

Déclaration liminaire.

Réunis autour du Ministre de la santé et de la protection sociale, les représentants syndicaux et institutionnels de la chirurgie hospitalière ont affirmé **leur volonté commune de sauver la chirurgie dans le secteur public et assimilé.**

Le plan chirurgie annoncé le 30 juillet 2004 par le Gouvernement comporte à cet effet trois volets, relatifs à la formation des chirurgiens, à la chirurgie d'exercice libéral et à la chirurgie hospitalière et hospitalo-universitaire.

L'accord intervenu le 26 août 2004 avec l'ensemble des syndicats représentatifs des professionnels libéraux constate :

- ▶ Une désaffection des étudiants en médecine pour cette spécialité considérée, encore hier, comme la plus noble. La diminution par 2 du nombre des internes en chirurgie a créé une rupture.
- ▶ Un haut niveau de responsabilité, d'exigence et de pénibilité, insuffisamment pris en compte au cours des 15 dernières années.
- ▶ Une judiciarisation croissante qui s'est traduite par une progression importante et soutenue des primes d'assurance.

Le présent accord reprend ce constat et traite de la chirurgie hospitalière et hospitalouniversitaire, ainsi que de la formation initiale, commune à la chirurgie publique et privée.

L'hôpital public occupe une place prépondérante dans notre système de santé pour garantir à nos concitoyens l'accès à des soins de qualité et la permanence des soins. Il est, en effet, dans les missions du service public hospitalier d'assurer la permanence et la continuité des soins. La chirurgie hospitalière participe à la prise en charge des patients, à la fois en activité programmée et dans les situations d'urgence les plus sévères. L'hôpital public assure ainsi la majeure partie de la chirurgie adressée par les services d'urgence ainsi que les interventions chirurgicales les plus lourdes nécessitant des plateaux techniques adaptés et performants.

Les patients sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires au sein desquelles le chirurgien a une responsabilité particulière et importante. C'est à l'hôpital public que sont formés les futurs chirurgiens ; la plupart d'entre eux y exercent à l'issue de leur formation des fonctions de chefs de clinique assistants.

Pour autant, on constate depuis plusieurs années un glissement progressif de l'activité de chirurgie programmée du secteur public vers le secteur privé. L'accroissement de la fracture entre la chirurgie d'urgence et la chirurgie programmée serait incompatible avec le maintien d'un haut niveau de qualité à l'hôpital public et contraire aux objectifs de santé publique.

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite rétablir un équilibre plus harmonieux entre les deux secteurs, publics et privés, dans le cadre du volet hospitalier du plan chirurgie et dans le contexte plus général de la préparation des SROS de troisième génération.

Des décisions immédiates s'imposent pour assurer l'avenir de la chirurgie hospitalière. C'est pourquoi **le Ministre prend l'engagement solennel de favoriser la mise en œuvre des mesures suivantes :**

Relevé de décisions

1. La formation est le premier des enjeux car elle seule permet d'assurer l'avenir à long terme de la chirurgie. C'est pourquoi une commission opérationnelle chargée de faire des propositions pour définir le nouveau cadre de la formation des internes et de son évaluation sera mise en place auprès du Ministre dès le mois de septembre 2004.

Elle préconisera des actions pour valoriser le métier de chirurgien au cours de la formation du 2^{ème} cycle des études médicales. Elle traitera de l'intégration de nouvelles formes de validation des compétences et d'évaluation des services au sein du cursus de formation (3^{ème} cycle), des conditions pour renouer avec la nécessité du compagnonnage indispensable à l'acquisition des compétences clés du métier de chirurgien et de l'amélioration des conditions d'accueil des chirurgiens en formation dans les équipes publiques et privées. **L'augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie sera poursuivie** en tenant compte des besoins de la population et sur la base des données de l'observatoire national des professions de santé en concertation avec les représentants des internes. Les résultats du choix des postes d'internes constitueront un indicateur essentiel de la réussite du plan chirurgie. Une attention particulière sera portée au nombre et à la répartition des services d'accueil.

2-Les praticiens en formation doivent pouvoir disposer de meilleures perspectives d'intégration à l'hôpital.

S'agissant des internes, la négociation sera ouverte en vue d'obtenir :

- une meilleure organisation du choix de la spécialité en conformité avec le statut des internes : le choix de la spécialité ne dépend que de l'accès à un stage validant durant les 4 premiers semestres. Une attention particulière sera apportée au fonctionnement des commissions régionales de répartition : la fermeture des postes ne doit reposer que sur des critères pédagogiques, et une politique d'ouverture de postes sera menée pour accompagner l'augmentation du nombre d'internes, et garantir la qualité de la formation par un taux d'inadéquation par filière adapté,
- dans le cadre de la permanence des soins, l'organisation et la revalorisation significative des gardes et des astreintes réalisées par les internes sur les bases énoncées au point 4,
- une bonne application des dispositions prévues pour la formation universitaire des internes.

3. L'égal accès à des soins de qualité nécessite une recomposition du paysage des plateaux techniques, notamment des blocs opératoires afin que puissent se regrouper autour des

équipes opératoires les moyens et les compétences nécessaires pour assurer l'excellence des pratiques et la sécurité des soins dispensés aux malades.

Dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération :

- le Conseil national de la chirurgie viendra, à leur demande, en appui des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour leur permettre d'objectiver les situations les plus critiques ;
- la redistribution nécessaire pour atteindre la taille suffisante des équipes opératoires sera un objectif recherché dans le cadre du projet médical de territoire.

Une cartographie des plateaux techniques sera établie annuellement par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et rendue publique sur la base d'indicateurs concertés. Le conseil national de la chirurgie sera consulté pour ce qui est des blocs opératoires.

Par ailleurs, en liaison avec le conseil national de la chirurgie, les agences régionales de l'hospitalisation recevront la mission d'étudier avec les établissements publics et privés les voies et les moyens pour parvenir à **une mise en réseau plus opérationnelle**, notamment dans la prise en charge des pathologies chirurgicales particulières et l'organisation de la permanence des soins chirurgicaux, de la formation continue et de la recherche clinique.

Enfin, une cellule « haute technologie » sera constituée auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins afin de recenser les investissements de haute technologie dans le domaine chirurgical et **d'élaborer un plan de modernisation des technologies des plateaux techniques en 2005 et le plan de financement correspondant.**

4. La permanence des soins est essentielle au bon fonctionnement de notre système de santé. C'est pourquoi le Gouvernement attache une importance particulière aux conditions d'exercice et de valorisation de la permanence des soins.

A l'hôpital la permanence des soins comporte :

- 1) La garde sur place qui concerne notamment les praticiens exerçant dans les services à temps continu. Dans ce cas, les praticiens disposent d'une indemnité de sujétion et d'un repos compensateur.
- 2) L'astreinte qui concerne les praticiens qui assurent la prise en charge des patients en se déplaçant à l'hôpital chaque fois que cela est nécessaire. Ces praticiens ne bénéficient d'aucun repos compensateur.

Les améliorations nécessaires à ce système seront étudiées au sein d'un groupe de travail conduit par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, auquel seront conviés tous les acteurs concernés. L'objectif sera de procéder à une révision du régime des astreintes et à une revalorisation significative et progressive des astreintes dès lors qu'elles sont nécessaires.

C'est pourquoi le groupe de travail devra proposer une optimisation du dispositif des astreintes avec pour objectif de majorer l'enveloppe actuelle de 15 % dès 2005. Les travaux de ce groupe feront partie des négociations qui s'ouvriront le 1^{er} octobre 2004.

5. Les chirurgiens hospitaliers exercent leurs missions au cœur d'équipes opératoires pluridisciplinaires ; un effort particulier sur une meilleure articulation des différents métiers est nécessaire afin de garantir le bon usage des plateaux techniques. C'est pourquoi, dès la rentrée, le Gouvernement examinera avec les organisations professionnelles concernées **les modalités d'une meilleure coordination de l'exercice des différentes professions**, dans le respect de leurs compétences respectives. Les missions des conseils de blocs opératoires seront confortées. Par ailleurs, une évaluation des besoins de formation des professionnels de bloc opératoire sera réalisée.

6. La prise en compte de la spécificité et la reconnaissance de la pénibilité de l'exercice chirurgical seront traités dans le cadre plus général de la négociation visée au point 4.

Dans ce cadre les signataires souhaitent :

- en premier lieu, réaffirmer l'unicité du socle que constitue le statut du praticien hospitalier ;
- en second lieu, permettre par des dispositions statutaires et indemnitaires la reconnaissance des charges particulières des praticiens en termes d'activité, de responsabilités institutionnelles ou spécifiques et de pénibilité ainsi que des actions réalisées pour la qualité et pour l'activité publique.

Ces dispositions comporteront l'engagement, pour les praticiens concernés, dans la procédure d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle institué par l'article 16 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, en vue de l'obtention de celle-ci à terme.

Au delà du socle commun, ce régime indemnitaire sera établi et modulé en fonction de l'activité selon des modalités définies au niveau national. Ce dispositif permettra, notamment, de prendre en compte début 2005 les aspects spécifiques de la chirurgie à l'hôpital public. Il sera évalué à l'issue de l'année 2005 et devra contribuer à favoriser les redéploiements accompagnant la recomposition régionale prévue par les SROS.

Il conviendra en outre d'organiser des passages entre les disciplines dans le statut des praticiens hospitaliers et une meilleure complémentarité entre secteur public et privé en facilitant le passage d'exercice entre les différents secteurs.

7. Les praticiens concernés bénéficieront pour leur activité libérale autorisée du dispositif prévu dans l'accord du 26 août 2004 avec les chirurgiens libéraux concernant l'aide à la souscription d'une assurance.

8. Il est institué, auprès de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, un comité national de suivi comportant les signataires du présent accord qui consolidera les résultats des comités régionaux de suivi mis en place auprès des ARH.