



LES ENGAGEMENTS DE L'AP-HP

POUR NOS PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

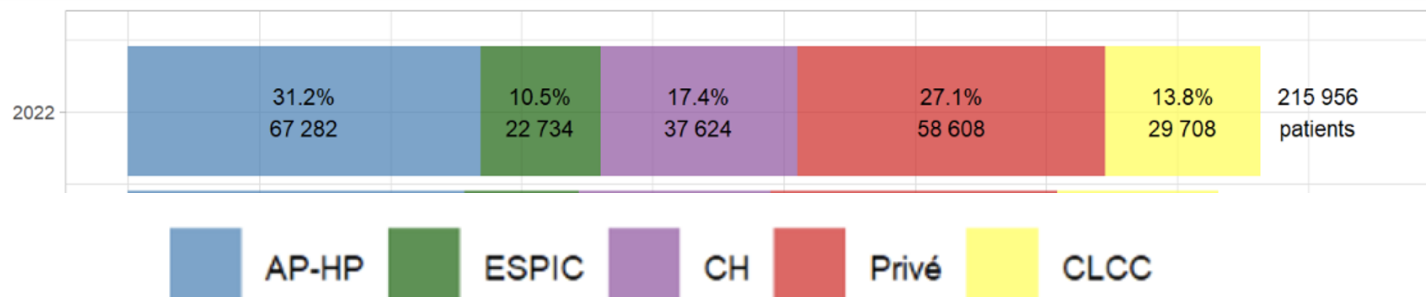
5 Engagements 24 Actions

Pr Em. Serge Uzan

Doyen Honoraire et Conseiller Santé auprès de la Présidence de Sorbonne Université
Président du COS de l'Institut Universitaire de Cancérologie AP-HP Sorbonne Université
Chargé de Mission Université Recherche Certification au Conseil National de l'Ordre des Médecins

« Coach » du Groupe Cancer AP-HP

L'AP-HP assure une part majeure (1/3) de l'activité de cancérologie en Île-de-France. Nous avons donc une obligation « morale » de réponses aux attentes des citoyens, de résultats pour les patients, d'attractivité pour les soignants et ...d'un plus AP-HP!



ANNEE	ETABLISSEMENT	NB PATIENTS	% idf
2022	APHP	67282	31,2
2022	Institut Curie	15545	7,2
2022	Gustave Roussy	14163	6,6

La « compétition » lors d' AAP nous a permis de nous évaluer et de nous améliorer

Elle doit nous conduire à un Label « Cancer APHP » incluant : Label CCC OEIC ,CLIP,SIRIC FHU,RHU,IHU...

Être désignés « site pilote » pour le projet européen CRANE

(L'AP-HP) est la plus grande école de Cancérologie !! Et le premier pôle de Recherche

Disséminer et porter la connaissance

NB : La compétition « interne » n'est pas forcément « délétère » mais doit rester porteuse de progrès pour l'institution dans son ensemble

L'AP-HP assure une part majeure(1/3) de l'activité de cancérologie en Île-de-France.

- Elle le fait avec le meilleur « dispositif » qui soit :

- Plusieurs « Instituts de Lutte Contre le Cancer » dans un CHU
- **Tous les cancers**, tous les **âges** (y compris pédiatriques), tous les types, tous les stades
- **Tumeurs Rares** /Plan national et Européen
- « **assume ses urgences et souvent celles des autres!** H 24 7/7
- **Gère les formes les plus graves** nécessitant des services support de très haut niveau et que seul un « écosystème CHU » peut offrir
- Mais il faut aussi souhaiter qu'elle devienne également le 1^{er} centre des cancers les plus fréquents.... !
- **Un objectif « d'ultra personnalisation » des prises en charge avec à terme un traitement « unique » pour chaque patient**
- Puissant moteur pour **l'innovation et la recherche**: de la recherche translationnelle à la Médecine de Précision
- **Assurer sa mission majeure de formation**

- **Mais ...**

- **Hétérogénéité des parcours et de la gestion des critères qualité d'où l'intérêt de la labélisation unifiée**
- Manque de « **visibilité cancer** » et « **d'optimisation coordonnée** » de nos forces ce qui nécessite « **un pilotage commun** »
- **Certaines activités dans certains sites** sont « proches » des seuils de l'Inca (pourtant déjà « trop bas »!) **Il faudra « choisir et éventuellement redistribuer !**
- **des marges d'activités et d'améliorations insuffisamment explorées et assurées**
- **La pertinence des soins** doit « LE »critère Nous sommes « attendus » /**Communication de ce plan qui ne doit pas être ...« atone »**

• Rappel de la « Doctrine »

Etape 1 (2022-2025)

- substituer au Choix CHU vs CLCC la création d'Instituts de Cancérologie (IC) incluant l'Onco-Hématologie au sein de chaque GHU pour aller vers une Qualité uniforme et une meilleure visibilité par la labélisation OECI
- regrouper tous les Instituts de Cancérologie des GHU en un Comprehensive Cancer Network (CCN) AP-HP
- Comité de Pilotage « légitime », équilibré et stratégique
- Elaborer des chartes/conventions de coopérations Territoriales .
Avec des structures publiques et privées « affiliées » (le terme ne doit pas être un vain mot! »)

Etape 2 (2025-2027)

- Un réseau Territorial de « structures partenaires / affiliées », « volontaires et Associées »
- Qui servira de Modèle de Réseau Européen Territorial ,National et International dans le cadre du projet CRANE

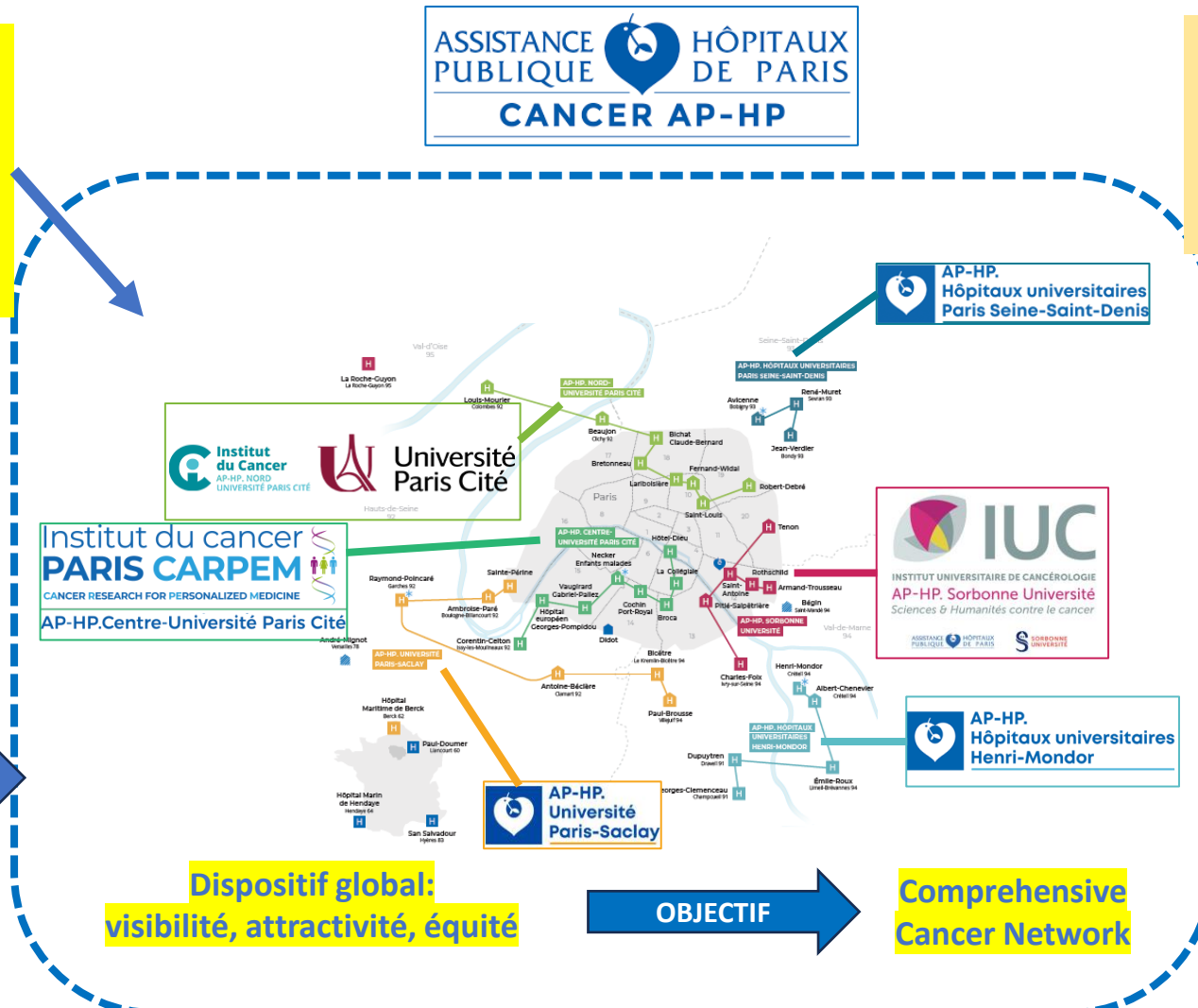
Un Objectif : faire de notre « dispersion » une force au service de tous et de l'équité Territoriale en termes de Qualité (« Cancer AP-HP ») et d'accès aux soins

Une démarche de Labélisation OECD Comprehensive Cancer centers Et CCNetwork

Contractualisation qui garantira Aux structures « affiliées-AP-HP » D'intégrer un processus de labélisation Européenne CCC CRANE

Universités INSERM CNRS

Les Territoires: CHT
La « Ville »: CPTS, autres
Les Autres structures Publiques et privées



Dispositif global: visibilité, attractivité, équité

OBJECTIF

Comprehensive Cancer Network

MAIS ... pas d'APHP « à deux vitesses »

- la labellisation au niveau Comprehensive Cancer Center ne doit pas être une fin en soi
- surtout ne doit pas isoler ces centres (CCC) de l'ensemble de la communauté de l'AP-HP
- c'est pourquoi l'étape de labélisation globale en **Comprehensive Cancer Network (pour tous !)** est indispensable et doit renforcer notre excellence « commune » portée par le lien privilégié de l'AP-HP avec ses universités et ses partenaires (INSERM ,CNRS...)
- On peut ainsi disposer d'une véritable « vision globale » de la cancérologie incluant tous les « acteurs » dans la triple mission de Soins Formation et Recherche

« Principe à l'égard des patients »

Substituer un projet de vie à un objectif de survie

- Diagnostiquer plus vite sans « précipitation nuisible à la qualité »... « ici on vous opère demain »
- Prendre en compte et en charge toutes les « Fragilités »
- Faciliter la **Participation aux essais Phase 1-2** et 3 c'est un critère de « gain de chances »
- **Oncofertilité** : Cancer et Grossesse, préservation de la fertilité
- **Reconstruction** physique et « morale » **sans reste à charge !**
- **L'Après Cancer doit être « programmé »** : PPAC PROM etc. Et Patients en situation « palliative »
- **la dimension de prévention et de dépistage** sera largement intégrée à tous les parcours de soins en mettant en place des **plates-formes de gestion et de réduction du risque de cancer.**
- L'AP-HP **devra s'associer à toutes les actions de promotion du dépistage et du traitement précoce**, non seulement au niveau des journées nationales dédiées, **mais également tout au long de l'année.**
- De nombreux patients s'adressent à l'AP-HP dans d'autres domaines que celui de la cancérologie, ils constituent une **population cible de choix pour conduire ces actions**
- **Un Site dédié Cancer**

« Principe à l'égard des soignants » : le Cancer est l'affaire de tous !

Rien ne se fait sans la coopération de **toutes** les disciplines impliquées ...

(nettement plus que 2 ou 3 disciplines !): Médecins , Non-Médecins Administratifs et ...les Patients qui doivent être « acteurs de leur santé et de celle des autres !».

Il en va de même de la prise en charge des **complications liées aux comorbidités , aux traitements de plus en plus agressifs : les exemples de l'onco-pharmacologie ,de l'onco-néphrologie, de l'onco-cardiologie, etc ...pour lesquels nous sommes leaders et sollicités y compris par les CLCC**

Etendre les possibilités **d'HAD**

C'est également le rôle **des services spécialisés de médecine et de chirurgie de l'écosystème du GHU** qui sont essentiels et là aussi très sollicités! Car ...

Dans tous les GHU les actes liés au cancer représentent près de 30% de l'activité et dans certains sites dépassent les 50%.

Il est évident que les soins de support et les soins palliatifs doivent encore bénéficier d'une aide fléchée.

Quoiqu'il en soit : tous doivent être « présents » dans la conduite de la politique institutionnelle en cancérologie qui ne peut pas être « Top Down »

Principe « de réalité » : Certes prendre en Charge tous les « patients » mais Avec une « reconnaissance légitime » en termes de moyens !

- C'est sur les cancers les plus fréquents et les plus simples à traiter initialement, que l'on observe aujourd'hui un transfert d'activité vers des centres de 1^{er} recours
- ... qui n'assument pas les suites compliquées, les récurrences, les métastases, etc....
(nouveau mode de calcul de l'activité ?) à nous d'en démontrer la pertinence !
- Les MIG 3C étendus à la mission « particulière » de l'APHP
- Il faut avoir un objectif de ré-internalisation des patients et des soins « de préférence » à l'intérieur de l'AP-HP
- Stratifier les prises en charge selon la gravité n'est pas une anomalie mais peut être une garantie de qualité
- Les mission territoriale et de proximité de l'AP-HP sont essentielles et doivent être pensées en termes de parcours en lien avec les GHT ,les CPTS, etc. ... « la ville »
- Pendant longtemps l'AP-HP a fait reposer une partie de son recrutement sur ses attachés ...Il faut peut-être réintroduire ces acteurs du lien ville-hôpital : d'autant que certains actes reposant sur ces attachés ne sont plus pratiqués à l'hôpital et de facto les patients s'adressent ailleurs... et suivront une autre filière.

Imagination ,Innovation et attractivité (pour les patients et les personnels)

à « tous les étages »

Les innovations : vont des plus hautes **technologies** aux **nouveaux métiers** dont les IPA et de très nombreux autres domaines

- de l'accès aux molécules innovantes aux soins de support ...
- Notre démarche qualité/value-based-healthcare **VBHC**
- Encourager **l'accréditation des équipes** sera rapidement indissociable de la certification des établissements.
- **Le « faire savoir » et « le savoir en tirer des avantages »** pour aider nos structures est essentiel. Il suffit de regarder du côté des CLCC . Il faut développer la politique de mécénat
- Enfin dès le premier plan cancer AP-HP (2015) nous avons recommandé le principe d'**«un label cancer AP-HP »** qui ferait l'objet d'une intense **campagne de communication**

LES AXES D'AMELIORATION

Avec un préalable : faciliter la vie des Services

En activant tous les autres « leviers APHP »

3C/ Qualité des parcours

- Diagnostics
- Urgences
- Chirurgie
- RCP
- Effets secondaires

Labélisation

- OECI
- EU net

Communication/ Mécénat
Levée de fond

Territorialité / Concurrence

- Démocratie sanitaire
- Universitarisation

Recherche

- Groupes coopérateurs
- Transfert/Start-up
- Université
- Promotion
- Appels à projets

Faciliter la recherche Clinique et Translationnelle



Faciliter les interfaces

Etablir Communication cancer

Données/indicateurs

- Visibilité
- Acuité
- Facilitation des réponses à certifications/labelisations /appels à projets

Construire Politique RH cancer

IA

Innovations technologiques et techniques (IA)

Dispositif global: visibilité, attractivité, équité

OBJECTIF → Comprehensive Cancer Network

Faciliter les réponses innovantes

Radiothérapie

Faciliter la réactivité et l'agilité

Penser le futur de la cancérologie

RH/Attractivité

- Valorisation
- Nouveaux métiers
- Certifications
- Formation continue

Soins Support & Palliatifs

Prévention Dépistage

Onco Gériatrie

LES GROUPES et AXES DE TRAVAIL

Accréditation de l'AP-HP en Comprehensive Cancer Network



- « Cancer APHP » : Visible auprès des patients
- Actions « nouvelles » étendues à toute l'APHP
- Qualité des soins accrue et homogène
- Positionnement et Standardisation international de l'AP-HP en oncologie
- Le CCN Accompagne tous les GHU vers la labélisation OECI
- Coordination APHP et territoriale renforcée par la future « contractualisation » des « structures affiliées »
- Investissement de **ressources humaines dédiées Qualité**
- **Temps « dédiés » pour les acteurs**
- Possibles **résistances** au changement.
- Nécessité de **conformité continue** et donc d'**outils d'homogénéisation** des pratiques

**Il faut donc un Comité de Pilotage « Légitime ,Représentatif et Réactif »
investi de « pouvoirs stratégiques »**

**Organisé en un réseau de « commandos dédiés » à une problématique et « biodégradables »
Produisant avec ces engagements un Rapport d'activité Cancer associé à un plan stratégique**