Objectifs quantitatifs de de soins

ACTIVITÉS STRUCTURANTES

# Activité de soins Chirurgie

## Éléments de diagnostic

L'activité de soins de chirurgie consiste en la prise en charge, à visée diagnostique ou thérapeutique, des patients nécessitant ou susceptibles de nécessiter un geste interventionnel invasif ou mini-invasif réalisé dans un secteur interventionnel, quelle que soit la voie d'abord, et la mise en œuvre d'une continuité des soins (à l'exception des actes relevant des activités greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, traitement des grands brûlés, chirurgie cardiaque, activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, neurochirurgie, activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, radiologie interventionnelle).[16]

L'activité de soins de chirurgie répond à 3 modalités (chirurgie pratiquée chez des patients adultes, chirurgie pédiatrique et chirurgie bariatrique) ainsi qu'à 11 spécialités chirurgicales dites « pratiques thérapeutiques spécifiques »[17] : chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ; chirurgie orthopédique et traumatologique ; chirurgie plastique reconstructrice ; chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de la chirurgie cardiaque ; chirurgie vasculaire et endovasculaire ; chirurgie viscérale et digestive ; chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de gynécologie-obstétrique ; neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ; chirurgie ophtalmologique ; chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ; chirurgie urologique.

En 2023, 80 établissements de santé disposent d'une activité de chirurgie autorisée en hospitalisation complète et 84 sous forme ambulatoire. Ceci se traduit par une densité régionale légèrement supérieure au niveau national, en hospitalisation complète (13,4 établissements autorisés par million d'habitants vs. 12,9) comme en ambulatoire (14 établissements autorisés par million d'habitants vs. 13,6). Trois départements présentent des valeurs significativement supérieures à la moyenne régionale : Lozère (26,1), Hautes-Pyrénées (21,6) et Tarn-et-Garonne (18,9).

**L'activité de soins régionale de chirurgie** adulte est stable en 2021 par rapport à 2018 avec 544 000 séjours dont 68% sont réalisés en établissements privés (données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI). Il est à noter que la moitié de cette activité est issue des deux ensembles suivants : appareil locomoteur - arthroscopies - biopsies ostéoarticulaires (27%) et ophtalmologie (21%). De manière générale, il est constaté une diminution d'activité dans la majorité des spécialités entre 2018 et 2021, compensée par la progression des volumes en ophtalmologie (+ 12%) et dans une moindre mesure, urologie dont appareil génital masculin (+ 6%). Trois types de prises en charge se singularisent par une diminution significative d'activité entre 2018 et 2021 : vasculaire (-28%), ORL stomatologie (-13%) et thyroïde (-10%).

Près de 6 séjours sur 10 ont lieu en Haute-Garonne (31%) ou dans l'Hérault (27%). La comparaison interdépartementale des taux de séjours standardisés sur la période 2018 – 2021 montre un recours aux soins significativement plus important dans l'Hérault (114 pour 1000 habitants, données Scansanté) par rapport à la Lozère (96), le Lot (95), l'Ariège (90) et l'Aveyron (89).

En 2017, l'Occitanie se situait au 11ème rang des 13 régions métropolitaines françaises en matière de chirurgie ambulatoire. En 2021, le taux d'actes réalisés sous cette forme a nettement progressé (54,2% en 2017 vs. 61,3% en 2021) mais demeure toujours inférieur à la moyenne nationale (62,3% en 2021). Les écarts interdépartementaux se sont accrus entre 2017 et 2021 : Tarn-et-Garonne (70,9%) et Lozère (68,9%) présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne régionale, à l'inverse du Tarn (57,1%) et du Lot (56,1%).

[16] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-201 du Code de la santé publique
[17] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, e chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-202 du Code de la santé publique

**L'activité de soins de chirurgie pédiatrique** consiste en la prise en charge chirurgicale des enfants de moins de quinze ans. En cas de besoin, le titulaire de l'autorisation peut prendre en charge des enfants entre quinze et dix-huit ans.[18]
Le nombre de séjours concernés s'élève à près de 30 000 dans 75 établissements autorisés en région en 2021, ce qui représente seulement 5,5% des séjours régionaux, dans un contexte de diminution de 7% par rapport à 2018. La moitié d'entre eux concerne des enfants âgés de 7 à 15 ans ; un peu plus d'un millier, soit 4%, concerne des bébés de 1 an et moins. Sur l'ensemble de la population pédiatrique, cette activité est dominée par les interventions « viscérales pédiatriques », qui incluent celles sur les sphères digestive, urologique, gynécologique, thoracique et vasculaire (38%) et ORL (34%). Les interventions « viscérales » sont majoritaires chez les moins de 1 an (49%) tandis que les séjours associés à des actes de traumato-orthopédie sont les plus représentés chez les 7 – 15 ans (37%). En termes de répartition géographique de cette activité, il est à souligner que les départements de Haute-Garonne (40% des séjours) et de l'Hérault (32%) rassemblent près des ¾ des séjours. Enfin, sur la période 2018-2022 au cours de laquelle le réseau régional de chirurgie pédiatrique (ARCPO, appelé à évoluer en dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique) était uniquement déployé en hémi-région Ouest, 23 établissements parmi les 37 réalisant cette activité ont pu disposer d'une labellisation par l'ARCPO, assurant d'une organisation et de moyens spécifiquement mobilisés pour la prise en charge de cette population.

Enfin, **l'activité de soins de chirurgie bariatrique** consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité[19] au moyen des interventions chirurgicales suivantes [20]: pose changement et repositionnement d' anneau ajustable, court-circuit gastrique, gastrectomie longitudinale en manchon, gastroplastie verticale calibrée et court-circuit biliopancréatique ou intestinal.
En 2021 cette activité est pratiquée dans 47 établissements de la région répartis dans tous les départements sauf l'Ariège : un total de 4 254 actes y est recensé, en contraction de 20% au regard de l'activité 2018, à nombre d'établissements identiques (un peu plus de 5 300 actes).
L'activité régionale de chirurgie est réalisée par des ressources humaines fragiles et inégalement réparties. Selon le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la densité régionale en chirurgiens est conforme à la moyenne nationale en 2021 (18,2 pour 100 000 habitants). Pour autant, leur pyramide des âges est moins favorable, tant pour les moins de 40 ans (25% vs. 29% en France) que pour les plus de 60 ans dans plusieurs départements (plus de 30% en Ariège, Aveyron, Lozère et Tarn-et-Garonne). Lozère et Ariège sont concernés aux deux titres, tandis qu'un quart des chirurgiens d'Aveyron a plus de 65 ans en 2021. De plus, les chirurgiens infantiles présentent un effectif très limité et en diminution (entre 21 et 24 professionnels sur la période 2018 – 2021), exerçant quasi-exclusivement en Haute-Garonne et Hérault.

De même, la densité régionale en médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), quoique supérieure à la valeur nationale en 2021 (15,9 pour 100 000 habitants vs. 15,1 en France) est marquée par de profondes inégalités interdépartementales, concernant le Lot (10,9) mais surtout l'Ariège (8,5), l'Aveyron (7,1) et la Lozère (6,5). Leur pyramide des âges présente également un profil moins favorable par rapport au profil national (moins de professionnels de moins de 40 ans et davantage de plus de 60 ans), notamment dans le Tarn (respectivement 13% et 46%), l'Aveyron (15% et 57%) et le Lot (5% et 60%). Là encore, la part des professionnels de plus de 65 ans est très conséquente, proche du tiers dans le Lot et l'Aveyron en 2021.

L'examen des données relatives aux infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat (IBODE) conduit à des constats similaires. Leur densité régionale moyenne est supérieure à la moyenne nationale (16 pour 100 000 habitants vs. 13 en France) mais un tiers a plus de 60 ans en 2021 (dont 45% en Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne et 41% dans le Tarn). Il est à souligner qu'un tiers des IBODE de Haute-Garonne, département dans lequel est réalisée près d'un tiers de l'activité chirurgicale de la région, a plus de 65 ans en 2021. Une situation préoccupante est également constatée en Tarn-et-Garonne (4 IBODE pour 100 000 habitants) et dans le Gers (7), à l'inverse de l'Hérault (23).

Ces constats s'appliquent aussi aux infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE), dont la répartition témoigne des mêmes hétérogénéités infrarégionales : densités du Gers et Tarn-et-Garonne trois fois inférieures à la moyenne occitane et déséquilibre marqué de la pyramide des âges en Tarn et Tarn-et-Garonne, avec absence de professionnels de moins de 40 ans en Lozère.

[18] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-206
[19] Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie / Art. R. 6123-208
[20] Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique

L'ensemble de ces éléments met en évidence la grande vulnérabilité de 8 départements de la région pour la pérennité de leurs équipes chirurgicales, ce qui conditionne l'offre pouvant y être proposée sur la période 2023 – 2028 : Lozère, Ariège, Aveyron et Lot pour les professionnels médicaux ; Haute-Garonne, Gers, Tarn-et-Garonne et Tarn pour les professionnels paramédicaux.

En parallèle, les acteurs régionaux témoignent aussi d'importantes difficultés multifactorielles de recrutement d'infirmiers (IDE), impliquant une diminution structurelle des capacités d'intervention (baisse du nombre de lits et du taux de vacation opératoire).
Sur un plan plus qualitatif, il importe également de souligner l'évolution des souhaits de conditions d'exercice des professionnels, particulièrement ceux issus de formation initiale. Ceux-ci émettent le souhait d'exercer au sein d'équipes d'effectif suffisant pour pouvoir réaliser une surspécialisation dans leur domaine mais aussi limiter la charge individuelle de la permanence des soins. Il est à noter que des équipes étoffées, exerçant sur des plateaux diversifiés, permettent de conserver plus facilement une activité cancérologique et ainsi de proposer, d'une part une offre chirurgicale exhaustive, d'autre part une attractivité plus favorable vis-à-vis d'autres professionnels.
Cet aspect revêt une importance particulière s'agissant d'activités spécialisées, dans lesquelles le nombre d'interventions réalisées par individu influence grandement sa capacité à faire face à des situations cliniques complexes ou inattendues, et donc la qualité et la sécurité des soins offerts au sein de l'établissement.

Par ailleurs, les professionnels souhaitent disposer d'un accès préférentiel à des blocs complétés par des outils permettant une assistance robotique, qui améliorent la précision des gestes chirurgicaux, concourent à introduire des dynamiques nouvelles et à renforcer la cohésion au sein des équipes.
L'ensemble de ces éléments conduit à accorder une attention particulière aux démarches de regroupement et/ou de mutualisation de ressources, sur la base d'un plateau technique de volume suffisant et sous la forme d'équipes territoriales.
Cette hypothèse implique en corollaire la réalisation d'un travail de fond sur l'accès aux transports, de façon à assurer à chaque patient un accès aux soins de bonne qualité, mais aussi de favoriser le recours aux hôtels hospitaliers les veilles d'intervention, pour les activités programmées.

En conséquence, il apparaît nécessaire de stabiliser le nombre de structures autorisées en adaptant l'offre, afin de prendre en charge un nombre plus important de patients sur les sites existants et, en parallèle, de sécuriser la permanence des soins par l'organisation d'un réseau de coopérations inter-établissements.
De même, il est nécessaire de poursuivre les efforts de développement de la chirurgie ambulatoire dans les territoires les plus concernés par des marges de progression, ainsi que la promotion de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC), approche de prise en charge globale du patient, qui permet de favoriser son rétablissement précoce et la diminution des complications post-opératoires.

## Évolution du contexte réglementaire et des orientations nationales

Cette activité est régie par les décrets 2022-1765 (conditions d'implantation) et 2022-1766 (conditions techniques de fonctionnement) du 29 décembre 2022 ainsi que par l'arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions relevant de la chirurgie bariatrique et le nombre annuel minimal d'actes requis par site pour cette activité.
Ces textes, issus de la réforme du droit des autorisations, explicitent les conditions d'implantation et de fonctionnement applicables aux établissements souhaitant disposer d'une telle autorisation, avec notamment l'introduction :

- d'une seule autorisation permettant à la fois la pratique de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie en hospitalisation complète ;
- des modalités de chirurgie pratiquée chez des patients adultes, chirurgie pédiatrique (avec obligation d'adhérer au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique) et chirurgie bariatrique ;
- pour la chirurgie bariatrique, d'une notion de seuil minimal de 50 actes par site géographique autorisé et par an,[21] ce qui joue un rôle fortement structurant de l'offre régionale ;
- de registres d'observation des pratiques pour chaque spécialité chirurgicale ;
- d'indicateurs de vigilance définis par arrêté du Ministre chargé de la santé, sur proposition de la Haute Autorité de Santé (HAS).

[21] cf. Décret no 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie/ « Art. R. 6123-212.
Cf. Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique et le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique / Art. 2

## Bilan des objectifs quantitatifs de l'offre de soins, au 01/06/2023, selon les modalités antérieures à la réforme des autorisations

| Zones d'implantation | Modalités | Existant au 01/06/2023 |
|---|---|---|
| 09 | Hospitalisation complète | 2 |
| | Ambulatoire | 2 |
| 11 | Hospitalisation complète | 4 |
| | Ambulatoire | 4 |
| 12 | Hospitalisation complète | 4 |
| | Ambulatoire | 5 |
| 30 | Hospitalisation complète | 6 |
| | Ambulatoire | 7 |
| 31 | Hospitalisation complète | 16 |
| | Ambulatoire | 16 |
| 32 | Hospitalisation complète | 2 |
| | Ambulatoire | 2 |
| 34 | Hospitalisation complète | 21 |
| | Ambulatoire | 21 |
| 46 | Hospitalisation complète | 2 |
| | Ambulatoire | 3 |
| 48 | Hospitalisation complète | 2 |
| | Ambulatoire | 2 |
| 65 | Hospitalisation complète | 5 |
| | Ambulatoire | 5 |
| 66 | Hospitalisation complète | 7 |
| | Ambulatoire | 7 |
| 81 | Hospitalisation complète | 5 |
| | Ambulatoire | 6 |
| 82 | Hospitalisation complète | 5 |
| | Ambulatoire | 5 |

## Objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme de l'autorisation d'activité de chirurgie

| Zones d'implantation | Modalités | Cibles |
|---|---|---|
| 09 | Adultes | 2 |
| | Pédiatrique | 2 |
| | Bariatrique | 0 |
| 11 | Adultes | 4 |
| | Pédiatrique | 4 |
| | Bariatrique | 2 |
| 12 | Adultes | 5 |
| | Pédiatrique | 4 |
| | Bariatrique | 1 |
| 30 | Adultes | 7 |
| | Pédiatrique | 7 |
| | Bariatrique | 4 |
| 31 | Adultes | 17 |
| | Pédiatrique | 14 |
| | Bariatrique | 6 |
| 32 | Adultes | 1 |
| | Pédiatrique | 1 |
| | Bariatrique | 1 |
| 34 | Adultes | 21 |
| | Pédiatrique | 14 |
| | Bariatrique | 9 |
| 46 | Adultes | 3 |
| | Pédiatrique | 2 |
| | Bariatrique | 1 |
| 48 | Adultes | 2 |
| | Pédiatrique | 1 |
| | Bariatrique | 1 |
| 65 | Adultes | 5 |
| | Pédiatrique | 4 |
| | Bariatrique | 0 |
| 66 | Adultes | 7 |
| | Pédiatrique | 6 |
| | Bariatrique | 4 |
| 81 | Adultes | 6 |
| | Pédiatrique | 5 |
| | Bariatrique | 2 |
| 82 | Adultes | 5 |
| | Pédiatrique | 4 |
| | Bariatrique | 1 |

## Objectifs qualitatifs de l'offre de soins

Considérant les éléments de diagnostic présentés ci-dessus ainsi que les besoins et l'impact de la réforme des autorisations, les 4 grandes priorités d'action identifiées sont les suivantes :

- Garantir la qualité et la sécurité des soins dans un contexte de ressources médicales et paramédicales contraintes
  - Accompagner les démarches de regroupement et/ou de mutualisation de ressources initiées par les acteurs, sur la base d'un plateau technique de volume suffisant
  - En chirurgie pédiatrique et bariatrique, garantir les bonnes pratiques et rechercher la gradation des prises en charge par les acteurs d'un même territoire, en s'appuyant respectivement sur le dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique (ARCPO) ainsi que sur les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (adultes et enfants) et les RCP organisées par les centres experts bariatriques
  - Accompagner l'obligation réglementaire de renseignement des registres professionnels d'observation des pratiques
  - Améliorer l'accessibilité aux transports sanitaires et hôtels hospitaliers
- Poursuivre la transformation de l'offre
  - Poursuivre le développement de l'activité ambulatoire et de la RAAC
  - Accompagner l'évolution des pratiques induite par la progression des activités interventionnelles, de l'assistance robotique et des innovations thérapeutiques médicamenteuses annoncées dans la prise en charge de l'obésité impactant les indications de chirurgie bariatrique
- Assurer la permanence des soins et les soins non programmés
  - Veiller à l'accessibilité territoriale de l'offre chirurgicale en situation d'urgence, notamment pédiatrique
  - Promouvoir la coopération entre équipes territoriales et entre établissements, en s'appuyant notamment sur les GHT
- Fluidifier la prise en charge post-opératoire
  - Engager une réflexion sur l'adéquation des prises en charge aux besoins des patients, en veillant à la pertinence de la prise en charge en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)