malades, les progrès incessants des techniques chirurgicales, les normes de sécurité sanitaire de plus en plus strictes, l'amélioration des moyens de transport et des télécommunications, l'obligation de la continuité des soins obligent à repenser aujourd'hui l'offre chirurgicale sur le territoire afin de regrouper les compétences au lieu de les maintenir éparpillées.

Offrir un accès aux techniques opératoires modernes à tous les malades et blessés pris en charge en France quelles que soient leurs conditions sociales, professionnelles et familiales est un impératif républicain qui ne se discute pas, mais dans le domaine aussi sensible que celui de la santé, deux logiques s'affrontent : l'une médicale, qui appelle à une optimisation de l'offre de soins chirurgicaux pour les raisons sus citées et l'autre politique, privilégiant l'aménagement du territoire en plaidant pour le maintien de petites structures de soins chirurgicaux dans les zones peu peuplées ou à circulation difficile.

Depuis 1996 le rapport sur « l'état de la chirurgie en France » par le Pr. H. Guidicelli et Madame M.F.Veran- Peyret, les chirurgiens ont alerté les pouvoirs publics sur la nécessité d'une restructuration de l'offre de soins.

Depuis 10 ans aussi, les deux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS I et II) ont modifié cette offre de soins grâce à 130 restructurations entre établissements publics ou privés sans remise en cause d'une telle politique. Une enquête toute récente de la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) des centres hospitaliers réalisée par Bichier et Fellingier indique 63% de satisfaction des médecins après une restructuration. Vingt deux pour cent n'ont pas observé de différence et seulement 15% regrettaient la situation antérieure. On n'a pratiquement jamais parlé de ces restructurations ni mis en avant leurs avantages, alors que toutes ont été acceptées. Les médias se sont focalisés sur les lieux où des résistances particulièrement vives ont retardé voire empêché la ré-organisation des soins chirurgicaux dans un bassin de population donné.

Le troisième schéma régional d'organisation des soins qui débutera le 31 Mars 2006, modifiera encore profondément la carte sanitaire française dans le sens d'une concentration des soins lourds dont la chirurgie, d'un accroissement des partenariats entre établissements publics et/ou privés et du maintien de la proximité sous de nouvelles formes.

La mission a consisté à faire le point de l'existant et à proposer des visites sur sites afin d'évaluer la sécurité, la qualité et la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics. Il nous est en effet apparu logique de commencer par l'étude des hôpitaux dont l'activité opératoire minimale posait la question de la pérennité du service de chirurgie, sachant que leur éventuelle restructuration modifierait l'organisation régionale de la prise en charge des malades et des blessés candidats à une opération. Une deuxième étape concernera les Centres Hospitalo Universitaires et les grands centres hospitaliers qui seront eux aussi évalués sur la base des trois mêmes critères de sécurité, de qualité et de continuité des soins chirurgicaux.

Le rapport abordera les thèmes suivants :

- 1° L'impact des conditions géo climatiques sur la répartition territoriale des hôpitaux de proximité
- 2° Les urgences chirurgicales
- 3° L'activité et la qualité chirurgicale
- 4° Les implications politiques de la restructuration de l'offre de soins publique

Deux chapitres traiteront :

- 5° Des visites sur les sites hospitaliers à faible activité chirurgicale
- 6° Des missions d'avenir d'un hôpital de proximité

10 propositions d'action découleront du constat et des perspectives d'avenir des hôpitaux de proximité.

Dans un domaine où le verbe et la passion l'emportent souvent sur la réalité, seuls les faits objectifs sont à même d'orienter durablement une politique de santé publique reposant sur la réponse à la question suivante : **la sécurité, la qualité et la continuité des soins chirurgicaux existent-elles et peuvent elles être maintenues dans la totalité des petits hôpitaux publics?**

Matériel et méthode :

Les données chiffrées communiquées par la Direction de l'Hospitalisation et des Soins (DHOS), l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) et la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) seront indiquées sous forme de tableaux afin de mieux guider la discussion. Seuls ont été pris en compte les actes classant du PMSI, laissant de côté certains petits actes comme les sutures simples de plaies superficielles, les biopsies de peau, les embrochages percutanée etc.....

1° Les directions d'Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ont été interrogées en leur demandant de nous renseigner sur les restructurations déjà effectuées, sur celles en cours ou prévues dans le cadre du SROS III et sur les difficultés rencontrées dans chaque région. Les petits établissements à problèmes ont été répertoriés et seront visités dans l'année 2006 selon un programme identique défini plus loin.

2° Les bases de données de la Direction de l'hospitalisation et des Soins (DHOS) nous ont renseignés sur les effectifs de personnels médicaux et paramédicaux.

3° L'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) nous a grandement aidés à extraire du programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI) les données de certaines interventions chirurgicales.

4° les documents fournis par les ARH et par la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) nous ont permis d'évaluer l'offre et la consommation de soins chirurgicaux des hôpitaux publics.

5° les taux de fuites vers d'autres hôpitaux des habitants d'un bassin de population donné ont été évalués lorsque les ARHs les avaient colligés. Nous avons aussi avec Mr Macé analysé les migrations de patients vers tel ou tel hôpital en fonction des codes postaux de communes d'un bassin de population.

6° Une enquête par téléphone auprès de 100 personnes (maires, médecins, pharmaciens, usagers) a permis d'analyser la satisfaction des populations des petites villes qui ont connu une fermeture de leur service de chirurgie comme La Mure, Chamonix, Valognes, Saint Amand, Montaigu, Royan, ou de villes qui n'en n'ont jamais eu malgré des conditions géo climatiques parfois très difficiles comme Ouessant, Sein, Yeu ou Belle Ile.

7° Les conseils sur les données géo-climatiques on été donnés par Mr Jean Marc Macé, géographe de la santé, maître de conférence au Conservatoire National des Arts et Métiers, (CNAM) ainsi que certaines données issues du PMSI 2004 concernant la production chirurgicale des petits hôpitaux.

8° Des auditions de l'Académie de Chirurgie, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, des conférences des directeurs et des présidents de CME de CHU et de CH, de la Fédération des Hôpitaux de France (FHF), de l' Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP), de la Société Française d'anesthésie et réanimation (SFAR), de la Mutualité Française(FNMF), de l'Association des Médecins d'Urgence de France (AMUHF), de la Générale de Santé ainsi que des personnalités, des associations savantes et d'usagers, des syndicats ont eu lieu après qu'un questionnaire standard leur ait été adressé avant l'entretien.

9° Nous avons largement tenu compte des recommandations des rapports du Conseil National de la Chirurgie et du rapport commun des Académies Nationales de Médecine et de Chirurgie remis au Ministre de la Santé et des Solidarités le 13 septembre 2005. Nous avons aussi retenu certaines propositions qui ont été évoquées lors du colloque organisé le 18 janvier 2006 à l'Assemblée Nationale par le Conseil National de la Chirurgie sous la présidence du Pr. Jacques Domergue.

Des visites d'établissements qui rencontrent des difficultés ont été programmées en partenariat avec le Pr. Henri Guidicelli dans le cadre de la mission d'accompagnement des restructurations qui lui a été confiée par le Ministre de la Santé et des Solidarités. Quatre établissements ont déjà été visités : Bagnols-sur-Cèze, Die, Pertuis et Crest, 10 le seront avant le 1^{er} juillet 2006, 30 le seront dans l'année.

Les maternités n'ont pas fait l'objet de cette étude car elles n'entraient pas dans le champ d'investigation du rapport et nous n'avions pas la compétence requise pour évaluer leur situation.

Pour des raisons de temps, seuls ont été pris en compte les hôpitaux de la métropole, n'excluant en rien une évaluation propre des hôpitaux des DOM TOM et de la Corse.

Résultats

Les chiffres clefs :

Source FHF 2006

Nombre d'hôpitaux en France	1 035
Nombre d'hôpitaux publics pratiquant la chirurgie en 2004	486
Nombre global de lits de chirurgie hôpitaux publics en 2004	44 869
Nombre de lits de chirurgie CHU (hors obstétrique)	19 611
Nombre de lits de chirurgie CH hors obstétrique)	25 258
Nombre d'actes opératoires annuels hôpitaux publics	2.000.000
Nombre d'actes chirurgie ambulatoire hôpitaux publics	270 000
Pourcentage de séjours plus de 48H :	
CH	34%
CHU	48%
Nombre d'hôpitaux effectuant < 2000 actes opératoires /an	113

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en chirurgie, source Sigmed 31 décembre 2005

CHIRURGIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	30	52	82	1	4	5	31	56	87
35-39 ans	175	415	590	23	22	45	198	437	635
40-44 ans	167	700	867	20	75	95	187	775	962
45-49 ans	169	721	890	58	209	267	227	930	1157
50-54 ans	112	676	788	34	239	273	146	915	1061
55-59 ans	41	681	722	24	218	242	65	899	964
60-64 ans	20	336	356	7	132	139	27	468	495
65-69 ans	0	31	31	1	9	10	1	40	41
total	714	3 612	4 326	168	908	1 076	882	4 520	5 402
% sexe	16,5%	83,5%	100,0%	15,6%	84,4%	100,0%	16,3%	83,7%	100,0%
Age moyen	45 ans 0 mois	49 ans 7 mois	48 ans 10 mois	48 ans 7 mois	52 ans 11 mois	52 ans 2 mois	45 ans 8 mois	50 ans 2 mois	49 ans 6 mois

Source DHOS 2006

Nombre de praticiens titulaires en chirurgie	5400
Nombre de chefs de clinique assistants des hôpitaux en chirurgie	500
Nombre de chirurgiens à diplôme étranger hors Union Européenne (hors gyneco obstétrique)	1400
Total des chirurgiens exerçant dans les hôpitaux publics	7300
Nombre d'internes en chirurgie	2600
Nombre total de chirurgiens seniors ou en formation	9900
Moyenne d'actes opératoires/an par chirurgien dans les hôpitaux publics (hors internes)	350

Taux de féminisation des praticiens hospitaliers en chirurgie. source DHOS 2006

Discipline	31/12/2001	31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	Evolution 2001-2005 (points)
Chirurgie	14,2%	14,7%	15,4%	16,0%	16,3%	2,1

Départs à la retraite à 65 ans estimés des praticiens hospitaliers en chirurgie, source Sigmed 31 decembre.2005

Discipline	Effectifs fin 2005	Départs en 2006	Départs en 2007-2011	Départs en 2012-2016	Départs 2006-2016	% départs 2006-2016
Chirurgie	5 402	41	495	964	1 500	27,8%

Nombre de chirurgiens dans les cliniques (hors gynéco obstétrique)	8 000
Nombre d'anesthésistes dans les cliniques	2 959
Nombre anesthésistes Ets. Privés sous dotation globale	627
Source FHF 2005	
part de l'activité chirurgicale des hôpitaux publics	33%
part de l'activité chirurgicale des cliniques privées + PSPH	67%

Source DHOS 2005

Nombre d'infirmières de bloc opératoire (IBODE)	Hôpitaux publics	4766
	Cliniques	2471
Nombre d'infirmières non spécialisées au bloc	Hôpitaux publics	7887
	Cliniques	7703
Nombre d'infirmières auxiliaires anesthésistes (IADE)	Hôpitaux publics	5567
	Cliniques	589

Source FHF 2005

Nombre de K opératoires par an par salle d'opération :	CH	45.000
	CHU	54.000
	PSPH	68.000
	Clinique	96.000

Sources DHOS et ATIH 2004

Nombre d'hôpitaux < 2000 actes opératoires par an	113
Nombre total d'actes opératoires classant dans ces hôpitaux/an	126 655
Nombre moyen d'actes opératoires classant /an par hôpital <2000 actes	1115
Nombre d'hôpitaux <1550 actes opératoires / an	87
Nombre d'hôpitaux < 1000 actes opératoires /an	76
Nombre d'hôpitaux < 500 actes opératoires /an	13
Nombre d'hôpitaux avec 3 chirurgiens ou moins (titulaires temps plein ou temps partiel) :	112
2 chirurgiens titulaires	58
1 chirurgien titulaire	20
Nombre moyen par région des hôpitaux à faible activité :	6
Nombre moyen de chirurgiens titulaires/ hôpital	2,2
Nombre moyen d'anesthésistes titulaires/ hôpital	2.5
Nombre moyen de personnels non médicaux employés dans les services de chirurgie de ces hôpitaux (bloc et hospitalisation)	28

Source PMSI 2004

Les opérations fréquentes parmi les actes classant réalisées dans les 113 hôpitaux effectuant < 2000 actes par an	
• fracture des membres et de la clavicule	6000
• appendicectomie	5500
• cure de hernie abdominale et éventration	5100
• prothèse de hanche	5000
• cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire)	4500
• adénoïdectomie (végétation) et amygdalectomie	2400
• posthectomies (circoncision) et plastie du frein de la verge	2000
• décompression du nerf médian dans le canal carpien	1800
• éveinage (varices)	1500
• Ménissectomie	1500
• hystérectomie	1400

les opérations lourdes réalisées dans les mêmes hôpitaux				
• prostatectomie radicale pour cancer				340
• chirurgie colorectale (pour cancer et autres pathologies)				700
nombre d'hôpitaux ou moins de 10 interventions lourdes/an sont réalisées				
	N°Hôpitaux (total)	<10 actes/an	<5 actes/an	< 2 actes /an
colectomie pour cancer	427	136 (32%)	63 (15%)	28 (6,5%)
prostatectomie pour cancer	198	86 (43%)	48 (24%)	29 (14%)

la chirurgie du cancer du sein (tumorectomies, mastectomies)	500
---	------------

Source JM Macé, CNAM

Distance moyenne d'un petit hôpital à un autre établissement public mieux équipé	35 km
Temps moyen pour rejoindre cet établissement mieux équipé	30 mn

Résultats de l'enquête téléphonique de satisfaction des habitants de villes dont le service de chirurgie a fermé (annexe 4)

84% considèrent que le temps mis pour rejoindre un hôpital plus sur n'est pas un problème.

88% considèrent que la sécurité est meilleure dans l'hôpital de référence

75% acceptent entre 30 et 45 minutes de trajet pour rejoindre cet hôpital

80% plébiscitent l'hélicoptère lorsqu'il est nécessaire.

94% privilégient la qualité des soins par rapport à la proximité de l'hôpital

Analyse :

- **Constat sur la fiabilité des données chiffrées :**

Selon les sources utilisées, les données analysées (nombre de personnels, activité opératoire et anesthésique) peuvent varier, soit parce que les définitions changent, soit parce que les informations sont incomplètes, provenant d'organismes qui ne comptabilisent pas de la même façon les effectifs. Des erreurs sont donc possibles liées au manque de coordination entre les services des administrations concernées quelle que soit la remarquable compétence des fonctionnaires qui y travaillent. L'état possède une foule innombrable d'informations utiles qu'il n'utilise pas et aucune politique de santé publique digne de ce nom ne pourra voir le jour en France sans un réel pilotage de l'action sanitaire basé sur des données fiables remontant du terrain et régulièrement actualisées.

Exemple :

1° le nombre exact de chirurgiens et d'anesthésistes à diplôme étranger n'est pas connu. La DHOS ne les comptabilise pas car elle n'a pas d'information sur les postes offerts par les directeurs des hôpitaux qui les recrutent directement. Les ARH connaissent les praticiens adjoints contractuels et les DRASS les assistants praticiens, les attachés et les faisant fonction d'internes (FFI)

Les systèmes d'information, en ce qui concerne les personnels médicaux, sont trop nombreux et les échanges réguliers des données entre les différents services trop épisodiques.

2° le nombre d'urologues en France est encore évalué par certains organismes à 327 ne prenant en compte qu'un sous groupe de spécialistes dit compétents alors que le vrai nombre d'urologues est de 1.050.

De telles imprécisions et erreurs dans le compte invitent à proposer un recensement national de l'activité des médecins par Internet sous forme de questions simples telles que :

- Exercez vous le métier de votre spécialité ? (en France 20% des généralistes ne font plus de médecine générale, un certain nombre d'anesthésistes ne sont plus au bloc opératoire et prennent en charge la douleur, des chirurgiens n'opèrent plus et ont des responsabilités administratives, etc)
- Votre exercice est il plein temps ou temps partiel ?
- Quelles autres activités médicales exercez vous ?

Les associations savantes seraient toutes intéressées de connaître réellement les données concernant le nombre exact de chirurgiens et leur activité afin d'aider les responsables de la protection sociale à prendre les bonnes décisions au bon moment.

L'activité :

126.655 actes opératoires ont été réalisés en 2004 dans les 113 hôpitaux à moins de 2000 actes /an (liste annexe 1)

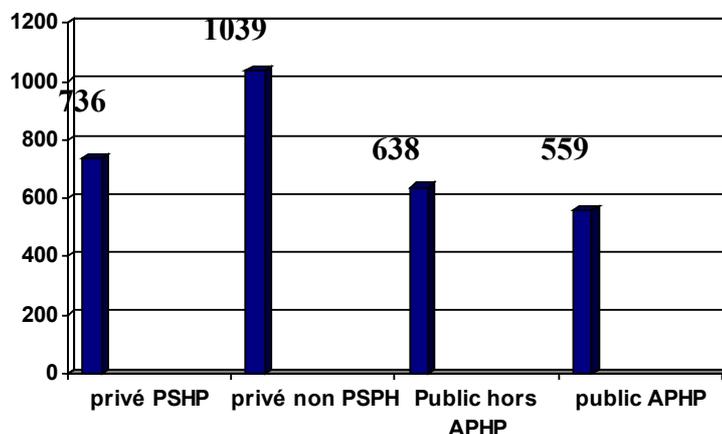
2550 types d'opérations différentes ont été effectués dont 344 plus de 100 fois, tous hôpitaux confondus. (Liste annexe 3)

Certains services de chirurgie sont dans une situation plus que précaire ne permettant pas d'assurer la sécurité, la qualité et la permanence des soins, soit parce que les blocs opératoires ou les salles de réveil ne sont pas aux normes, soit parce que l'activité est minimale et les chirurgiens parfois formés sans que l'on ne sache vraiment comment ni par qui.

Les hôpitaux qui assurent moins de 2000 actes classant par an réalisent en moyenne 1115 opérations par an.

- Moins de 50 actes dits fréquents par an comme les appendicectomies ou les cholécystectomies, sont pratiqués dans ces blocs opératoires soit en moyenne un par semaine.
- un chirurgien réalise en moyenne 300 interventions par an non compris les chirurgiens non titulaires, soit environ 1,5 opération par jour ouvrable par praticien. Les durées d'interventions sont généralement brèves (+/- 1heure).
- Une salle d'opération d'un centre hospitalier public réalise une production annuelle en kc (unité de production chirurgicale) moitié moindre qu'une salle opératoire dans une clinique privée. Une enquête SAE de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) en 2003 montre bien dans le tableau suivant les différences de production opératoires par salle selon le statut de l'établissement. Ces variations ne s'expliquent pas toutes par un recrutement de chirurgie plus « lourde » à l'hôpital qu'ailleurs.les coefficients KC ont été, la même année, de 89 dans les établissements privés et de 85 dans les 41 établissements publics hors APHP et PSPH dont les taux furent respectivement de 121 et de 108. Le nombre d'anesthésistes par salle était de 0.7 dans les cliniques et de 1.2 dans les hôpitaux publics. Il faut retenir que la majorité des urgences ont été opérées dans les hôpitaux publics notamment celles de nuit (81%) : 10374 dans les hôpitaux de l'APHP, 9747 dans les 23 hôpitaux publics qui ont déclaré une activité chirurgicale de nuit et 4864 dans les établissements privés hors PSPH.

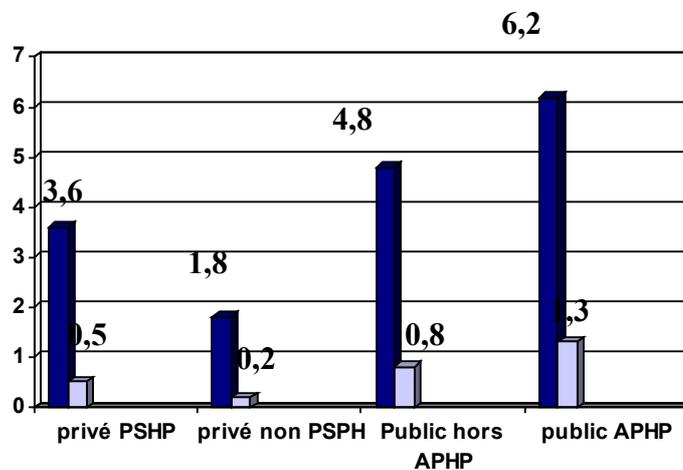
Nombre moyen d'interventions chirurgicales avec anesthésie par salle d'intervention chirurgicale par statut d'établissement. Source SAE 2003



Dans cette région en 2003 les hôpitaux publics ont réalisé 30% de la production chirurgicale alors qu'ils concentrent 41% des salles d'opération.

- La moitié des chirurgiens, qui exercent en France le font dans les établissements publics.
- Les anesthésistes sont près de deux fois plus nombreux, les auxiliaires anesthésistes (IADEs) dix fois plus nombreuses (participation au SAMU et SMUR), les infirmières spécialisées de bloc opératoires (IBODES) deux fois plus nombreuses et les infirmières non spécialisées le même nombre que dans les cliniques privées alors que la production chirurgicale publique ne représente que 33% de l'activité globale en France.
- Dans l'enquête SAE 2003 de l'ARHIF sus citée les effectifs en équivalent temps plein infirmier par salle d'opération étaient les suivants

Effectif de personnels infirmiers par salles d'interventions chirurgicales par statut d'établissement.
Source : SAE 2003



Globalement 56 établissements assuraient une garde d'infirmiers 24 heures sur 24 alors que 122 établissements assuraient une astreinte à domicile, 9 fois sur 10 pour les cliniques et 4 fois sur 10 pour les hôpitaux hors APHP.

- **les 126.655 opérations réalisées dans les petits centres hospitaliers pourraient être facilement absorbées par les hôpitaux de référence** dont le surcroît d'activité serait en moyenne d'environ 330 opérations par an, soit entre 2 et 12% d'accroissement de l'activité selon la taille de l'établissement receveur à la condition que les transferts se fassent intégralement vers lui.

Y a-t-il des explications à la sous production des petits hôpitaux ?

OUI

1° Les taux de fuites des malades sont parfois très importants allant jusqu' à 90% pour se diriger vers des centres mieux équipés en personnels et en matériels.

Départ			Arrivée		Fuites	
Code postal	Nom communes	Total des hospitalisés domiciliés	Etablissements	Hospitalisés issus du code postal	Chiffres bruts	Taux de fuite %
26400	Crest	697	CH Crest	79	618	89
29270	Carhaix	523	CH Carhaix	107	416	80
64300	Orthez	742	CH Orthez	218	524	71
65200	Lannemezan	520	CH Lannemezan	59	461	89
80600	Doulens	474	CH Doulens	127	347	73
59190	Hazebrouck	765	CH Hazebrouck	106	659	86
54500	Pont a Mousson	650	CH Pont Mousson	86	564	87
67160	Wissembourg	470	CH Wissembourg	136	334	71
67210	Obernai	535	CH Obernai	67	468	87
68800	Thann	425	CH Thann	100	325	76
88400	Gerardmer	463	CH Gérardmer	61	402	87
61300	Laigle	566	CH L Aigle	119	447	79
33260	Archachon	730	CH Archachon	115	615	84
8970						
0	Tonnerre	412	CH Tonnerre	88	324	79
						Fermé en 2006
22500	Paimpol	470	CH Paimpol	124	346	74
29300	Quimperlé	607	CH Quimperlé	108	499	82
11400	Castenaudary	647	CH Castelnauary	103	544	84
	St Jean		CH St Jean			
73300	Maurienne	438	Maurienne	91	347	79
84600	Valréas	567	CH Valréas	104	463	82
27300	Bernay	645	CH Bernay	123	522	81
16500	Confolens	428	CH Confolens	39	389	91

Sources : ATIH PMSI 2004, CNC 2006

2° Ces hôpitaux assurent les petites urgences, comme les sutures de plaies de peau, les contentions de membres, les fractures qui ne suffisent pas à assurer une activité soutenue de la production chirurgicale, car ces urgences chirurgicales ne sont pas nombreuses (83 sutures de plaies de peau profondes déclarées et 1500 fractures de fémur dans le PMSI 2004), soit une moyenne de 1 tous les mois par hôpital.

Ce sont les CHUs et les grands centres hospitaliers qui concentrent les interventions lourdes comme les polytraumatismes, les transplantations, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie que leur adressent directement les SAMUs et les SMURs.

Ces raisons justifient elles le statut quo?

NON

Globalement la production chirurgicale dans les petits hôpitaux est faible (parfois un à deux malades par jour). La disponibilité des blocs opératoires est limitée par leur fermeture tôt l'après midi (il est difficile voire impossible de commencer une opération après 15 ou 16 heures).

la qualité :

A partir des sources de l'Agence Technique d'Information de l'Hospitalisation (ATIH)
Il est aujourd'hui possible de mieux évaluer la production chirurgicale en France.

Exemple :

1° La prostatectomie radicale pour cancer (19.946 en 2004 dont 6.490 dans les hôpitaux) est une opération toujours programmée dont la technique est bien standardisée. Elle est indiquée chez des hommes d'âge moyen de 64 ans en bon état général sans co-morbidité majeure (espoir de vie supérieur à 10 ans).

Le taux global de mortalité sur 72700 prostatectomies réalisées sur 5 ans entre 2000 et 2004 est quasi égal à 0% (0,10%).

Il existe toutefois une différence significative de décès pendant le séjour opératoire en fonction du nombre de prostatectomies par an : 0,14% < 50/an, 0,09% de 50 à 100/an et 0,04% supérieur à 100/an.

Un service de chirurgie déplore 2 décès sur 65 opérés en 2004 soit un taux de 3%.

2° Les colectomies pour cancer (18.474 en 2004 dont 10.107 dans les hôpitaux) sont plus difficiles à analyser car la notion d'admission en urgence n'apparaît pas dans les données du PMSI (occlusion et péritonite ne sont généralement pas différenciées comme étant la cause de l'admission ou une conséquence de l'opération, même si certains codes le permettent)

. En appariant le nombre de cas par an, l'âge et la durée moyenne de séjour, on constate toutefois des différences importantes de la mortalité dans le séjour opératoire.

Exemple :

<i>Hôpital</i>	<i>60 opérations /an</i>	<i>63 opérations/an</i>
<i>Age moyen</i>	<i>73ans</i>	<i>72 ans</i>
<i>DMS</i>	<i>17.8 jours</i>	<i>17.4 jours</i>
<i>Taux de décès dans le séjour</i>	<i>3%</i>	<i>10%</i>

Les variations dans les résultats de ces deux exemples devraient faire l'objet d'une analyse plus poussée par des pairs afin de connaître les causes exactes de ces écarts.

On constate, dans ces deux exemples d'opérations fréquentes que dans 33% des hôpitaux, les chirurgiens opèrent moins d'un cancer du colon par mois et que dans 43% des hôpitaux, ils effectuent moins d'une prostatectomie pour cancer par mois.

La fréquence rapportée au nombre moyen d'opérateurs (2,4 équivalents temps plein titulaires) dans les hôpitaux à activité opératoire faible (< 2000) est pour ces deux interventions de l'ordre de 3 par an par chirurgien pour les prostatectomies et de 6 par an pour les colectomies pour cancer.

Que faire ?

Défendre le maintien dans les hôpitaux de proximité de la « petite chirurgie » ? C'est mal comprendre qu'un chirurgien n'est pas formé pour assurer uniquement des gestes de base, cure de hernies, d'hydrocèles, ablation de kystes, sutures superficielles etc... On ne forme pas un pilote d'avion à simplement décoller, faire un tour de piste à basse altitude par temps clair et sans vent. On le forme à toutes les situations difficiles, tout comme le chirurgien.

Quand un chirurgien est nommé à son poste de praticien hospitalier, il n'a guère l'intention de se contenter d'enlever les loupes du cuir chevelu sous anesthésie locale ! et à vouloir attirer des chirurgiens qui opéreront peu en raison d'une demande locale faible, on dégrade lentement mais sûrement la qualité de l'offre de soins.

Exemple :

Chirurgien seul en poste qui a été inscrit à 13 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins différents. Son activité opératoire est le quart de la moyenne nationale : 12 interventions sur le colon et le rectum dans l'année, une intervention sur la prostate : un décès, (indication abusive chez un vieillard atteint d'une maladie d'Alzheimer) et deux complications sérieuses (plaie de la vessie et fistule colique).

Se retrouver seul au cours d'une opération qui peut sembler facile au départ et se complique expose l'opéré à tous les dangers. Des erreurs et des complications surviennent dans les services de chirurgie quelles que soient leur taille et leur réputation, universitaires y compris, mais pouvoir demander conseil ou être aidé par un collègue est un gage de sécurité. Ce sont donc de véritables équipes opératoires qu'il faut rassembler dans les blocs modernes des hôpitaux qui ont investi dans des matériels adaptés.

La chirurgie ambulatoire, souvent proposée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation pour ne pas fermer brutalement un bloc opératoire est un pis aller, ce que reconnaissent volontiers les directeurs d'agence les plus lucides sur l'avenir de la chirurgie dans les hôpitaux de proximité. Là où un service de chirurgie est en perte de vitesse, l'ambulatoire qui réclame une organisation parfaite n'a pas sa place, en dehors d'éventuelles vacations d'endoscopie digestive ou d'ophtalmologie.

Il faut aussi se méfier des solutions bâtarde qui consistent à attirer les chirurgiens d'un autre hôpital pour assurer les quelques opérations plus délicates à faire chez soi comme si les malades ne pouvaient accepter de se déplacer quand leur vie est en danger. La chirurgie comporte outre l'acte opératoire lui-même des soins de suites qui demandent des infirmières et des médecins rodés. Opérer ne représente qu'une partie de la prise en charge chirurgicale d'un malade ou d'un blessé.

La notion selon laquelle un temps de trajet supérieur à une heure entre une commune et un hôpital expose les populations à une moindre consommation de soins est discutable : si l'on défend le lien social, la première des actions à mener serait d'organiser dans les communes des possibilités de transports, notamment pour les personnes âgées et les handicapés. La solidarité n'est pas synonyme de simple proximité géographique, mais plutôt d'attention aux autres sans toujours en référer à l'état.

- **La continuité des soins (suivi des opérés par la même équipe)**

Elle ne peut être efficace sans un nombre minimum de praticiens (trois ou quatre) par grande discipline de chirurgie (viscérale et orthopédie). On conçoit mal comment opérer un malade quand le bloc opératoire ferme la nuit et en fin de semaine.

- **La permanence des soins (assurer les urgences venant de l'extérieur)**

Dans les SAU, un quota de 6 chirurgiens viscéraux et du même nombre de chirurgiens orthopédistes participant à la permanence chirurgicale est une garantie minimale.

Pour les disciplines comme l'urologie, la chirurgie vasculaire, l'ophtalmo et l'ORL, un seul chirurgien spécialiste public ou privé en contrat avec l'hôpital devrait assurer l'urgence à tour de rôle dans bassin de population donné.

La délégation non contractualisée de certaines permanences de soins chirurgicaux aux anesthésistes ou aux urgentistes est une dérive qu'il convient d'arrêter. Si les chirurgiens ne sont pas en nombre suffisant pour assurer eux même la permanence des soins, la question de la pérennité du service de chirurgie sera posée.

- **La motivation**

Sans une reconnaissance de l'implication des chirurgiens dans le recrutement des malades, dans l'activité du bloc opératoire et dans le suivi des opérés, la chirurgie publique disparaîtra dans les années qui viennent. Il est urgent de mettre en place et sans hésiter la part variable qui récompensera les équipes et à l'intérieur des équipes les praticiens qui s'impliqueront plus dans l'activité et la qualité de leur service de chirurgie.

La survie de la chirurgie publique passe par une révision des dogmes et traditions qui empêchent de reconnaître les plus méritants. Un contrat interne annuel d'activité et de qualité de cette activité devra engager le chirurgien, le chef de pôle, le président de la CME et la direction de l'établissement.

Au total :

La sécurité, la qualité et la continuité des soins n'existent pas quand le nombre de chirurgiens passe en dessous du quota lié aux réglementations du repos quotidien.

Regrouper les praticiens au sein d'une équipe plus étoffée dans un autre hôpital situé le plus souvent à moins de 50km est une nécessité de santé publique sous tendue par la seule recherche de la qualité.

Les raisons d'économies avancées par les détracteurs de la recomposition du paysage chirurgical français sont fausses car les conversions à d'autres fonctions de ces hôpitaux réclament presque toujours un investissement financier. Construire de nouveaux bâtiments et embaucher des personnels adaptés aux nouvelles missions de l'hôpital sont des réalités vécues lorsqu'un hôpital veut répondre à ses nouvelles fonctions. (3 à 10% d'emplois en plus sont ainsi créés dans les petits hôpitaux qui se tournent vers l'avenir).

L'avenir

La sous production chirurgicale pose clairement la question du maintien des blocs opératoires où exercent trois chirurgiens ou moins qui assurent parfois moins de deux interventions par jour.

Ces services emploient un personnel conséquent qui pourrait être utilisé à d'autres tâches dans le cadre d'une nouvelle politique favorisant la proximité sanitaire.

Contenir des chirurgiens, des anesthésistes et des personnels paramédicaux dans une sous activité en pensant qu'ils ne feront que des petits gestes chirurgicaux est un leurre. Quand un chirurgien est à son poste et tout particulièrement s'il est seul, il trouvera toujours l'occasion d'opérer.

La dispersion des chirurgiens dans ces petits centres hospitaliers est donc un gâchis alors que les centres hospitaliers de références pourraient les accueillir.

Exemple :

Les deux chirurgiens qui ont quitté le service de l'hôpital de La Mure à sa fermeture, ont retrouvé de quoi exercer à Grenoble sans difficulté dans un environnement plus approprié.

Sachant que pour un homme ou une femme, le risque d'être opéré est de 2 fois dans sa vie et la durée moyenne de séjour dans un service de chirurgie de 6 jours, la concentration des professionnels et des matériels sur moins de sites opératoires ne précipitera pas les populations locales dans une apocalypse chirurgicale trop souvent évoquée sans autre raison que la peur.

C'est en faisant preuve de pédagogie que l'on pourra faire comprendre le bénéfice de ses restructurations vécues jusqu'alors comme une atteinte au service public.

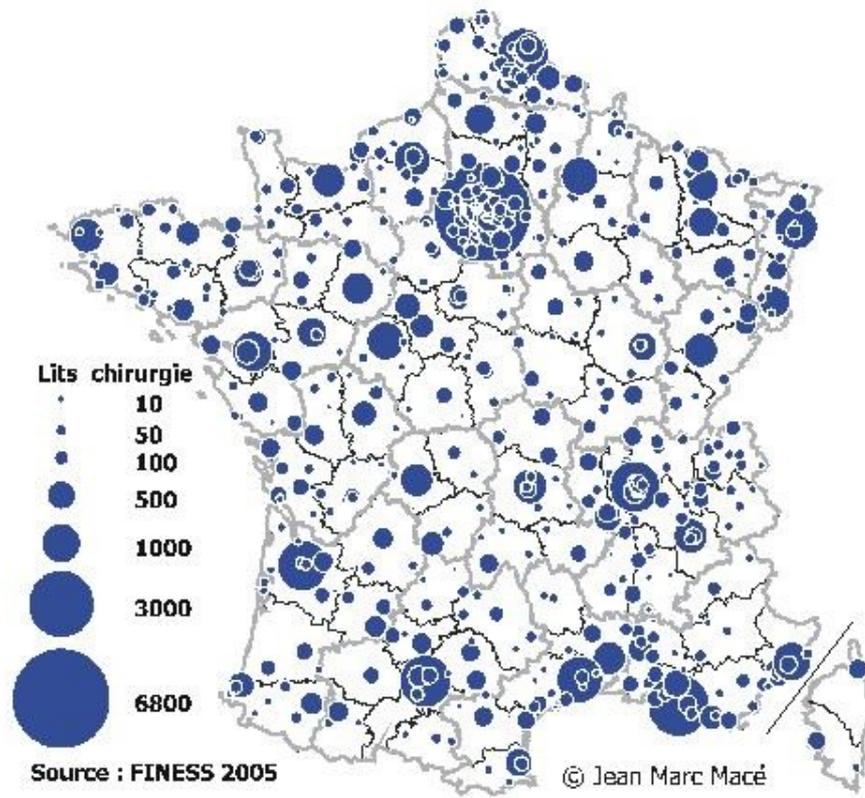
Des rencontres entre les responsables des communes qui ont su faire évoluer leur hôpital et les élus et populations qui s'inquiètent encore pour l'avenir du leur seront utiles afin de briser un certain nombre de tabous, ce d'autant plus que les transferts entre le centre hospitalier de référence et les hôpitaux de proximité peuvent s'organiser entre les communes comme le ramassage scolaire qui fonctionne au quotidien dans tous les départements de France.

Discussion

Quels obstacles persistent à la concentration de l'expérience et à la mutualisation des moyens pour une chirurgie d'excellence accessible à tous?

1° Les conditions géoclimatiques

1° Les conditions géoclimatiques

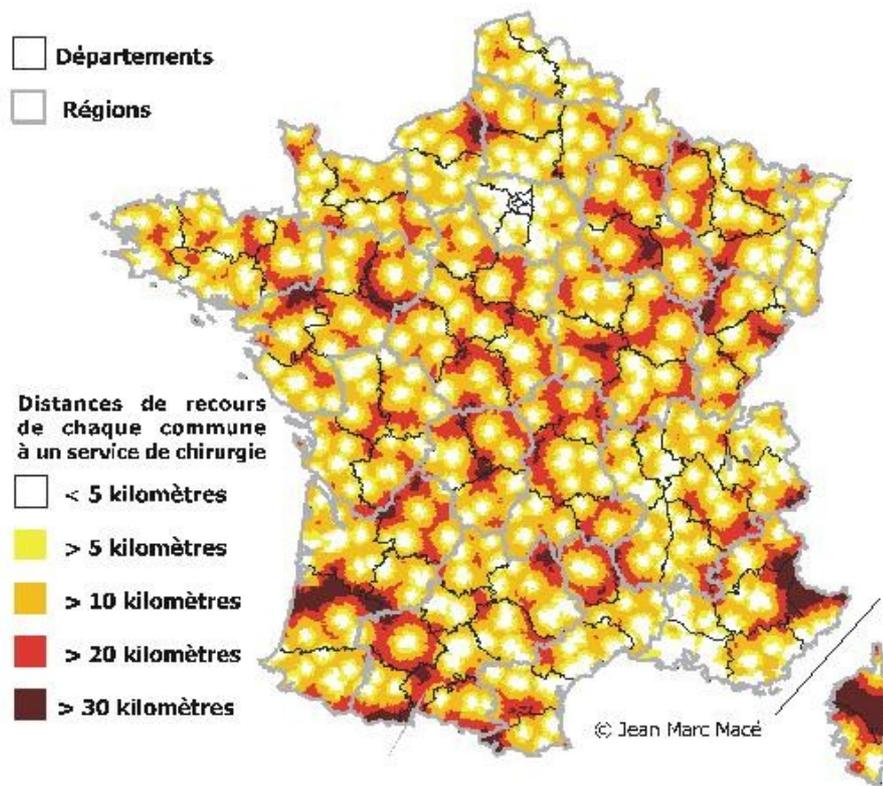


La France métropolitaine compte 648 communes qui abritent au total 110220 lits de chirurgie dont 44869 publics.

Pourcentage des communes en rapport avec la distance et le temps pour rejoindre un service de chirurgie public ou privé.

Distance		Communes	Population	France
Km	Minutes	Nombre	Nombre	%
> 30	50 à 90	963	450 000	0,8
> 20	49 à 40	6 339	3 000 000	5,1
> 10	39 à 20	20 321	11 500 000	19,7
> 5	19 à 15	29 032	19 500 000	33,3
< 5	< 15	7 537	39 000 000	66,7
France		36 569	58 500 000	100

Sources : INSEE RGP 1999; FINESS 2005, Route66



Distance moyenne de recours chirurgical en France

Distance moyenne de recrutement par type d'établissement		
France métropolitaine (hors Corse)	Attraction (KM)	Hospitalisations
CRLCC	52	64 818
CHR	32	1 039 766
Etablissements privés	22	3 478 297
CH	20	1 704 133
<i>Non calculé</i>		381 649
Etablissement (ensemble)	23	6 668 663

Crlcc centres de lutte contre le cancer
 Chr centre hospitalier régional
 Ch centre hospitalier

Sources: ATIH 2004, Jean-Marc Macé 2006

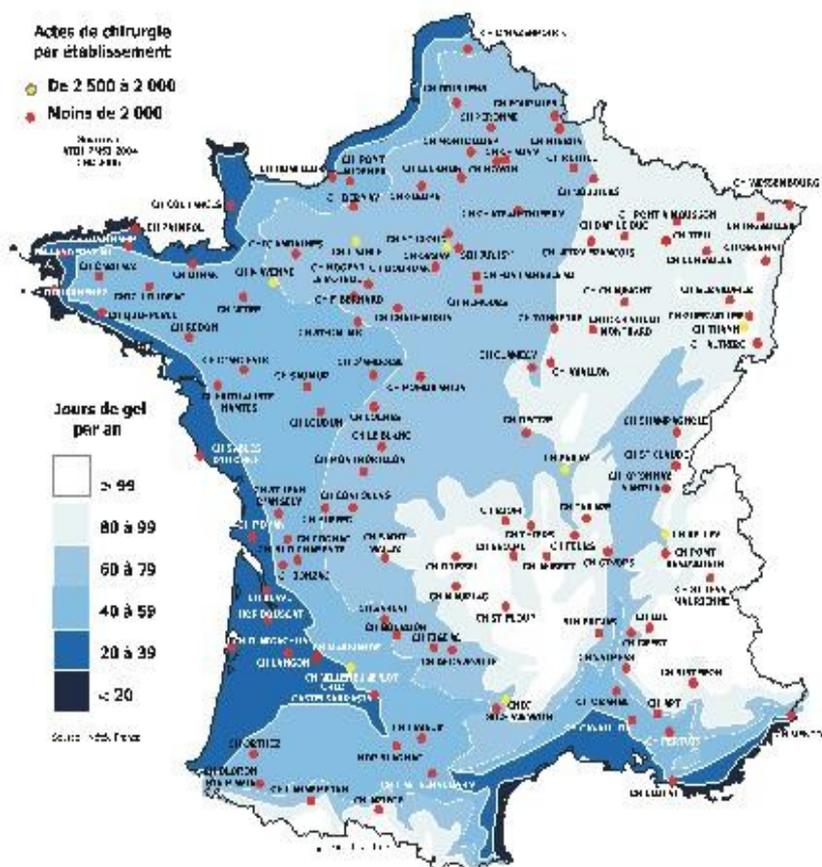
La voirie et les transports rapides

Les routes

Grâce à un réseau de routes (1.000.000 de km) et d'autoroutes (7500 km) particulièrement développé et bien entretenu l'impossibilité durable de transport terrestre est devenue exceptionnelle. Selon les DDE interrogées, l'utilisation des routes est possible dans les deux à trois heures après un salage commandé lorsque les conditions météo font état de la survenue d'un gel. Les chutes de neige en territoire montagneux sont en moyenne responsables d'un arrêt temporaire de la circulation 5 fois dans l'année. Certains départements comme le Cantal restent difficiles pour les transports l'hiver entre les petites communes et les hôpitaux de proximité mais l'accès routier entre ces mêmes hôpitaux et un établissement plus important est le plus souvent facile

- *exemple: Saint Affrique par la D 992 n'est qu'à 32 km de Millau soit entre 25 et 30 minutes par voiture et la route n'est coupée temporairement qu'exceptionnellement (moins de deux fois en dix ans).*

Carte des zones de gel en France



Gel	Communes	Population	France
Jours/an	Nombre	Nombre	%
< 20	550	2 500 000	4,3
20 à 39	3 050	8 000 000	13,7
40 à 59	8 259	12 000 000	20,5
60 à 79	13 440	25 000 000	42,7
80 à 99	8770	9 000 000	15,4
=> 100	2 500	2 000 000	3,4
	36 569	58 500 000	100

Pourcentage de communes sujettes au gel en France selon Météo France

Les fermetures des routes

11 Directions Départementales de l'Équipement ont été interrogées sur la fermeture de la route reliant les hôpitaux suivants :

Obernay-Strasbourg	Bas Rhin	Jamais
Thann -Mulhouse	Haut Rhin	Jamais
Saint Flour Mende	Cantal	Jamais
Auriac Mauriac	Cantal	3 heures
Ussel Mauriac	Cantal	Jamais
Sisteron Digne	Alpes HP	Jamais
Saint Affrique Millau	Aveyron	3 heures
Clamecy Nevers	Nièvre	3 heures
Gerardmer Remiremont	Vosges	Jamais
Die Valence	Drome	Jamais
Saint Jean de Maurienne	Chambéry	Jamais

Les transports hélicoptérés

sont un moyen d'évacuation sûr pour les blessés et malades urgents dans les zones dites désertifiées lorsque la distance entre le lieu de ramassage et l'hôpital de référence dépasse les 50 km. Ils sont en revanche peu pratiques dans les agglomérations et pour les trajets courts.

Les hélicoptères modernes peuvent presque toujours voler dans le respect des conditions météorologiques en rapport avec la machine, son instrumentation de vol et la qualification du pilote. Leur vitesse stable est un facteur de sécurité.

Le temps de trajet hélicoptéré entre le ramassage d'un blessé ou d'un malade et son arrivée à l'hôpital de référence est en moyenne de 8 minutes, non compris la préparation qui dépend de la gravité de la situation, de la célérité des équipes d'urgence mobiles et du type d'appareil (la sécurisation d'un blessé est plus longue si la civière est latérale et plus rapide en cas d'accès par l'arrière comme dans la dernière génération d'appareils).

Le temps de préparation est en moyenne de 50 minutes pour un blessé grave plus court pour un simple transfert de malade.

La dépose dans un hôpital doit se faire au plus près du service de réanimation pour éviter les transferts successifs qui nécessitent à chaque changement au moins 15 minutes de préparation du blessé ou du malade. Les aires de pose sont trop rarement balisées, c'est-à-dire sécurisées, éclairées et homologuées. Le coût d'un balisage n'est pas très élevé et toutes les petites villes devraient être équipées d'un terrain adapté pour le ramassage des blessés et malades urgents.

Le parc d'hélicoptères sanitaires (non compris les hélicoptères de la gendarmerie, de l'armée de la protection civile, des pompiers, des armées de terre et de l'air et de la marine) est composé de 62 appareils basés dans les SAMUs.

Recensement de l'enquête nationale pendant 15 jours d'été 1999

478 transports héliportés primaires :

94.5% de jour

5.5% de nuit

52% avec un hélicoptère sanitaire

20% avec un appareil de la sécurité civile

28% un autre hélicoptère

404 transports secondaires d'un hôpital à l'autre dont 82% réalisé avec un hélicoptère sanitaire

Dix huit mille transferts héliportés ont été réalisés la même année. Une récapitulation du parc d'appareils civils et militaires et de leur temps d'utilisation est nécessaire avant d'envisager une mutualisation des moyens en fonction des appareils et de leur capacité à être médicalisés.

Les moyens héliportés ne résolvent pas tous les problèmes comme l'ont montré les études de Bertrand et col. et de Guez et col. mais dans les situations où l'hélicoptère est présent (zones d'accès difficile), la population est rassurée parce que les services rendus par les équipes médicales d'urgence héliportées ont prouvé leur efficacité.

- *Exemples :*

1. *Vallée de Chamonix, Hôpitaux du Mont Blanc : les 687 hélitransports réalisés en 2004 vers les hôpitaux de Sallanches, Annecy ou Genève ont été possibles 345 jours sur 365 soit dans 96% des cas. Il s'est agi aussi bien des transferts directs depuis la montagne, que des transferts depuis la base des Bois.*
2. *Ile d'Yeu : reliée par hélicoptères et sujette à de grosses variations de population (5.0000 habitants l'hiver et plus de 40.000 l'été). Une compagnie privée est en contrat avec la municipalité et assure une mission d'intérêt général à la satisfaction des îliens. L'hélicoptère est basé à Yeu même.*

Au total :

La carte de la répartition des petits hôpitaux qui assurent moins de 2000 actes opératoires par an ne reflète pas les difficultés géo-climatiques qui pourraient expliquer leur implantation. On observe au contraire une certaine homogénéité dans la répartition territoriale liée aux traditions loco régionales d'édification des hospices et Hôtels Dieu puis des hôpitaux sous l'influence de personnalités diverses civiles ou religieuses qui ont contribué financièrement depuis des siècles à l'édification des établissements de charité puis de soins.

Toute politique moderne d'aménagement du territoire bute sur ces traditions fortement ancrées dans l'esprit des populations locales qui justifient par l'histoire le maintien sur un site donné d'un service de chirurgie à faible activité, or la fermeture de la maternité ou du bloc opératoire ne signifie pas la disparition de l'hôpital, ce qui n'est jamais arrivé en France.

Augmenter la dotation d'un hôpital dans sa part non variable hors tarification à l'activité, afin de maintenir sous perfusion un bloc opératoire ne tient pas face aux risques encourus d'une faible activité chirurgicale et d'une désaffection des personnels médicaux pour y exercer.

La proximité et la cohésion sociale, la prise en charge des personnes âgées et des handicapés doit être maintenue grâce au développement d'autres activités médicales dont ont tout autant besoin les habitants d'un territoire de santé, comme l'accueil des urgences et leur orientation, la médecine aigue et chronique, la rééducation fonctionnelle. On voit ainsi se dessiner le schéma développé par le rapport du Commissariat au Plan dans son approche des « maisons du bien être » et de la régionalisation du système de santé en 2025.

Certains hôpitaux sont en cours de construction ou en projet avancé près de carrefours routiers en dehors des agglomérations proprement dites, facilitant leur accès aux populations rurales ou des petites communes voisines.

Exemple : l'hôpital de Trevenant en cours de construction entre Belfort et Montbéliard

Au total, les distances et le temps de recours à un service de chirurgie sont brefs sauf dans quelques zones comme la Bourgogne (Morvan), les Landes, la Haute Normandie à la frontière de la Picardie, deux zones sur la Loire et quelques îlots dans le Centre, le massif central et les Alpes de Haute Provence.

2° Les urgences chirurgicales

En 2005, 12.000.000 de passages ont été enregistrés dans les hôpitaux publics qui assurent 85% de la prise en charge jour et nuit des urgences.

Un mouvement se dessine dans le secteur libéral pour assurer une telle mission d'intérêt général grâce à l'ouverture de 120 Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU), 1 Service d'Aide Urgente et 15 Pôles Opérationnels Spécialisés d'Urgence (type SOS main)

Est il indispensable de laisser ouvert un bloc opératoire la nuit pour une utilisation parfois moins qu'hebdomadaire ?

Ne faut il pas mieux diriger blessés et malades aigus vers un hôpital qui a l'expérience quotidienne de l'urgence ?

Autant de questions qui trouveront leurs explications dans des initiatives loco régionales sans que l'administration centrale n'influence les décisions sauf à garantir la qualité de la prestation.

Les services d'accueil et d'urgence sont des unités de proximité qui offrent un réel service aux populations. Leur nombre reste limité et leurs relais avec les services de référence souvent mal organisés.

Assurer les transferts vers les centres de référence reste la hantise des urgentistes qui peuvent passer des heures à trouver un lit. La situation est le plus souvent confuse en bien des endroits exposant les malades et blessés à des pertes de temps et de chance y compris dans les grandes villes.

Les petits hôpitaux qui assurent ces urgences devraient tous être équipés des moyens modernes d'imagerie tels que les tomodensitomètres et le service d'urgence pouvoir réaliser des échographies diagnostiques (véritable stéthoscope moderne) sur le champ par les médecins eux mêmes. Il devrait aussi être doté de systèmes de télétransmission d'images performants (plan TELEPROX)

Les rapports entre urgentistes et chirurgiens devront être clarifiés quand à la délégation possible d'actes (contention de fractures, sutures de plaies superficielles etc...). Dans ce domaine les enquêtes que nous avons menées montrent de grande disparité dans la répartition des rôles selon le bon vouloir des personnels médicaux concernés ou les habitudes locales.

L'urgence ne souffre pas l'approximation. La qualité des personnels et une orientation immédiate vers les centres de référence sont les clefs de la survie des blessés.

Deux contre exemples :

1° En pleine nuit à la suite d'accident de la route, un homme fait une hémorragie interne grave et est admis à l'hôpital le plus proche dont le bloc opératoire est fermé à partir de 20 heures. Il est ensuite transféré dans un autre hôpital ouvert 24 heures sur 24 situé à 20 minutes du premier et décèdera avant d'avoir été opéré.

2° à la suite d'un accident de la route un homme en état de choc est hospitalisé en urgence dans l'hôpital le plus proche. Il est pris en charge par un chirurgien seul qui décide d'opérer en urgence et dans le même temps les fractures des 2 fémurs et les fractures des 2 calcanéums (ces dernières pouvant être provisoirement contenues) malgré un état de choc sévère . Il sera transféré dans un état critique en réanimation dans un CHU le lendemain.

Fréquence statistique de 2 cas d'urgence vitale pour la France métropolitaine

Nombre de Grossesses extra utérines rompues/an

13.865 = 37/jour, 1,8 /j par région (de 0,8 à 18)

Nombre de rupture traumatique de rate/an

3025 = 8/jour, 1/3 j par région (de 1/4 à 4)

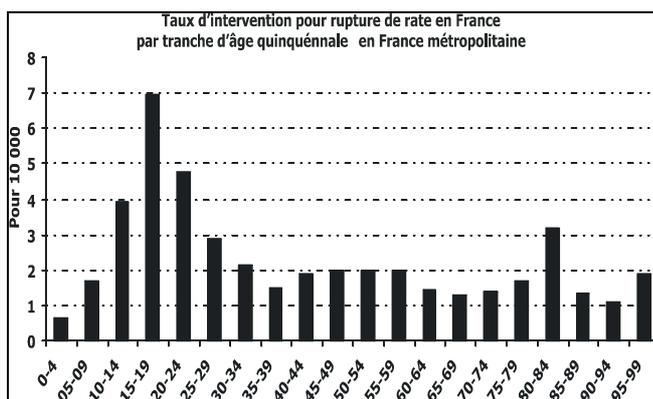
Les traumatismes de la rate et les grossesses extra utérines sont pour un bassin de population de 20.000 habitants respectivement de 1 tous les 2.5 ans et de 2 par an

Les petits hôpitaux traitent 300 ruptures de rate par an soit 3 par établissement.

Rate	CDAM	CCAM	Total
PR	40	104	144
PU	505	1 388	1 893
Total	545	1 492	2 037

Source : ATIH PMSI 2004

Pr clinique privée
Pu hôpital
Cdam classification des actes médicaux (ancienne)
Ccam classification commune des actes médicaux (nouvelle)

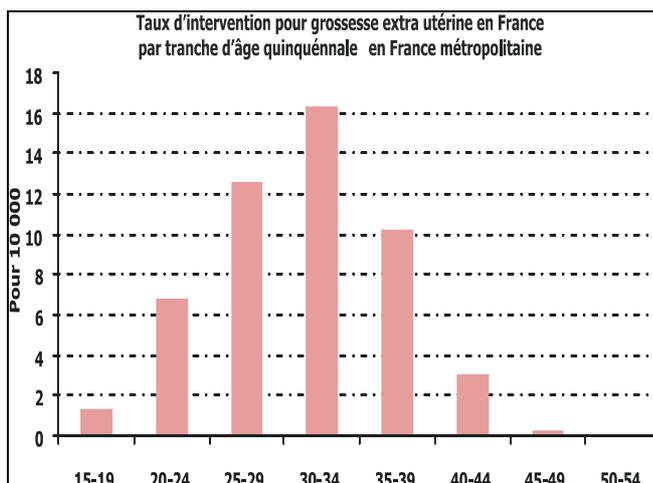


92.5% des ruptures de rate sont prises en charge dans les hôpitaux publics

GEU	CDAM	CCAM	Total
PR	1 428	1 910	3 338
PU	2 687	7 796	10 483
Total	4 115	9 706	13 821

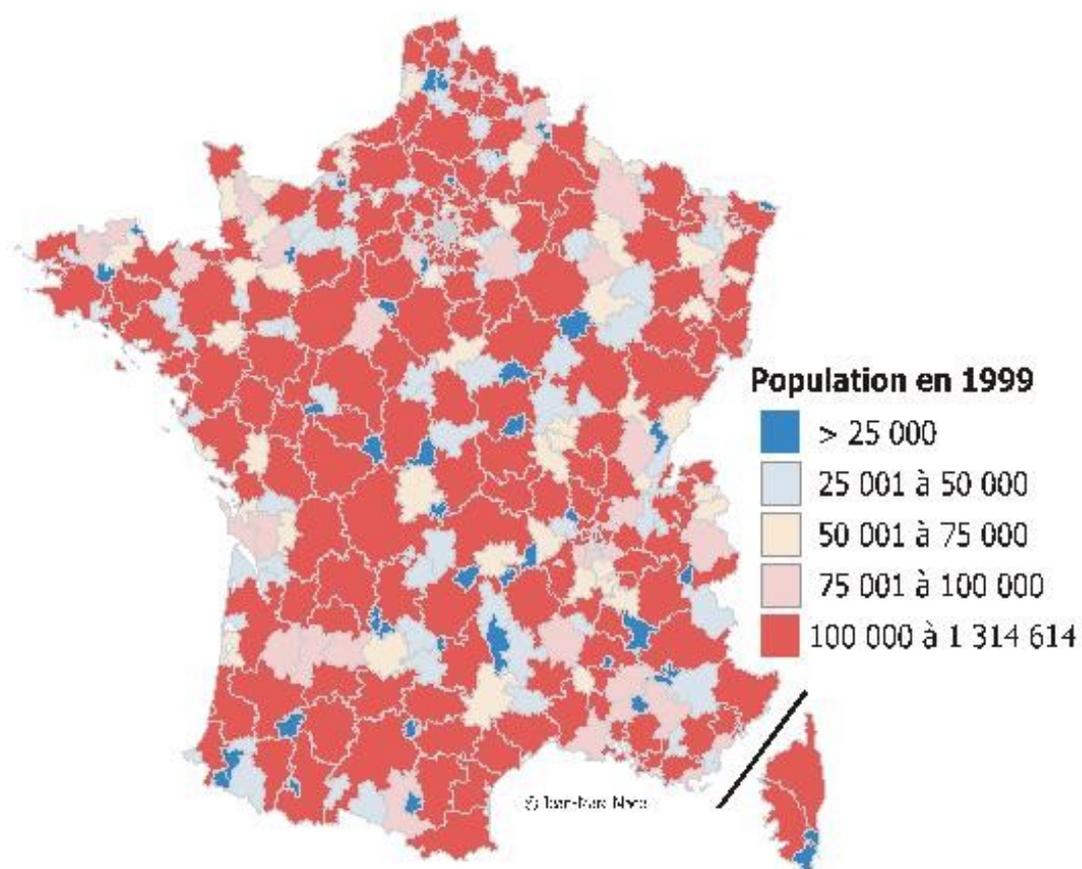
Source : ATIH PMSI 2004

GEU : grossesse extra utérine
 PR : cliniques
 PU : hôpitaux
 CDAM ; classification des actes médicaux (ancienne)
 CCAM : classification commune des actes médicaux (nouvelle)

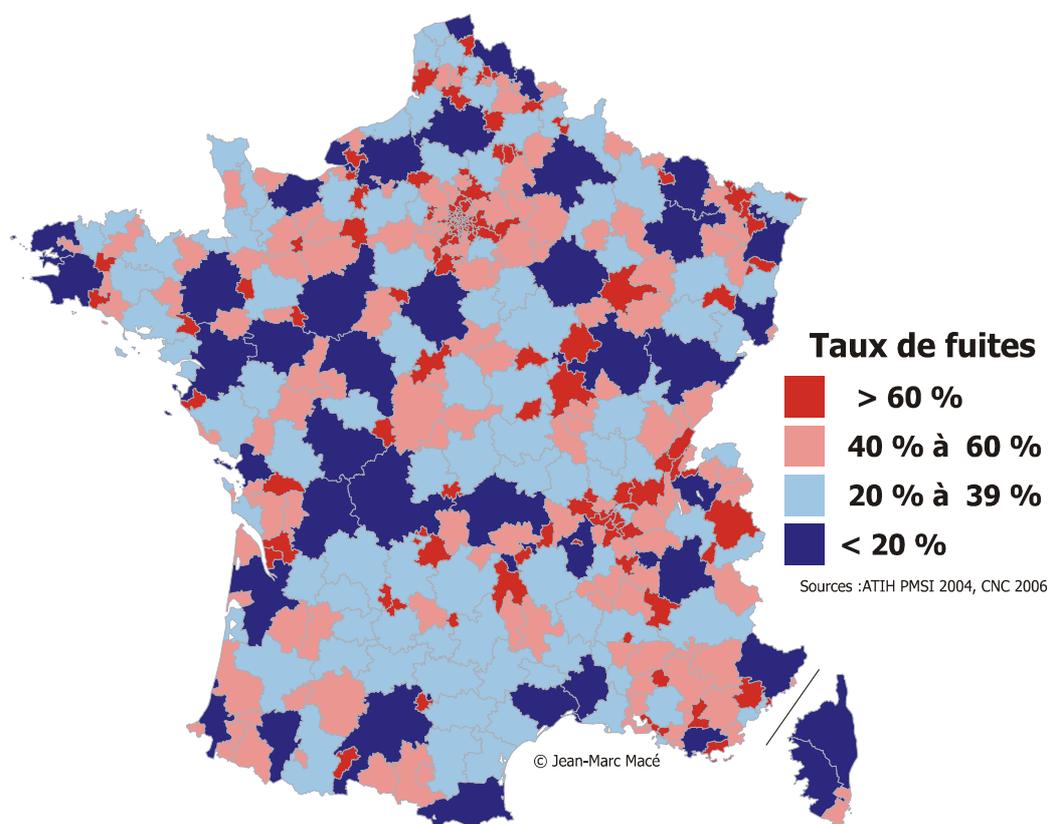
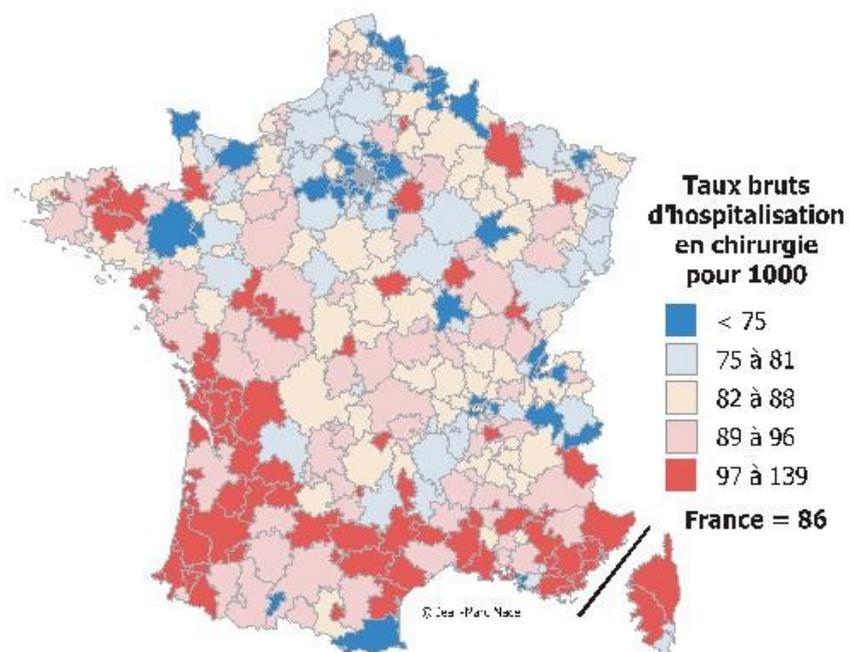


76% des grossesses extra utérines rompues sont prise en charge dans les hôpitaux publics

Les 431 bassins de chirurgie dont 45 bassins de moins de 25 000 habitants et 126 bassins de moins de 50 000 habitants



Les taux bruts d'hospitalisation en chirurgie montrent des disparités importantes qui vont du simple au double entre la région Nord Pas de Calais, l'Ile de France et plusieurs îlots dispersés et la région Provence Alpes Côte d'Azur avec une prédominance sud, tout comme les taux de vieillissement de la population.



les taux de fuites correspondent au pourcentage de malades qui se font opérer ailleurs que dans le service de chirurgie de leur bassin de population

exemple

Clamecy Bourgogne

**1 285 hospitalisations
domiciliées pour 16 000 habitants
(soit 85 hospitalisations/1000 ; France 84 /1000)
Indice vieillissement (65 ans/20 ans) = 130 %
France = 64 % en 2004**

**28 % des hospitalisations
du bassin de Clamecy
s'orientent vers le CH de Clamecy
(360 hospitalisations)**

**72 % des hospitalisations
sont faites ailleurs
qu'au CH de Clamecy
(925 hospitalisations)**

**25 % des hospitalisations
du bassin de chirurgie de Clamecy
(311 hospitalisations)
s'orientent vers Auxerre en 2004**

Les effets climatiques

***50 journées sur 365 journées
(14 % journées annuelles)
nécessitent un salage
afin d'éviter le verglas
ou la neige***

***Route bloquée : 3 heures
Source : DDE Auxerre***

3°La qualité chirurgicale

Elle implique :

- A) La qualification des chirurgiens
- B) La qualité de l'acte opératoire
- C) L'organisation des blocs opératoires
- D) La continuité des soins chirurgicaux

A) la qualification des chirurgiens

Les chirurgiens français formés en France

- **La formation initiale**

Les internes ont un cursus de formation long (DES et DESC) dans les centres hospitalo-universitaires et certains établissements publics ou PSPH, par convention.

Le niveau parfois faible du recrutement chirurgical de certains services de CHU posera à l'avenir la question de la mise en place d'une accréditation pour la formation de ces services. Certains établissements privés, compte tenu de leur forte activité chirurgicale et de la qualité des chirurgiens qui y exercent, pourraient participer utilement à la formation des jeunes chirurgiens. Un contrat renouvelable tous les trois ans, en fonction de la qualité de la formation devrait lier les établissements à l'université, qu'ils soient hospitaliers ou non.

Le développement d'écoles de chirurgie qui formeraient les internes à la pratique chirurgicale en dehors même de l'hôpital est souhaitable (recommandations du rapport du Conseil National de la Chirurgie). L'apprentissage sur sujet anatomique et simulateur doit être fortement encouragé car il sera de plus en plus difficile de former directement les internes dans les services de chirurgie en raison des risques accrus de poursuites judiciaires et de la demande des malades d'être opérés par des chirurgiens seniors.

- **La formation continue**

Depuis le mois de juillet 2005, les chirurgiens, tout comme la totalité des médecins français, ont l'obligation dans les cinq ans qui viennent d'évaluer leur pratique (EPP) selon des recommandations et une organisation du contrôle par la Haute Autorité de Santé et les Conseils de l'Ordre des médecins. Une telle démarche permettra d'éviter que certains chirurgiens formés il y a des années continuent à exercer sans réévaluer la qualité de leur pratique tout en croyant bien faire.

Les chirurgiens européens formés dans la communauté européenne

Ils peuvent exercer sans restriction en France, ce qui n'est pas sans poser certains problèmes lorsque ils ont été formés dans des pays où les diplômes sont plus faciles à acquérir. Ils sont peu nombreux (environ 60) et généralement exercent dans des centres hospitaliers aux moyens techniques suffisants et aux équipes opératoires rodées ce qui permet de les encadrer.

L'ouverture de l'Europe à de nouveaux pays où la formation chirurgicale n'atteint pas le niveau français risque de poser des problèmes, Une solution pourrait consister à leur demander de passer l'accréditation dès leur arrivée en France sans attendre les 5 ans réglementaires.

Les chirurgiens français ou étrangers formés hors de la communauté européenne

Sur à peu près 6000 médecins à diplôme étranger hors Union Européenne (PADHUE), on estime à 1400 (22%) le nombre de chirurgiens et à environ 300 les gynécologues obstétriciens (6%).

Formés, soit dans leur propre pays, soit hors de leur pays (moyen orient, Afrique, Asie, Russie), leur temps d'études et leur niveau de qualification finale sont très variables et les recommandations de leurs pairs difficiles à reconnaître comme objectives.

Ces chirurgiens exercent en majorité dans les établissements qui n'attirent pas les jeunes chirurgiens français. Ils sont parfois seuls ou en nombre limité à moins de trois dans des hôpitaux à l'activité opératoire faible.

Exemple :

ville de S..... un chirurgien à diplôme étranger exerce seul et assure 13.000 K opératoires par an ce qui est considéré comme une activité opératoire faible (moyenne en clinique privé 60.000 K).

ville de L.... deux chirurgiens à diplôme étranger assurent l'activité du service de chirurgie faute de recrutement local de praticien français au cursus connu.

Dans les centres hospitaliers, les chirurgiens à diplôme étranger restent souvent avec un statut de faisant fonction d'interne (FFI) ou d'assistant praticien ou encore d'attachés, payés au plus bas de l'échelle des salaires et servent parfois de simples aides opératoires et d'internes de garde. Ils assurent 75% des gardes d'urgences. Un tel état de fait qui perdure depuis vingt ans est inadmissible et vient d'être dénoncé par la HALDE.

L'absence d'une politique claire de la France vis-à-vis de ces médecins à diplôme étranger a conduit à une situation actuellement ingérable amenant à leur demande d'une titularisation grâce à la valorisation des acquis de l'expérience (VAE). Outre les responsables politiques qui n'ont pas su bâtir une filière d'attraction de l'élite étrangère en recherchant et valorisant les meilleurs jusqu'à leur permettre d'accéder à des postes universitaires, les directeurs d'hôpitaux, les présidents de CME et les chefs de service qui emploient ces chirurgiens (pour assurer essentiellement la permanence de soins) ont été responsables collectivement de leur nomination et des contrats d'exercice dont la DHOS n'est pas informée (contrat local). On ne sait donc pas réellement qui opère en France dans les hôpitaux publics et avec quelle qualification !

900 postes sont ouverts aux médecins étrangers. En urologie, 62 candidats se sont présentés à l'examen NPA d'Ile de France pour deux postes disponibles. Il a été difficile de trouver deux candidats s'exprimant dans un français correct. L'an prochain, 5 postes à titre étranger seront mis à disposition de l'urologie en plus des 25 postes d'internes soit un quota de 17%. En chirurgie viscérale, 20 postes seront proposés, soit 60% du global des postes d'internes. Une limite à 10% par spécialité basée sur une sélection stricte des candidats est souhaitable (proposition N° 6)

Si le recrutement des meilleurs chirurgiens étrangers est louable, et doit être encouragé, vouloir combler l'éventuel déficit de chirurgiens par un recrutement de praticiens au cursus flou et à la pratique parfois hésitante est irresponsable. Certains de ces chirurgiens à diplôme étranger quittent actuellement les équipes constituées où ils trouvent des recours éventuels pour être placés seuls en

position de responsabilité dans de petits établissements. Les chirurgiens qui ont la qualité et l'expérience requises pour exercer la chirurgie en France sont les premiers à souffrir de cet amalgame et le disent ouvertement.

Des mesures doivent être prises afin de tarir les filières d'accès déguisées (AFS et AFSA) à un poste de responsabilité.

La sélection des chirurgiens étrangers doit être aussi difficile que celle des étudiants en médecine français et un cursus jalonné de contrôles pratiques et théoriques doit être mis en place comme l'a recommandé l'Académie de Chirurgie dans un rapport au Ministre en 2005 (proposition n° 6)

B) la qualité d'un acte opératoire

Une certitude :

Il n'y a pas de petite chirurgie ni de petite anesthésie pour l'accomplir.

La qualité dépend de plusieurs critères que sont :

- *la pertinence de l'indication opératoire.* Cette pertinence est elle même dépendante de la formation initiale et continue du chirurgien, des avis de son entourage médical, de ses propres capacités chirurgicales, et de son recrutement sachant qu'un chirurgien à faible débit est plus exposé à pousser les indications opératoires.
- *la réalisation de l'acte opératoire* dans laquelle rentrent l'environnement structurel et sanitaire en fonction du respect des diverses normes de sécurité, le savoir faire du chirurgien celui de l'anesthésistes et de leurs aides au bloc opératoire.
- *Les suites opératoires* qui dépendent non seulement du chirurgien et de l'anesthésiste mais aussi des personnels paramédicaux qui prennent en charge l'opéré.

Certaines situations ne sont pas tolérables

Exemples :

- 1° *Hôpital situé à 38 Kms (25 minutes par une route large) d'une plus grande ville dotée d'un hôpital performant situé juste à l'entrée de la ville. Le service de chirurgie est tenu par deux chirurgiens: l'un à diplôme étranger est suspendu pour insuffisance professionnelle. Il effectue un recyclage, l'autre habite à 50 Kms ce qui rend problématique la continuité des soins. On fait venir en vacation des orthopédistes d'une plus grande ville.*
- 2° *Hôpital, situé à 48 Kms (30 minutes) d'une plus grande ville par route rapide. deux praticiens y réalisent 350 opérations par an (130 en orthopédie), trois postes d'anesthésie dont deux vacants (les praticiens ont déserté un hôpital en sous activité et le troisième est en congé parental). On fait appel à des anesthésistes intérimaires pour 300.000 euros par an dans un bloc opératoire où il y a à peine une opération par jour pour un coût de fonctionnement de un million d'euros par an. le taux de fuite est de 85%.*
- 3° *Service de chirurgie ayant assuré en 2005, 380 actes opératoires par deux praticiens. Permanence d'anesthésie précaire assurée par des remplaçants,*

l'anesthésiste titulaire étant devenu directeur de l'information médicale. Taux de fuite de la population de 60% vers des établissements situés à 30 minutes et 1heure de route sans difficultés particulières.

4° service de chirurgie avec un seul chirurgien viscéral réalisant moins de 300 actes par an. Conflit ouvert entre ce chirurgien et les autres médecins. Difficultés organisationnelles avec les anesthésistes d'un autre hôpital.

L'environnement sanitaire :

Il implique une mise aux normes en vigueur des blocs opératoires, des salles de réveil, de réanimation éventuelle et des services de stérilisation ainsi que l'utilisation de matériels et de prothèses de qualité. Certains maires ont investi dans des réfections coûteuses de ces structures chirurgicales et anesthésiques sous utilisées, espérant empêcher leur fermeture.

Le savoir faire des chirurgiens et des anesthésistes :

La relation entre la qualité des actes et le volume opératoire par hôpital et par chirurgien a fait l'objet de nombreuses publications anglo-saxonnes (Luft, Halm, Birkmeyer, Begg, Scardino) alors que quasiment aucune étude française n'a été publiée. Les résultats montrent une différence significative de la mortalité en fonction du volume d'actes opératoires selon les hôpitaux et dans un hôpital selon le chirurgien lui-même.

On considère, sur la base du taux de décès et du taux de complications publiés par les auteurs dans les revues internationales à comité de lecture, que les données ne varient guère d'un pays développé à l'autre et que ce qui est vrai aux Etats Unis, en Angleterre ou en Allemagne l'est aussi en France. Ainsi les séries de publications étrangères concernant la résection endoscopique de la prostate pour tumeur bénigne ou la prostatectomie radicale pour cancer indiquent des taux de mortalité et de morbidité semblables (de 0% à 0.8% et entre 5 et 25% selon le type de complications que l'on collige dans les résultats).

Dans la majorité des études publiées, les taux de mortalité ont été significativement plus élevés dans les hôpitaux à petit volume d'actes quand il s'agissait de chirurgie coronaire, aortique, oesophagienne ou pancréatique ou de traiter des cancers. Les résultats étaient moins nets pour les néphrectomies. Pour les cystectomies, compte tenu du petit nombre global de cas, certains auteurs comme Birkmeyer ont considéré que la réalisation de 40 opérations consécutives sans mortalité étaient un gage de qualité.

Halm a montré que non seulement le volume opératoire global de l'établissement était un facteur de qualité, mais aussi qu'à volume opératoire égal les chirurgiens avaient des résultats différents. Si un petit volume opératoire par chirurgien entraîne statistiquement un taux de complications plus important, en revanche, un gros débit opératoire n'est pas synonyme de qualité, comme l'a montré Begg. Certains chirurgiens à fort volume d'actes peuvent être responsables d'un taux de malfaçon non négligeable. Il importe donc d'évaluer les chirurgiens eux-mêmes à partir des données du PMSI selon des critères simples, quantifiables et facilement analysables (proposition n° 4).

Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannique recommande un volume d'au moins 50 prostatectomies radicales et cystectomies par an par une équipe spécialisée pour atteindre

la qualité requise. Si l'on transférait ces recommandations en France en comptant 50 prostatectomies par an, ce serait 274 établissements privés sur 394 (70%) et 161 Hôpitaux publics sur 200 (80%) qui ne pourraient plus pratiquer une telle chirurgie. Il resterait 159 établissements autorisés à pratiquer ces 20.000 opérations annuelles soit 125 prostatectomies par établissement.

Pour les colectomies pour cancer sur la base d'un seuil de 20 opérations par an par centre, seuls 151 établissements privés sur 487 et 166 hôpitaux publics sur 427 seraient autorisés à intervenir. Respectivement 70 % et 80% des services de chirurgie ne pourraient plus réaliser l'opération.

Une enquête de l'ARHIF en 2003 sur la chirurgie colique pour cancer a montré des variations statistiques importantes dans les pratiques telles que le nombre de ganglions enlevés (moins de 8, de 8 à 12 et plus de 12) lors de l'exérèse de la tumeur, élément pronostique reconnu. Les traitements adjuvants selon les stades de la maladie ont aussi été analysés, montrant 5% de chimiothérapie prescrites dans les stades 1 sans raison évidente.

Globalement en 2004, 19.895 prostatectomies radicales et 16.752 colectomies ont été réalisées dans respectivement 600 et 914 hôpitaux ou cliniques, traduisant une dispersion certaine de l'expérience. Cela représente en moyenne 33 prostatectomies par an et par établissement soit pour un nombre moyen de quatre chirurgiens 8 prostatectomies par an et 18 colectomies pour cancer, soit pour le même nombre moyen de chirurgiens 4 à 5 par an.

On mesure le choc culturel et économique d'une telle restructuration, tout en reconnaissant la nécessité d'orienter la production de soins chirurgicaux vers une professionnalisation des actes opératoires qui ne dépend pas uniquement du chirurgien, mais inclue tous les acteurs de soins ainsi que les directions des établissements dans une démarche de qualité maximale.

Les premières données que nous avons colligées en collaboration avec l'ATIH sur un certain type d'opérations semblent conforter l'idée d'un rapport entre le volume et la qualité de l'acte opératoire tout du moins dans ses résultats immédiats.

Les résultats immédiats de l'acte opératoire peuvent être évalués sur la base de données objectives et quantifiables, facilement analysables par le PMSI (proposition n°1). Ces résultats pourraient être fournis chaque année aux établissements qui le demandent à partir d'une analyse simple d'une ou deux opérations fréquentes et programmées.

Faut il un seuil limite pour être autorisé à pratiquer la chirurgie ?

SI l'on admet les conclusions de la littérature plaidant globalement pour le rapport entre la qualité et le volume d'acte, La notion de seuil a un sens à condition d'être suffisamment élevé (entre 40 et 50 cas par an par équipe selon le NICE et les études américaines). L'INCA, après consultation des sociétés savantes, doit fournir des seuils d'activité par établissement qui sera accrédité pour traiter chirurgicalement les cancers. Le Conseil National de la Chirurgie saisi du dossier a lancé un groupe de travail sur le sujet qui donnera sa réponse prochainement

Les seuils pour intéressants qu'il soient en tentant de rapprocher quantité et qualité opératoire, peuvent entraîner des effets pervers tels que :

1° pousser un opérateur à augmenter le nombre de malades opérés sans raison pour atteindre le seuil

2° disqualifier un chirurgien par ce qu'il a réalisé 9 interventions pour un cancer, alors que son voisin qui en fait 11 aura l'autorisation, pour un seuil fixé à 10 actes par an !

3° interdire à un chirurgien d'opérer un cancer, alors qu'il ne s'agit souvent pas d'un acte particulièrement difficile compte tenu des progrès du diagnostic précoce, tout en le laissant faire une ablation du colon pour une sigmoïdite perforée qui peut être beaucoup plus difficile et risquée pour l'opéré.

4° Se focaliser sur les seuls résultats immédiats sans tenir compte des résultats à moyen et long terme.

Il faut toutefois bien commencer par évaluer les pratiques chirurgicales afin de valoriser les meilleurs et de recycler ou d'arrêter les moins bons.

Des recommandations quand au nombre d'actes opératoires par an par équipe ou par chirurgien sans interdire de les réaliser, associées à l'affichage de la liste des opérations et de leur nombre par an par service de chirurgie. On éviterait ainsi le caractère absurde des seuils tout en donnant une information pertinente aux opérés (Proposition N°2).

- Evaluer les services de chirurgie et les chirurgiens sur la base d'items facilement analysables que sont pour un acte opératoire donné :
 - opération en urgence ou programmée
 - nombre réalisé dans l'année
 - durée moyenne de séjour
 - taux de reprise opératoire dans le mois
 - taux de transfert en réanimation ou dans un autre service de chirurgie dans le même hôpital ou à l'extérieur
 - taux d'infection nosocomiale
 - taux de décès

Ces données pourraient être indiquées dans la zone documentaire des RUMs

- *Les résultats à moyen et long terme* seront évalués par la clinique, l'imagerie, la biologie ou des indicateurs de satisfaction des opérés à partir des recommandations de l'HAS en partenariat avec les associations savantes et l'INCA. Il faudra du temps et une aide logistique importante, avec de très gros moyens financiers et humains pour obtenir des résultats incontestables et à la fois utiles pour s'améliorer.

L'essentiel est d'accélérer la prise de conscience de la nécessité de ces évaluations vécues aujourd'hui comme une sanction et une perte de temps non dévolue aux soins, ce qui est en partie vrai.

Les chirurgiens sont prêts à entreprendre ces démarches d'amélioration à la condition que le temps d'évaluation et de non soin soit honoré.

Le danger réside dans la lourdeur des procédures d'évaluation et leur aspect tatillon qui pourraient freiner les innovations dans cette spécialité à risque. Un débat doit s'instaurer sereinement afin d'évoquer ces difficultés en sachant que la société consumériste que nous avons générée cherchera toujours plus de sécurité et de qualité. La question qui doit finalement être posée est la suivante:

Combien la société française est elle prête à payer en 2006 pour l'excellence chirurgicale ?

C) L'organisation des blocs opératoires :

Les disparités d'activité des blocs opératoires et de personnels y travaillant sont importantes comme l'a montré le rapport de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) d'Avril 2005.

Les durées opératoires et les temps entre deux opérations peuvent varier du simple au double pour un même acte et le nombre de personnels engagés n'est pas toujours en rapport avec la difficulté de l'acte.

Les conditions de bon fonctionnement d'un bloc opératoire moderne ne sont plus celles que les chirurgiens ont connu quand il suffisait pour opérer de fournir quelques boîtes d'instruments traditionnels et de réaliser leurs actes dans des salles standard sans matériels sophistiqués. L'environnement vidéo et informatique, les niveaux de sécurité sanitaires sont de plus en plus complexes et les hôpitaux ne pourront plus tenir le pari de la sécurité et de la continuité des soins sans des équipes opératoires suffisamment étoffées pour répondre à une demande de plus en plus exigeante des malades et blessés.

- La direction même du bloc opératoire doit être confiée à un responsable qui aura autorité dans le cadre de l'organisation de la production chirurgicale sur les anesthésistes, sur les chirurgiens et sur les personnels paramédicaux (Ibodes et Iades) et techniques. Les programmes, les horaires, le positionnement de l'opéré, les matériels nécessaires devront être écrits. Les personnels paramédicaux seront répartis en fonction de la complexité de l'opération tant pour l'acte opératoire que pour l'anesthésie. Il n'est pas toujours indispensable de travailler en permanence avec une panseuse circulante qui pourrait dans certains cas travailler sur deux salles lorsque les opérations ne demandent que très peu de passage de matériel entre la table stérile et la salle.

Les ibodes : le déficit grave d'élèves infirmières de bloc dans les écoles spécialisées pose le problème d'une filière infirmière qui n'est plus attractive. Les raisons de cette désaffection sont multiples, et l'on doit clairement poser la question d'un éventuel cursus différent sans passer forcément par les trois ans de formation infirmière ?

On pourrait concevoir dans le cadre du LMD, trois ans de formation théorique et surtout pratique pour devenir panseuse instrumentiste (combinant aussi le rôle de circulante) et deux ans de plus pour devenir assistant opératoire, capable d'assurer un certain nombre de gestes chirurgicaux délégués. Une rémunération à la hauteur de la spécialisation et la reconnaissance d'un vrai métier devrait attirer de nouvelles recrues.

Globalement, la dispersion actuelle des ressources humaines liée à l'éparpillement des services de chirurgie sur le territoire, engendre une atmosphère de démobilisation nocive au bon rendement des salles d'opération, alors que le taux global de personnel dans les blocs des hôpitaux publics est nettement supérieur à celui des cliniques privées dont l'activité opératoire est deux fois plus importante sans que la sécurité des opérés ne semble globalement mise en cause. Cette différence en nombre de personnels tient en partie à la lourdeur de certains actes opératoires réalisés dans les

CHU comme la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et les transplantations, mais elle n'explique pas que pour des actes opératoires identiques des différences notables existent non expliquées même par les urgences.

D) La continuité des soins chirurgicaux

- Les équipes opératoires doivent comprendre des personnels médicaux et paramédicaux chirurgicaux et anesthésiques pouvant assurer la continuité des soins sans fermeture du bloc opératoire tout au long de l'année.
- les blocs qui fonctionnent jusqu'à 18 ou 20 heures et sont fermés la nuit et en fin de semaine sont une mauvaise réponse au maintien de la proximité des soins, tout comme le remplacement de l'activité d'hospitalisation par de la chirurgie ambulatoire, technique qui demande un grand professionnalisme et une organisation particulièrement précise pour être sûre et efficace. Un hôpital à activité chirurgicale faible ne peut pas développer une activité ambulatoire sûre et pérenne en dehors de quelques cas particuliers en ophtalmologie et pour les explorations digestives
- le minimum qu'un établissement chirurgical puisse garantir est la capacité de reprise opératoire à toute heure, tout au long de l'année sur le site même.

4° Les implications politiques : le rôle des élus.

Le rôle facilitateur

« Quand le maire y croit, ça se voit »

- 130 restructurations médicales et chirurgicales ont eu lieu depuis 10 ans, soit en partenariat public-public, soit en collaboration public-privé à parts égales.
- les villes qui ont modifié leur plateau technique hospitalier en fermant la maternité et le bloc opératoire n'ont jamais regretté de l'avoir fait. Dans tous les cas l'emploi a été préservé et souvent a augmenté de façon significative.

Exemples :

1° L'hôpital de La Mure (8000 habitants) à 40 kms de Grenoble dont le projet de fermeture de la maternité s'était heurté il y a dix ans au refus de la population entraînée par son maire jusqu'à alerter le Président de la République. L'arrivée d'un nouveau maire, Monsieur Fabrice Marchiol qui a su convaincre ses administrés en accord avec le directeur de l'hôpital et le président de la CME de la nécessité de fermer la maternité et la chirurgie, au profit du renforcement de la médecine et des urgences, est emblématique du rôle facilitateur des élus lorsqu'ils sont informés des risques de maintenir une activité chirurgicale. Un excellent partenariat avec le directeur de l'établissement et le président de la CME a fortement aidé à la conversion de l'hôpital qui a gagné des postes médicaux et paramédicaux.

2° L'hôpital de Valognes (8000 habitants)

Créé en 1499 l'Hôtel Dieu devenu hôpital royal sous Louis XIV en 1670 a de nouveau été transformé en 1803 puis en 1946 est devenu l'hôpital de Valognes. En 1972 un nouveau bâtiment a été construit et inauguré par Madame Simone Veil. En 2000 la maternité a fermé (520 accouchements par an) et malgré plusieurs manifestations la chirurgie a fermé pour être transférée à Cherbourg.

Aujourd'hui la population est contente de ces changements et le maire, Monsieur Fernand Leboyer, se félicite de cette fusion qui lui a permis d'ouvrir une unité d'accueil et d'urgence (UPATOU) avec un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), de développer des lits de soins de suite, de réadaptation de gériatrie, une unité de périnatalogie, une hospitalisation à domicile de qualité des emplois ont été créés par l'hôpital orienté vers de nouvelles missions.

3° L'hôpital de Royan s'est reconverti sous l'impulsion de son Maire, Monsieur Philippe Most, en développant la médecine aigue, l'accueil urgence et de la dialyse rénale. Un nouveau bâtiment va être inauguré prochainement. 6 millions d'euros pour un fonctionnement minimal du bloc opératoire ont été perdus. 4 chirurgiens exerçaient à l'hôpital pour une production plus de deux fois inférieure à la moyenne. Le taux de fuite en orthopédie était de 92% vers d'autres établissements. Des manifestations ont eu lieu, mais le Maire a tenu et a gagné son pari.

4° A Saint Amand les Eaux, le Maire, Monsieur Alain Bocquet a restructuré l'hôpital de sa commune après avoir lui-même défendu le maintien d'un service de chirurgie. En 1990, l'établissement avait un chirurgien temps plein, un remplaçant contractuel et 3 faisant fonction d'internes pour une production d'environ 4 à 5 opérations par jour ouvrable soit dans l'année 1500 actes. Des infirmiers donnaient seuls l'anesthésie et un médecin anesthésiste assurait deux vacations par semaine.

Au changement de chirurgien (départ en retraite), un conflit éclate entre l'anesthésiste et le nouveau chirurgien. Le directeur, Monsieur Dilly, décide de fermer le service de chirurgie.

L'hôpital s'est depuis reconverti dans l'alcoologie, la diététique en se spécialisant dans l'obésité. Les soins de suites et de réadaptation ont été développés ainsi que la psychiatrie en reprenant l'activité de l'hôpital d'Armentières. La médecine interne fonctionne bien et une maison de retraite est adossée à l'établissement.

Au total, l'hôpital répond aujourd'hui efficacement à d'autres besoins des populations sur un bassin assez large alors qu'il n'est situé qu'à 12 kilomètres de Valenciennes. Le personnel de moins de 300 employés est passé à 600.

Une information claire des enjeux de sécurité, de qualité médicale et de continuité des soins pour les populations du bassin de santé est indispensable afin d'alerter les élus sur les dangers qu'ils peuvent faire courir en se battant pour maintenir un bloc opératoire qui ne pourra jamais atteindre à l'excellence faute d'activité. Mettre le bloc opératoire aux normes peut coûter cher à la commune sans pour autant faire venir et les chirurgiens et les malades. Laisser exercer des personnels dont la qualification n'est pas certaine expose à des poursuites judiciaires. Un jour viendra où une mise en examen touchera un élu pour entrave à une meilleure organisation sanitaire.

- Des réunions d'information et d'échanges d'expériences sur le terrain entre maires, dont ceux qui ont pu mener à bout la restructuration de leur plateau technique hospitalier, mais aussi entre élus, chirurgiens, anesthésistes directeurs

d'établissements et présidents de CME seront utiles pour faire prendre conscience des autres missions que l'hôpital peut offrir.

- Des plaquettes d'information seront à distribuer aux populations concernées, des émissions de radio et télévisées régionales devront débattre de ce sujet et permettre la transmission d'explications objectives.
- Des visites sur les sites restructurés doivent être organisées afin de concrètement mettre en évidence les bénéfices d'une réorientation des missions des petits hôpitaux.
- Le rôle des directeurs et des présidents de CME est tout aussi important. Quand la direction et le corps médical d'un hôpital comprennent les bénéfices d'une conversion à d'autres missions, le projet qu'ils portent en commun peut mobiliser les personnels et convaincre le maire et la population locale.

Le rôle freinateur

«**Quand le maire n'y croit pas, rien ne va**»

- L'hôpital est pour la plupart des maires, présidents du conseil d'administration et de la majorité des élus, non seulement un lieu de soins, mais aussi un moyen de « cohésion sociale » et d'attraction de nouvelles populations attirées par une vie plus rurale que citadine. Rappelons que la définition de l'hôpital est celle d'un « **établissement de soins** » qui doit offrir les conditions de sécurité, de qualité et de continuité des soins optimales pour tous. Faire de l'hôpital un lieu de cohésion sociale et d'aménagement du territoire sans tenir réellement compte des risques opératoires est dangereux.
- Souvent classé comme le premier employeur de la ville, l'hôpital est vécu comme l'exemple même du service public auquel il ne faut pas toucher. Fermer la maternité puis le bloc opératoire est ressenti comme une régression dans l'égalité d'accès aux soins. Si ces deux services publics disparaissent, l'hôpital va logiquement lui-même fermer, enchaînement implacable d'une perte des services de proximité qui n'a jamais eu lieu en France.
- Certains maires sont propriétaires ou ont des parts dans la clinique de la ville ce qui peut rendre la restructuration plus difficile compte tenu des conflits d'intérêts potentiels.
- Les élus ne se font que très rarement opérer dans le service de chirurgie dont ils refusent la fermeture sauf pour des petites interventions sous anesthésie locale, tout comme la population avertie qui fuit l'hôpital de proximité pour rejoindre un établissement de référence. Ce sont généralement les plus démunis ou les plus âgés qui sont pris en charge dans ces hôpitaux sans avoir le choix car ils ne sont pas informés.
- Les associations des usagers relaient souvent le maire dans la défense de la maternité et du service de chirurgie de leur hôpital sans se préoccuper des risques judiciaires d'une prise en charge non optimale d'un blessé ou d'un malade. Des poursuites sont actuellement en cours et ce sont les médecins et les directions des hôpitaux qui se retrouvent accusés, alors qu'une restructuration aurait permis une meilleure organisation des secours.

- Outre les maires, très impliqués et on le comprend dans la protection sanitaire de leur commune, les autres élus ou responsables politiques, voire les personnalités influentes de la région pèsent souvent fortement en faveur du statu quo dans la crainte de retombées électorales négatives.

C'est une véritable campagne de sensibilisation nationale, régionale et locale qu'il faut mener afin d'expliquer la nécessaire conversion de certains hôpitaux et de rassurer les populations quand au maintien de la proximité grâce à ce tissu unique de petits établissements publics dont l'avenir est grand.

La création d'une association des présidents de conseils d'administration d'hôpitaux qui échangeraient leurs idées, présenteraient leurs succès et leurs difficultés est hautement souhaitable et pourrait servir de promoteur aux restructurations à venir.

Les moyens mis en œuvre :

1° Les visites sur site :

Afin d'évaluer la sécurité, la qualité et la continuité des soins chirurgicaux dans un hôpital les visites sur sites sont indispensables. En partenariat avec le professeur Henri Guidicelli, conseiller à la Direction des hôpitaux dans le cadre de la mission que lui a confié le Ministre de la Santé et des Solidarités, la DHOS elle-même et les agences régionales de l'hospitalisation, un calendrier de visites dans certains hôpitaux où le maintien d'un bloc opératoire pose problème a été mis au point.

Ces visites sont faites sur la base d'un questionnaire standardisé, adressé aux responsables de l'hôpital avant la visite qui consiste à rencontrer :

La direction de l'ARH

Le maire de la ville

La direction de l'hôpital

Le prédisent de la CME

Le chef du service de chirurgie et ses collaborateurs

Le chef du service d'anesthésie et ses collaborateurs

L'encadrement infirmier

Les syndicats

Les usagers

Les membres de la délégation au nombre de trois sont chirurgiens, anesthésistes et directeurs d'hôpitaux. Un rapport est rédigé après chaque visite et remis à la DHOS. Deux visites test ont déjà eu lieu. Le calendrier des visites s'étalera sur un an et permettra de concrètement évaluer une trentaine de centres hospitaliers afin de guider au mieux les restructurations en évitant les décisions technocratiques détachées du terrain.

2° les nouvelles missions des hôpitaux de proximité dont la maternité et le bloc opératoire fermeront.

La France a la chance de par son histoire de compter un nombre suffisamment important d'hôpitaux pour assurer une couverture sanitaire de proximité de qualité.

Lorsque un bloc opératoire doit fermer pour les raisons analysées dans le rapport, il importe outre l'indispensable information à donner aux habitants du bassin de santé, de mettre en place dans le même temps l'organisation sanitaire nouvelle qui selon les besoins pourrait comprendre

1. Un centre de diagnostic équipé de toute l'imagerie moderne (scanner et échographie, biologie) relié par télétransmission d'images à l'hôpital de référence
2. Un service d'accueil et d'urgence où pourraient se retrouver pour assurer la permanence de soins urgentistes et médecins généralistes.
3. une maison des généralistes qui regrouperait outre les médecins, des infirmières, des secrétaires, kinésithérapeutes, des psychologues, des assistantes sociales
4. un service de médecine aigue et un service de prise en charge des pathologies chroniques
5. des consultations avancées de spécialistes
6. un service de soins de suites
7. un centre d'addictologie
8. une unité de gériatrie et d'autres services de soins ou de prévention en fonction des besoins.
9. un service de rééducation fonctionnelle (neurologique, traumatologique, vasculaire, etc....)
10. Une antenne d'information et d'éducation sanitaire pour les enfants et les adultes

Tout hôpital quel que soit sa taille et ses fonctions devra s'équiper d'un système de télétransmission dont le coût actuel est d'environ 10.000 à 15000 euros pour une excellente qualité d'image.

Conclusions

Ce rapport n'a eu pour objectif que de participer à une meilleure connaissance de la pratique chirurgicale en France et de proposer des actions concrètes afin d'offrir la meilleure qualité opératoire possible à tous les français où qu'ils habitent et quel que soit leur niveau de vie.

- Nous avons pu constater, au-delà de la très grande qualité des responsables des administrations et des personnels qui nous ont renseigné et que nous saluons, une grande dispersion dans la collecte des informations en de nombreux services cloisonnés qui rend tout travail de synthèse difficile.
- Les données que l'on peut retirer des services de la DHOS sont pourtant essentielles à une meilleure analyse de la production de soins chirurgicaux sur le terrain et des améliorations dans les bases de données du PMSI peuvent être apportées immédiatement si la volonté politique de mieux organiser la chirurgie publique française s'affirme dans la durée.
- Il n'y a pas de conditions géo-climatiques qui a elles seules puissent justifier le maintien d'un service de chirurgie au dessous des normes d'activité et de qualité.
- Certains hôpitaux de proximité maintiennent des services de chirurgie qui ne répondent pas aux critères de sécurité, de qualité et de continuité des soins. Leur fermeture doit être envisagée sans délai. L'on accepte que ces hôpitaux poursuivent une activité chirurgicale à risque alors que l'on refuserait immédiatement à un aéroport, un grand magasin ou une entreprise d'être ouvert dans de telles conditions d'insécurité.
- En raison d'une activité faible certains chirurgiens perdent leur savoir faire, car comme dans toute autre activité humaine, faire peu expose à faire moins bien. Parmi ces chirurgiens, certains ont reçu une formation à l'étranger dont il est parfois difficile de connaître le niveau.
- L'un des rôles premiers du Conseil Nationale de la Chirurgie sera de proposer régulièrement un « **état de la chirurgie française** » en coordonnant la collecte des informations, en collaboration étroite avec les services de la DHOS, de l'ATIH et de tous les organismes publics ou privés qui concourent à la formation et à la pratique de la chirurgie.

- Un financement adapté, pour assurer, la collecte des données et leur traitement statistique avec l'ATIH est indispensable calculé à 100.000 euros par an.

Les 10 propositions

1° - Evaluer et reconnaître financièrement l'activité chirurgicale et sa qualité

A côté des données du PMSI tels que le nombre d'actes opératoires, la mortalité, les complications dans le séjour et la durée moyenne de séjour ((DMS) on pourrait ajouter des critères chirurgicaux collectés par les direction médicales de l'information (DIM) des établissements de façon obligatoire et non pas déclarative comme :

- le taux de reprises opératoires dans le séjour et dans le mois qui suit l'opération
- le taux de transfert vers un autre service de chirurgie ou de réanimation pendant le séjour (transfert externe vers un autre établissement ou interne dans l'établissement)
- le taux de transfusion sanguine
- le taux d'infection nosocomiale
- l'admission en urgence ou programmée de l'opéré.

En fonction du type d'acte opératoire, on pourrait retenir quatre de ces critères, quitte à en remplacer un ou deux selon les recommandations des sociétés savantes.

Ces données seraient rapportées aux statuts des opérés selon des critères tels que l'âge et l'indice ASA (American Society of Anesthesia) plus facile à gérer que les morbidités. Elles seraient exploitées par l'ATIH dont il faudra augmenter la dotation en moyens et en personnels qui se spécialiseront dans l'activité chirurgicale en étroite collaboration avec Le Conseil National de la Chirurgie.

Un premier test pourrait être réalisé dès cette année en demandant à 100 hôpitaux et cliniques volontaires de colliger ces données qui seraient inscrites dans la zone documentaire du RUM avant de généraliser la technique en 2007 tout en rajoutant le code Y69 des complications chirurgicales

Des visites sur site et la vérification de dossiers seraient autorisées :

- Les experts seraient des chirurgiens n'exerçant pas dans la région, reconnus par leurs pairs nommés après avis des sociétés savantes par le CNC et sélectionnés pour leur compétence et leur sagesse.
- Les résultats des enquêtes anonymisées seraient remis à la Direction de l'hospitalisation et des soins, afin de remédier aux manques constatés.
- La mise en place d'un système interne d'évaluation des risques chirurgicaux et des presque accidents dans chaque hôpital sera encouragée par des enveloppes financières spécifiques d'aide à l'excellence au travers des missions d'intérêt général (MIGAC). Plutôt que sanctionner, mieux vaut récompenser ceux qui s'engagent dans une démarche de qualité en leur offrant les moyens de leur politique.

2°- Classer les établissements de chirurgie

La classification sera basée sur l'évaluation des trois conditions de sécurité, de qualité et de continuité des soins chirurgicaux selon la norme ESO (Evaluation, Soins, Organisation) en quatre catégories

ESO 111

Le service de chirurgie et le bloc opératoire sont conformes à une pratique de qualité aux **trois conditions** suivantes :

1. le bloc opératoire et la salle de réveil sont aux normes en vigueur
2. les personnels médicaux (chirurgiens, anesthésistes) et paramédicaux (Ibodes et Iades) sont qualifiés et en nombre suffisant.
3. la continuité des soins est assurée 24h sur 24

ESO 011

Une des trois conditions manque obligeant l'hôpital à corriger le défaut dans les 12 mois qui suivent sur la base d'une enquête de contrôle du retour à la qualité, soit :

1. locaux du bloc opératoire et de la salle de réveil hors normes
action : Remise a niveau des plateaux techniques opératoire et de réveil
2. insuffisance professionnelle et de qualification
action : formation complémentaire des personnels médicaux et ou paramédicaux, voire arrêt de la pratique d'un acte opératoire donné selon les recommandations des experts visiteurs.
3. la continuité des soins n'est pas assurée par fermeture la nuit et les fins de semaines du bloc opératoire, ou par insuffisance en nombre des praticiens.
action : ouvrir 24h sur 24 si le volume opératoire et le nombre de personnel le permet sinon envisager la fermeture.

ESO 001

ESO 000

Deux ou trois conditions ne sont pas remplies :

1. **une suspension immédiate de la pratique chirurgicale** est décrétée par le directeur de l'Agence régionale de l'Hospitalisation
2. les personnels soignants doivent être formés à d'autres tâches utiles au maintien de la proximité médicale
3. les chirurgiens et anesthésistes doivent choisir entre rejoindre le centre de référence pour renforcer l'équipe qui recevra le surcroît d'activité ou démissionner du service public.

Dès 2007, publier les recommandations du seuil d'activité chirurgicale sans en faire un couperet et afficher dans les hôpitaux les types et le nombre d'opérations par an de chaque service de chirurgie public à partir des données du PMSI.

Les rendre aussi accessibles par Internet sur le site du Ministère de la Santé

Une telle démarche sera vécue par les malades comme un facteur de transparence et de volonté des chirurgiens de toujours mieux faire.

Pour les praticiens, seuls ceux qui craignent de ne pas être à la hauteur de leurs responsabilités seront inquiets. L'immense majorité des autres chirurgiens qui se donnent chaque jour sans compter sera rassurée par une telle démarche de valorisation.

3° Organiser les blocs opératoires en optimisant les moyens humains et matériels

Le désordre fréquent dans la programmation des interventions (retards, reports ou annulations), la mauvaise répartition des personnels, pléthoriques à certains endroits et en sous nombre à d'autres, la rigidité des 35 heures, la balkanisation des responsabilités entre les chirurgiens, les anesthésistes et l'encadrement infirmier, la mauvaise régulation des urgences, s'accroissent pour rendre l'activité opératoire de plus en plus difficile et fatigante pour la majorité des acteurs qui oeuvrent dans les blocs opératoires publics .

Nous recommandons de:

- regrouper les hommes et les matériels sur des plateaux techniques ouverts toute l'année jour et nuit sans discontinuité des soins chirurgicaux
- créer un poste de responsable du plateau technique « bloc opératoire » dont l'autorité s'exercera sur la totalité des personnels médicaux y compris les chefs de pôles, des personnels para médicaux et techniques à l'intérieur du bloc.
Lui adjoindre un responsable des personnels, un responsable du matériel et un gestionnaire si la taille du bloc l'exige.
- créer un « **comité exécutif du bloc opératoire** » sous l'autorité du responsable du bloc avec les chefs de pôle dont celui d'anesthésie réanimation. Ce comité décisionnel sera différent du **conseil de bloc opératoire** actuel où se retrouvent les personnels médicaux et paramédicaux pour proposer des améliorations des conditions de travail et de sécurité.
- définir le bon ratio de personnel médical et para médical des blocs opératoires en fonction de la lourdeur des interventions programmées afin d'optimiser les ressources humaines qui oeuvrent au bon traitement des opérés.
- Revaloriser le métier d'instrumentiste en créant éventuellement une filière autre que le cursus infirmier qui ne correspond pas forcément aux exigences techniques demandées aux personnels qui oeuvrent autour des tables d'opération
- Accélérer la délégation de tâches à des assistants opératoires issus de cette nouvelle formation d'instrumentistes qui pourront, dans le cadre de protocoles validés, agir à des temps différents des opérations à la place des chirurgiens et sous leur responsabilité.
- Engager des personnels formés en informatique, vidéo vision et télétransmission qui travailleront au bloc même.

- concentrer les urgences chirurgicales sur moins de sites en alternant éventuellement les gardes par semaine ou mois afin de mieux gérer les flux opératoires imprévus. Mettre en relais permanent les UPATOUs et les services de chirurgie.
- Faire participer les directeurs des centres hospitaliers à l'équipe de direction du CHU de référence.

- Faire participer les présidents de CME des Centres hospitaliers aux CME du CHU de référence afin de créer de véritables communautés médicales pour le mieux des malades.
- Accélérer les partenariats public-privé en matière d'offre chirurgicale et de continuité des soins dans le cadre des Groupements de coopération sanitaire, ou de tous autres contrats à inventer et à expérimenter.

- **Développer la chirurgie ambulatoire et de 24h.**

La France accuse un retard flagrant dans l'organisation de la chirurgie ambulatoire qui ne représente que 20% de l'activité chirurgicale globale. Cette chirurgie ambulatoire ne doit pas être conçue comme un moyen d'échange à la fermeture d'un service de chirurgie, mais devra de préférence se développer près des centres de référence

La chirurgie de 24 heures, en particulier chez les personnes âgées ou chez les femmes qui ont parfois du mal à retourner chez elles dans les suites immédiates d'une opération parce qu'elles sont seules ou ont des enfants en bas age, est à fortement développer en la valorisant .

4° - Etablir tous les deux ans un bilan de l'activité et de la qualité opératoire en France.

Le Conseil National de la Chirurgie en relation avec la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, l'Agence Technique d'Information Hospitalière, les Agences Régionales de l'hospitalisation, la Haute Autorité de Santé et tous les organismes publics ou privés susceptibles de fournir des informations sur l'activité et la qualité de la chirurgie établirait ce bilan et en rapporterait les résultats au Ministre. Un ou deux référents chirurgicaux pourraient aider les agences régionales à analyser la situation et prendre les décisions en concertation.

Une meilleure coordination entre les administrations sanitaires et leurs différents services ou agences est indispensable si l'on veut entreprendre une véritable politique de santé publique pour la chirurgie.

5° - Faire évoluer les contrats des chirurgiens et des anesthésistes.

La rigidité des statuts des personnels de la fonction publique hospitalière et de la comptabilité publique sont des causes majeures du retard pris par l'hôpital en matière d'organisation des soins chirurgicaux que ne compensent ni le dévouement quotidien des équipes chirurgicales ni les prouesses remarquables de quelques équipes reconnues internationalement

Nous recommandons de :

- Tester des contrats « d'exercice chirurgical régional » qui permettraient à un chirurgien public ou privé d'exercer là où les besoins sont, sans avoir à passer d'un système assurantiel à l'autre et sans changer de mode de rémunération en attendant une forme plus élaborée de rémunération contractuelle identique basée sur l'activité chirurgicale et sa qualité.
- Faciliter le passage des chirurgiens libéraux à l'hôpital en leur offrant un salaire tenant compte du rattrapage des annuités.
- Mieux gérer les défaillances : Le retrait d'activité de certains chirurgiens ou anesthésistes dont les capacités ne leur permettent plus de prendre des responsabilités en raison de leur insuffisance professionnelle ne devrait pas souffrir de la lenteur des procédures actuelles dont l'efficacité laisse à désirer. Une procédure de suspension temporaire rapide le temps d'instruire le dossier devrait éviter les accidents et permettre aux équipes médicales confrontées à de tels problèmes de poursuivre leur travail sereinement.

6° - Recruter les praticiens étrangers hors Union Européenne de haut niveau.

à la seule condition de garantir aux malades qui seront opérés que leur niveau de formation et de pratique sera identique à celui des chirurgiens français formés en France.

Nous recommandons :

Pour les étudiants qui veulent se former en France : interrompre immédiatement les filières type AFS (attestation de formation spécialisée) et AFSA (attestation de formation spécialisée approfondie) qui ne garantissent pas la qualité de formation requise. Les accepter après un examen de français et une vérification très sélective de leur savoir dans l'année correspondant à leur niveau.

Pour les chirurgiens qui exercent déjà en France sans être titularisés (assistants praticiens, FFI, attachés) : Vérifier le bon niveau de français oral et écrit, évaluer les connaissances théoriques et les qualités pratiques d'aptitude à la chirurgie par un examen oral et écrit hautement sélectif comprenant des cas cliniques à discuter et une épreuve d'évaluation de l'aptitude à opérer.

Pour ceux qui, désirant rejoindre la France pour y exercer, ont complété leurs études à l'étranger, le cursus d'évaluation et de mise à niveau passerait par :

1° un examen oral et écrit de français, de connaissances médicales théoriques, d'analyse de dossier et d'évaluation de la maîtrise chirurgicale très sélectif sans recours en cas d'échec.

2° Dans chaque jury sera présent au moins un chirurgien à diplôme étranger.

3° Un cursus identique à celui des internes dans les CHU pendant au moins quatre ans et dans les CH ou PSPH sous convention, suivi des deux années de post internat qui donnera droit à l'exercice de la chirurgie sur le territoire.

Un tel cursus devrait sélectionner les meilleurs et éviter que des médecins à diplômes étrangers hors Union Européenne ne soient employés pendant des années sans pouvoir être assurés d'un avenir stable s'ils sont reconnus compétents. Pour les autres une telle filière empêcherait de laisser exercer des chirurgiens avec le seul espoir d'être un jour validé grâce aux seuls acquis de l'expérience.

7°- Organiser depuis les services d'accueil et d'urgence le circuit de prise en charge des blessés et malades nécessitant un acte opératoire grâce à un contrat passé entres hôpitaux ou cliniques afin d'assurer harmonieusement les transferts

Aider les hôpitaux de recours qui reçoivent les urgences des UPATOUs dans la régulation des lits.

Inciter les médecins généralistes du bassin de population à se regrouper pour rejoindre ces unités d'accueil et d'urgence en collaboration avec les praticiens hospitaliers.

Au total promouvoir des réseaux efficaces de prise en charge de l'urgence, en valorisant financièrement les acteurs impliqués à la hauteur de leur mission de service public.

8°- Informer les maires de la complexité des blocs opératoires et de leur responsabilité potentielle en cas de manque de sécurité, de qualité et de continuité des soins chirurgicaux.

Des réunions de formation des élus locaux associant des maires, des chirurgiens et anesthésistes, des directeurs d'hôpitaux seront organisées pour sensibiliser les responsables politiques aux enjeux de la non qualité médicale. Des informations leur seront aussi fournies sur les autres missions à entreprendre afin de maintenir une proximité sanitaire de qualité

Il importe de faire comprendre aux responsables politiques que l'on s'oriente inmanquablement vers une responsabilité partagée de la totalité des acteurs de soins et des administrateurs comme l'indique un rapport en cours d'analyse de l'Académie Nationale de Médecine sur le thème de la responsabilité médicale.

Créer une association des maires de communes hospitalières. Cette association aurait pour rôle d'échanger des informations sur les nouvelles fonctions de l'hôpital, d'éviter les erreurs déjà commises et de valoriser les succès. Elle permettrait aussi de mettre en contact les maires et les habitants dont l'hôpital n'a pas encore été restructuré avec ceux qui ont connu une telle situation.

9°- Promouvoir une conversion des petits hôpitaux vers d'autres missions de proximité

Fermer un service de chirurgie n'est ni honteux ni dangereux lorsqu'il ne répond plus à la demande de soins de qualité tout au long de l'année. La reconversion des personnels, l'arrivée de nouveaux médecins à la place des chirurgiens a permis dans les hôpitaux qui ont vécu cette fermeture de la chirurgie d'améliorer l'accueil des urgences, de développer la médecine aiguë et chronique et de préserver voire d'augmenter les emplois locaux.

- Les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) doivent être développés dans ces hôpitaux de proximité assurant la petite chirurgie de contention et de suture des plaies superficielles sous anesthésie locale, la prise en charge des urgences médicales (infarctus, accident vasculaire cérébral), de la douleur et des autres urgences qui ne nécessitent pas de moyens hautement techniques. L'orientation vers des centres plus lourds des urgences vitales ou graves permettra d'éviter l'engorgement grâce à ces centres d'urgences de proximité dont l'utilité n'est plus à démontrer.
- Des plateaux techniques de diagnostic comprenant des moyens d'imagerie et de biologie modernes (échographes, tomodensitomètres) sont à développer dans ces établissements de proximité. Un relais par télémedecine devrait être mis en place dans tous les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux dans les deux ans qui viennent selon un véritable plan de télémedecine « **TELEPROX** » dont le coût rapporté au bénéfice en terme de qualité médicale est faible (environ 12.000 euros par appareil).
- Le suivi des pathologies comme le cancer, le diabète, l'obésité, les broncho-pneumopathies chroniques, le SIDA et toutes les pathologies qui demandent des consultations fréquentes doit être développé dans ces hôpitaux de proximité.
- Ces hôpitaux assureraient les soins de suites chirurgicales dès les deux ou trois premiers jours post opératoires.
- Des consultations avancées de spécialistes, des centres d'addictologie, tabac, alcool, drogues, des cours d'éducation sanitaires aux enfants et aux adultes, un centre de prévention des maladies seraient utiles aux populations locales maintenant ainsi la proximité réclamée.
- Des consultations très spécialisées sur rendez vous pourraient être réservées dans les hôpitaux de recours en utilisant pour s'y rendre des bus ou les cars scolaires qui ne fonctionnent que le matin tôt et en fin d'après midi.
- Des services de Rééducation Fonctionnelle et de réadaptation dans différents domaines (traumatologie, vasculaire, obésité, neurologie etc.....)

De multiples initiatives locales et régionales sont à encourager afin de maintenir à la fois un niveau d'excellence de la chirurgie et une proximité des soins.

10° - Tenir compte des particularités loco régionales

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation en raison d'interventions politiques ou citoyennes variées **ont un rôle difficile à jouer**. Leur espace de manœuvre est étroit, pris entre la nécessité de rationaliser l'offre de soins en tentant d'améliorer la qualité et les réactions parfois très vives des élus et des associations de défense de la proximité.

Les administrations centrales ont une vision souvent technocratique des situations locales qui explique le peu de crédit que leur porte les populations locales.

La réussite de la conversion des hôpitaux de proximité dépendra de **la capacité des élus à faire comprendre les bénéfices d'une restructuration** bien menée, gage de sécurité, de maintien de la proximité sanitaire et de création d'emplois comme l'on prouvé toutes les conversions déjà opérées sans exception.

Les responsables politiques et les associations d'usagers devront être plus impliqués dès les premières réflexions sur la conversion de leur hôpital afin d'ouvrir des débats plus sereins que ceux auxquels on a pu assisté aujourd'hui.

Le Conseil National de la Chirurgie est prêt à apporter son expérience en analysant hôpital par hôpital la situation (voir référent chirurgical régional, proposition n° 4). Seul un chirurgien peut convaincre un chirurgien comme seul un maire peut convaincre un maire.

La proximité pour la chirurgie n'est pas un élément de sécurité mais, si le principe de la concentration des équipes chirurgicales reste le garant d'un accès pour tous à des soins de qualité, les particularités loco régionales pourront amener à **d'autres formes d'exercice de la chirurgie qu'il faudra tester puis valider avec toute la rigueur nécessaire.**

Le pire serait de passer d'un dogmatisme à l'autre. **Seule la qualité doit guider notre action publique** pour le bien des malades et blessés qui frappent à la porte de l'hôpital.

Guy Vallancien, le 3 Avril 2006

Références bibliographiques

Rapport sur « La Chirurgie en France : constat et propositions »
H.Guidicelli, M.F Veran-Peret, 1996

Rapport sur la chirurgie française en 2003
« Les raisons de la crise et les propositions »
J.Domergue, H. Guidicelli, 2003.

Rapport du Conseil National de la Chirurgie
« L'avenir de la chirurgie » 13 septembre 2005

Rapport de l'Académie Nationale de Médecine et de l'Académie de Chirurgie
« L'avenir de la chirurgie » séance du 13 septembre 2005.

Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et les cliniques. MEAH rapport de phase I A. Lucas et D tonneau avril 2005

Quel avenir pour la chirurgie publique ?
J. Bouffiès, Revue Hospitalière de France n° 506 sept 2005

Restructurations hospitalières : les médecins plutôt favorables.
E. Bichier, Fr. Fellingier, Revue Hospitalière de France N° 507, novembre 2005

Transfert de compétence des médecins vers les infirmiers
G. Vallancien, Revue Hospitalière de France, N° 507, novembre 2005

Etude de la CNAM « Evolution des parts de marché de la chirurgie classique dans vingt régions entre 1999 et 2001.
Réalités et perspectives, Novembre 2004

Circulaire DHOS du 5 mars 2004 sur la mise en œuvre des SROSS

J.M. Macé & al : Santé et territoire, collection Carnet de santé de la France 2004, sous la direction de Jean de Kervasdoué et Henri Picheral ; *les territoires vécus, les bassins médicaux*, pp :146-164 ; *les territoires inégaux*, pp :128-144 ; Quels liens entre santé et territoire ?, pp :166-194, DUNOD 2004.

Variations in morbidity after radical prostatectomy
CP Begg, LR Reidel and PT Scardino, N.England J. Med., 345, 1130, 2002

Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature.
Halm EA, Lee C, Chassin MR.
Ann Intern Med. 2002 Sep 17;137(6):511-20. Review. Summary for patients in: Ann Intern Med. 2002 Sep 17;137(6):I52.

Enquête de l'ARHIF

La prise en charge du cancer colique en Ile de France ; rapport d'étude 2003

Hospital volume and operative mortality in cancer surgery

Emily V.A. Finlayson, MD; Philip P. Goodney, MD; John D. Birkmeyer, MD
Arch Surg. 2003 ; 138:721-725

Surgeon volume and operative mortality in the United States.

John D. Birkmeyer, MD, Therese A. Stukel,, Ph. D., Andrea E. Siewers, MPH; Philip P. Goodney, MD, David E. Wennberg, MD, MPH, and F. Lee Luas, Ph.D.
N.Engl J Med 2003; 349-2117-27.

Hospital volume and surgical mortality in the United States

John D. Birkmeyer, M.D., Andrea E. Siewers, MPH, Emily V.A. Finlayson, MD, Therese A. Stukel, PhD., F. Lee Lucas, Ph.D., Ida Batista, B.A., H. Gilbert Welch, M.D., MPH, and David E. Wennberg, M.D., MPH.

N Engl J Med, Vol. 346, N° 15, April 11, 2002

A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality

Ellen J. Mackenzie, Ph. D., Frederik P. Rivara, MD, MPH, Gregory J. Jurkovich, MD, Avery B. Nathens, MD, Ph. D. Katherine P. Frey, MPH, Brian L. Egleston, MPP, David S. Salkever, Ph D. and Daniel O. Scharfstein, Sc.D.

N Engl J Med 2006 ; 354:366-78

Improving professional competence-the way ahead ?

Catto G.

International Journal for Quality in Health Care 2003 Oct1;15(5):375-6

J.M. Macé, Les territoires d'accès et de recours aux soins : l'identification d'arrière pays

médicaux, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, N°2 avril,-juin 2003, pp295-311.

Compétences et évolution des métiers. Métiers de la santé. évaluation des compétences professionnelles. Essai d'analyse en France et sur le plan international.

L'évaluation des pratiques professionnelles : pourquoi s'y impliquer ?

Durocher A.

Médecine Thérapeutique 2005 ; 11(4)

Santé publique et aménagement du territoire

Alain Corvez et Emmanuel Vigneron

Actualité et Dossier en Santé publique n° 29 p19-70 1999

Matillon Y, Le Bœuf D.,

34è congrès de la Fédération internationale des hôpitaux.

Rev. Hosp. France 2005 ; (505) : 56-9

Emmanuel Vigneron, François Tonnelier

Géographie de la santé en France, que sais je ? PUF 1999

Intérêt de l'hélicoptère sanitaire dans le cadre des interventions primaires du Samu 31
J.P. Guez, B. Joly, E. Contreras, C.H. Virenque
JEUR 1, 10-6, 1999

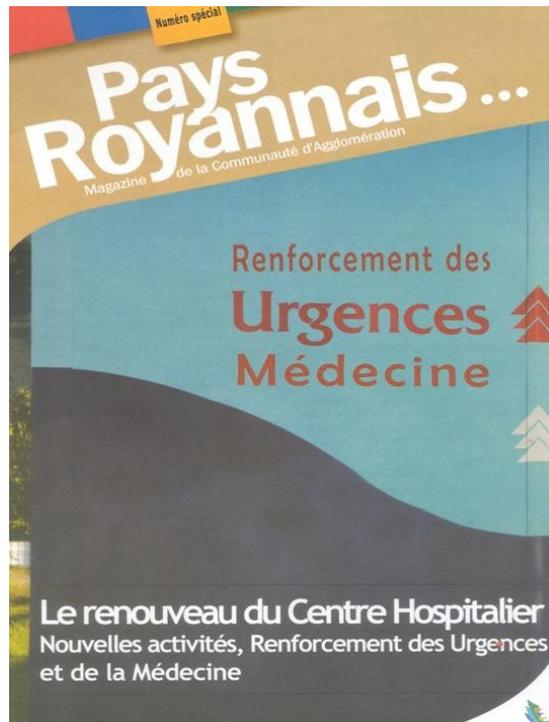
Transports sanitaires hélicoptérés, pourquoi oui ?
C.Bertrand, E. Dusseux, G Bellaiche, P. garitiane, E Lecharpentieret K.Boudenia
Medecine d'urgence 57-68, 2000

Pour une régionalisation du système de santé en 2025 :
Offre, régulation et acteurs : essai de prospective.
Rapport du Commissariat au Plan. novembre 2005

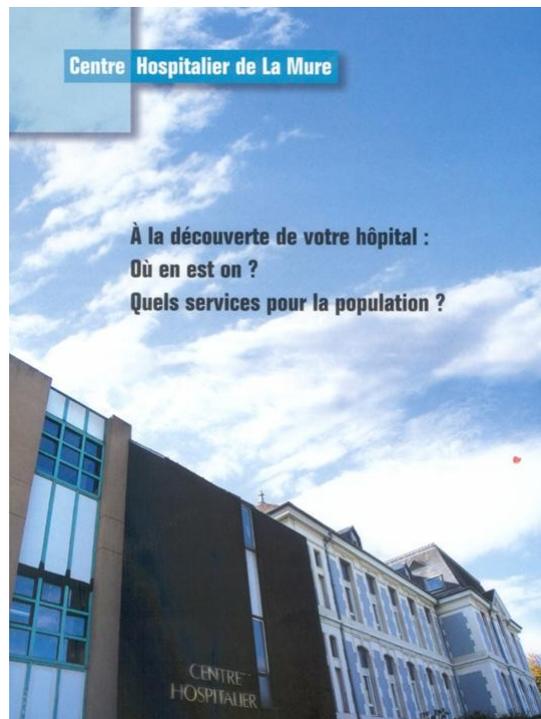
Analyse des plateaux techniques en île de France à partir de l'enquête SAE 2003
Etudes statistiques n° 8
Laurent Fauvet et louis Baubeau
Préfecture de la région île de France et DRASS île de France

LES EXEMPLES POUR CONVAINCRE

1) ROYAN



2) LA MURE



L'urgence 24/24

La fermeture du service de chirurgie, mise en œuvre dans le cadre d'un redéploiement des activités de l'établissement, avait fait naître chez certains des inquiétudes quant au niveau d'activité des urgences. Il n'en est rien puisque ce service, qui représente le principal pôle de l'Hôpital, a connu une légère progression de son activité en 2003, avec l'admission de plus de 6300 patients. 30% de l'activité du service se déroule entre 18h et 8h du matin ce qui témoigne de son utilité. Tous les soins qui y sont effectués respectent des protocoles standards. Si 96 % des patients sont soignés sur place, lorsque la gravité de l'état du patient le nécessite, des modalités prédéfinies de transfert dans la vallée sont mises en œuvre. Le renouvellement et le renforcement de l'équipe médicale ont récemment été assurés par le recrutement d'un nouveau chef de service, praticien hospitalier, et de deux médecins. Ces professionnels bénéficient naturellement d'une formation continue effectuée sous l'égide du CHU de Grenoble.

Chief de service :
Dr Mostapha SOUSSI

A savoir:
avec un pic d'activité de 30% au mois d'août, le service des urgences participe au maintien de l'activité touristique et saisonnière sur le plateau.

A savoir:
les relations entre l'hôpital de La Mure, le CHU et ses services, sont définies de manière contractuelle. C'est la garantie d'une qualité et d'une complémentarité des soins mais aussi d'une mise à disposition de lits pour les patients.

Médecine polyvalente

Ce service a vu sa capacité d'accueil passer de 28 à 35 lits. Le personnel médical prend en charge nombre d'affections aiguës, notamment en pneumologie, en cancérologie, lutte contre le diabète et certains troubles du sommeil. En outre, en collaboration avec les équipes de soins externes, ce service traite les problèmes de gastro-entérologie, c'est à dire toutes les difficultés liées aux voies digestives et, depuis peu, les maladies du domaine de la proctologie. Enfin, le recrutement d'un gériatre supplémentaire améliore l'offre de soins en faveur des personnes âgées. En cas d'urgence médicale, nécessitant un plateau technique développé, il est naturellement prévu un transfert au CHU de Grenoble.

Chief de service :
Dr Albert PAJON



Centre Hospitalier de La Mure

Un nouveau service pour la population, un atout de plus pour le territoire

Le nouveau service de soins de suite et de réadaptation (S.S.R) marque une étape importante dans la nouvelle organisation de l'hôpital.



Ce service, que dirige le Dr Luc SCHAEERER, et pour lequel 300 000 € ont été investis, offre aux habitants de la Matheysine la chance de pouvoir se remettre près de chez eux d'affections aiguës ou des suites d'opérations qu'ils ont dû subir sur Grenoble. C'est particulièrement appréciable pour celles et ceux qui étaient parfois amenés à partir plusieurs mois loin de leurs proches pour bénéficier de soins de kinésithérapie ou d'ergothérapie.

Chief de service :
Dr Luc SCHAEERER

Désormais, ces prestations sont assurées ici-même grâce à l'ouverture de 18 lits.

Zoom sur la radiologie

Chief de service :
Dr Bernard RACHON

Tous les actes de radiologie conventionnelle peuvent être réalisés ici, que vous soyez hospitalisés ou non. L'achat en 2003 d'un échographe numérique d'une valeur de 150 000 € permet l'utilisation de technologies de pointe en matière d'imagerie. Cet appareil réalise notamment les échographies du premier trimestre de grossesse et les échodopplers. Ce matériel est aussi utilisé dans le cadre de consultations externes.



Centre Hospitalier de La Mère

Hébergement et soins: des priorités en faveur des personnes âgées

L'accueil des personnes âgées au sein de l'établissement est réalisé à travers l'unité de soins de longue durée mais aussi grâce à la maison de retraite.



Le recrutement récent d'une animatrice, chargée de proposer des activités aux pensionnaires, d'un masseur kinésithérapeute, de deux ergothérapeutes et l'arrivée d'un gériatre supplémentaire, améliorent notablement les conditions d'accueil et de soins. La signature d'une convention qui lie l'Etat, le Conseil Général et

l'Hôpital, labellise une démarche qualité. A la maison de retraite, des travaux importants de mise aux normes anti-incendie ont d'ores et déjà été réalisés et les discussions qui se déroulent actuellement avec le Département, ont pour objectif de mettre en chantier un agrandissement et une restructuration de l'établissement.

Chief de service : (service de retraite) Dr Eric VILLABET

Chief de service : (S.L.D.) Dr Catherine LERESTEUX



A savoir :
Pas besoin d'être hospitalisé pour venir passer la radio ou l'échographie que votre médecin vous a prescrite.



Centre Hospitalier de La Mère

Des femmes et des hommes au service de tous

Premier employeur de la Matheysine, l'hôpital réalise l'ensemble de ses missions grâce au travail et au dévouement quotidien de plus de 250 personnes.

4 nouveaux médecins sont venus renforcer l'équipe médicale

Médecins, infirmiers, aides-soignants, sage-femmes, A.S.H, techniciens et personnels administratifs, forment une communauté de compétences au service des habitants.

En 2004, pas moins de quatre nouveaux médecins sont venus renforcer l'équipe médicale, 4 nouveaux visages qu'il nous a semblé important de vous présenter.

Dr Deborah GAUDEAU
service de médecine

Dr Catherine LERESTEUX
unité de soins de longue durée

Dr Vincent AHOUANSOU
service des urgences

Dr Mustapha SOUSSI
service des urgences



Remerciements

Nous remercions très sincèrement toutes celles et tous ceux qui ont contribué à la collection des données, à l'élaboration, à la critique ou à la rédaction de ce rapport.

Le Docteur Jamil Amhis	FPS
Le Docteur Francois Aubart	CNC
Le Docteur Jean Michel Badet	CNC
Le Professeur Daniel Benchimol	CNC
Monsieur Joel Bouffiès	CNC
Le Professeur Alain Branchereau	CNC
Monsieur Yann Bubien	FHF
Monsieur Jean Castex	DHOS
Madame Maryse Chodorge	ATIH
Le Docteur Philippe Cuq	CNC
Le Professeur Yves De Prost	APHP
Le Professeur Jacques Domergue	CNC
Le Docteur Christian Espagno	CNC
Le Docteur Francis Fellingier	Conf. pres. CME CH
Le Professeur Henri Guidicelli	CNC
Melle Nicole Lafitte	CNC
Monsieur Jean Marc Macé	CNAM
Le Docteur Marion Mendelsohn	ATIH
Madame Isabelle Menger	DHOS
Monsieur Jacques Métais	Bureau ARHs
Monsieur Marc Oberlis	DHOS
Le Docteur Patrice Papin	CNC
Monsieur Alain Patris	ATIH
Le Docteur Guillaume Pourcher	CNC
Le Docteur Alain Ricci	CNC
Le Docteur Morgan Rouprêt	IMM
Madame Danielle Toupillier	DHOS
Monsieur Gérard Vincent	FHF

1 Liste des personnalités auditionnées

a) les Directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation

Monsieur	André AOUN	ALSACE
Monsieur	Alain GARCIA	AQUITAINE
Monsieur	Alain GAILLARD	AUVERGNE
Monsieur	BALLEREAU	BOURGOGNE
Madame	Annie PODEUR	BRETAGNE
Monsieur	Patrice LEGRAND	CENTRE
Monsieur	Patrick BROUDIC	CHAMPAGNE-ARDENNE
Monsieur	Patrice BLEMONT	FRANCHE-COMTE
Monsieur	Philippe RITTER	ILE-DE-FRANCE
Monsieur	Catherine DARDÉ	LANGUEDOC-ROUSSILLON
Monsieur	Bernard ROEHRICH	LIMOUSIN
Monsieur	Jacques SANS	LORRAINE
Monsieur	Pierre GAUTHIER	MIDI-PYRENEES
Madame	Huguette VIGNERON-MÉLÉDER	BASSE-NORMANDIE
Monsieur	Christian DUBOSQ	HAUTE-NORMANDIE
Monsieur	Jean-Marie PAULOT	NORD-PAS DE CALAIS
Monsieur	Jean-Christophe PAILLE	PAYS-DE-LA-LOIRE
Monsieur	Pascal FORCIOLI	PICARDIE
Monsieur	Christian CAHU	POITOU-CHARENTES
Monsieur	Christian DUTREIL	PROVENCE-ALPES- COTE D'AZUR
Monsieur	Jacques METAIS - Président DARH	RHONE-ALPES

b) Les Personnalités auditionnées ou ayant témoigné au colloque organisé par le CNC à l'assemblée nationale le 18 janvier 2006 « faut il fermer les blocs opératoires des petits hôpitaux »

Professeur	AIGRAIN Yves	Hôpital Robert Debré -APHP
Docteur	AMHIS Jamil	Président de la FPS
Docteur	ANDRIEUX	Médecin à l'Ile d'Yeu
Docteur	AUBART François	Vice-Président du Conseil National de la Chirurgie

		Président de la CMH
Monsieur	BOCQUET Alain	Maire de Saint Amand Les Eaux (nord pas de calais)
Monsieur	BOUFFIES Joel	Directeur du Centre Hospitalier Sud-Francilien Evry-Corbeil
Monsieur	BOUR Daniel	Président de la Générale de Santé
Monsieur	CASTEL Paul	Président de la Conférence des Directeurs généraux de C.H.U.
Monsieur	CHARLET Michel	Maire de Chamonix, Vice Président du Conseil Régional de Rhône Alpes
Professeur	CHATELAIN Christian	Président de l'Académie Nationale de Chirurgie
Madame	CHODORGE Maryse	Directrice ATIH
Professeur	CORIAT Pierre	Hôpital de la Pitié - APHP
Monsieur	COUSTILLERES	Maire de l'île d'Yeu
Professeur	CUGNENC Paul Henri	Député de l'Hérault, Président de l'UMP Santé
Monsieur	CUQ Philippe	Vice-Président du Conseil National de la Chirurgie
		Président Association des Chirurgiens de France
Docteur	DANIS Ken	Président de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Monsieur	DAVANT Jean Pierre	Président de la Mutualité Française et UNEMH
Monsieur	DEVEVEY	Direction de l'Aménagement du Territoire (DATAR)
Monsieur	DILLY	Directeur de l'Hôpital de St Amand les Eaux
Professeur	DOMERGUE Jacques	Président du Conseil National de la Chirurgie et député de l'Hérault
Madame	DUBOIS Claire	Secrétariat Général de la Mairie de l'île d'Yeu
Monsieur	DUJARDIN Dominique	Président de l'Association de défense des usagers de l'Hôpital de Montaigu
Docteur	ECHARDOUR Gilles	ARHIF
Monsieur	EVIN Claude	Président de la Fédération hospitalière de France (FHF)
Monsieur	FAUCONNIER Alain	Maire de Saint Affrique
Docteur	FELLINGER Francis	Président de la Conférence des Présidents de C.M.E. de C.H.
Professeur	FUENTES Pierre	Président de la Conférence des Présidents de C.M.E. de C.H.U.
Docteur	GENDROT Remy	Médecin à Ile d'Ouessant
Docteur	GRALL Jean Yves	ARHIF
Docteur	GRAVIER Emmanuel	Médecin à l'île d'Yeu
Professeur	GUIDICELLI Henri	Rapporteur au Conseil National de la Chirurgie
Monsieur	GUILLOT Patrick	Directeur Général de L'Hôpital de Metz Thionville
Professeur	JAECK Daniel	Président de la CME des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Monsieur	LEBOYER Fernand	Maire de Valognes (basse normandie)
Monsieur	LORSON Patrick	Directeur de l'Hôpital de Cernay-Alsace, Président de l'Association des hôpitaux locaux
Monsieur	MACE Jean Marc	Maître de Conférence au CNAM, Géographe de la santé
Professeur	MALAFOSSE Michel	Membre des Académies Nationales de Médecine et de Chirurgie
Monsieur	MALVY Martin	Président de la région Midi-Pyrénées et de l'Association des Petites Villes de France
Monsieur	MARCHIOL Fabrice	Maire de La Mure
Professeur	MARTY Jean	Président de la SFAR
Madame	MENDELSONH Marion	Chef du service Référentiels et prospective de l'ATIH
Professeur	MENTHONNEX Philippe	Chef de Service du SAMU, CHU de Grenoble
Monsieur	METAIS Jacques	Président des Directeurs d'Agences d'Hospitalisation
Docteur	MORNAT Jacques	Conseiller National coopté, chirurgien, orthopédiste maire de Royan
Monsieur	MOST Philippe	Secrétaire Général de l'AMUHF
Docteur	PAIN Frederic	ATIH
Monsieur	PATRIS Alain	Député, Président de l'Association des Maires de France
Monsieur	PELLISSARD Jacques	Président de l'AMUHF
Docteur	PELLOUX Patrick	Direction Sanitaire de la F.E.H.A.P.
Madame	PERDIGON Camille	

Monsieur	PERICARD Benoit	Directeur Général du CHU de Nancy
Monsieur	PIQUEMAL Angel	Président de la Conf. des Directeurs généraux de C.H.
docteur	POILLEUX Jacques	Secrétaire général de l'Académie Nationale de Chirurgie
Madame	REISS Martine	Présidente de l'Association des Enseignants et des Ecoles d'Infirmiers de Bloc Opératoire. (AEEIBO)
Professeur	RICHARD François	Président de la Conférence des sections médicales du CNU, Coordinateur du DESC d'urologie Ile de France
Monsieur	RICHIR Yvon	Directeur des Hôpitaux du Pays du Mont Blanc
Professeur	ROLAND Jacques	Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
Docteur	ROUSSELOT François	Conseiller National du Limousin, Chirurgien Urologue
Monsieur	SIAHMED Hamid	Directeur de l'Hôpital de Quimper
Monsieur	TEUMA David	Directeur de l'Hôpital de La Mure
Docteur	VAUTIER	Médecin à Belle Isle en Mer
Professeur	VIGNERON Emmanuel	géographe de la santé, Université Paul Valéry, Montpellier
Monsieur	VINCENT Gérard	Délégué Général de la FHF

2 questionnaire

Questionnaire sur les critères d'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la

permanence des soins chirurgicaux.

1° Avez-vous réfléchi aux instruments de mesure qui permettraient d'analyser objectivement les trois critères sus cités ?

2° Qui devrait évaluer la sécurité, la qualité et la permanence de soins dans les hôpitaux ?

3° Quelles mesures faudrait il prendre en cas de résultat défavorable de l'évaluation ?

4° La pratique de la « chirurgie avancée » grâce à des vacations de chirurgiens venant d'un autre hôpital est elle une solution sûre et viable ?

ANNEXES

1

Liste des établissements réalisant de 2000 à 2500 et moins de 2000 actes classant par an

Finess	Etablissement	Cp	Commune	Nb
610780074	Ch De L'aigle	61300	L Aigle	2575
680000437	Ch De Thann	68800	Thann	2571
010780062	Ch De Belley	01300	Belley	2327
470000324	Ch Saint Cyr Villeneuve/Lot	47300	Villeneuve Sur Lot	2325
120780051	Chic Sud-Aveyron	12100	Millau	2114
530000074	Ch De Mayenne	53100	Mayenne	2049
710780644	Ch De Paray Le Monial	71600	Paray Le Monial	2020
910110063	Ch D'orsay	91400	Orsay	2003
190000075	Ch D'ussel	19200	Ussel	1965
770110021	Ch De Fontainebleau	77300	Fontainebleau	1951
420780686	Ch De Feurs	42110	Feurs	1935
470001660	Ch Marmande Tonneins	47200	Marmande	1915
220000152	Ch De Paimpol	22500	Paimpol	1905
170780167	Ch De St Jean D'angely	17400	St Jean D Angely	1880
020000287	Ch De Chauny	02300	Chauny	1815
410000103	Ch De Romorantin-Lanthenay	41200	Romorantin Lanthenay	1811
540000049	Ch De Toul	54200	Toul	1800
330781238	Ch De Langon	33210	Langon	1772
350000048	Ch De Redon	35600	Redon	1757
920110061	Ch De St Cloud	92210	St Cloud	1732
840000087	Ch Louis Giorgi D'orange	84100	Orange	1698
010008407	Ch I. Oyonnax-Nantua	01130	Nantua	1685
390780591	Ch De Champagnole	39300	Champagnole	1684
630781011	Ch De Riom	63200	Riom	1661
170780050	Ch De Jonzac	17500	Jonzac	1661
070002878	Sih Privas - La Voulte	07000	Privas	1647
680000395	Ch De Saint-Morand D'altkirch	68130	Altkirch	1645
220000129	Ch I.C. Plemet Loudeac	22600	Loudeac	1633
330781220	Ch Saint Nicolas De Blaye	33390	Blaye	1628
350000055	Ch De Vitre	35500	Vitre	1622
510000078	Ch De Vitry-Le-Francois	51300	Vitry Le Francois	1600
330781204	Ch D'arcachon	33260	La Teste De Buch	1585
520780032	Ch De Chaumont	52000	Chaumont	1581
910110030	Ch De Dourdan	91410	Dourdan	1469
490528452	Ch De Saumur	49400	Saumur	1440
770130052	Ch De Nemours	77140	Nemours	1414
290000074	Ch De Douarnenez	29100	Douarnenez	1414
210010070	Ch Intercom. Chatillon Montbard	21400	Chatillon Sur Seine	1383
270000060	Ch De Bernay	27300	Bernay	1366
220000079	Ch De Guingamp	22200	Guingamp	1358
370000564	Ch D'amboise/Chateau Renault	37400	Amboise	1355
670780543	Ch De Wissembourg	67160	Wissembourg	1347
820004950	Chic Castelsarrasin-Moissac	82200	Moissac	1343
020004404	Ch De Chateau-Thierry	02400	Chateau Thierry	1343
800000093	Ch De Peronne	80200	Peronne	1331
860780097	Ch De Montmorillon	86500	Montmorillon	1321
290000306	Ch De Quimperle	29300	Quimperle	1301
850000084	Ch Des Sables D'olonne	85100	Les Sables D Olonne	1290
240000448	Ch Jean Leclair	24200	Sarlat La Caneda	1290
670000405	Ch Obernai	67210	Obernai	1286
290000082	Ch De Carhaix	29270	Carhaix Plouguer	1266
390780161	Ch De Saint-Claude	39200	St Claude	1263
630781003	Ch D'issoire	63500	Issoire	1236
600100986	Ch De Noyon	60400	Noyon	1223
220000046	Ch De Dinan	22100	Dinan	1222
130785512	Ch De La Ciotat	13600	La Ciotat	1222
090781816	Ch Ariège Couserans	09200	St Girons	1214
640780821	Ch D'oloron Ste Marie	64400	Oloron Ste Marie	1195
910018407	Sih Juvisy Sur Orge	91260	Juvisy	1193
280500075	Ch De Chateaudun	28200	Chateaudun	1187
630781029	Ch De Thiers	63300	Thiers	1186
590782652	Ch D'hazebrouck	59190	Hazebrouck	1157

730780103	Ch De St Jean De Maurienne	73300	St Jean De Maurienne	1132
080000045	Ch De Rethel	08300	Rethel	1123
460780083	Ch De Figeac	46100	Figeac	1108
690782271	Ch De Tarare	69170	Tarare	1105
800000069	Ch De Doullens	80600	Doullens	1103
370000903	Ch Loches	37600	Loches	1090
150780088	Ch De Saint-Flour	15100	St Flour	1082
540000080	Ch De Luneville	54300	Luneville	1067
440000297	Ch D'ancenis	44150	Ancenis	1057
380780056	Ch Pont De Beauvoisin	38480	Le Pont De Beauvoisin	1057
170780191	Ch De Royan	17600	Royan	1051
550003354	Ch De Bar Le Duc	55000	Bar Le Duc	1041
310781067	Hop Joseph Ducuing	31300	Toulouse 3	1028
290000041	Ch Ferdinand Grall Landerneau	29800	Landerneau	1001
600100648	Ch De Clermont	60600	Clermont	994
580780096	Ch De Decize	58300	Decize	993
160000493	Ch De Ruffec	16700	Ruffec	993
810000455	Ch De Lavour	81500	Lavour	989
650780174	Ch Lannemezan	65200	Lannemezan	986
860780071	Ch De Loudun	86200	Loudun	974
120780085	Ch De Decazeville	12300	Decazeville	973
690780036	Ch De Givors	69700	Givors	952
060791761	Ch La Palmosa Menton	06500	Menton	950
590781662	Ch De Fourmies	59610	Fourmies	943
540000106	Ch De Pont A Mousson	54700	Pont A Mousson	939
110780087	Ch De Castelnaudary	11400	Castelnaudary	936
890000433	Ch De Tonnerre	89700	Tonnerre	916
040780256	Ch De Sisteron	04200	Sisteron	916
270000102	Ch De La Risle- Pont Audemer	27500	Pont Audemer	905
500000393	Ch De Coutances	50200	Coutances	874
270000086	Ch De Gisors	27140	Gisors	864
160006037	Ch "Hopitaux Du Sud Charente"	16300	Barbezieux St Hilaire	838
280000589	Ch De Nogent Le Rotrou	28400	Nogent Le Rotrou	764
800000085	Ch Montdidier	80500	Montdidier	751
840000129	Ch De Valreas	84600	Valreas	739
360000079	Ch De Le Blanc	36300	Le Blanc	726
840004659	Ch De Cavaillon-Lauris	84300	Cavaillon	722
720006022	Ch De La Ferte Bernard	72400	La Ferte Bernard	721
840000012	Ch D'apt	84400	Apt	688
670780402	Centre "Hopital Du Neuenberg" D'ingwiller	67340	Ingwiller	683
680001005	Ch De Guebwiller	68500	Guebwiller	661
630780997	Ch D'ambert	63600	Ambert	657
580780070	Ch Clamecy	58500	Clamecy	595
020004495	Ch Hospitalier Brisset Hirson	02500	Hirson	587
460780208	Ch De Gourdon	46300	Gourdon	573
890000409	Ch D'avallon	89200	Avallon	558
610790594	Ch Intercommunal Des Andaines	61600	La Ferte Mace	506
260000054	Ch De Crest	26400	Crest	492
260000104	Ch De Die	26150	Die	434
840000095	Ch De Pertuis	84120	Pertuis	430
880780069	Ch De Gerardmer	88400	Gerardmer	372
640780813	Ch D'orthes	64300	Orthez	314
720000140	Ch De Saint-Calais	72120	St Calais	304
160000485	Ch De Confolens (Labajouderie)	16500	Confolens	248
140000126	Ch De L'estuaire	14600	Equemauville	248
150780468	Ch De Mauriac	15200	Mauriac	234
080000052	Ch De Vouziers	08400	Vouziers	184
330000332	Hop Suburbain	33110	Le Bouscat	130
160000469	Ch De Cognac	16100	Cognac	123
870000031	Ch De Saint-Yrieix	87500	St Yrieix La Perche	48

Liste des 112 hôpitaux ayant trois chirurgiens titulaires ou moins, plein temps ou temps partiel

Spécialités considérées :

Chirurgie générale, chirurgie générale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie vasculaire.

Source DHOS 2005

Region Alsace	
Bas-Rhin	
centre hospitalier, Obernai -	1
centre hospitalier, Wissembourg -	3
Haut-Rhin	
centre hospitalier, Altkirch -	2
centre hospitalier, Thann -	3
Région Aquitaine	
Dordogne	
centre hospitalier, Sarlat-la-Canéda - Jean-Leclair	2
Gironde	
centre hospitalier, Blaye - Saint-Nicolas	2
centre hospitalier, Arcachon - Jean-Hameau	3
centre hospitalier, Langon - Pasteur	3
Pyrénées-Atlantiques	
centre hospitalier, Oloron-Sainte-Marie -	2
centre hospitalier, Orthez -	2
Région Auvergne	
Cantal	
centre hospitalier, Mauriac -	1
centre hospitalier, Saint-Flour -	2
Puy-de-Dôme	
centre hospitalier, Ambert -	2
centre hospitalier, Issoire -	2
centre hospitalier, Thiers -	3
Région Basse-Normandie	
Calvados	
centre hospitalier, Honfleur - centre hospitalier de l'Estuaire	1
Manche	
centre hospitalier, Coutances -	2
Orne	
centre hospitalier, La Ferté-Macé - intercommunal des Andaines	2
centre hospitalier, Argentan -	3
centre hospitalier, Flers -	3
Région Bourgogne	
Côte-d'Or	
centre hospitalier, Châtillon - Montbard - hôpital de Châtillon-sur-Seine	2
Nièvre	
centre hospitalier, Clamecy -	2
centre hospitalier, Decize -	2
Saône-et-Loire	
centre hospitalier, Montceau-les-Mines - syndicat interhospitalier	1
centre hospitalier, Paray-le-Monial -	2
Yonne	
centre hospitalier, Avallon -	2

centre hospitalier, Tonnerre -	2
Région Bretagne	
Côtes-d'Armor	
centre hospitalier, Guingamp -	1
centre hospitalier, Loudéac - site de Loudéac	1
centre hospitalier, Dinan - René-Pleven	2
Finistère	
centre hospitalier, Quimperlé -	2
centre hospitalier, Douarnenez -	3
centre hospitalier, Landerneau - Ferdinand-Grall	3
Ille-et-Vilaine	
centre hospitalier, Vitré -	3
Région Centre	
Cher	
centre hospitalier, Vierzon -	3
Eure-et-Loir	
centre hospitalier, Nogent-le-Rotrou -	3
Indre	
centre hospitalier, Le Blanc -	2
Indre-et-Loire	
centre hospitalier, Amboise - Château-Renault - intercommunal	3
Loir-et-Cher	
centre hospitalier, Romorantin-Lanthenay -	3
Région Champagne-Ardennes	
Marne	
centre hospitalier, Vitry-le-François -	2
Région Franche-Comté	
Jura	
centre hospitalier, Champagnole -	2
centre hospitalier, Saint-Claude -	3
Région Haute-Normandie	
Eure	
centre hospitalier, Bernay -	2
centre hospitalier, Gisors -	2
centre hospitalier, Pont-Audemer -	2
Région Ile de France	
Essonne	
centre hospitalier, Juvisy-sur-Orge -	1
centre hospitalier, Arpajon -	3
Hauts-de-Seine	
centre hospitalier, Courbevoie - Neuilly-sur-Seine -	2
Paris	
centre hospitalier, Paris - Sainte-Anne	2
Seine-et-Marne	
centre hospitalier, Montereau-Fault-Yonne -	3
centre hospitalier, Nemours -	3
Val de Marne	
centre hospitalier, Saint-Maurice - hôpital national	1
centre hospitalier, Fresnes - établissement public de santé national	3
Région Languedoc-Roussillon	
Aude	
centre hospitalier, Castelnaudary - Jean-Pierre-Cassabel	2
Lozère	
centre hospitalier, Mende -	2
Région Limousin	
Corrèze	
centre hospitalier, Ussel -	2

Creuse	
centre hospitalier, Guéret -	3
Région Lorraine	
Meurthe-et-Moselle	
centre hospitalier, Pont-à-Mousson -	2
centre hospitalier, Lunéville -	3
centre hospitalier, Toul – Saint-Charles	3
Meuse	
centre hospitalier, Bar-le-Duc -	3
Moselle	
centre hospitalier, Sarrebourg – établissement de santé public communal	2
centre hospitalier, Forbach – hôpital Marie-Madeleine	3
Vosges	
centre hospitalier, Gérardmer -	1
centre hospitalier, Remiremont -	2
centre hospitalier, Neufchâteau -	3
Région Midi-Pyrénées	
Ariège	
centre hospitalier, Saint-Girons - Ariège Couserans	2
Aveyron	
centre hospitalier, Decazeville - Pierre-Delpech	2
Haute-Garonne	
centre hospitalier, Saint-Gaudens -	3
Hautes-Pyrénées	
centre hospitalier, Lannemezan - hôpitaux de Lannemezan	2
Lot	
centre hospitalier, Figeac -	1
centre hospitalier, Gourdon - Jean-Coulon	2
Tarn-et-Garonne	
centre hospitalier, Castelsarrasin - Moissac - intercommunal	2
Région Nord-Pas-de-Calais	
Nord	
centre hospitalier, Fourmies -	1
centre hospitalier, Hazebrouck -	3
Pas-de-Calais	
centre hospitalier, Calais -	3
Région Pays-de-la-Loire	
Loire-Atlantique	
centre hospitalier, Ancenis - F-Robert	2
Maine-et-Loire	
centre hospitalier, Saumur -	2
Mayenne	
centre hospitalier, Mayenne - Nord-Mayenne	3
Sarthe	
centre hospitalier, La Ferté-Bernard -	3
Vendée	
centre hospitalier, La Roche sur Yon - centre hospitalier départemental multisite - site de Luçon	2
Région Picardie	
Aisne	
centre hospitalier, Hirson - Brisset	2
centre hospitalier, Château-Thierry -	3
Oise	
centre hospitalier, Clermont-de-l'Oise -	3
Somme	
centre hospitalier, Doullens -	1
centre hospitalier, Montdidier -	1

centre hospitalier, Péronne -	1
Région Poitou-Charente	
Charente	
centre hospitalier, Barbezieux-Saint-Hilaire - hôpitaux du Sud-Charente	2
centre hospitalier, Ruffec -	2
Charente-Maritime	
centre hospitalier, Royan -	1
centre hospitalier, Jonzac -	2
centre hospitalier, Saint-Jean-d'Angely -	2
Vienne	
centre hospitalier, Loudun - Renaudot	1
centre hospitalier, Montmorillon -	2
Région Provence-Alpes-Côte Azur	
Alpes-de-Haute-Provence	
centre hospitalier, Sisteron -	3
Alpes-Maritimes	
centre hospitalier, Menton - La Palmosa	2
Var	
centre hospitalier, Draguignan -	3
Vaucluse	
centre hospitalier, Pertuis -	1
centre hospitalier, Apt -	2
centre hospitalier, Valréas - Jules-Niel	2
centre hospitalier, Cavaillon - intercommunal Cavaillon-Lauris	3
Région Rhône-Alpes	
Ain	
centre hospitalier, Belley -	3
Ardèche	
centre hospitalier, Privas -	2
Drôme	
centre hospitalier, Crest -	1
centre hospitalier, Die -	2
centre hospitalier, Saint-Vallier -	2
Haute-Savoie	
centre hospitalier, Bonneville - hôpital du Faucigny - Bonneville	2
Isère	
centre hospitalier, Le Pont-de-Beauvoisin -	2
Loire	
centre hospitalier, Feurs -	1
centre hospitalier, Montbrison -	2
Rhône	
centre hospitalier, Givors -	2
centre hospitalier, Tarare -	2
Savoie	
centre hospitalier, Bourg-Saint-Maurice -	3

3

Liste des 100 actes opératoires classant les plus fréquents dans les 8 hôpitaux qui réalisent entre 2500 et 2000 actes par an et les 113 hôpitaux qui en réalisent moins de 2000/an sur un total de 2550 actes classant relevés en CDAM et CCAM 2004 réalisés (plusieurs libellés correspondent aux mêmes opérations).

N° Actes chir	Nbe actes	cdam	CCAM	libellés de l'actes
HMFC004	3644		ccam	cholécystectomie, par cœlioscopie
LMMA012	2525		ccam	cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose
HHFA001	2438		ccam	appendicectomie, par abord de la fosse iliaque
AHPA009	2055		ccam	libération du nerf médian au canal carpien, par ab
QZFA036	1985		ccam	exérèse de lésion superficielle de la peau par exc
QZJA011	1948		ccam	évacuation de collection profonde de la peau et de
NFFC004	1942		ccam	ménisectomie latérale ou médiale du genou, par ar
D160	1865	cdam		préparation, accompagnement ou accueil au retour d
NEKA020	1862		ccam	remplacement de l'articulation coxofémorale par pr
MCCB004	1802		ccam	ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphy
JHFA009	1621		ccam	posthctomie
HHFA016	1569		ccam	appendicectomie, par cœlioscopie ou par laparotomi
EJGA002	1261		ccam	extraction [stripping] de la grande veine saphène,
NEKA011	1216		ccam	remplacement de l'articulation coxofémorale par pr
NBCA010	1136		ccam	ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col d
HBGD038	1113		ccam	avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'
L260	1098	cdam		appendicectomie pour appendicite aigue
QZFA002	1045		ccam	exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de mo
MJCA012	985		ccam	réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un d
H490	962	cdam		phako-émulsification et aspiration de cataracte
S368	916	cdam		exérèse (et suture) d'une lésion superficielle uni
FAFA008	882		ccam	adénoïdectomie
JJPC003	868		ccam	interruption unilatérale ou bilatérale de la permé
J359	860	cdam		adénoïdectomie seule
JKFA031	859		ccam	conisation du col de l'utérus
HMFA007	825		ccam	cholécystectomie, par laparotomie
LMMA009	809		ccam	cure de hernie de la paroi abdominale antérieure a
HHFA011	786		ccam	appendicectomie, par laparotomie
QEFA004	782		ccam	tumorectomie du sein
JGFE002	763			résection d'une hypertrophie de la prostate, par endoscopie
L830	754	cdam		cholécystectomie avec cholangiographie sous contro
NBCA006	753		ccam	ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou
MDCB003	748		ccam	ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os
QZFA007	743		ccam	exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm
LMMC002	705		ccam	cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose
JJFC003	697		ccam	kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par cœlios
Q763	691	cdam		ablation d'une dent de sagesse incluse, enclavée o
F581	676	cdam		décompression du nerf médian au canal carpien
L023	671	cdam		cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothes
AHPC001	645		ccam	libération du nerf médian au canal carpien, par vi
JDJD001	639		ccam	évacuation de la vessie par cathétérisme transitoi
LMMA004	634		ccam	cure d'événtration postopératoire de la paroi abdo
QZFA038	631		ccam	excision de lésion infectieuse diffuse de la peau
S365	631	cdam		évacuation de collection profonde de la peau et de
JKGD003	617		ccam	curetage de la cavité de l'utérus à visée diagnost
QBFA007	600		ccam	excision d'un sinus pilonidal périnéofessier
LMMA006	594		ccam	cure de hernie de la paroi abdominale antérieure a
W795	589	cdam		arthroplastie simple de hanche de premiere intenti

N358	586	cdam		cure de phimosis ou circoncision par posthécotomie
W476	585	cdam		ostéosynthèse par clou-plaque, lame-plaque, vis-pl
N° Actes chir	Nbe actes	cdam	CCAM	libellés de l'actes
W773	576	cdam		ostéosynthèse percutanée simple ou complexe par em
N736	565	cdam		curetage diagnostique en dehors de la grossesse
A140	548	cdam		cheville(s) : 2 incidences
JKFA026	542		ccam	hystérectomie totale, par abord vaginal
QZFA004	542		ccam	exérèse de lésion superficielle de la peau par exc
JKFA028	540		ccam	hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale
FAFA015	485		ccam	amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie
L871	477	cdam		cholécystectomie sans cholangiographie sous contro
L718	477	cdam		appendicectomie sous contrôle vidéolaparoscopique
HHFA009	471		ccam	colectomie droite avec rétablissement de la contin
NFJC001	462		ccam	nettoyage de l'articulation du genou, par arthrosc
NEKA018	461		ccam	remplacement de l'articulation coxofémorale par pr
FAFA002	457		ccam	adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur tra
W822	456	cdam		arthroscopie pour exérèse de corps étranger du gen
NFKA007	455		ccam	remplacement de l'articulation du genou par prothè
NBCA008	447		ccam	ostéosynthèse de fracture du grand trochanter
ZEMP005	446		ccam	confection d'un appareil rigide d'immobilisation f
PAGA004	446			ablation de matériel d'ostéosynthèse centromédullaire des membres, par abord direct
FAFA013	445		ccam	adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bi
FAFA014	444		ccam	amygdalectomie par dissection
EGFA003	437		ccam	hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuq
W435	435	cdam		arthroplastie par prothèse de l'extrémité supérieu
QAMA002	423		ccam	réparation de perte de substance de l'extrémité cé
JKFA015	417		ccam	hystérectomie totale, par laparotomie
J076	415	cdam		examen d'oreille avec myringotomie bilatérale
QZFA031	405		ccam	exérèse de lésion superficielle de la peau par exc
JKGD002	398		ccam	curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeu
NCCA016	395		ccam	ostéosynthèse de fracture bimalléolaire simple, à
K786	390	cdam		éveinage saphène interne unilatéral
HKPA006	387		ccam	incision d'abcès de la région anale
HHFA025	386		ccam	appendicectomie avec toilette péritonéale pour pér
MGFA007	384		ccam	exérèse de kyste synovial du poignet, par abord di
MCEP001	384		ccam	réduction orthopédique de fracture ou de décolleme
HHCA002	374		ccam	colostomie cutanée, par laparotomie
S355	373	cdam		parage (et suture) d'une plaie unique profonde et/
EJFA002	370		ccam	exérèses multiples de branches de la grande veine
JHPA001	369		ccam	section ou plastie du frein du prépuce du pénis
JDFE002	369		ccam	résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endos
NCCA017	369		ccam	ostéosynthèse de fracture bimalléolaire complexe,
MCCA005	362		ccam	ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale d
NCEP002	355		ccam	réduction orthopédique extemporanée de fracture
NBCA005	355		ccam	ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [
A131	351	cdam		fémur : 2 incidences
L872	347	cdam		cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothes
ZZLF014	347			anesthésie générale, facultative au cours d'une acte diagnostique ou thérapeutique sur la cavité orale
ZCQA001	346		ccam	exploration de la cavité abdominale, par laparotom
N606	345	cdam		ligature et section endoscopiques bilatérales des
MDGA002	344		ccam	ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main, p
QBPA001	344		ccam	mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier in

4 enquête de satisfaction

Depuis que le service de chirurgie a fermé :

- 1° La distance et le temps mis pour rejoindre le service de chirurgie sont ils gênants ?

- 2° La sécurité dans l'hôpital ou sont dirigés les malades et blessés est elle perçue comme identique, meilleure ou moins bonne ?

- 3° Les moyens hélicoptés sont ils pratiques ? Rassurants ? Dangereux ?

- 4° Si vous aviez à vous faire opérer vous iriez : systématiquement au plus près de chez vous ?
là ou il y a de bonnes équipes chirurgicales ?

- 5° quel temps moyen (hors conditions climatiques exceptionnelles) vous semble acceptable pour rejoindre un hôpital équipé d'un service de chirurgie ? Entourez le chiffre

15 min
30 min
45 min
60 min