



Chirurgie

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).

Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS

Il complète l'analyse des besoins qui figure dans chacune des fiches du schéma régional de santé dans sa partie consacrée aux implantations des Activités Soumises à Autorisation.

Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'Agence Régionale de Santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région.

Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans.

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Une bonne accessibilité aux soins chirurgicaux dans différentes spécialités et dans une logique de gradation des soins

L'accessibilité aux soins chirurgicaux dans différentes spécialités est assurée, les établissements répondent bien aux besoins de la population de la région

La région est autonome avec un rapport production/consommation de 1,01.

Globalement les flux sont excédentaires (attractivité 8,3%, fuite : 4,8%).

Un taux de recours¹ de 105 hospitalisation par 1 000 habitants en 2015 supérieur au taux de recours national (98 en 2015 et qui augmente dans la région : 100 en 2011).

L'ensemble de ces fuites ne s'expliquent pas par un manque d'implantation mais essentiellement par des raisons géographiques (les établissements étant frontaliers mais hors régions).

Un accès satisfaisant aux soins chirurgicaux et dans une logique de gradation des soins

Il existe une offre de chirurgie dite de « proximité » (chirurgie orthopédique, viscérale), que ce soit de façon programmée ou non, organisée sur un mode de complémentarité Public/Privé dans chaque département.

Selon les données issues du SNIIRAM* de 2015, en Pays de la Loire le temps d'accès médians des patients d'accès à un plateau chirurgical est compris entre 20 et 30 minutes (correspondant à la moyenne nationale) excepté certaines zones où il est compris entre 30 et 44 minutes (carte en annexe)

| Activité 2015 | Nb Séjours des patients de la région réalisés dans les établissements région PDL | Nb Séjours des patients de la région réalisés dans d'autres régions (Fuite) | Nb Séjours des patients d'autres régions réalisés dans les établissements région PDL (attractivité) | Nb Séjours produits par les établissements de la région |
|---------------|--|---|---|---|
| Chirurgie | 330698 | 17428 | 30356 | 361854 |

¹ Le taux de recours rend compte du recours aux soins de la population domiciliée dans la région, quel que soit l'établissement d'hospitalisation (région ou hors région).

| Pathologies | Seuil interventions | Nb d'étabts |
|--|---------------------|-------------|
| Mammaires | 30 | 21 |
| Digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires) | 30 | 28 |
| Urologiques | 30 | 20 |
| Tthoraciques | 30 | 13 |
| Gynécologiques | 20 | 20 |
| Oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales | 20 | 16 |

Dans chaque département la population peut avoir accès à des services de chirurgies dite de proximité : chirurgie viscérale, ORL, orthopédique, ophtalmologiques, urologique, gynécologie en mode programmé ou non.

La chirurgie des cancers

Il s'agit d'une chirurgie à seuils (Circulaire DHOS du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer).

Ce sujet sera traité dans le volet cancérologie.

Il existe des spécialités ou des établissements dits de recours qui assurent le recours ou l'expertise, chirurgie cardiaque, neurochirurgie.

La pédiatrie selon l'âge et/ou la lourdeur de l'intervention peut être réalisée en proximité ou en structure régionale.

La chirurgie pédiatrique

Le nombre de séjours est stable : autour de 35 000 par an.

La gradation est organisée :

- les enfants de moins de un an sont opérés essentiellement en CHU ou CH ayant une expertise reconnue sur cette tranche d'âge.
- Après 3 ans et si la pathologie n'est pas complexe, il s'agit d'une chirurgie de proximité.

La répartition de l'offre est donc satisfaisante aussi bien en terme de qualité, d'offre et d'accessibilité.

Une bonne dynamique de chirurgie ambulatoire

Le volume total des séjours de chirurgie a progressé de **+ 9,9 %** sur la période 2011-2016, tandis que le volume des séjours de chirurgie ambulatoire progressait de **+ 36,9 %**.

Au **31/12/2016**, le taux de chirurgie ambulatoire régional s'élève à **56,5 %**, soit + 2,4 % au-dessus du taux France entière.

La région affiche une **dynamique de progression supérieure** (17ème région française) à la dynamique nationale, soit + 13,6 % sur 7 ans, contre 10,8 %.

Toutefois, la performance des établissements de la région reste très hétérogène. En effet, **22 établissements affichent un taux supérieur à la cible**, dont 14 avec une avance supérieure à 2 points, alors que **22 établissements restent en dessous de leur cible**, dont 12 avec un retard supérieur à 2 points.

En Pays de la Loire, l'enjeu est de maintenir une dynamique de développement de l'ambulatoire suffisante pour atteindre le **taux cible de 59,7 % à horizon 2017**.

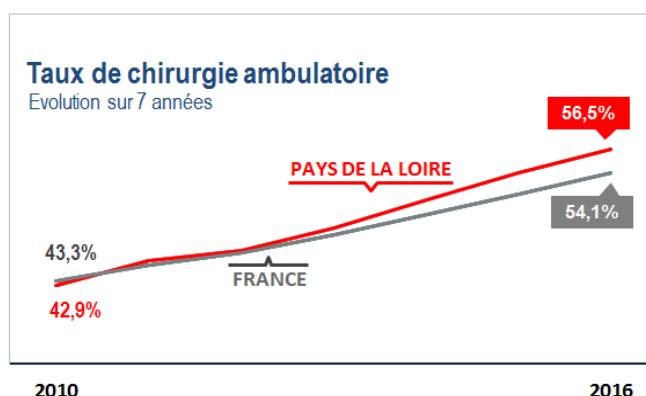
Un accès direct aux plateaux techniques spécialisés en chirurgie de la main

37 établissements ont une activité de la chirurgie de la main totalisant en 2015 30 725 interventions.

69 % sont réalisées en ambulatoire.

3 structures « SOS » (Nantes, Angers, Le Mans) représentent 59 % de l'activité totale de la région.

Objectif réalisé.



Une activité minimale d'activité respectée

L'ensemble des établissements de la région ont une activité de 1 500 séjours minimaux tels que recommandait la circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004.

La garantie d'un niveau d'exigence de qualité des soins, de pertinence au sein de chaque établissement de santé

La qualité des soins, la pertinence au sein de chaque établissement de santé est globalement satisfaisante comme l'atteste le bilan des différentes campagnes de certification HAS.

Cependant certains points restent à améliorer :

- Document de Sortie et Délais d'envoi du courrier de Fin d'Hospitalisation, éléments clés de la continuité des soins.
- Prise en Charge Médicamenteuse : Plus précisément les documents de liaison contenant le traitement
- Respect des bonnes pratiques des blocs opératoires : Check-list de sécurité du patient au bloc opératoire, sortie trop rapide de la salle de réveil après anesthésie et parfois sans avis médical
- Problèmes d'effectifs et l'inadaptation des locaux et des équipements.
- Identification du patient : La HAS ne recense en 2016 que 7 patients sur 10 identifiés correctement dans le dossier en MCO ou dans la lettre de liaison.
- MSAP SSR, post PTG, PTH

Une permanence et une continuité des soins en établissement garanties

- **Permanence** : un schéma, toujours en vigueur en cours de révision.

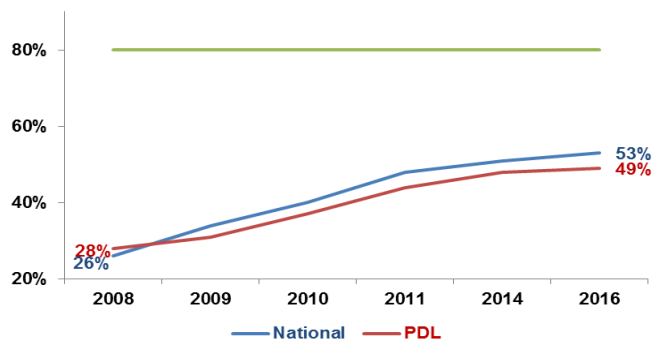
CHANTIER PDSSES

- **Continuité des soins**

Assurer la continuité des soins et la sécurité du patient à la sortie d'une hospitalisation réduit le risque de réhospitalisation.

- mieux repérer dès l'admission les personnes à haut risque de réhospitalisation
- courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi dans les 8 jours suivant la sortie du patient **objectif 80 %**

En 2018 : Le document de sortie devra être remis le jour même.



II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Conséquences du vieillissement de la population sur l'activité de chirurgie

Avec 77 032 séjours en 2015 de personnes de plus de 75 ans représentant **22 %** de l'ensemble des séjours chirurgicaux, l'activité de chirurgie est en croissance constante avec une augmentation d'activité entre 2011 et 2015 de **11 %**.

Il s'agit d'améliorer la prise en charge du patient âgé souffrant de polyopathologies grâce à la complémentarité du travail des chirurgiens et des gériatres et de traiter les décompensations de pathologies chroniques à l'occasion des traumatismes et des interventions chirurgicales

La démographie des anesthésistes

Certains établissements font face à des difficultés croissantes de recrutements médicaux, ce qui génère une croissance problématique de dépenses d'intérim. Cette question est très aigüe pour les anesthésistes, et se révèle forte mais dans une moindre mesure pour les chirurgiens. Ceci conduit à réinterroger les dynamiques d'équipes médicales de territoires dans le cadre des GHT qui sera probablement un levier fort dans cette dynamique.

| Anesthésistes-Réanimateurs | Effectif | densité* | part des 55 ans et plus | part de salariés |
|-----------------------------|----------|----------|-------------------------|------------------|
| Loire-Atlantique (44) | 246 | 18,3 | 44,3 | 58,1 |
| Maine-et-Loire (49) | 131 | 16,3 | 35,9 | 58,0 |
| Mayenne (53) | 17 | 5,5 | 58,8 | 52,9 |
| Sarthe (72) | 56 | 9,8 | 41,1 | 46,4 |
| Vendée (85) | 51 | 7,7 | 45,1 | 49,0 |
| Région des Pays de la Loire | 501 | 13,6 | 42,3 | 55,7 |
| France entière | / | 14,9 | 45,0 | / |

* pour 100 000 habitants, au recensement Insee 2014

Source : Insee, RP 2014 & RPPS, extraction septembre 2016

Source France : DREES - RPPS 2016 pour les 55 ans et plus & CNOM Atlas 2015 pour la densité

Du côté de la formation, il faut noter une augmentation des postes d'internes, puisqu'à terme en 2020, les 2 Facultés de médecine de Nantes et Angers formeront 4 internes d'AR de plus et 8 internes de médecine intensive –réanimation (nouveau diplôme créé en 2017).

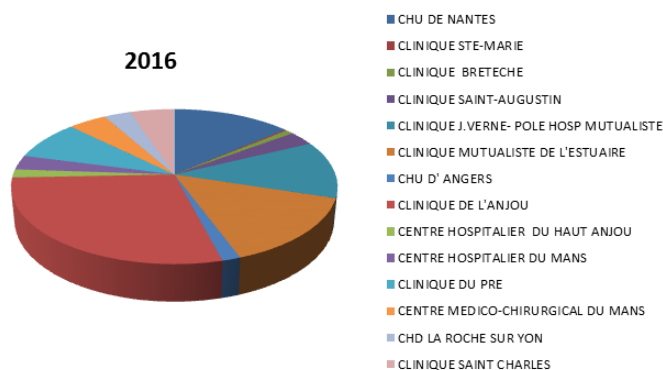
Chirurgie bariatrique

Deux centres Spécialisés de l'Obésité réunissent les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des patients le CSO Ouest Atlantique et le CSO Anjou Maine qui ont intégré la SRAE Nutrition en 2016.

L'évolution de l'activité montre une augmentation sensible de la chirurgie bariatrique avec 12 établissements pratiquant cette activité.

A noter 2 nouveaux établissements qui démarrent cette activité en 2016. 4 établissements réalisent 74 % de l'activité

Cette activité croit régulièrement : 9.3 % entre 2015 et 2014.



III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Garantir la sécurité et la qualité des soins

- Optimiser le panel d'activités
- S'assurer que l'organisation des établissements ayant une activité de chirurgie garantit la continuité et un bon accès aux chirurgiens mobilisés pour la permanence des soins

Garantir l'équité d'accès à la chirurgie pour les usagers

L'existence d'une problématique d'organisation et d'offre émerge : plusieurs centres ont une activité qui reste fragile et l'offre, telle qu'elle est organisée, ne sera pas en capacité de répondre aux enjeux de demain : innovation, robotique, activité interventionnelle,... L'exigence croissante de qualité/sécurité est au cœur des enjeux de demain avec une attention particulière attendue en ce qui concerne la pertinence des soins.

L'accompagnement de la sortie d'hospitalisation en lien avec le 1er recours et le médico-social sera à consolider.

Fort de ces constats, il apparaît qu'il est nécessaire d'adapter le système pour le rendre compatible aux enjeux de demain, à savoir :

- disposer d'une masse critique d'activités pour chaque site ou équipe chirurgicale pour améliorer la sécurité et la qualité des soins.
- optimiser l'organisation des trajets de soins en s'appuyant sur l'analyse des chemins cliniques pour améliorer la pertinence et l'efficacité des soins.
- optimiser l'adressage pour améliorer le parcours de soins.
- créer les conditions pour déployer des innovations lorsqu'elles sont validées.
- Réaliser un maillage gradué de la chirurgie qui va de la consultation pré et post chirurgicale jusqu'à la chirurgie de recours, voire d'expertise ambulatoire.
- Créer des équipes territoriales de chirurgie (chirurgiens et médecins anesthésistes réanimateurs) en tenant compte des coopérations public-privé existantes ou à venir.
- Développer les consultations avancées pré et post chirurgicales.
- Organiser la régulation des recours et des urgences pour les actes de chirurgie.
- S'assurer du maillage des transports urgents.

S'assurer, en lien avec les centres spécialisés de l'obésité, du respect des recommandations HAS pour l'établissement ayant une activité de chirurgie bariatrique

Activité en fort développement, réalisée par 14 établissements.

Il existe une disparité d'activité avec des écarts importants (de 6 à 756 interventions /an).

En 2017, le recueil des indicateurs IPAQSS sera obligatoire pour l'ensemble de ces établissements de santé et devra permettre d'améliorer la prise en charge.

Compte tenu du développement de la chirurgie bariatrique en dehors des centres spécialisés, labellisés par l'ARS, l'objectif sera de s'assurer du respect par l'ensemble des établissements pratiquant cette chirurgie des recommandations de la HAS sur le parcours du patient : phase préopératoire d'au moins 6 mois, RCP avant la décision d'intervention, suivi post-opératoire au long cours ».

Garantir l'accès à l'innovation

Labelliser au moins un site pour la chirurgie du handicap

Développer la télé-expertise à partir des sites labélisés
SOS mains pour garantir une prise en charge graduée de la chirurgie de la main

Offre bien répartie sur la région avec cependant des volumes d'activité très variables selon les établissements.

Si les 3 centres « SOS mains » sont clairement identifiées et ont une très forte activité quasi exclusive sur la main, on peut s'interroger sur la prise en charge dans les établissements qui ont des volumes d'activité très faibles.

Une réflexion sur une organisation territoriale et de filières pourrait être menée pour garantir une prise en charge de qualité compte tenu de la spécificité et de la complexité de cette chirurgie et éviter la survenue de complications et séquelles.

Garantir la pertinence

Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

Atteindre la cible définie par la DGOS soit 69,1 % à horizon 2020.

Encourager le développement de la réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC)

Mode de prise en charge innovant centré sur le patient qui vise à permettre au patient de récupérer plus vite ses capacités fonctionnelles après une intervention chirurgicale, et ainsi *retrouver plus rapidement son environnement familial* et ses activités quotidiennes, en toute sécurité.

Les résultats probants obtenus au bénéfice des patients (meilleur rétablissement des capacités physiques et psychiques permettant un retour plus précoce à domicile et une réduction des risques d'infections nosocomiales), confirmés par la HAS.

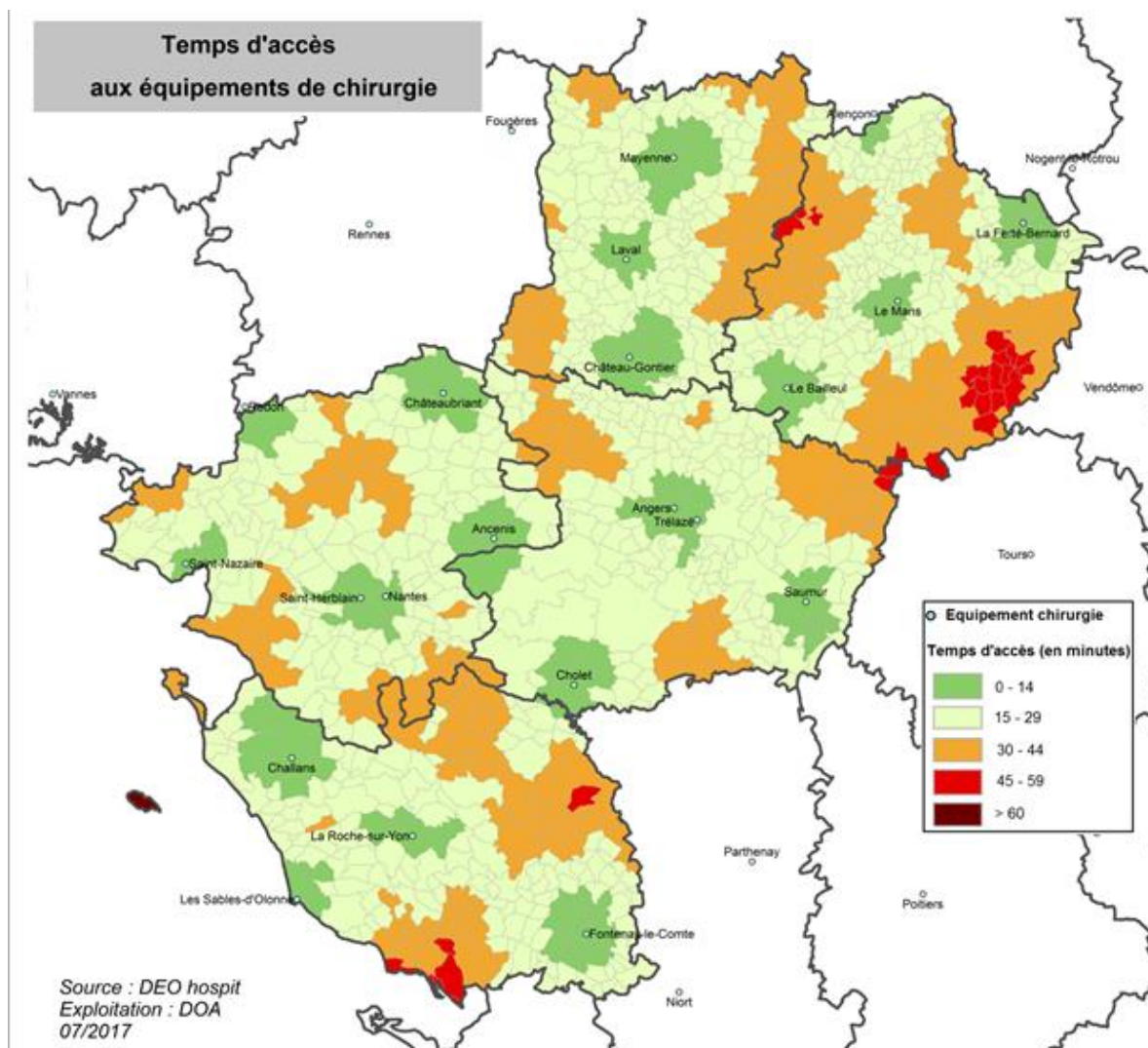
Malgré de nombreuses publications et recommandations, la RRAC reste insuffisamment implémentée dans les établissements ligériens et le potentiel de diffusion de ces pratiques est important.

| | |
|----------------------------------|---------------|
| CHU Angers | Colorectale |
| Clinique Brétéché- Nantes | Hanche-Genou |
| Clinique de l'Anjou - Angers | Bariatrique |
| Clinique Saint Augustin - Nantes | Hanche-Genou |
| ICO -Nantes | Gynécologique |

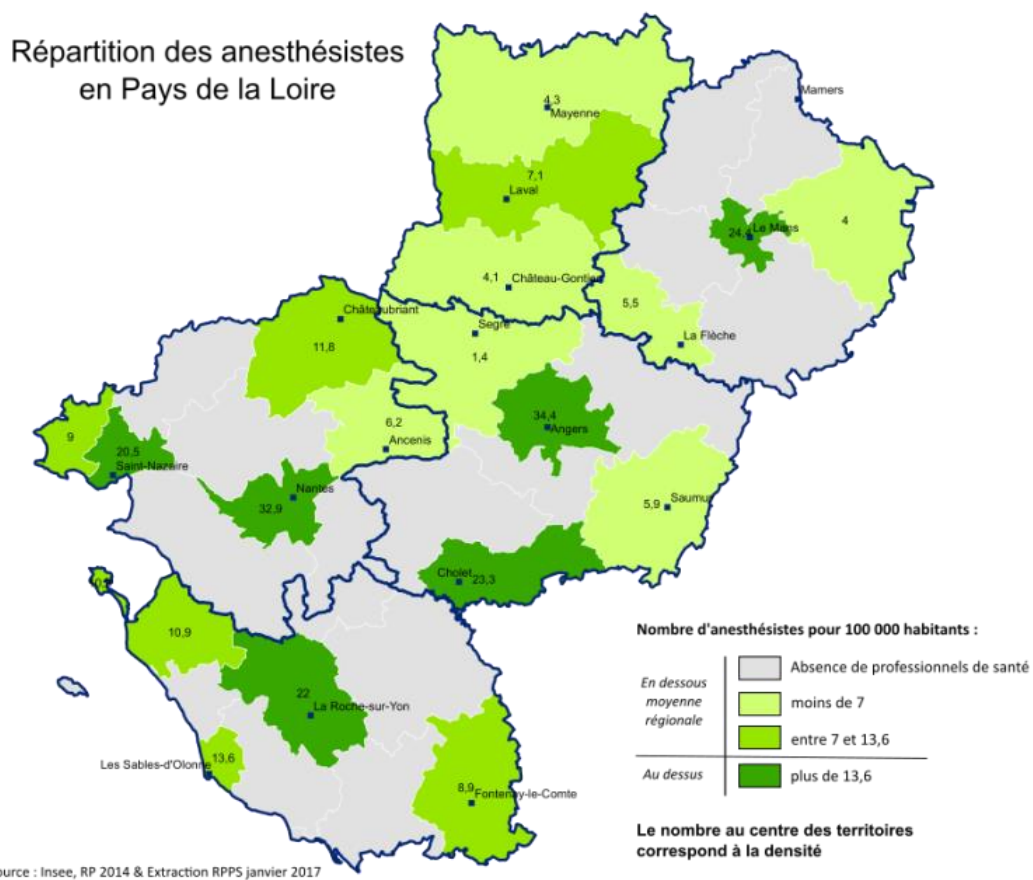
L'ARS va lancer un AAP en 2017 afin de proposer aux services de chirurgie de la région un dispositif d'accompagnement pour développer ce mode de prise en charge.

Annexes

1. Carte temps d'accès à un plateau chirurgical



2. Répartitions des Anesthésistes réanimateurs



Les livrets du PRS

