

Conférence des conférences stratégiques

Mise en place de groupes de travail Supra GH

SOMMAIRE

<i>ONCOFERTILITE à l'AP-HP</i>	- 4 -
<i>DPI à l'AP-HP</i>	- 7 -
<i>IVG à l'AP-HP</i>	- 9 -
<i>Pédiatrie spécialisée à l'AP-HP</i>	- 11 -
<i>Anatomo-cytopathologie pédiatrique (ACP) et fœtopathologie à l'AP-HP</i>	- 14 -
<i>Prélèvements et greffes à l'AP-HP</i>	- 18 -
<i>Urologie à l'AP-HP</i>	- 22 -
<i>PUI et optimisation de la logistique pharmaceutique</i>	- 26 -
<i>NGS à l'AP-HP</i>	- 28 -
<i>SSR spécialisés à l'AP-HP</i>	- 32 -
<i>SLD à l'AP-HP</i>	- 34 -
<i>Organisation des partenariats IDF sur les activités de recours à l'AP-HP</i>	- 36 -
<i>Neuroradiologie Interventionnelle</i>	- 38 -

Préambule :

Le plan stratégique de l'AP-HP et tout particulièrement son projet médical, a permis de définir les grandes orientations 2015-2019 de l'institution. Ce sont ces orientations médicales, élaborées par le président de la CME et adoptées en juillet par la CME, qui doivent trouver leur traduction dans les stratégies mises en œuvre dans les GH, à l'issue des conférences stratégiques.

A partir des thèmes évoqués en conférence stratégique par les GH, et en complément des présentations qui seront faites lors de la conférence des conférences du 24 novembre prochain, le présent document relève les sujets dont il est apparu qu'ils étaient porteurs d'un enjeu de structuration de notre offre de soins ou nécessitaient la définition d'une stratégie institutionnelle supra GH, pour des motifs variés (équipement à financer, enjeu de démographie médicale, activité à développer, etc.).

Il pose ainsi les enjeux sur quelques thèmes qui seront confiés à des groupes de travail en documentant de façon très synthétique le contexte du thème retenu et les problématiques qui s'y attachent. Il nous a en effet semblé nécessaire de fournir le matériau de base pour initier nos réflexions et en cerner les contours. Ces réflexions pourront être approfondies dans des groupes de travail permettant de prendre les décisions sur des fondements partagés au cours du premier semestre 2015

La liste précise et la composition de ces groupes de travail ainsi que le calendrier des livrables seront arrêtés d'ici la fin du mois de janvier 2015.

ONCOFERTILITE à l'AP-HP

1. Contexte général

Les progrès enregistrés dans la prise en charge des pathologies cancéreuses ont permis une amélioration significative des taux de survie [1]. De ce fait, comme le souligne le Plan Cancer 3, la prise en compte de la qualité de vie post cancer constitue un nouvel enjeu, en particulier dans le domaine de la fertilité. En effet, il est clairement établi que les traitements anticancéreux ont un impact négatif sur le potentiel de fertilité des jeunes patients [2,3]. **Le concept de cryo-préservation des spermatozoïdes avant traitement est bien ancré dans la prise en charge des cancers des jeunes hommes [4]. Il n'en est pas de même pour la préservation de la fertilité féminine dont les progrès ont pourtant été considérables ces dernières années.** Il paraît tout à fait essentiel d'informer les jeunes patientes des techniques nouvelles de préservation de la fertilité féminine mises à leur disposition. Le plan Cancer 3 précise également les attentes en matière de préservation de la fertilité chez **l'enfant et l'adolescent.**

a) Préservation de la fertilité féminine

Un rapport mixte de l'Agence de la Biomédecine et de l'Institut National du Cancer [5] et le plan cancer 3, pointent l'obligation pour les oncologues de **proposer une consultation d'onco-fertilité à toute femme âgée de moins de 40 ans**, devant subir un traitement potentiellement gonadotoxique.

L'objectif de cette consultation est de donner à la patiente toute information utile sur les techniques disponibles et de la laisser faire son choix. Cela requiert donc une information des praticiens sur les techniques actuelles de préservation de la fertilité **mais également des plateformes d'onco-fertilité réactives** proposant l'ensemble des techniques.

Quelles que soient les techniques utilisées, nous manquons de recul pour déterminer leur réel succès à long terme. Cependant, il est fondamental de chercher à améliorer l'accès des patientes à cette possibilité de devenir mère biologique à l'issue des traitements anti-cancéreux.

Quelques données

- 7000 femmes de moins de 35 ans atteintes de cancer et 5000 d'entre elles présentent un cancer du sein (ABM 2012) (dont 1000 en IDF).
- 30% des jeunes patientes bénéficient d'une consultation d'oncofertilité (rapport 2012ABM - INCa).
- fertilité naturelle chez les survivantes est faible : 8% chez les femmes de moins de 35 ans (Blakely Cancer 2004) ; 6% chez les femmes de moins de 40 ans (Oven J Buon 2011).

b) Préservation de la fertilité masculine

De réalisation plus simple, la préservation de la fertilité masculine est aussi plus aisément proposée. Chez l'homme et l'adolescent, l'auto-conservation des spermatozoïdes est réalisée dans les centres agréés, dont les CECOS, avant le début du traitement gonadotoxique.

c) Préservation de la fertilité enfant et adolescent

Cette réflexion doit être menée dans le cadre du plan cancer 3. L'AP-HP doit s'organiser pour proposer une offre lisible sur cette thématique.

2. Etat des lieux AP-HP

AP-HP dispose actuellement de 5 centres d'AMP (3 intra-muros : Tenon, Cochin, Bichat et 2 extra-muros : Antoine Béclère, Jean Verdier) agréés par l'Agence Régionale de Santé Ile de France pour les activités clinico-biologiques.

La Préservation de la Fertilité est actuellement prise en charge par 4 de ces centres (Tenon, Cochin, Antoine Béclère et Jean Verdier) à l'exception de Bichat qui souhaite être intégré à l'organisation de l'oncofertilité à l'AP-HP.

Trois d'entre eux disposent d'un CECOS (Tenon, Cochin, Jean Verdier).

L'activité de ces 4 centres est financée par le biais d'un des compartiments de la MIG AMP, qui a été remodelisée en 2014 par l'ABM.

La technique de la MIV (maturation in vitro) sera aussi à intégrer à la réflexion sur la préservation de la fertilité et la question de son financement et de son développement sera abordée dans le cadre du groupe de travail.

Bien que nous ne disposions pas encore de chiffres officiels, il ressort que **l'offre de soins est certainement inférieure à la demande** (K du sein, les pathologies hématologiques et auto-immunes, incluant les affections pédiatriques). A titre d'exemple, le nombre de cas de préservation (congélation d'ovocytes et de cortex ovarien) réalisé sur l'ensemble des 4 centres AP-HP se situe autour de 300 par an pour l'année 2013.

Les centres ont été auditionnés dans le cadre du rapport plan cancer 3.

Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité à ce type de prise en charge ; il a été proposé la création d'une fédération en réseau de tous ces centres.

3. ONCOFERTILITE : structuration de l'offre

Objectif : Assurer un égal accès à la préservation de la fertilité pour tous les patients concernés atteints de cancer et pour les pathologies rares non cancéreuses).

Actions :

*Action 1: Assurer la continuité des soins et mettre en place la structuration de l'offre à l'AP-HP (plateforme à réponse unique)

*Action 2 : Développer de nouvelles recommandations professionnelles

*Action 3 : Systématiser l'information des patients concernés (*propositions déjà en cours*)

*Action 4 : Favoriser la recherche

Travail serait mené dans le cadre de la déclinaison du GPK3 (Axe 4 : parcours patient, mesure 4.4 fertilité)

Groupe de travail DOMU : ensemble des centres concernés, oncologues, experts maladies rares...

Références :

1- US. National Institute of Health, National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program? 1975- 2000. Available at: <http://www.seer.cancer.gov>. Last accessed August 30, 2013.

2- Howell SJ, Shalet SM. Spermatogenesis after cancer treatment: damage and recovery. J. Natl. Cancer. Inst Monogr.(34): 12-17 (2005)

3- Thomson AB, Critchley HO, Kelnar CJ, Wallace WH. Late reproductive sequelae following treatment of childhood cancer and options for fertility preservation. best. Pract Res Clin. Endocrinol , Metab. 16:311-34(2002)

4- Tournaye H, Goossens E, Verheyen Get al. Preserving the reproductive potential of men and boys with cancer: current concepts and future prospects. Hum. Reprod. Update.10(6):525-532 (2004)

5- http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_fertilite_et_cancer_2012.pdf

DPI à l'AP-HP

1. Contexte général

Le diagnostic préimplantatoire permet à des parents porteurs d'une maladie génétique grave et incurable de concevoir un enfant non atteint par cette maladie. Cette technique consiste à rechercher sur des embryons conçus *in vitro* la maladie qui pourrait être transmise par les parents et de réimplanter dans l'utérus de la mère un embryon indemne. Seule une équipe de professionnels d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) peut permettre le recours à ce diagnostic : elle atteste que le couple, compte tenu de ses antécédents familiaux, a une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Le diagnostic et l'AMP sont ensuite réalisés dans l'un des 4 centres autorisés pour le DPI. A ce jour les centres autorisés à réaliser des actes de DPI sont Paris (centre bi-site hôpitaux Necker-Enfants Malades et Antoine Béchère), Strasbourg, Montpellier, et depuis 2013, Nantes.

Le DPI est une activité très encadrée par les textes juridiques. Il est soumis à l'autorisation et au contrôle de l'ABM. Le DPI comprend les activités suivantes (article R.2131-22-2) : le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation *in vitro* ; les examens de cytogénétique, y compris moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires ; les examens de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires.

Selon le guide MIGAC national, l'activité de DPI bénéficie de deux sources de financement :

- la MIG DPI, créée par arrêté du 24 février 2010 pour les activités propres de DPI (de la préparation jusqu'à la réimplantation ; hors prise en charge des couples qui relèvent de l'AMP et hors avis donnés par les CPDPN, qui reçoivent tous deux des financements spécifiques)
- la MIG BHN

2. Etat des lieux AP-HP

Les GH Necker et Paris Sud constituent le centre autorisé de DPI de l'AP-HP. Les deux sites se partagent l'activité de la façon suivante :

- l'activité d'accueil des couples, de constitution *in vitro* des embryons et d'implantation est réalisée à A.Béchère
- le diagnostic génétique et cytogénétique préimplantatoire est réalisé à Necker.

Le centre Necker/Béchère reçoit principalement des demandes et couples en provenance d'Ile de France (50%) et des régions limitrophes (30%) : Haute-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Centre, Nord Pas de Calais ainsi que des DOM-COM et des Français de l'étranger pour des raisons d'accessibilité.

L'activité ciblée par les tutelles de 250 tentatives par an a été atteint pour le centre parisien en 2012. Le centre bi-site reçoit le montant de MIG DPI permettant de couvrir ces dépenses. Un questionnement subsiste sur la capacité du GH Necker à remonter les BHN correspondant à son activité réalisée au titre du DPI. Par ailleurs, après de longues discussions, il a été décidé lors du cycle des conférences budgétaires et stratégiques 2014 de mettre fin au versement par Béclère au profit de Necker d'une facturation financière qui prenait la forme d'une PIE.

En outre, une augmentation d'activité significative a été constatée entre mi 2013 et mi 2014. L'objectif du centre est de passer à 300 puis à 350 tentatives.

Un des problèmes persistants lié à cette activité de DPI se situe au niveau des délais d'attente, qui avoisinent les 2 ans : 18 mois pour un cycle *clinique + génétique*, et 15 mois pour un cycle *clinique + cytogénétique*. Ces délais ont été légèrement réduits depuis la création de la MIG DPI mais ils demeurent trop importants.

3. DPI – problématiques

- Positionnement des tutelles (ABM et ARS) relatif à l'activité de DPI : sont-elles favorables à la création d'un second centre parisien et sur quelle base (rapport Frydman non diffusé) ? Quel objectif de réduction des délais et quelle assurance que les moyens permettant de couvrir les dépenses supplémentaires seront accordés via la MIG DPI ?
- Analyse des délais d'attente : il sera nécessaire de comprendre d'où vient le problème en découpant les différentes phases du délai global : le délai de prise en charge en AMP, délai spécifique à la partie clinique DPI, délais liés à l'activité de génétique d'une part et à l'activité de cytogénétique d'autre part.
- Appréhension de l'impact de l'augmentation actuelle d'activité constatée sur le centre ABC sur les délais d'attente et sur les moyens demandés par le GH Necker.
- Pertinence d'ouvrir un second centre clinique à Tenon (avec activité biologique qui resterait réalisée à Necker), en plus de la hausse d'activité déjà constatée sur ABC, et impact prévisionnel sur les moyens qui seront demandés par les GH HUEP et Necker et sur les délais d'attente.

Un groupe de travail sous l'égide de la DOMU associant l'ensemble des sites concernés ou ayant porté une demande sera mis en place.

IVG à l'AP-HP

1 Etat des lieux :

L'AP-HP exerce cette activité actuellement sur **15 sites** : CCH, LMR, PSL, LRB, BCT, ABC, CCL/EGP, JVR, BCH, AVC, TNN, BJN, SLS, TRS, RDB, qui ont réalisé **12 839 IVG en 2013**. L'AP-HP a mis en place une structure de régulation pendant les périodes de fermeture estivale. Depuis 1996, l'activité a augmenté de 12 %, et l'offre de l'AP-HP, malgré la fermeture du centre de Saint-Antoine en février 2012, a connu une croissance de 3% de 2012 à 2013.

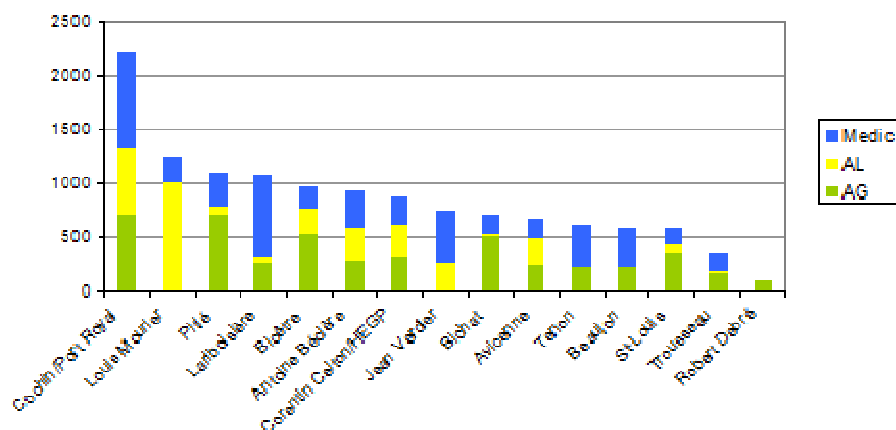
Les techniques employées : Les IVG instrumentales (sous AG ou anesthésie locale) et les médicamenteuses.

IVG sous anesthésie générale : elles sont en baisse mais elles représentent en 2013 : 4 711 IVG, soit 38% des IVG pratiquées et 60 % des IVG instrumentales.

IVG sous anesthésie locale : elles sont en augmentation. En 2013, 3172 IVG ont été réalisées sous AL, c'est 26% de l'activité globale et 40% des IVG instrumentales.

IVG médicamenteuses : Depuis 1996, les IVG médicamenteuses ont augmenté de 104%. En 2013, le recours à cette pratique représente 39% du volume des IVG, soit 4956 IVG. De 2012 à 2013, le nombre d'IVG a augmenté de 4561 à 4956. La pratique des IVG médicamenteuses s'est beaucoup développée en ville, grâce au réseau REVHO, les médecins de ville conventionnent avec les hôpitaux. Au total, 147 médecins conventionnés ont réalisé 3860 IVG en ville en 2013.

Techniques employées par hôpital en 2013



Tous les centres ne proposent pas toutes les techniques et le volume d'activité d'un centre à l'autre varie énormément

Activité d'IVG pratiquée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée

1267 actes ont été réalisés après 12 semaines d'aménorrhée, soit 10 % de la totalité des IVG réalisées à l'AP-HP. Cependant, cela représente plus de 40% des IVG réalisées à ces termes au sein de la région. Les équipes de l'AP-HP jouent ici leur rôle de recours.

Pratique de l'IVG chez les mineures : 608 mineures ont été prises en charge en 2013, représentant 5 % de l'activité totale d'IVG 2013 de l'AP-HP. Ce nombre est en diminution par rapport à 2012 (730 mineures prises en charge soit -122 actes).

Délais de prise en charge : en 2013, le 1er RDV est donné à 8 jours et la prise en charge à 15 jours.

2 - Les problématiques

Les thèmes abordés dans le cadre d'un groupe de travail sous l'égide de la DOMU pourraient être :

- Afficher la forte implication, partagée au sein de l'AP-HP sur ce thème, compte tenu des fortes sollicitations de l'ARS
- Répondre aux problématiques de démographie médicale et d'attractivité des centres AP-HP avec une déclinaison par site, notamment induire une réflexion de temps partagé Gynécologie/IVG;
- Participer au projet ARS FRIDA (Favoriser la réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement) ;
- Définir une position AP-HP par rapport à la proposition ARS de cahier des charges régional de prise en charge des IVG ;

Pédiatrie spécialisée à l'AP-HP

1. Contexte général

a) Activité

- Evolution chirurgie et pédiatrie spécialisée avec sur les 5 dernières années une tendance à la stabilité, voire à la baisse, à nuancer selon les spécialités.
- Diminution des besoins en hospitalisation conventionnelle et poursuite de la conversion à l'ambulatoire.

Au global, quel que soit le mode d'hospitalisation, on note une baisse sur le périmètre retenu¹ (-0.7% soit -574 séjours). Cette évolution s'analyse en :

- une baisse importante de la chirurgie (-6.5% soit - 2035 séjours), concentrée sur l'HC (-9.4% soit 2318 séjours), non compensée par le développement de l'ambulatoire (+4.3% soit + 283 séjours)
- une progression de la médecine pédiatrique spécialisée (+2.9% soit + 1461 séjours) grâce à un fort développement de l'HP (+7.3% soit + 2295 séjours), alors que l'HC baisse (-4.5% soit - 834 séjours).

b) Question d'ordre général

- Sur les 4 GH exclusivement pédiatriques, ou à forte activité pédiatrique spécialisée, les demandes d'investissements sont importantes. Certains projets conduisent à une concurrence entre les GH. Dans le contexte d'activité précédemment décrit avec des dépenses contraintes, l'étude de ces projets pourrait être mise en perspective dans le cadre d'une stratégie globale APHP.

- Il existe des questions partagées sur la valorisation des séjours et des actes : un travail commun pourrait être bénéfique, profitant de l'effet de masse de l'AP-HP.

- Certains sujets ont peu été évoqués par les groupes hospitaliers dans le cadre des conférences stratégiques :

- Structuration de la pédo-psychiatrie ?

- Certaines spécialités connaissent des difficultés de démographie médicale ex : l'anesthésie pédiatrique.

¹ Périmètre retenu : spécialités pédiatrique hors filière de néonatalogie, pédiatrie générale, réanimation et surveillance continue et réanimation brûlés.

2. Etat des lieux AP-HP

Groupe hospitalier Robert Debré :

R. Debré a connu ces dernières années un développement d'activité important en hospitalisation partielle (2014 M8 : évolution HC + 0.8% ; évolution HP + 6.9%) ; (2012-2013 : évolution HC - 1.9% ; évolution HP : + 6.9%) ; (2011-2012 : évolution HC : - 0.3% ; évolution HP : + 10.9%).

Cette stratégie lui a permis de répondre en partie à la contrainte architecturale forte qui est susceptible de freiner le développement des projets d'HC. Le GH développe aussi une politique volontariste en matière de prises en charges transversales (équipes mobiles, plateaux pluridisciplinaires, etc). Plus gros SAU pédiatrique de Paris, le site a par ailleurs fait évoluer son offre en soins critiques. R. Debré a une politique territoriale active et vient en aide à de nombreux partenaires.

La qualité de collaboration avec Trousseau est également à souligner.

Le GH porte un projet de développement d'activité bucco-dentaire et de chirurgie faciale. Ce projet doit être instruit notamment en lien avec le projet de Trousseau. Des investissements sont prévus pour l'accueil des greffes de moelle pour enfants drépanocytaires (projet 2016).

Groupe hospitalier Necker :

Après l'intégration des activités de Saint Vincent de Paul, de l'IPP, et des services d'ORL et de chirurgie maxillo faciale de l'hôpital Trousseau, ce GH, qui a réussi l'ouverture du bâtiment Laennec, se trouve maintenant avec un bâtiment fonctionnel mixte adultes/enfants (bâtiment Hamburger), accueillant des activités de pédiatrie médicale spécialisée en rocade, dans l'attente d'un investissement important demandé pour la réhabilitation d'un bâtiment ambulatoire-consultation. Si cette opération se réalisait, des surfaces importantes d'hospitalisation seraient alors disponibles.

Le GH se porte candidat à l'accueil de nouvelles activités pédiatriques dans ce cadre.

Le site souhaite par ailleurs développer la circulation extracorporelle. Il souhaite également développer le pôle neurosciences en partenariat avec Bicêtre sur la NRIP et la neurochirurgie pédiatrique. Enfin sur plusieurs axes, il souhaite profiter des compétences au sein de P5 pour amplifier le sujet de la transition enfant/adulte.

HUEP :

Le site de Trousseau a connu ces dernières années de nombreuses évolutions. Le site connaît un dynamisme réel notamment en ambulatoire, mais il a du faire face au départ des services d'ORL et de chirurgie maxillo faciale (2012-2013 : évolution HC - 1.5% ; évolution HP +8.4%) ; (2014 M7 : évolution HC : - 8.1 % ; évolution HP : de + 5.4).

Malgré ces profondes modifications de périmètre, la communauté hospitalière a su se réorganiser ce qui permet aujourd'hui au site d'être à l'équilibre. Il a par ailleurs consolidé un certain nombre de projets structurants 2012 : création d'un ensemble de réparation plastique et développement de la chirurgie des brûlés, obtention d'un DHU, mise aux normes et reconfiguration du bloc opératoire en un seul lieu dans le bâtiment P.L. CHIGOT, consolidation des activités spécialisés.

Par ailleurs, il convient de souligner la qualité de la collaboration avec R. Debré. A titre d'exemple, la gestion des épidémies hivernales est exemplaire.

Le site souhaite accueillir de nouvelles activités : il a proposé l'accueil de la rhumatologie pédiatrique en provenance de Bicêtre ainsi que le développement de la dermatologie pédiatrique. Un projet d'odontologie pédiatrique est également cité.

HUPS :

Ce GH a fondé sa stratégie de développement de la pédiatrie spécialisée sur la possibilité d'une transition enfants/adultes dans toutes les spécialités. Il a accueilli le service d'endocrinologie pédiatrique et de neurologie pédiatrique de Saint-Vincent de Paul. Il est par ailleurs situé sur un bassin de population particulièrement dynamique.

Les orientations souhaitées par le GH (site de Bicêtre) sont le développement de la pneumologie pédiatrique, un projet de Shock Center, avec l'achat de machines de circulation extracorporelle. Enfin, le GH souligne un besoin en orthopédie pédiatrique, faisant défaut à l'aval du SAU. En matière de développement de la prise en charge ambulatoire, Bicêtre porte un projet de plateforme multidisciplinaire. Le GH dispose de réserves foncières qui nécessitent des investissements peu importants.

3. Les problématiques

- **Quelle offre en pédiatrie spécialisée et pédiatrie générale à l'AP-HP ?**

La réflexion sur la pédiatrie non spécialisée ne doit pas être une discussion à 4 mais élargie aux autres services de l'AP concernés.

- **Comment développer des complémentarités et non des offres concurrentielles ?**

En plus des sujets évoqués ci-dessus, la question des neurosciences doit également être posée, dans le cadre d'un projet Necker, Bicêtre, R. Debré et des interactions avec la Fondation Rothschild.

- **Quelle politique territoriale ?**

Les questions de territorialité devront être abordées tant en terme de positionnement de l'AP-HP vis-à-vis des autres structures hospitalières (recours ? équipe territoriale ? etc...) que d'enjeux de reconfiguration éventuelle d'offres (CCML ?).

La réflexion sur la pédiatrie spécialisée à l'APHP, dans l'impact qu'elle sera susceptible d'avoir sur l'évolution des 4 sites devra se faire sans perdre de vue la dynamique globale des 4 GH concernés.

Anatomo-cytopathologie pédiatrique (ACP) et foetopathologie à l'AP-HP

1. Contexte général

Ces deux disciplines souffrent d'une démographie médicale pénurique sur l'ensemble du territoire.

Rapport du groupe de travail piloté par le Ministère de la santé en 2012 sur l'anatomo-cytopathologie, Page 27 : « l'acte médical d'ACP22 impose une capacité diagnostique polyvalente ; la formation initiale porte sur tous les secteurs d'activité de la pathologie (Secteurs d'activité : adulte ou pédiatrique, d'organe (rein et néphro pathologie, peau et dermato-pathologie) ou de type de tumeurs (sarcomes) et de processus pathologique par exemple ; foetopathologie). Le recrutement et l'expérience font que certains médecins acquièrent une compétence plus approfondie dans un secteur ou plusieurs, entretenue par la pratique et la formation continue. La polyvalence doit être entretenue et dans le programme de DPC ».

2. Etat des lieux AP-HP

a) Pour la pathologie pédiatrique

90% de l'activité de pathologie pédiatrique est non tumoral, essentiellement non urgente (rénal, hépatique, extrahépatique, dermato, vasculaire, digestif, déficit immunitaire), mais il existe des besoins d'examen extemporanés. Les pathologistes signalent l'enrichissement réciproque via une prise en charge adulte/enfant pour le non tumoral. D'autres soulignent la spécificité des pathologies pédiatriques et l'intérêt d'une « sur spécialisation » en ce domaine.

Sur la pathologie tumorale (10%) : l'AP-HP réalise la plus grosse activité au niveau national et francilien → position de leader possible

Recrutement via les services d'urgences et les CLCC (flux Paris Sud - IGR Necker ; RDB - Curie ; TRS onco in situ)

Les chirurgiens pédiatriques sont à l'APHP (les CLCC n'assurent que le suivi médical) mais RCP francilienne dans le cadre du Campedif (réseau cancérologie pédiatrique d'IDF)

Points faibles de la spécialité :

Eclatement des forces et dispersion des activités sur 4 sites

Démographie médicale et internes

Rareté de l'activité par nature

+ Extrait du rapport du GT transversal anatomo-cytopathologie d'octobre 2012 :

« Contexte de la pathologie pédiatrique :

Les pathologies pédiatriques qui nécessitent un examen anatomopathologique sont dans l'ensemble rares (exemples : 120 à 150 nouveaux cas de neuroblastomes par an pour toute la France, 10 à 15 cas d'hépatoblastomes, quelques dizaines de Hirschsprung par centre par an...). En dehors du Hirschsprung, il y a très peu de demandes d'examen extemporané. Cette pathologie nécessite en outre une compétence à la fois médicale et technique (protocoles d'inclusion, histo enzymologie...)

Le point fort est que l'APHP dans son ensemble est la structure qui a la plus forte activité de pathologie pédiatrique en Europe.

Les spécialistes à l'APHP sont peu nombreux et répartis principalement sur 4 sites : Robert Debré, Necker, Trousseau et Bicêtre. Il y a des spécificités de site (exemples: Bicêtre pour la chirurgie pédiatrique du foie et des voies biliaires, Necker pour les pathologies des déficits immunitaires, la dermatopathologie, la neuro-oncologie avec St Anne). A Trousseau et Robert Debré, l'essentiel de l'activité est concentré autour des pathologies pédiatriques. A Necker et Bicêtre ces pathologies représentent environ entre ¼ et 1/3 de leur activité. Une activité de foetopathologie et de pathologie placentaire est réalisée à Trousseau dans le service de Pathologie et à Robert Debré dans une structure indépendante.

Il existe un déficit de formation dans le domaine car les internes sont peu attirés par cette spécialisation (non exploitable en ville), ce qui pose problème à moyen terme pour la pérennisation des équipes de pathologie pédiatrique pure.

Si le statut *quo* peut encore fonctionner avec une bonne entente locale et à moindre frais, les particularités précitées devraient inciter à agir pour une concentration des forces et des moyens au sein de l'APHP et de l'Île de France. Elle serait l'opportunité d'offrir une meilleure visibilité nationale et européenne, une attractivité plus grande pour les jeunes médecins en formation, et la possibilité d'assurer la suppléance et la continuité. Les outils informatiques et de visio conférence devraient faciliter la communication et les échanges avec les partenaires pédiatres qu'il faudra solliciter pour la réflexion.

Focus par site (source réunion du 17 mai 2013 Département Biologie DPM et collégiale d'anatomopathologie, CR non diffusé):

RDB : pathologie pédiatrique représente 90% de l'activité du service (le reste : frottis), essentiellement chirurgie viscérale (thoracique et abdominale), orthopédique, et ORL.

Tumeurs, néphrologie, maladie de Hirschsprung

+ hématologie, activité en augmentation en lien avec l'augmentation du nombre de greffes pour les drépanocytaires (projet RDB 2016)

Moyens : 2 PM (hors frottis) dont un bientôt à la retraite + 6 TL

TRS : activité gynéco (frottis etc) + pour la pathologie pédiatrique : tumeurs (solides et leucémies) ; biopsies faites au bloc/en radio ; pneumologie pédiatrique ; chirurgie orthopédique ; chirurgie thoracique et abdominale ; gastro (orientation nutrition)

Moyens : 1 PU, 1 MCU, 2 PH, 1 AHU + 4 TL

NCK : activité 1/3 pédiatrique et 2/3 adulte

Les tumeurs neuro sont adressées à Saint-Anne (coût en PIE : 120 K€ par an)

Néphro : 20% activité mixte adulte/enfant

Dermato (mixte)

Déficit immunitaire, mixte (15% de l'activité totale)

Gastro pédiatrique (10% de l'activité, souvent en lien avec transplantation)

Urologie adulte (20% activité) : transfert à vers EGP

Chirurgie digestive, orthopédique, et thoracique (20%) + chirurgie ORL et MF arrivée de TRS

Moyens (hors uro) : 1 PH 3 PU 1 MCU 1 AHU et 3 vacations d'attaché

mais à réactualiser compte tenu des mouvements d'activité et en distinguant les moyens pour la seule activité de pédiatrie

BCT : mixte à prédominance adulte ; pédiatrie = 10%, essentiellement :

Voies biliaires ; cholestases ; urogénital (tumeur) ; auto-inflammatoires + ORL mixte

Moyens : 1 PH 2 AHU

b) L'activité de fœtopathologie

Elle est exercée sur 10 sites :

HUPS :	A Béclère
HUPSSD	Jean Verdier
HUPNVS	Bichat et L Mourier
HUPC	Cochin
GH SLS-LRB	Lariboisière
GH NCK	Necker
GH RDB	Robert Debré
HUEP	A Trousseau
HUPIFO	R Poincaré (uniquement dans un cadre médico-légal)

Nécessaire relation de la fœtopathologie avec la génétique, la cytogénétique et la BM

Le champ de la fœtopathologie est diversifié :

- Les produits de l'aspiration (IMG, FC)
- Placenta d'enfants vivants (partagé avec les anapath)
- Autopsies fœtales et nouveau né jusqu'à 28 jours
- Neurofœtopath

3. ACP et fœtopathologie – questionnements à creuser dans le cadre du groupe de travail

Démographie médicale difficile pour ces deux disciplines → il sera nécessaire de disposer des données DRH-PM actualisées : Etat des effectifs, pyramide des âges et départs à la retraite prochains ?

Ratios PM et PNM

Spécificité de chacun des sites → complémentarités ?

a) Pour la pathologie pédiatrique :

Lien avec les sites opératoires de l'AP

Réflexion plus large IDF à mener ? (en lien avec Curie et IGR notamment mais également les CH exerçant une activité de chirurgie pédiatrique ; sur les circuits y compris la problématique de la récupération des données et des échantillons)

Lien plan cancer 3

b) Pour la fœtopathologie :

La réflexion sur la fœtopathologie doit intégrer la problématique de la neurofœtopathologie

Lien avec les CPDPN

Activité évoluant de plus en plus vers la génétique → quelles implications concrètes ?

Intérêt de créer une collégiale de la discipline ? Actuellement à cheval entre ACP, histologie/embryo/Bio de la reproduction, et génétique.

4. Objectifs supra GH

Dans le **rapport du groupe de Travail Biologie Pathologie préparatoire au Plan Stratégique 2015-2019**, l'objectif fixé est le suivant :

- Anatomo-cytopathologie → **regrouper l'activité pédiatrique sur 2 sites** déterminés après appel à projet
- Fœtopathologie → **regrouper les activités sur 4 GH** après un appel à projet

Le groupe devra s'attacher à préciser les contours de la future organisation et à mettre en place une méthodologie (format pour le dépôt du dossier, grille d'analyse etc) ainsi qu'un calendrier pour l'appel à projet.

Attention : les membres du groupe peuvent être différents selon qu'il s'agira de la pathologie pédiatrique ou de la fœtopathologie. La composition du groupe devra donc être établie avec soin ; si une réunion conclusive commune demeure nécessaire, la réflexion devra être conduite dans 2 groupes différents.

Prélèvements et greffes à l'AP-HP

1. Contexte général

a) Prélèvement d'organes sur donneurs décédés à l'AP-HP : le dispositif

La part de l'AP-HP dans les prélèvements en France est d'environ 12%. L'Ile de France est passée de **15 à 23 donneurs prélevés par million d'habitants** depuis 2006 mais le taux stagne. Le taux d'opposition des familles reste très élevé dans notre région (> 42%). La part de l'AP-HP dans les prélèvements en Ile de France représente environ la moitié des prélèvements. Le nombre de donneurs recensés et prélevés diminue à l'APHP depuis début 2013 avec fin aout 2014 – **40 donneurs recensés et – 29 donneurs prélevés**. Le taux donneurs prélevés sur donneurs recensés est passé de 47.4% à 37.1%. L'évolution est contrastée selon les hôpitaux : forte baisse à PSL, moyenne à Beaujon et HEGP. D'autres hôpitaux ont stagné voire augmenté : BCT, HMN.

Le dispositif mis en place depuis 2005 repose sur des **postes de coordination médicaux et paramédicaux**. L'AP-HP a été dotée de postes médicaux, postes infirmiers et postes TEC pour assurer la coordination du prélèvement dans le cadre du plan national mis en place en 2000 par la DHOS. Ces postes sont venus compléter le dispositif existant mis en place par l'AP-HP avant ce plan. Depuis 2009, le financement de ces postes repose sur un forfait dit CPO dont le montant varie en fonction de l'activité.

Actuellement, chaque équipe chirurgicale est « disponible » 365 jours par an, « au cas où »...Sont concernées par les prélèvements les équipes de St Louis, La Pitié, Necker, Tenon, Mondor, Bicêtre et Foch. Ceci représente donc l'équivalent de 2555 astreintes dans l'année, et comme il faut être deux pour prélever, 5110 « astreintes-hommes ». Il y a donc actuellement un *ratio de 10 à 1 entre le nombre d'astreintes et le nombre de prélèvements*. De plus l'articulation entre l'activité de prélèvement et la garde ou l'astreinte d'urologie « générale » est souvent floue, et les activités peuvent se télescoper. Les équipes n'ont pas les effectifs pour organiser une double liste permanente. Quand c'est le cas, c'est officieux, donc non reconnu et non rémunéré.

b) Prélèvement d'organes sur donneurs vivants à l'AP-HP :

Les prélèvements de donneurs vivants, sur lesquels l'ABM fait sa campagne nationale, sont plus importants à l'APHP que dans les autres CHU ; **54% des greffes nationales réalisées à partir de donneurs vivants sont effectuées à l'AP-HP**. L'augmentation depuis 2004 porte exclusivement sur la greffe rénale. L'AP-HP a à déplorer la perte d'un donneur vivant de foie en 2008. Chiffres de donneurs vivants rein à fin aout 2014: **Necker 32, SLS 15, PSL 7, Tenon Mondor et BCT 5**.

Concernant le foie, après un moratoire lié à un décès sur donneur vivant foie à l'hôpital BEAUJON, l'activité reste faible chez les adultes mais les quatre équipes de greffe de foie souhaitent disposer ou renouveler leur autorisation. L'activité en 2014 a été de : PB 5, SAT 1, les autres 0.

2. Etat des lieux AP-HP

a) Les autorisations de greffes

Grefe de foie : Officiellement, depuis 1^{er} novembre 2014 il n'y a plus que quatre équipes de greffe de foie adultes à l'APHP et en IDF : Pitié, P Brousse, Beaujon, Mondor et 2 équipes enfants : Bicêtre et Necker.

Pour la pédiatrie, Bicêtre a historiquement une activité importante et de plus nationale. Cependant Necker depuis quelques années souhaite renforcer sa greffe hépatique. Son autorisation n'est pas justifiée par les besoins (couverts par Bicêtre) mais par l'existence d'une autorisation de greffe de grêle. L'Agence ne remet pas en question l'existence de deux équipes car leur dimension est nationale. En revanche l'Agence souhaite sans doute plus de mutualisation entre les équipes notamment pour le dispositif des gardes et astreintes.

Grefe de rein : 6 équipes adultes (Necker, Bicêtre, Mondor, Saint Louis, Pitié, Tenon) et 2 enfants (Necker, R Debré ; l'activité de Trousseau n'est pas renouvelée). La mutualisation des équipes de greffe rénale de prélèvement (urologues) est souhaitée depuis longtemps par l'Agence. Les équipes adultes sont peu collaboratives entre elles voire même très concurrentielles. Plusieurs tentatives de projets communs ont échoué. Dans ce domaine ce qui est attendu : plus d'égalité concernant les durées d'attente (l'Agence est à la manœuvre puisqu'elle fixe les règles d'attribution).

Grefe de poumons : 2 équipes adultes et enfant (Bichat, HEGP) (l'autorisation de Pitié n'est pas renouvelée dans ce SIOS). L'équipe de HEGP est labellisée pour la prise en charge de la mucoviscidose.

Grefe de cœur : 4 équipes adultes (Pitié, Mondor, Bichat et HEGP) et 1 enfant (Necker) pour une transplantation dont les indications diminuent de 50% en 10 ans ! Le précédent SIOS prévoyait dans son schéma, la fermeture d'un certain nombre d'autorisations de chirurgie cardiaque en Ile de France dont une à l'APHP. Mondor était visé et après deux enquêtes IGAS et la restructuration du service de chirurgie cardiaque de Mondor, le renouvellement des autorisations de chirurgie puis de greffe cardiaque a été obtenu pour 5 ans. Donc aucune menace actuellement, mais les équipes qui restent vigilantes ont mis en place, il y a un an, un groupe de cardiologues et chirurgiens cardiaques issus des quatre équipes chargé de réfléchir sur leurs pratiques et leurs mutualisations possibles. Ils ont ainsi écrit un référentiel de greffe cardiaque qu'il serait bon de soumettre à l'Agence pour validation ou labellisation.

Grefe de pancréas : 4 équipes (Pitié, Mondor Saint Louis, Bicêtre). L'activité de la Pitié reste faible et des fermetures d'autorisation ont été réalisées (Pitié et Mondor).

Grefe d'intestin : 1 équipe enfant à Necker et une autorisation adulte à Beaujon (activité quasi nulle)

L'AP-HP assure près de 90% de l'activité de greffe francilienne. Seuls Foch (reins et poumons) et le centre chirurgical Marie-Lannelongue (cœur et cœur poumon) sont autorisés à la greffe d'organes dans les établissements hors AP-HP de l'Île-de-France. L'AP-HP représente plus de 30% de l'activité nationale de greffe d'organes. Si la part de l'Île-de-France est plus faible pour le rein (26%), elle est importante pour le foie (36%) et forte pour les greffes thoraciques (45% pour la greffe pulmonaire et 66% pour la greffe cardiopulmonaire).

L'activité de greffe pédiatrique est fortement concentrée sur l'AP-HP (30% de l'activité nationale pour le cœur, 40% pour le rein, 72% pour le foie et 90% pour les poumons), avec une prise en charge très forte des jeunes patients en attente par les équipes de greffe pédiatrique APHP (40% pour le rein, 56% pour le cœur, 68% pour les poumons, 75% pour le foie).

b) Liste d'attente à l'AP-HP

Le nombre de **patients inscrits** sur la liste nationale d'attente et pris en charge par les équipes de greffe franciliennes représente **plus du tiers de la liste nationale**. L'AP-HP a aujourd'hui la plus importante liste d'attente de France (plus de 3000 candidats soit presque 30% de la liste nationale d'attente). Mais l'AP-HP a aussi les plus longues durées d'attente en greffe de foie et de rein : 6 mois en médiane pour le foie (3.9 mois en France) et 30.1 mois pour le rein (16.2 mois en France). Notons également que la médiane d'attente d'une greffe de rein est très hétérogène d'une équipe de greffe à l'autre en intra APHP. Explication : le type de patient et l'accès privilégié au greffon des équipes qui prélèvent beaucoup.

c) Règles de répartition et d'attribution

Le code de la santé publique confie à **l'agence de la biomédecine (ABM)** la gestion de la liste nationale d'attente et l'élaboration des règles d'attribution des greffons, lesquelles règles sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la Santé. Le rein local est donc une règle nationale (Le principe de l'attribution locale n'avait pas été remis en cause par la commission de consultation publique de 1995, même si elle émettait des réserves dans son rapport.) Si bien que dans le sillage de l'arrêté de Novembre 1996 et jusqu'à la mise en place des scores d'attribution, un greffon était très majoritairement attribué à une équipe, charge à elle de sélectionner le receveur. En l'absence de priorité nationale, le greffon était proposé à l'équipe locale et, en l'absence de receveur local adéquat ou de refus de l'équipe, à une équipe de l'inter-région à tour de rôle puis, en l'absence de receveur dans la région, à une équipe d'une autre inter-région à tour de rôle.

Le registre REIN montre surtout que les disparités régionales d'accès à la greffe rénale pour les malades **ayant la chance** d'être inscrits s'expliquent avant tout par des disparités importantes d'accès à la liste d'attente des dialysés, avec de grandes différences Paris province et non pas au rein local.

L'ABM a engagé une profonde réforme concernant l'attribution des greffons rénaux avec l'introduction d'un score national maintenant validé par les différentes parties prenantes (Professionnels, associations de Patients) et ses instances (conseil médical et scientifique,

conseil d'orientation). La mise en œuvre de ce nouveau système est programmée **en janvier 2015**.

3. Groupe de travail sous l'égide de la CME

Lettre de mission du président de la CME au Pr René Adam et au PR François Desgranchamps
du 15 09 2014

a) Ce groupe est chargé de faire des propositions sur les thématiques suivantes

- Baisse des dons
- Organisation rationnelle des prélèvements
- Opportunité de réduire les équipes de transplantation
- Répartition des organes
- Surveillance à moyen et long termes des greffés
- Impact des nouvelles thérapeutiques et technologies sur les besoins en greffe

Calendrier : rapport attendu pour juin 2015

b) Composition

Pr René Adam greffe hépatique Paul Brousse et CME, Pr François Desgrandchamps greffe rénale Saint-Louis et CME, Pr Catherine Paugam anesthésie Beaujon, Pr Eric Rondeau Néphrologue Tenon, Pr Benoit Barrou greffe rénale PSL, Pr Laurent Jacob réanimation chirurgicale Saint-Louis, Pr Arnaud Méjean Greffe rénale HEGP/Necker adulte, Pr Pascal Leprince greffe cardiaque PSL, Daniel Maroudy ancien coordinateur de prélèvement et auteur du livre don d'organes en situation de mort encéphalique, Julie Grundlinger directrice d'hôpital GH HUEP, Dr Patrice Guerrini agence de biomédecine Ile de France , Dr Sophie Cohen DOMU.

Urologie à l'AP-HP

1. Contexte général

L'offre de soins

L'activité d'urologie adulte de l'AP-HP se répartit entre 8 services : Bichat, Saint-Louis, Pitié, Mondor, Bicêtre, Cochin, Necker/HEGP. 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).

Tableau 1 : offre de soins en urologie à l'AP-HP en 2014

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	

Tableau 2 effectifs des équipes d'urologie en 2013

Site	SENIORS	INTERNES	ETUDIANTS
PITIE SALPETRIERE	10,20	5,00	13,00
TENON	9,80	4,00	12,00
BICETRE	7,60	3,00	8,00
SAINT LOUIS	7,40	5,00	10,00
NECKER	6,90	2,09	11,00
HENRI MONDOR	6,80	4,00	8,00
COCHIN	6,50	2,00	9,00
BICHAT	4,60	3,00	6,00
	59,80	28,09	77,00

2. Etat des lieux AP-HP

a) L'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 (tableau 1). 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 couteux (trois robots sont implantés à la Pitié, à Mondor et à HEGP mais des demandes sont en cours à Tenon, à Cochin et à Bichat). Il s'agit d'une spécialité médico-chirurgicale avec en moyenne une part de 30% de séjours 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-huit premiers mois-on constate que l'hospitalisation complète a baissé de 423 séjours partiellement compensée par une augmentation de l'hospitalisation partielle de 234 séjours.

Enfin l'urologie représente 10% de l'activité chirurgicale de l'AP-HP. On peut prédire une augmentation de cette spécialité dans les années à venir du fait du vieillissement de la population (prostate++++) mais avec des thérapeutiques très évolutives 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 et une des équipes d'urologie de Tenon a été retenue dans l'appel d'offres des actes innovants en ambulatoire par l'ARS.

b) La démographie

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. En revanche, les départs récents à Tenon, de même que les évolutions du service de Cochin donnent l'opportunité de rebattre les cartes et d'inciter à des réorganisations.

3. Problématiques

1 – Deux équipes d'urologie connaissent en même temps des départs préoccupants :

Tenon : En 2013, un jeune PUPH, le Pr SEB est parti à la Croix St Simon et en 2014 le PR Haab a annoncé également son départ (en principe en partie dans le privé en partie aux Diaconesses).

Cochin : En septembre 2014, le Pr Zerbib a donné sa démission de sa chefferie de service et le Pr FLAM de Cochin a annoncé son départ pour une clinique du secteur privé dans Paris intra muros : Saint Jean de Dieu.

Ces fragilisations suscitent des réactions chez les chirurgiens qui cherchent à se regrouper. Mais il faut garder en mémoire que la fermeture du service d'Ambroise Paré s'est accompagnée d'une perte de clientèle en faveur de Foch.

2 - En termes de part de marché, la situation de l'urologie de l'APHP est plutôt favorable car 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. Depuis quatre ans, des opérations de regroupement d'urologues se mettent en place principalement autour du robot (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 GDS. Jusqu'à présent, que ce soit sur la prostatectomie radicale (Cochin et Mondor), le cancer du rein (Necker) ou encore la chirurgie de l'incontinence (Tenon), de la lithiase (Tenon, PSL) l'APHP a toujours été bien classée dans les différents journaux à palmarès (Le Point, Le Nouvel Obs) et en dehors de l'Institut Mutualiste Montsouris (service du Pr Guy Vallencien, très médiatique chirurgien de la Commission nationale de chirurgie) n'avait pas beaucoup de concurrents.

Le problème qui se pose est de garder cette visibilité, cette compétitivité et d'offrir à nos services les capacités médico techniques de développer les nouvelles technologies (voir équipements).

Enfin les réflexions menées dans le cadre du groupe prélèvements/transplantations pourraient avoir un impact plus particulièrement important dans cette discipline

Un groupe de travail sous l'égide de la DOMU sera organisé pour expertiser ces problématiques.

Tableau 3 Activité des services d'urologie de l'APHP 8 premiers mois 2014 comparés à 8 premiers mois 2013

GH		G02	G03	G04	G06	G07	G08	G12	G18
Hôpital		SLS	BCH	PSL	TNN	BCT	HMN	CCH	EGP
Total séjours HC	M09 2013	1 471	1 164	2 775	2 117	1 243	1 736	2 281	1 456
	M09 2014	1 512	1 088	2 684	2 073	1 145	1 716	2 081	1 521
	% evol.	+ 2,7%	- 6,5%	- 3,2%	- 2,0%	- 7,8%	- 1,1%	- 8,7%	+ 4,4%
Séjours > 1 nuit	M09 2013	1 231	996	2 486	1 658	1 093	1 529	1 595	1 281
	M09 2014	1 273	905	2 444	1 614	1 001	1 539	1 451	1 381
	% evol.	+ 3,4%	- 9,1%	- 1,6%	- 2,6%	- 8,4%	+ 0,6%	- 9,0%	+ 7,8%
Séjours 0-1 nuit	M09 2013	240	168	289	459	150	207	686	175
	M09 2014	239	183	240	459	144	177	630	140
	% evol.	- 0,4%	+ 8,9%	- 16,9%	0,0%	- 4,0%	- 14,4%	- 8,1%	- 20,0%
Total séjours HP	M09 2013	427	376	594	718	134			335
	M09 2014	507	403	690	703	176			339
	% evol.	+ 18,7%	+ 7,1%	+ 16,1%	- 2,0%	+ 31,3%			+ 1,1%
DMS (>1 nuit)	M09 2013	4,8	5,7	5,1	3,9	4,9	4,5	4,3	4,2
	M09 2014	4,7	5,3	5,3	4,1	5,2	4,6	4,2	4,4
IP DMS (>0 nuit)	M09 2013	0,86	1	0,95	0,9	0,88	0,87	0,82	0,74
	M09 2014	0,87	1,05	1	0,94	0,98	0,88	0,84	0,81
Recette moyenne HC	M09 2013	3 210	3 166	3 527	2 549	3 266	3 174	2 817	3 510
	M09 2014	3 103	2 864	3 475	2 546	3 184	3 309	2 869	3 499
	% evol.	- 3,3%	- 9,5%	- 1,4%	- 0,1%	- 2,5%	+ 4,2%	+ 1,8%	- 0,3%
Recette moyenne HP	M09 2013	912	1 163	1 152	1 392	942			1 021
	M09 2014	1 020	1 325	1 131	1 519	1 043			1 140
	% evol.	+ 11,7%	+ 13,9%	- 1,8%	+ 9,1%	+ 10,6%			+ 11,5%
Tx chir. en HC	M09 2013	71,3%	68,9%	71,5%	78,6%	69,0%	68,7%	75,6%	69,8%
	M09 2014	66,9%	72,0%	72,9%	78,3%	67,1%	73,0%	83,6%	71,4%
Tx chir. en HP	M09 2013	36,2%	61,7%	59,0%	62,9%	36,5%			40,0%
	M09 2014	43,5%	66,9%	54,6%	64,1%	33,5%			39,2%
TOC	M09 2013	76,3%	75,1%	79,9%	77,9%	85,2%	81,0%	78,6%	89,2%
	M09 2014	77,9%	76,1%	81,4%	80,4%	83,2%	81,1%	83,7%	89,2%
TOB	M09 2013	68,4%	69,5%	74,7%	72,7%	81,2%	72,5%	75,4%	78,3%
	M09 2014	71,9%	72,2%	75,5%	74,2%	82,8%	74,0%	67,5%	83,5%
Lits disponibles	M09 2013	33	31	65	42	26	36	43	27
	M09 2014	32	26	65	42	26	36	42	27
Lits ouverts (TOC)	M09 2013	29	29	60	33	25	32	36	23
	M09 2014	30	25	60	33	24	33	30	25
Lits ouverts (TOB)	M09 2013	33	31	65	35	26	36	37	27
	M09 2014	32	26	64	36	25	36	37	27
Lits occupés	M09 2013	22	22	48	26	21	26	28	21
	M09 2014	23	19	49	27	20	27	25	23

PUI et optimisation de la logistique pharmaceutique

1. Etat des lieux AP-HP

Nombre de PUI à l'APHP (hors Berck, San Salvador Hendaye et Villemin-Paul Doumer qui ont chacun 1 PUI et hors AGEPS qui en a 2) : 15

Ces données intègrent les regroupements récents/en cours d'autorisation ARS :

GH HUEP : regroupement de 4 à 1 PUI unique

GH HMN : regroupement de 5 à 2 PUI

GH HUPNVS : regroupement de 5 à 3 PUI

2. PUI - problématique

Il semble nécessaire de réunir les acteurs concernés, pharmaciens et directeurs de GH ainsi que l'Ageps, afin de déterminer de façon partagée l'état des lieux et les perspectives ouvertes pour gagner en efficacité tout en améliorant la qualité et la sécurisation du circuit pharmaceutique.

En effet, les pharmaciens sont à ce jour partagés sur l'intérêt de regrouper leurs gérances au sein de PUI uniques intra GH. Il importe donc de dresser un bilan des regroupements récents afin de déterminer si ceux-ci ont permis une amélioration de la gouvernance, une mutualisation des moyens, une harmonisation de la gestion des stocks, une baisse des dépenses, etc. L'intégration des PUI dans le périmètre des pôles (avec la biologie, ou autonome, etc) pourra aussi faire l'objet d'une analyse ciblée.

Par ailleurs, la piste de regroupements supra GH, et/ou d'une spécialisation supra GH (toutes les PUI n'ont pas vocation à réaliser toutes les activités optionnelles), semble être aussi nécessaire que peu explorée à ce jour. Les thématiques de la nutrition parentérale, de la production des chimiothérapies, des préparations pédiatriques, du regroupement des stérilisations, devront faire l'objet de propositions concrètes et opérationnelles.

La réflexion sur les PUI devra également intégrer une analyse de l'impact des nouvelles technologies. En effet un grand nombre de PUI de Province et de l'APHP commence à (ou ont le projet) de s'équiper de nouveaux automates de production automatisée, de dispensation, de stockage, etc. Ces nouveaux équipements devront permettre de dégager des ressources humaines disponibles pour abonder l'effort d'efficacité, pour améliorer la qualité de la prescription et du circuit du médicament (pharmacologie clinique, juste prescription), et pour développer les axes de recherche en pharmacie.

Enfin, la réflexion permettra de dégager l'intérêt des regroupements des PUI en ce qui concerne la logistique. Là encore, l'enjeu est autant l'efficacité que la sécurisation du circuit. Une participation de la DPL (relevant du Secrétariat Général), de la DEFIP et de l'AGEPS, permettra de dégager et de partager des pistes d'amélioration concrètes relatives à la

gestion des stocks de dispositifs médicaux les plus coûteux : organisation d'un circuit de « seconde vie du DM », amélioration de la gestion pour réduire les coûts logistiques, formation des personnels etc.

3. les enjeux complémentaires :

Les problématiques suivantes pourront également faire l'objet d'une expertise:

- Problématiques spécifiques au plan stratégique de l'HAD à intégrer, dont celle évoquée en conférence stratégique de l'HAD relative au transfert des préparations pédiatriques dans un site pédiatrique adapté.
- Focus stérilisation : quels sont les regroupements possibles/souhaitables ?
- Focus préparation des chimiothérapies
- Focus rétrocession
- Focus NPAD
- Quelles coopérations avec l'IDF?

Un groupe de travail sous l'égide de la DOMU et en lien avec l'AGEPS sera organisé pour mener une réflexion sur ces différents sujets.

NGS à l'AP-HP

Les techniques de séquençage de l'ADN grâce au NGS évoluent avec une extrême rapidité. Elles représentent pour l'AP-HP un enjeu de recherche, médical et économique stratégique, et participent au développement de la médecine personnalisée.

1. Contexte général

- multiplication des projets d'acquisition de NGS haut débit dans les plans stratégiques des GH
- émergence de projets (exemple Meary) qui ont pour ambition de réaliser l'ensemble du séquençage haut débit pour l'APHP
- faute de compétences notamment en bioinformaticiens, quelques GH externalisent l'analyse des données issues des NGS (exemple HUEP) au privé
- projet du Cancéropôle ; externalisation à IntegraGen (en lien avec l'IGR) de la production et de l'analyse des données

2. Etat des lieux AP-HP

Les enjeux sont multiples :

- Stratégiques : être au cœur de l'innovation et de la médecine de demain
- Médicaux : service au patient/développement de la médecine personnalisée ; pertinence ou non d'une spécialisation par exemple cancérologie/maladies rares à l'orée du séquençage du génome total ou de région prédéterminées qui ouvriront bien d'autres champs possibles. Les champs du NGS sont multiples : génétique (dont maladies rares), oncologie, hématologie, HLA, prénatal, cytogénétique, anapath...
- Recherche clinique, translationnelle ou académique (évolution dans les techniques mêmes de séquençage ; source de brevets ; maîtrise du process ; choix des techniques, choix des régions à séquencer ; combinaison recherche a priori/recherche a posteriori avec le développement d'entrepôts de données)
- Financiers (dépenses et recettes dont incidence sur les MIG, HN, brevets etc.)
- RH : développement de nouveaux métiers (bio informaticien..)
- Juridiques (réglementation relative aux données de santé et accréditation)
- Nombre et localisation des implantations compte tenu du coût des machines et des compétences requises
- Internalisation ou externalisation partielle ou totale du process
- Relations et partenariats avec les sept universités d'Île-de-France et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST), relations avec les établissements privés

- Régionaux : stratégie cohérente à l'échelle du territoire – SROS génétique

Extrait : « *L'intégration des analyses omiques, issues du NGS mais aussi des autres approches globales, protéomique, métabolomique, interactomique, avec les autres données phénotypiques est essentielle pour permettre la compréhension des bases du déterminisme génétique du vivant de la situation normale comme de la situation pathologique.* » comme le rappelle également un rapport Aviesan. On peut ajouter aux données du phénotype, des données d'exposition à l'environnement (exposome).

Le NGS à l'APHP est en plein développement, mais il est étroitement lié à la mise en œuvre d'une stratégie de gestion des données (Big data)

L'APHP s'est résolument engagée depuis quelques années dans le développement du NGS, aidée en cela par le bénéfice de financements dédiés (PNMR2). A ce jour, les équipements sont actuellement utilisés pour le diagnostic et pour la recherche. Nos laboratoires sont quasi tous déjà équipés d'un, voire de plusieurs séquenceurs moyen débit (23 au total, répartis sur 11 GH) et pour certains d'entre eux ont accès à des séquenceurs NGS haut débit (7 au total). La plupart des séquenceurs moyen débit ont été acquis grâce aux crédits PNMR 2 (propriété APHP) mais sont mutualisés entre plusieurs disciplines, tandis que les séquenceurs NGS haut débit (>50Gb) sont souvent acquis *ou accessibles* via les universités ou l'Inserm.

Il apparaît ainsi que des collaborations se sont mises en place et fonctionnent dans le cadre d'une externalisation du séquençage NGS vers des partenaires publics. Au-delà du séquençage proprement dit, le niveau de prestations est variable selon les GH : fournitures de données (brutes, intermédiaires ou utiles) par le prestataire Université ou INSERM (sans doute en partie en fonction de la présence dans le site ou le GH de bio informaticiens), avec ou sans stockage de ces données par le prestataire public.

Néanmoins, ce développement du NGS pose plusieurs questions :

- coût des équipements à obsolescence rapide → politique à rechercher de développement des alternatives à l'achat et politique de mutualisation des équipements notamment pour le NGS très haut débit
- nécessité de prévoir dès l'acquisition, le coût de stockage et d'analyse (logiciel) des données
- nécessité de compétences en bio informaticiens et en ingénieurs
- nécessité d'une architecture réseau fluide et facilitante

Un groupe de travail Big Data en Biologie et Pathologie, qui a travaillé sur l'impact des nouvelles technologies générant des données massives (NGS, spectromètres de masse, scanners de lames etc) vient de remettre son rapport « **Perspectives Big Data à court et moyen terme - état des lieux et propositions** ».

Dans la partie état des lieux, le groupe dégage **les dix enseignements suivants** :

1. Nos laboratoires disposent déjà d'équipements générant des données massives à haute valeur ajoutée et de format très différents
2. Nos laboratoires développent de ce fait déjà des projets liés au Big data et nécessitant le stockage et traitement de données de masse
3. Nos laboratoires ont des pratiques de conservation des échantillons biologiques et des données informatiques très hétérogènes
4. Les pratiques de recueil des consentements des patients sont également divergentes
5. Les capacités actuelles de stockages sont insuffisantes pour couvrir les besoins à court terme ; les besoins exprimés avoisinent les 300To
6. Les infrastructures de support informatique (serveurs, réseaux, parc informatique obsolète) sont très largement insuffisantes pour permettre le développement des projets / l'utilisation à plein régime des équipements/ le stockage et l'utilisation des données générées. De ce fait, pour une majorité de GH, les infrastructures où sont stockées les données sont très largement hors APHP.
7. Les modalités d'accès aux données nécessitent d'être davantage sécurisées
8. Chaque GH dispose d'un ou plusieurs logiciels de traitement des données d'où une hétérogénéité des pratiques
9. L'évolution technologique fait apparaître des besoins importants en nouveaux métiers (bio informaticiens) tout en maintenant (à des degrés variables selon les équipements) des besoins propres en techniciens de laboratoires et en biologistes
10. L'évolution rapide d'une biologie « de pailleasse » à une biologie informatisée ne peut se faire qu'en étant accompagnée par l'acquisition des logiciels d'analyse et de traitement des données et par une amélioration de l'architecture réseau

Faute de compétences humaines et informatiques, un des GH se tourne aujourd'hui en partie vers un prestataire privé, Sophiagenetics pour l'analyse des données. Par ailleurs, dans le cadre d'un projet du Cancéropole, une prestation de service (production de séquence whole exome et whole genome) a été demandée à IntegraGen, société qui travaille en partenariat avec l'IGR et l'Inserm au sein du Génopole. Enfin, une expertise va être sollicitée prochainement pour évaluer la qualité des logiciels d'analyse proposés actuellement sur le marché ou pouvant être commercialisés via un partenariat (logiciel d'analyse élaboré par P. Nitschké sur Imagine, en test à CCH et NCK).

Fort de ces constats, le groupe formule donc une proposition de plan d'action (5 actions, découpées en sous-actions) :

1. Action 1 : clarifier et harmoniser l'application des règles juridiques
2. Action 2 : adapter le parc d'équipement aux évolutions technologiques
3. Action 3 : intégrer les aspects RH – nouveaux métiers
4. Action 4 : améliorer l'informatique – stockage et architecture réseau, analyse des données (logiciels) et intégration des données cliniques/biologiques
5. Action 5 : soutenir les projets Big Data et développer les partenariats

Pour assurer le suivi ces actions et leur réalisation concrète selon le calendrier qu'il aura défini, il est proposé de mettre en place un *comité de pilotage* associant des représentants des laboratoires présents dans le groupe Big data ainsi que les directions siège concernées (Secrétariat Général, DOMU, DAJ, CCS-SI Patient, OTT-PI) et la CME.

Ce plan d'action est valable pour le NGS moyen débit mais également pour le très haut débit. Néanmoins, compte tenu du coût en équipement (environ 700 K€, mais avec la nécessité de prendre en compte une probable démocratisation dans les prochaines années), il est nécessaire de s'interroger sur la stratégie de développement du NGS très haut débit à l'APHP, en s'interrogeant notamment sur la pertinence d'une externalisation (partielle ou totale) de l'activité.

3. Groupe de travail sous l'égide de la DOMU

Proposition de composition du groupe NGS (non validé)

Mission du groupe : définir la politique de développement du NGS à l'APHP

Principes guidant la proposition de composition du groupe :

- représentation souhaitée des grandes disciplines concernées par le NGS (cancérologie, maladies rares, pré-natal, hématologie, voire HLA etc) ; au sein de ces disciplines, représentation de biologistes mais également de cliniciens
- représentation de la CME
- représentation des universités qui sont à ce jour les principaux financeurs des NGS haut débit utilisés par nos biologistes
- représentation des directeurs de GH, intra et extra muros
- lien avec le groupe de travail Big data et Oncomolpath/Plan cancer 3

SSR spécialisés à l'AP-HP

Cette note a pour objectif de poser la problématique, les perspectives et les attendus du groupe de travail à venir sur le sujet des SSR spécialisés et SSR indifférenciés à l'AP-HP.

Préambule :

En anticipant l'organisation future de nos activités médicales dans le cadre du projet stratégique 2015- 2019, l'objectif de compléter ou de développer des filières spécialisées complètes au sein de chaque GH (service de MCO, SSR spécialisé) doit être privilégié, en cohérence avec nos activités hospitalo-universitaires de recours, d'expertise de formation et de recherche.

1. Contexte général

- 1) Les SSR sont actuellement financés par Dotation globale de Financement (DAF), par essence « enveloppe fermée », à hauteur de 474,3M€ en 2014.

Malgré tout, des développements d'activité :

- sont indispensables à nos filières de soins et encore possible par redéploiement.

En effet, les données chiffrées actuellement disponibles mettent en évidence la possibilité d'améliorer l'efficacité des structures existantes.

En 1^{ère} analyse,

- un raccourcissement de la DMS (> de 17% par rapport à la moyenne régionale et > de 34% / à la médiane pour le SSR « personne âgée polypathologique », par exemple) cumulé à
- une augmentation du taux d'occupation (notamment pour les SSR « système nerveux », « affections respiratoires » et « conduites addictives »)

permettraient le développement d'activités nouvelles dans le cadre des moyens existants à l'AP-HP.

- 2) L'ARSIF revisite actuellement son modèle d'attribution de la DAF SSR Ile de France (remise en cause de l'attribution des DAF historiques). La diminution de la somme attribuée concernera uniquement les établissements dont la DAF actuelle est supérieure à 30% à ce qu'elle devrait être selon le nouveau mode de calcul envisagé. Le montant attribué à l'AP-HP pour 2015 devrait être connu en décembre 2014.
- 3) L'incertitude concernant l'année de mise en œuvre d'une tarification « T2A SSR » (2016 ?) est encore telle qu'il s'agit de poursuivre le travail de déploiement des SSR spécialisés dans une logique de réponse à une demande de soins et de structuration d'une filière de soins cohérente. La cohérence de cette filière sera une des réponses en termes d'efficacité future par l'amélioration de la DMS en MCO.

2. Les problématiques

Dans ce cadre, le groupe de travail réfléchira plus précisément aux « **orientations thématiques** » nécessaires au sein des SSR « **personnes âgées polyopathologiques** » (PAP) correspondant à certaines pathologies telles que les AVC, la cardiologie, le digestif, l'orthopédie, le cancer, la psychiatrie...

La réflexion intégrera la nécessité absolue d'une évolution conséquente vers la **bascule ambulatoire** voulue par l'ARS.

Aussi, le groupe de travail devra **réfléchir selon les 2 modalités de financements** possibles :

- structures SSR financées par la DAF : revoir la répartition AP-HP actuelle des moyens, comme facteur d'amélioration de l'équité dans l'allocation des ressources, selon le niveau d'activité, la lourdeur des prises en charge, la prise en compte de la DMS
- structures SSR financées en T2A SSR

La réflexion devra partir de l'analyse des capacités actuelles et indiquer ensuite des orientations, tant quantitatives que qualitatives, pour une meilleure réponse de l'AP-HP aux objectifs de rééducation de ses patients tout en tenant compte du SROS SSR et de sa révision en début d'année 2015.

3. Groupe de travail

Un groupe de travail sous l'égide de la DOMU alimentera la réflexion sur ces thématiques.

Par ailleurs, il conviendra en dehors de ce groupe de travail d'asseoir une position institutionnelle pour les **4 établissements SSR** que sont Hendaye, La Roche Guyon, San Salvador et Berk dont les DMS, le tableau des effectifs et/ou la configuration des locaux attendus, notamment, dérogent aux décrets de 2008 sur les SSR. Un plan d'action devra être établi pour chacun d'eux afin d'améliorer leur situation.

La situation particulière de l'hôpital Villemin Paul Doumer devra également pris en considération.

SLD à l'AP-HP

1. Contexte général

L'avenant n°2013-2 au CPOM de l'AP-HP, signé le 12 novembre 2013, porte sur un plan d'action pour les SLD répondant aux orientations suivantes :

Une cible capacitaire SLD AP-HP en Ile de France : dans un délai de 15 ans, il est prévu **2 367 lits** installés dans les sites de l'APHP (contre 2879 lits installés fin 2013) ;

La mise aux normes :

- **Taux de chambre à 2 lits** inférieur ou égal à **5%** (contre 43% fin 2013)
- Le respect des **normes incendie** devra être complet au 31/12/17 pour tous les sites (exceptions faites des opérations de rénovation ou de reconstruction majeures dont l'achèvement est prévu après 2017)
- La conformité aux autres normes de l'arrêté du 26 avril 1999 devra être atteinte au plus tard à l'issue du plan selon un calendrier traduit dans un **PPI** à valider au plus tard le 30/06/2014.

D'autres éléments de contexte :

- L'accueil de patients SMTI > 60 %
- L'agrément à l'Aide Sociale
- La prise en compte des troubles du comportement
- Le développement éventuel de SLD spécialisés non gériatriques qui complèteraient les filières d'aval de l'aval MCO.

L'avenant prévoit des aides financières de l'ARS pour les **4 opérations majeures** (Sainte Perrine (2013), Paul Brousse (2014), Emile Roux (2015), La Collégiale (2016)) dont une tranche ferme de financement à verser de 2013 à 2016 pour un montant total de **40M€**. Le montant total des investissements s'élève quant à lui à **150M€**.

Ces opérations sont l'occasion d'avoir une réflexion sur des transferts éventuels de capacité d'autres sites ce qui donnerait lieu à une révision de l'avenant.

Le contenu de cet avenant a vocation à figurer dans le prochain CPOM à conclure entre l'ARSIF et l'APHP ainsi que dans les CPOM suivants.

2. Etat des lieux AP-HP

Problématique :

Une réunion de suivi de ce plan SLD a eu lieu en 2014.

L'ARSIF a bien reprécisé la nécessité :

- d'avancer sur le dossier des opérations majeures pour bénéficier des aides à l'investissement
 - de présenter un PPI pour les autres sites à mettre aux normes d'ici le 31-12-2014
 - de réaliser la mise en conformité de la sécurité incendie à l'horizon 2017
- Le transfert d'autorisation sera posé, le cas échéant.

Organisation des partenariats IDF sur les activités de recours à l'AP-HP

Le groupe de travail sera chargé de faire des recommandations au directeur général en vue de la mise en œuvre des orientations du plan stratégique de l'APHP se rapportant à la politique d'ouverture de l'APHP et d'intégration territoriale de ses groupes hospitaliers dans le cadre de partenariats organisés et coordonnés favorisant une médecine de parcours.

1. Contexte général

Le principe fondateur du plan stratégique est: **une AP-HP unie, ouverte et cohérente, inscrite dans les parcours.**

Ce principe est décliné en résumé de la façon suivante dans les orientations du plan stratégique:

- L'AP-HP doit s'ouvrir sur les autres acteurs de santé plus qu'elle ne l'a fait aujourd'hui et s'inscrire dans une médecine de parcours.
- Les relations de l'AP-HP avec les autres acteurs de santé doivent s'appuyer sur une politique institutionnelle partagée, globale, organisée fondée sur les besoins de prise en charge des patients.
- Ces relations doivent s'organiser de façon coordonnée en interne sans concurrence entre les GH.
- Afin d'assurer sa responsabilité dans l'organisation régionale, l'APHP proposera des partenariats renforcés et organisés et la création d'un réseau de correspondants de l'AP-HP permettant de garantir aux patients une prise en charge globale incluant les centres de recours et de référence de l'AP-HP.

L'AP-HP proposera à ses partenaires un cadre de coopération mobilisant en fonction des besoins, tous les outils possibles :

- 1- règles d'adressage et ré-adressage ;
- 2- protocoles communs de prise en charge (organisation et parcours clinique) ;
- 3- outils techniques comme la télémédecine, la télé-expertise, la transmission des dossiers médicaux, des analyses biologiques et des images ;
- 4- postes médicaux et soignants partagés ;
- 5- protocoles de recherche clinique communs ;
- 6- formalisation de réseaux ;
- 7- actions de formation ouvertes en dehors de l'AP-HP ;
- 8- partenariats organisés juridiquement.

2. Etat des lieux AP-HP

Les enjeux sont liés au positionnement de l'AP-HP dans un environnement en évolution. La place de l'AP-HP est très hétérogène selon les territoires et les spécialités. En médecine, elle est fortement présente dans le 75 et dans une moindre mesure dans le 92 et le 94.

En chirurgie, elle est également très présente dans le 75 malgré une part d'activité légèrement inférieure au secteur privé ainsi que dans une moindre mesure dans le 94 et le 92.

En obstétrique, la part d'activité de l'AP-HP est très élevée dans le 75 et également supérieure aux autres établissements dans le 92 et le 94.

Parallèlement, l'AP-HP occupe une place dominante dans les activités de recours régionales hors le segment de la cardiologie et de la périnatalité. Le périmètre sur lequel est fondée l'analyse de ces activités (évaluée selon la méthode ANAP validée nationalement) apparaît toutefois comme excessivement étroit. Il est insuffisant à illustrer le rôle de recours de l'AP-HP et à servir de point d'appui à l'organisation de partenariats.

L'hospitalisation publique se réorganise par ailleurs progressivement en Ile de France : une quinzaine de centres hospitaliers importants constituent désormais les premiers niveaux de soins spécialisés. Majoritairement situés en grande couronne, ils voient la population de leurs territoires augmenter de même que leurs parts d'activité.

La reconnaissance et l'organisation de filières de patients fondées sur la complémentarité entre les centres de recours et de référence de l'APHP et ces CH répond aux besoins de la population et à l'intérêt réciproque de l'APHP et des hôpitaux publics.

Les liens tissés entre l'APHP et ces établissements tendent d'ailleurs au cours de la période récente à se développer – ces partenariats se font à l'initiative des GH parfois même des responsables médicaux sans coordination à l'échelle de territoires qui sont eux-mêmes peu définis. Dans ce contexte, la cohérence et l'absence de concurrence entre GH ne sont donc pas garanties.

3. Un groupe de travail sous l'égide de la DOMU sera organisé pour répondre à ces problématiques

- 1 Comment mieux connaître notre environnement et ses évolutions (niveau AP et par GH) : caractéristiques des territoires, cartographie offre de soins, principaux partenaires notamment en grande couronne
- 2 Comment mieux connaître et mieux maîtriser notre positionnement : parts d'activité par territoire, identification des activités de recours (révision méthode ANAP), conférences stratégiques ...
- 3 Comment assurer la cohérence des partenariats mis en place (au niveau AP et de chaque GH) avec nos partenaires dans les territoires ? Une coordination supra GH peut-elle se mettre en place à cet effet ?
- 4 Quelles modalités de concertation durable avec nos partenaires : FHF et/ou CH ?
- 5 Quelles modalités juridiques et/ou financières de coopérations l'AP-HP est-elle en mesure de proposer à ses partenaires ? quels modèles peuvent-ils être à la disposition des GH pour mettre en place leurs coopérations ?
- 6 Comment parvenir à une stratégie commune AP/Universités dans ce domaine ?

Le groupe de travail pourra s'appuyer sur les conclusions de l'étude conduite par la FHF et l'APHP au 1^{er} semestre 2015 sur la modélisation de parcours patients hospitaliers (territoires des CHSF – GHEF – CH Pontoise pour des prises en charge en pédiatrie, cancérologie et cardiologie)

Neuroradiologie Interventionnelle

Fiche en construction.

L'objectif du groupe est de réfléchir à la fois à la démographie médicale de la spécialité, aux filières de prises en charge AP/hors AP des GH, mais aussi aux changements de thérapeutiques des AVC ischémiques (thrombolyse versus thrombectomie) qui vont modifier le fonctionnement des unités ne disposant pas de service de Neuroradiologie interventionnelle.