

Assistante Publique – Hôpitaux de Paris

# L'Urologie à l'AP-HP

Rapport du Groupe de Travail CME - DOMU

## Table des matières

Chapitre 1 : L'urologie à l'AP-HP - Etat des lieux.....	3
A/ l'urologie à l'AP-HP –Données générales .....	3
1- Les services.....	3
2- Les équipes .....	3
3- Données générales d'activité .....	4
4- Les données d'activité 2014.....	5
B/ l'AP-HP dans son environnement.....	6
Chapitre 2 : Bilan et perspectives.....	8
A/ Les menaces identifiées.....	8
1- Les difficultés logistiques.....	8
2- La menace de la restructuration du secteur privé .....	8
3- La dimension universitaire .....	10
4- Le maillage territorial .....	10
B/ Les perspectives et les préconisations.....	13
1- Valoriser une image commune de l'urologie à l'AP-HP.....	13
a) Vers des Fédérations d'urologie ?.....	13
b) La Communication, un enjeu majeur .....	14
2- Améliorer la structuration de l'offre .....	14
a) Offre de proximité/prise en charge des urgences dans tous les sites .....	14
b) La poursuite de la bascule ambulatoire .....	15
c) L'hyperspécialisation .....	18
d) L'accès au plateau technique .....	18

A la demande du directeur général de l'AP-HP, un groupe de travail a été réuni afin de mener une réflexion sur l'urologie à l'AP-HP.

Le directeur général a désigné comme pilote de ce groupe, Mme S. Decoopman. Le Pr Desgrandchamps a été désigné par le Président de la CME en qualité de représentant de la CME.

Les missions confiées à ce groupe portaient sur :

- L'organisation de l'offre de soins à l'AP-HP :
  - Quelle répartition des activités programmées /urgentes ?
  - Quelle répartition des différentes composantes de la discipline ?
- La structuration de l'offre :
  - Comment répondre aux contraintes de la concurrence?
  - Quel impact des évolutions technologiques sur la structuration des activités à l'AP ?
  - Quelle définition d'un plateau technique cible (plateaux ambulatoires dédiés et de plateaux de chirurgie spécialisée lourde)
- Les conditions du maintien de l'attractivité pour les médecins dans cette discipline.

Le groupe de travail s'est réuni 4 fois entre fin janvier 2015 et fin avril 2015. Les conclusions figurent dans le rapport présenté.

Ont participé à l'élaboration de ce rapport :

Liste des membres du groupe de travail

PR BITKER

PR CHARTIER-KASTLER

PR CUSSENOT

Mme DECOOPMAN

Pr DELATAILLE

Pr DESGRANDCHAMPS

Dr HAMMOUDI

Pr MEJEAN

Pr PEYROMAURE

Pr RAVERY

Mme RUDER

# Chapitre 1 : L'urologie à l'AP-HP - Etat des lieux

## A/ l'urologie à l'AP-HP –Données générales

### 1- Les services

---

Les services L'activité d'urologie adulte de l'AP-HP se répartit entre 8 services

HUEP - Pr Olivier CUSSENOT  
HUHMN - Pr Alexandre DE LA TAILLE  
HUPC -Pr Mickaël PEYROMAURE  
HUPNVS - Pr Vincent RAVERY  
HUPO - Pr Arnaud MEJEAN  
HUPS - Dr Yacine HAMMOUDI (intérim)  
HUPSL - Pr Marc-Olivier BITKER  
SLS LRB - Pr François DESGRANDCHAMPS

Parmi ces huit services, six sont autorisés à la greffe rénale et deux sont autorisés à la greffe pancréatique (organes ou ilots) (deux autorisations ont été fermées Mondor et PSL).

Hôpital	Autorisation de greffe rénale	Autorisation de greffe pancréatique
Bicêtre	oui	oui
Cochin	non	
Mondor	oui	
Pitié	oui	
Bichat	non	
Saint Louis	oui	oui
Tenon	oui	
Necker A/HEGP	oui	

### 2- Les équipes

---

La démographie des chirurgiens urologues a des taux de croissance très importants de 8 à 30% par an ce qui contraste avec celle des autres spécialistes chirurgicaux dont la progression des effectifs a été nettement plus faible en France métropolitaine (1,7% par an) et encore plus en Ile-de-France (1,1% par an) La confrontation purement arithmétique des départs à la retraite avec les flux de formation ne semblait pas de nature à compromettre le renouvellement des effectifs à l'AP-HP à l'horizon 2020 si l'on tient compte en plus de la très forte croissance des effectifs de ces dernières années.

Sites	PUPH	PHTPlein	PHTPartiel	PHC	MCUPH	PHU	CCA	AS	Attaché	Consultant
Bicêtre	1	2	1		1		2	1	1	
Bichat	1	2	1				2			
Cochin	2	1 (1non uro)	1			1	2			
HEGP	3	1	1	1			4			
Hôtel Dieu										1
Mondor	3	2		1			2		1 (+1sexo)	
PSL	4	3			1		4	1		
Saint Louis	2	2	1				2			1
Tenon	2	3	2				3	2	3	1

Les effectifs séniors à janvier 2015 sont de :

- 18 PUPH
- 17 PH
- 7 PHTP
- 5 PHC/PHU/MCU
- 21 CCA
- 4 AS

### 3- Données générales d'activité

L'urologie a plusieurs sous spécialités : la chirurgie d'exérèse, la chirurgie de reconstruction, la chirurgie fonctionnelle et la greffe. Tous les services ont une activité diversifiée d'urologie (chirurgie de la prostate, des reins, de la lithiase, des voies urinaires et des troubles de l'incontinence) à l'exception de la greffe rénale et de la greffe du pancréas qui ne sont autorisées que sur certains sites. Dans cette spécialité se développe la chirurgie robotique, la curiethérapie, les ultrasons focalisés et le laser qui sont des techniques qui nécessitent du matériel et/ou un plateau technique coûteux.

Il s'agit d'une spécialité médico-chirurgicale avec en moyenne une part de 30% de séjours considérés comme médicaux (lithiase, andrologie, impuissance etc...).

Entre 2000 et 2006, l'urologie a été une des spécialités chirurgicales en croissance à l'AP-HP. A partir de 2006 l'évolution est restée plutôt stable. Entre 2013 et 2014, une évolution significative de l'ambulatoire est notée avec une diminution de l'hospitalisation conventionnelle.

Enfin l'urologie représente 10% de l'activité chirurgicale de l'AP-HP. Le vieillissement de la population est de nature à renforcer certaines activités (prostate notamment). Il convient de souligner l'évolutivité des thérapeutiques comme par exemple une chirurgie très localisée du cancer de la prostate voire une surveillance active et comme pour toutes les spécialités chirurgicales une forte augmentation de l'interventionnel (séance de l'académie de chirurgie du 13 novembre 2014).

C'est une spécialité avec un grand potentiel ambulatoire.

Il est à noter également qu'une partie de son activité ambulatoire médical et chirurgical relève de l'application du forfait soins externes, faisant basculer certains séjours ambulatoires vers l'externe.

Les caractéristiques générales de l'activité :

- Chirurgie carcinologique
  - o Prostate, rein...
  - o 32% de la région
  - o C'est la deuxième activité de chirurgie cancérologique à l'AP
- Chirurgie fonctionnelle
  - o TVT, incontinence
  - o Lithiase
- Greffe rénale donneur décédé et vivant

#### 4- Les données d'activité 2014

---

Les capacités et leur occupation 2014

Hôpital	Lits disponibles		Lits occupés		Ratio 2014
	2013	2014	2013	2014	
SLS	33	32	23	23	73,3%
BCH	30	26	21	18	69,3%
PSL	63	63	49	48	76,2%
TNN	42	42	26	27	63,4%
BCT	26	28	21	20	71,4%
HMN	36	36	27	27	74,6%
CCH	43	41	28	24	58,1%
EGP	27	27	21	22	83,2%
<b>TOTAL AP</b>	<b>300</b>	<b>295</b>	<b>216</b>	<b>209</b>	<b>70,80%</b>

La part des séjours chirurgicaux dans les services d'urologie en 2014 (analyse PMSI) :

Hôpital	Tx chir. en HC		Tx chir. en HP	
	2013	2014	2013	2014
SLS	71,2%	70,7%	38,0%	43,1%
BCH	68,5%	72,6%	61,1%	68,3%
PSL	71,6%	73,6%	58,8%	54,8%
TNN	78,5%	79,4%	63,0%	63,3%
BCT	69,4%	67,3%	36,0%	33,0%
HMN	69,7%	72,9%		
CCH	74,9%	82,8%		
EGP	68,1%	71,8%	38,5%	42,3%

L'évolution des séjours en hospitalisation conventionnelle et en hospitalisation partielle en 2014

Hôpital	Total séjours HC			Total séjours HP		
	2013	2014	% evol.	2013	2014	% evol.
SLS	1 950	2 062	5,7%	609	716	17,6%
BCH	1 522	1 474	-3,2%	522	556	6,5%
PSL	3 768	3 601	-4,4%	809	939	16,1%
TNN	2 903	2 830	-2,5%	964	954	-1,0%
BCT	1 679	1 576	-6,1%	186	239	28,5%
HMN	2 341	2 346	0,2%			
CCH	3 084	2 664	-13,6%			
EGP	1 982	2 053	3,6%	449	484	7,8%
<b>TOTAL AP</b>	<b>19 229</b>	<b>18 606</b>	<b>-3,2%</b>	<b>3 539</b>	<b>3 888</b>	<b>10%</b>

On constate :

- Des capacités en hospitalisation conventionnelle
- Une progression des prises en charge chirurgicales dans les lits. Dans les séjours médicaux, certains ont des axes
- Une progression des prises en charge ambulatoire à 2 exceptions près Cochin et H. Mondor. Concernant Mondor, il convient de préciser que dans le cadre du partenariat avec le CHIC, la prise en charge ambulatoire se fait sur cet établissement. Concernant l'activité de Cochin, le développement est lié à la finalisation de travaux.

## B/ l'AP-HP dans son environnement

En termes de part de marché, la situation de l'urologie de l'APHP a bénéficié d'un environnement plus favorable qu'en Province ces dernières années. Contrairement à d'autres disciplines qui dans le

privé se sont regroupées (orthopédie, cardio vasculaire, ophtalmo) l'urologie dans le privé et/ou le public est longtemps restée « dispersée » et peu visible.

Toutefois depuis quatre ans, des opérations de regroupement d'urologues se mettent en place principalement autour de plateau technique lourd (clinique Ambroise Paré de Neuilly, croix Saint Simon, Hôpital St Joseph, Hôpital américain, etc ...) et au bénéfice de regroupement d'activités par les groupes privés comme la Générale de Santé. Jusqu'à présent, que ce soit sur la prostatectomie radicale, le cancer du rein (ou encore la chirurgie de l'incontinence, la chirurgie de la lithiase, la chirurgie de l'adénome de la prostate, la chirurgie des tumeurs de vessie et la chirurgie des testicules, les services de l'AP-HP ont toujours été bien classés dans les différents journaux à palmarès (le Point, Le Nouvel Obs).

L'enjeu est donc de conserver cette visibilité, cette compétitivité et cette attractivité.

L'urologie est une discipline médico-chirurgicale. Le positionnement de l'AP-HP vis-à-vis de la concurrence est différent si l'on regarde les séjours médicaux ou chirurgicaux.

#### Part de marché séjours médicaux

	AP-HP	CH (ou HL)	CLCC	ESPIC	HIA	Privé lucratif	Hors AP-HP
N 2013	35 297	27 982	871	7 655	1 340	26 756	64 604
% 2013-2012	4,0%	5,9%	6,9%	3,3%	4,3%	1,3%	3,6%
PdM 2013	35,3%	28,0%	0,9%	7,7%	1,3%	26,8%	64,7%
Evol. PdM	<b>0,1%</b>	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,6%	<b>-0,1%</b>

#### Part de marché Séjours chirurgicaux

	AP-HP	CH (ou HL)	CLCC	ESPIC	HIA	Privé lucratif	Hors AP-HP
N 2013	18 231	11 608	118	7 529	875	57 763	77 893
% 2013-2012	3,1%	3,2%	12,4%	7,8%	-5,7%	3,5%	3,7%
PdM 2013	19,0%	12,1%	0,1%	7,8%	0,9%	60,1%	81,0%
Evol. PdM	<b>-0,1%</b>	0,0%	0,0%	0,3%	-0,1%	-0,1%	<b>0,1%</b>

Il apparaît clairement que l'AP-HP bénéficie d'une position dominante en matière de séjours médicaux. Par contre, les séjours chirurgicaux sont clairement au profit du secteur privé. Cette asymétrie s'explique notamment par une plus grande prise en charge des urgences, de l'accueil des populations plus âgées et plus défavorisées à l'AP-HP. Par ailleurs, l'accès à un robot chirurgical est aujourd'hui un facteur de choix pour la patientèle.

Il convient de rappeler que l'AP-HP représente 18% de l'offre chirurgicale en Ile de France. La situation de l'urologie est donc dans la moyenne.



## Chapitre 2 : Bilan et perspectives

### A/ Les menaces identifiées

La Collégiale des urologues souligne un certain nombre de difficultés dans leur exercice professionnel.

#### 1- Les difficultés logistiques

Au quotidien, la pratique de l'urologie se heurte à un certain nombre de difficultés, dont certaines ne sont pas propres à la discipline :

- Les plateaux techniques mis à disposition des équipes d'urologie ne sont pas uniformes dans les différents services. Dans certains services cela se traduit par une inadéquation des équipements aux pathologies prises en charge. Le sujet du robot et du laser est le plus préoccupant.
- L'accessibilité au bloc opératoire peut limiter l'activité (plages horaires, priorisation des urgences au détriment de l'activité programmée, manque d'anesthésiste)
- La prise de RDV et la difficulté ainsi d'accéder aux consultations et aux praticiens sont considérés comme un problème majeur.
- La vétusté des locaux est soulignée dans la plupart des sites.

#### 2- La menace de la restructuration du secteur privé

Les difficultés préalablement évoquées sont considérées comme un handicap majeur dans un contexte concurrentiel. La réactivité du secteur privé sur ces différentes thématiques est particulièrement soulignée notamment pour la partie chirurgicale de l'activité d'urologie.

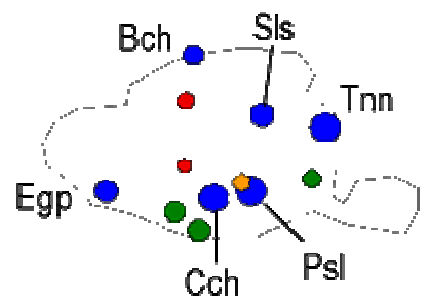
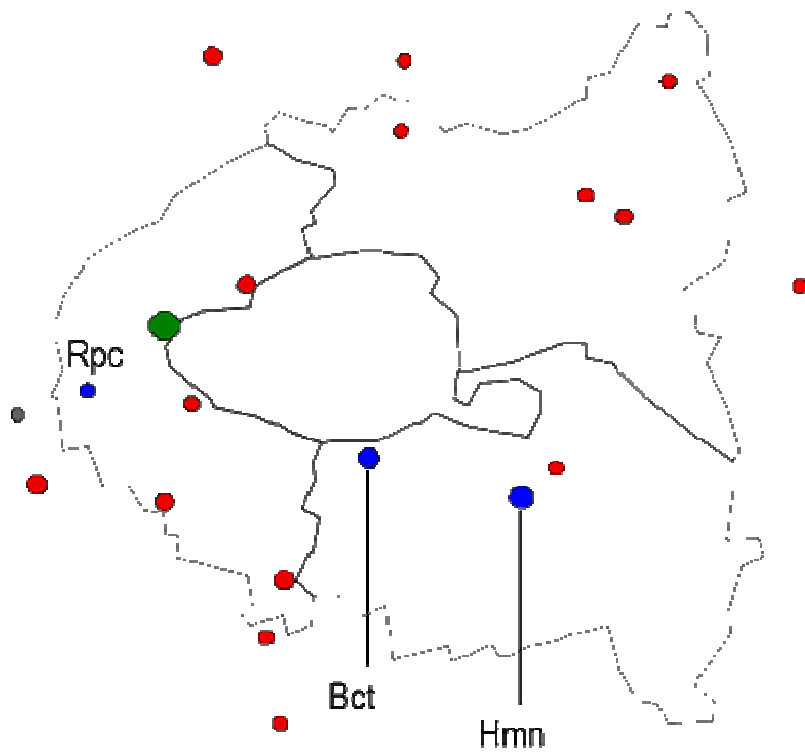
La concurrence du privé ou semi-privé est en train de s'organiser. Jusqu'à présent les acteurs du secteur privé étaient dispersés. Depuis quelques années, on assiste au développement de centre d'urologues avec des plateaux techniques complets (IMM, St Joseph, clinique de l'Alma, clinique Ambroise Paré...).

La CLCC sont aussi des acteurs à prendre en considération. Ainsi l'installation d'un robot chirurgical à l'institut Gustave Roussy doit interroger la stratégie de l'AP-HP

Certaines spécialités sont peu représentées à l'AP-HP dans les domaines de l'urologie pédiatrique, l'infertilité, l'androgynie et la neuro urologie.

La carte ci-dessous met en évidence :

- une offre privée ou semi-privée encore dispersée
- une densité de la concurrence plus importante dans l'ouest et le nord



- AP-HP
- cliniques
- CH
- PSPH
- HIA

La difficulté de valoriser une image commune de la discipline au sein de l'AP-HP peut également être un facteur favorisant la concurrence :

- L'AP-HP communique peu dans les médias « grand public »
- Le portail numérique de l'AP-HP :
  - est mal positionné dans les moteurs de recherche
  - valorise quelques secteurs « phares » au détriment des soins courants
  - ne facilite pas les prises de RDV
- Chaque service d'urologie a créé son propre site internet

### 3- La dimension universitaire

En matière de recherche, l'AP-HP dispose d'une véritable force de frappe (« key opinion leaders » équipes de recherche labellisées, niveau de publication) mais elle n'est pas forcément affichée en tant que telle.

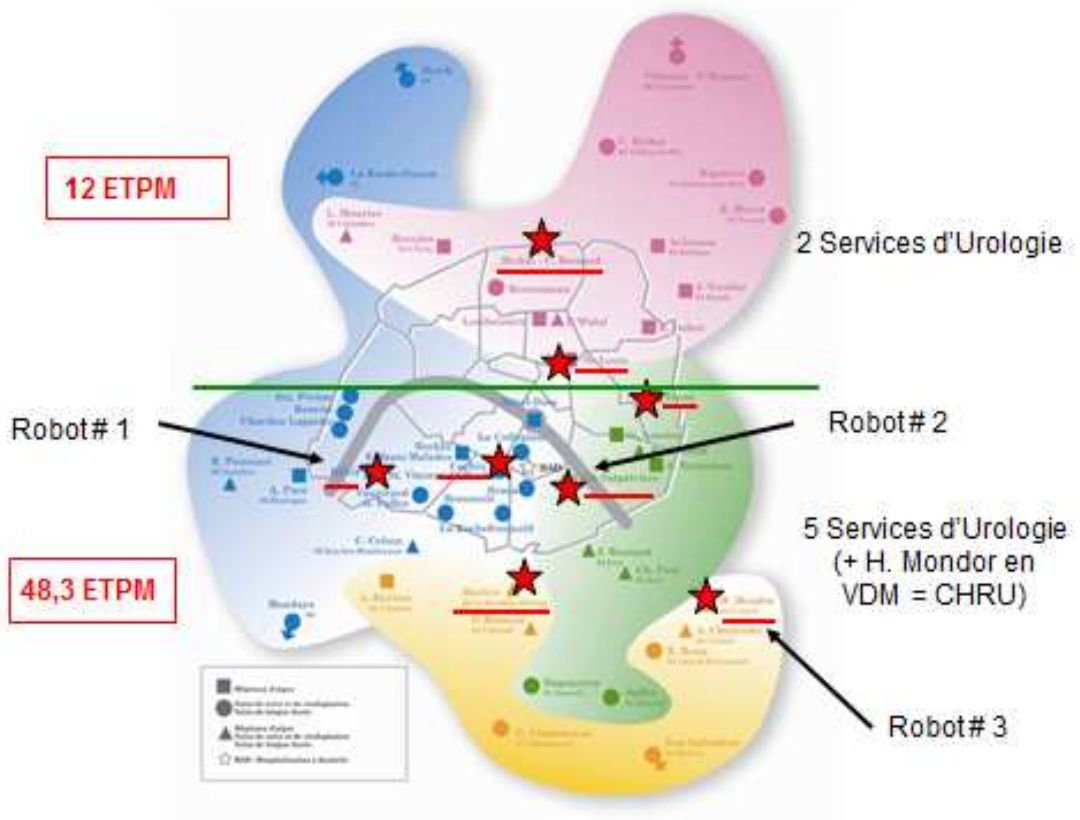
La présence d'ARC et de CIC/CRC serait souhaitable pour faciliter le travail de recherche clinique des équipes.

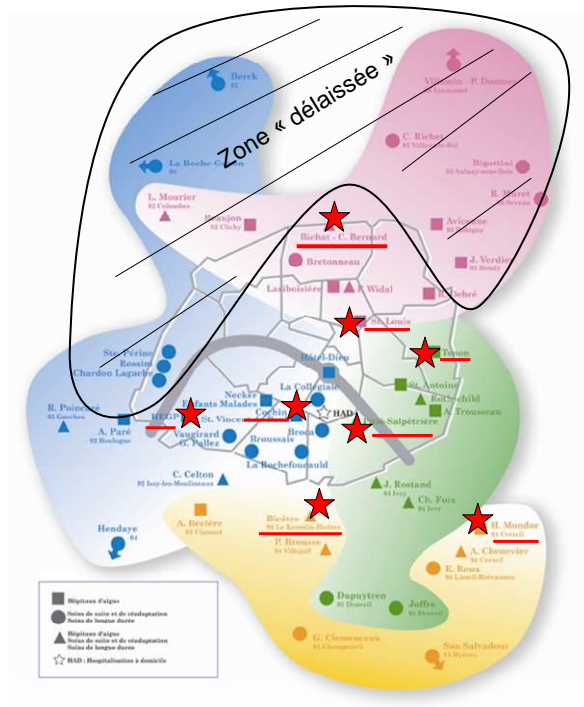
La question de l'attractivité de la carrière universitaire à l'APHP est posée. Les départs de certains praticiens universitaires interrogent cet aspect.

### 4- Le maillage territorial

L'implantation de l'AP-HP est très hétérogène sur ses territoires. Les caractéristiques sont les suivantes :

- Disparité nord/sud : le Sud de l'île de France connaît une offre dense. L'activité du nord repose sur 2 équipes.
- Cette disparité d'implantation est conjuguée à une hétérogénéité :
  - des équipes avec présence médicale plus importante au Sud qu'au Nord (48 ETP/ et 12 ETP)
  - des équipements (3 robots sur la partie Sud, aucun sur la partie Nord ; 1 ablattherm au Sud, aucun au nord)
  - le positionnement du service de Tenon entre Sud et Nord
  - le service de Bicêtre est assimilé à une offre urologique intra-muros





Ces cartes témoignent de la moindre présence de l'AP-HP dans l'ouest et au nord. Elles sont à corréliser à la carte relative aux implantations de la concurrence, davantage présente dans l'ouest et au nord. Dans le nord IDF, ce sont les CHG qui assurent avec le privé une réponse à la demande de soins.

## B/ Les perspectives et les préconisations

### En préalable groupe insiste sur la nécessité de maintenir les 8 services existants

Le groupe a axé sa réflexion autour de l'amélioration de la structuration de l'offre, de la valorisation d'une image commune de la discipline et de la définition d'un plateau technique cible.

L'objectif des préconisations suivantes est :

- de gagner en lisibilité pour les patients et les correspondants libéraux,
- en attractivité pour les personnels médicaux

### 1- Valoriser une image commune de l'urologie à l'AP-HP

Les urologues témoignent d'une forte cohésion et souhaitent que l'image de leur discipline apparaisse comme unifiée et valorisée.

#### a) Vers des Fédérations d'urologie ?

Afin de mettre en œuvre les préconisations formulées ci-dessus, il convient de définir une structure de gouvernance de type fédération, après discussions au sein des groupes hospitaliers, au sein d'une même université, voir en supra GH:

Objectifs : promouvoir une vision hospitalo-universitaire de l'urologie

Définir des projets de recherche complémentaires et attractifs pour les équipes

→ Faciliter la formation des internes

→ Organiser un accompagnement personnalisé des patients dans leur parcours de soins  
Organisation: selon le découpage Universitaire

Cette réflexion est déjà existante au sein de Paris 5 et de Paris 6 et doit permettre de renforcer la complémentarité des équipes, de gérer le cas échéant des accès aux plateaux techniques et d'offrir un meilleur accès à l'offre de soins.

Le cas échéant, en cas de facturation au sein de la fédération, un modèle innovant devrait être réfléchi.

La préconisation serait de définir au sein de chaque territoire universitaire une fédération dont les contours et complémentarités en termes d'offre seraient dessinés avec le doyen et les GH concernés.

Cette structuration permettrait de faciliter la structuration de l'offre, le partage des équipements et des équipes tout en étant vigilant au partage de l'activité

## b) La Communication, un enjeu majeur

Compte tenu de l'environnement, il existe un besoin de valoriser l'activité d'urologie, en particulier auprès du grand public, sur la base de quelques messages :

- Nos bonnes pratiques (notamment interventions dans les bonnes indications) avec évaluation de nos résultats
- La capacité à travailler en multi-équipes
- La fonction de recours, d'accueil des cas complexes
- La recherche clinique
- La gestion des urgences

Pour répondre à cette demande, plusieurs pistes pourraient être envisagées en communication :

- Sur le site Web de l'AP-HP :
  - Création d'une rubrique web dédiée dans l'espace Votre santé
  - Cartographie de l'urologie avec les bons numéros d'appel
  - Rédaction de contenus grand public (support écrit, vidéo,...) : symptômes, signes d'alerte, conduite à tenir, maladies les plus fréquentes et leurs traitements, maladies que nous traitons très spécifiquement, nos premières médicales, conseils de prévention, rubrique quoi de neuf
  - Possibilité à moyen terme de prise de RDV en ligne
- Participation aux journées portes ouvertes en proposant des conférences ou démonstrations pour le grand public
- Valoriser les journées professionnelles (tous les deux ans)
- Demander l'affichage systématique de l'appartenance à l'AP-HP dans les palmarès presse

L'image de l'AP-HP et son attractivité passe également par la valorisation de ses praticiens

## 2- Améliorer la structuration de l'offre

### a) Offre de proximité/prise en charge des urgences dans tous les sites

L'urologie est une spécialité porteuse de recrutement. La file active de patients peut être augmentée notamment en homogénéisant l'offre de soins dans Paris et sa proche banlieue.

A chaque fois que l'AP-HP s'est désintéressée d'un secteur (Ambroise Paré, Goulin), le privé s'est emparé des parts de marché par carence du secteur public.

**Le recrutement local et le recrutement via les urgences doivent être maintenus.**

Le développement de l'offre urologique APHP passe également par **les partenariats et les consultations délocalisées dans les sites ne disposant pas de service d'urologie**. Les groupes hospitaliers doivent être incités à mettre en œuvre une organisation en ce sens. La meilleure couverture par l'APHP des territoires de santé en urologie ne peut se faire sans cette homogénéisation de l'offre en proximité.

L'analyse des cartes montre clairement une sous représentation de l'offre de soins au Nord de Paris et à l'ouest

## b) La poursuite de la bascule ambulatoire

L'urologie est une discipline à fort potentiel ambulatoire. La bascule est mise en œuvre depuis plusieurs années et s'est accélérée ces dernières années. Il existe toutefois encore un gisement important.

Le tableau ci-dessous montre le positionnement de l'AP-HP sur les gestes marqueurs en urologie :



Chez les ≥ à 18 ans		Nombre de séjours de 0 jour	Nombre de séjours de 1 jour	Nombre de séjours de 2 jours et +	Nombre de séjours total	Pourcentage de séjours de 0 jour	Pourcentage de séjours de 1 jour	Pourcentage de séjours de 2 jours et +
chirurgie des bourses	<b>AP-HP</b>	417	125	76	618	67,5 %	20,2 %	12,3 %
Chirurgie des hernies inguinales	<b>AP-HP</b>	1 021	155	1 032	2 208	46,2 %	7,0 %	46,7 %
LEC	<b>AP-HP</b>	749	36	44	829	90,3 %	4,3 %	5,3 %
Gestes sur la vessie	<b>AP-HP</b>	34	7	35	76	44,7 %	9,2 %	46,1 %
Geste sur l'uretère	<b>AP-HP</b>	353	146	950	1 449	24,4 %	10,1 %	65,6 %
Fistules artérioveineuses	<b>AP-HP</b>	46	7	455	508	9,1 %	1,4 %	89,6 %
Geste sur l'urètre	<b>AP-HP</b>	6	1	6	13	46,2 %	7,7 %	46,2 %
	<b>Total</b>	2 626	477	2 598	5 701	46,1 %	8,4 %	45,6 %

Au regard de ces éléments, les propositions d'évolution travaillées par la collégiale sont :

- Chirurgie des bourses

Le taux ambulatoire moyen à l'AP-HP en 2013 est 67%. Le meilleur taux est observé à Tenon avec 89,6% d'ambulatoire, le moins bon étant 0%, observé dans plusieurs hôpitaux : A. Paré, A. Béclère, Avicenne, J. Verdier, Lariboisière, Saint Antoine. **La cible fixée par la collégiale est 80% d'ambulatoire.**

- Geste sur l'uretère

Le taux ambulatoire moyen à l'AP-HP en 2013 est 19,5%. Le meilleur taux est observé à Bichat avec 42,3% d'ambulatoire, le moins bon taux est observé à Mondor avec 5% d'ambulatoire. La marge de progression montre que 333 séjours pourraient être substitués vers l'ambulatoire pour que chaque hôpital atteigne le meilleur taux de l'AP-HP. **Le taux raisonnable à atteindre selon la collégiale est 50% d'ambulatoire.**

- Geste sur l'urètre

Le taux ambulatoire moyen à l'AP-HP en 2013 est 29,2%. Le meilleur taux est celui de Saint Louis et Tenon avec 100% d'ambulatoire pour respectivement 1 et 3 patients pris en charge pour ce geste. Le moins bon taux est observé à Cochin, HEGP, Mondor, Necker (0%). Il faut noter que ce geste représente un faible volume de séjours (24 séjours en 2013 à l'AP-HP). **La cible fixée par la collégiale est 100% d'ambulatoire.**

- Geste sur la vessie

La moyenne d'ambulatoire est 59%. Les meilleurs taux sont observés dans les hôpitaux pédiatriques avec 79,5% et 75% respectivement à Robert Debré et Armand Trousseau ; 68,2% étant le meilleur taux observé en chirurgie adulte à Tenon. Le moins bon taux est 0% observé à Bicêtre et Mondor. **La cible fixée par la collégiale est 100% d'ambulatoire.**

- LEC

La moyenne d'ambulatoire observée à l'AP-HP est 86,1%, avec un taux maximal de 97,9% à Bicêtre. **La cible fixée par la collégiale est 100% d'ambulatoire.**

- Actes hors GM

- ✓ Résection d'une hypertrophie de la prostate par urétrécystoscopie

Cet acte est le 4<sup>ème</sup> volume le plus important à l'AP-HP en 2013 (1612 séjours pour 3,3% d'ambulatoire).

Il paraît opportun de réaliser une évaluation prospective concernant la chirurgie de l'hypertrophie prostatique en ambulatoire : vaporisation par laser Greenlight® versus résection transurétrale de prostate en courant bipolaire.

La vaporisation par laser est avantageuse pour la pratique ambulatoire (peu d'inflammation, peu d'œdème, très bonne hémostase donc peu de saignement) mais elle impose un « changement de paradigme » dans le sens où les patients doivent être opérés à nouveau dans un délai de 2 à 5 ans, contrairement à la RTUP où une seule intervention suffit

- ✓ Résection de 1 à 3 tumeurs de vessie par endoscopie

Cet acte est le 13<sup>ème</sup> volume le plus important à l'AP-HP en 2013 avec 859 séjours pour 7,6% d'ambulatoire.

Là encore une évaluation prospective de la pratique ambulatoire pour cet acte paraît opportune pour la collégiale.

Le groupe préconise donc de maintenir l'engagement et l'investissement des équipes dans le développement de l'ambulatoire. Ce développement peut se faire pour partie par **substitution** de lits d'hospitalisation conventionnelle compte tenu des données d'activité et de l'occupation des lits. Il conviendra toutefois de bien prévoir les flux/pics d'activité. Le potentiel de transférabilité est d'environ 50%.

### c) L'hyperspécialisation

Les 4 surspécialités sont définies comme des secteurs d'activité dont les compétences ne sont pas disponibles dans tous les services :

- Prise en charge de la stérilité masculine
- Abord vasculaire pour hémodialyse
- Neurologie complexe
- Transplantation pancréatique

Par ailleurs, le groupe propose que l'AP-HP se positionne sur des secteurs d'activité aujourd'hui abandonnés comme la stérilité et les Fistules Artérioveineuses sur appel à projet.

### d) L'accès au plateau technique

L'organisation de l'accès aux équipements et technologie est également une réflexion à mener au sein de l'institution.

La chirurgie urologique est une discipline très dépendante de la technologie (chirurgie endoscopique, laparoscopique, robotique et Laser) et a connu beaucoup d'évolutions techniques ces dernières années. Les évolutions technologiques vont se poursuivre. La demande est donc de pouvoir proposer des techniques présentes et évolutives.

Le plateau technique minimal s'apprécie de la façon suivante :

- Chirurgie endoscopique bas et haut appareil
- Colonne vidéo HD
- Vidéo-Laparoscope
- Laser calcul
- Lithotriporteur extra-corporel
- Laser de vaporisation
- Ultrasons focalisés (Ablatherm – FocalOne)

- Robot chirurgical Da Vinci

Les urologues doivent avoir accès à ces équipements pour la prise en charge des patients.

Il convient de différencier les équipements nécessaires sur chacun des sites et dont les investissements ont soit déjà été faits:

- Chirurgie endoscopique bas et haut appareil
- Colonnes video HD
- Video-Laparoscope
- Laser calcul

De ceux qui posent un problème d'investissement et/ou de coût :

- Lithotriporteur extra-corporel
- Laser de vaporisation (Green light)
- Ultrasons focalisés (Ablatherm – FocalOne)
- Robot chirurgical Da Vinci

Concernant les lithotripteurs, lasers et ultra-sons focalisés, 2 options peuvent favoriser l'accessibilité à ces équipements :

- Possibilités d'achat ou de location (LEC – FocalOne)
- Possibilités de partages entre centres (GreenLight)

Sur ces appareils qui sont mobiles, les prestataires proposent désormais des locations à la plage d'utilisation. Il conviendrait comme cela a été fait sur d'autres matériels que la DEFIP et l'AGEPS produisent un tableau d'analyse économique (business plan type/nombre de patients ,) pour aider les arbitrages économiques des GH .

**La question du robot reste un point majeur de difficulté à double titre :**

- **C'est un équipement coûteux en investissement et en exploitation**
- **A l'inverse, il répond à une attente des patients et des praticiens dans un domaine concurrentiel. Il est donc impératif pour rester compétitif et attractif.**

Le robot chirurgical comme un levier de restructuration ?

L'AP-HP dispose de 3 robots sur 15 en Ile de France sur les sites d'HEGP, de Mondor, de la Pitié Salpêtrière. Ces chiffres témoignent du retard pris par l'AP-HP dans ce domaine. Le robot chirurgical est aujourd'hui une nécessité

Nos principaux concurrents en ont fait l'acquisition (IMM, St-Joseph, la Croix Saint Simon, clinique de l'Alma, hôpital américain, clinique des Franciscaines, Hôpital privé d'Antony, le centre d'urologie et d'andrologie de Paris, etc...).

L'accessibilité au robot de l'HIA de Begin est souhaitée par les urologues mais cela ne peut être la seule réponse aux attentes de la discipline et des autres disciplines chirurgicales.

Conscient des coûts d'investissement et d'exploitation, le groupe de travail a travaillé sur l'élaboration d'un cahier des charges relatif à l'utilisation/acquisition partagée de robot chirurgical à l'AP-HP.

L'analyse médico-économique synthétisée dans le rapport du CEDIT en 2012 rappelle :

1. Que le prix d'un système da Vinci est de l'ordre de 2 millions d'euros et le coût de maintenance d'environ 150 000 € par an. Le coût des consommables est de l'ordre de 1 900 euros par intervention.
2. Que selon les données disponibles, les économies attribuables à la réduction des durées de séjour et la simplification des suites opératoires sont en général surpassées par les surcoûts imputables au robot.
3. Que d'après une analyse de l'agence canadienne CADTH, une augmentation du nombre d'interventions par an permettrait de diminuer le coût marginal par patient et rendrait les interventions plus efficaces ; toutefois, l'agence estime qu'une intervention robotique a plus de trois chances sur quatre d'être plus coûteuse qu'une intervention laparoscopique.
4. Et enfin que dans une étude réalisée par l'URC-éco fondée sur des résultats observés à l'AP-HP, la différence assez importante entre les durées d'hospitalisation (4 jours avec robot versus 6 sans robots), aboutit à un coût total de la prostatectomie assistée par robot égal à celui réalisé sans robot, pour un nombre de 450 interventions par an.

Ainsi, basé sur la réduction des durées de séjour et la nécessité d'une utilisation régulière optimale, il est possible de proposer les 4 critères suivants à remplir pour la décision de l'acquisition d'un robot:

1. Création d'unités d'hospitalisation conventionnelles indépendantes de chirurgie robotique sur la base de transferts de lits des services de différentes spécialités chirurgicales qui souhaitent l'utiliser. Le tiers des lits transférés seront redistribués.
2. Salle d'opération dédiée avec un personnel médical et para-médical fixe et formé.
3. Projet d'activité médicale défini dans sa nature et son volume, chaque type d'intervention devant faire l'objet d'un protocole de suites opératoire écrit et précis pouvant être suivi par tout personnel médical et non-médical indépendamment de sa spécialité.
4. Projets envisagés d'innovations thérapeutiques en gestes robotiques pionniers.

L'urologie est aujourd'hui la première discipline en termes d'utilisation des robots mais elle n'est pas la seule discipline concernée par cette réflexion qui peut aboutir à la **création de services de chirurgie robotique** dont le modèle de fonctionnement et de gouvernance est à inventer.

### Rappel des principales préconisations du groupe :

Pour répondre aux enjeux de cette discipline fortement concurrentielle et à ces enjeux de développement (vieillesse de la population, proximité) :

- Maintien des 8 services d'urologie existant pour répondre aux besoins de proximité et offrir une couverture territoriale permettant d'attirer la patientèle
- Renforcer le maillage territorial pour gagner des parts de marché:
  - Un nécessaire rééquilibrage de l'offre au Nord de Paris,
  - Ce point doit faire l'objet d'un travail spécifique dans le cadre du projet hôpital nord 1 et 2
  - La question de la couverture de l'ouest est posée

Pour améliorer l'attractivité des structures et la lisibilité de l'offre HU

- Mettre en œuvre des fédérations d'urologie au sein des territoires universitaires, en systématisant les initiatives de Paris 5 et Paris 6 au sein des autres territoires universitaires
- Afficher et communiquer sur une offre urologie AP-HP

Pour répondre à l'exigence d'attractivité des personnels médicaux et des patients :

- Définir les tableaux d'aide à la décision dans la location /plages horaires (business plans types).
- L'acquisition de robots supplémentaires à l'utilisation partagée soit au sein d'une unité robotique soit au sein de la discipline, notamment au nord, est un impératif (réponse à attente des patients et des médecins) dans le cadre d'un cahier des charges défini au sein du groupe.
- La poursuite du développement de l'ambulatoire est actée au sein du groupe, avec son impact sur la chirurgie conventionnelle.