

LE JOURNAL FAXÉ DE L'O. R. L.

Sous l'égide du Conseil National de l'O. R. L.

C. F. O. R. L. – S. F. O. R. L. – S. N. O. R. L.

Comité Scientifique : F Chabolle • JM Faugère • EN Garabedian • R Hanlet • P Lerault • P Narcy • P Tran Ba Huy • F Vaneecloo • A Vuong

Comité Editorial : D Ayache • O Deguine • F Denoyelle • J-M Faugère • O Laccourreye • R Véricel

L'évolution de la pratique chirurgicale en ORL

Ces dernières années marquent une accélération d'un processus de cartographie de notre activité.

1) La chirurgie ambulatoire : pourquoi hospitaliser puisque, dans la plupart des cas, il ne se passe rien, c'est-à-dire que l'intervention ne présente aucune complication en dehors des soins programmés ?

Selon ce précepte, la majorité de notre chirurgie peut être réalisée en ambulatoire :

- Sauf que ce n'est pas la chirurgie qui est ambulatoire, c'est le patient. Une grande partie de la décision prise en hospitalisation va reposer sur le patient : de quoi doit-il s'alarmer ? Son temps de trajet vers les structures est-il raisonnable ?

- Sauf que la structure hospitalière doit être adaptée voire créée pour cette activité.

- Sauf que la structure doit pouvoir répondre à la réhospitalisation : la chambre est en mode pause.

- Sauf que le chirurgien doit porter seul la surveillance de son patient : psychologiquement, chronologiquement et physiquement.

La finalité est essentiellement financière pour le système de santé. Il faudra bien que ce bénéfice soit répercuté aussi sur le chirurgien.

2) La chirurgie pédiatrique : quoi de plus précieux que la vie d'un enfant dans notre société ? La pratique de la chirurgie ORL est essentiellement pédiatrique. Cette activité des ORL était basée sur l'expérience et la rapidité. Dans le cadre des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) de l'enfant, on a défini, par territoire de santé, des niveaux de prise en charge : établissement de proximité, établissement spécialisé simple ou à vocation régionale ou interrégionale.

- Avant l'âge d'un an, cela nécessite un établissement spécialisé pédiatrique avec une unité de surveillance continue pédiatrique, un accès sur site ou par convention à une réanimation pédiatrique.

Une dérogation est possible pour une pratique chirurgicale programmée si le SROS le prévoit.

En pratique, pour l'ORL pédiatrique, il existe un frein pour certains actes chez le moins d'un an, le principal acte étant la paracentèse sous AG (les ATT sont hors recommandation).

- Au-delà d'un an : l'établissement doit avoir un accès en propre ou par convention avec une unité de surveillance continue pédiatrique, avec une réanimation pédiatrique. En fonction de l'activité chirurgicale concernée, une collaboration doit être formalisée avec un établissement de santé possédant une structure de pédiatrie pour une prise en charge

globale de l'enfant et permettant le transfert des enfants en hospitalisation.

Le titulaire de l'autorisation met en place une organisation et des aménagements permettant une prise en charge adaptée à l'âge et aux besoins de l'enfant et au volume d'activité.

- Identification de chambres pour la prise en charge des enfants au sein de l'hospitalisation à temps complet.

- Faciliter la présence des familles et éventuellement l'hébergement des parents.

- Secteurs opératoire et d'imagerie détenant du matériel et des compétences adaptées à la prise en charge des enfants.

Suite à une réunion entre les anesthésistes et les ORL, organisée par le SNORL, un consensus s'est dégagé sur la paracentèse de l'enfant de moins d'un an : la sédation sous MEOPA en présence d'un anesthésiste-réanimateur pourrait s'envisager dans les centres de proximité.

3) Les ORL sont-ils des « vrais chirurgiens » ? Derrière cette interrogation, il existe un challenge important : l'accès à l'accréditation qui autoriserait le remboursement d'une partie de la prime de RCP, l'accès au 3^e collège « chirurgical » lors des prochaines élections aux URPS (Union Régionales de Professions de Santé), l'accès au futur secteur optionnel.

Notre spécialité médicochirurgicale doit bien réfléchir sur ce positionnement. Le pire serait une scission de la spécialité.

4) Les quotas chirurgicaux : pour être un « bon » chirurgien, faut-il pratiquer un certain nombre d'actes prédéfinis annuellement ?

Question explosive ! Vous êtes un bon conducteur parce que vous respectez les limites de vitesse... C'est le problème de l'identification de critères valides. Mais la question est posée, il faudra y trouver une réponse, une alternative. La morale d'état remplace inéluctablement la morale individuelle.

On ne peut refuser l'évolution de notre pratique, nous devons nous impliquer dans ces chantiers pour l'avenir, faute de quoi d'autres le feront à notre place avec leurs seuls critères.

Le Syndicat d'ORL et CCF travaille inlassablement dans ce sens. Il a besoin de tous les ORL pour l'aider à définir leur pratique de demain.

Dr Jean-Micheol KLEIN, Secrétaire Général du S.N.O.R.L., 28 mai 2010

Consultez tous les articles parus dans le Journal Faxé d'ORL sur le site www.regifax.fr (recherche multicritères)