



Paris le 23 NOV. 2012

3 avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
secretariat.dg@sap.aphp.fr
secretariat.cme@sap.aphp.fr
D.2012-6856

Monsieur Claude EVIN
Directeur général
ARS Ile de France
35 rue de la Gare
75019 Paris

LA DIRECTRICE GENERALE

Monsieur le directeur général,

LE PRESIDENT DE LA CME

Nous souhaitons, en complément de la contribution commune avec la FHF d'Ile-de-France qui vous a été transmise, vous manifester par cette contribution spécifique tout l'intérêt porté par l'AP-HP au vaste mouvement de réflexion et de prospective collective conduit par les services de l'agence en vue de l'élaboration du SROS-PRS 2013-2017 et qui a été suivi de façon attentive par le directoire de l'AP-HP. Nous vous remercions à cet égard pour les échanges fructueux que nous avons pu avoir tout au long de ce processus sur certaines thématiques concernant spécifiquement le CHU d'IdF.

La concertation que vous avez ouverte nous permet de vous faire part des observations d'ordre général que la méthode et les orientations du SROS-PRS appellent du point de vue de l'AP-HP. Certains points de discussion résiduels feront également l'objet d'un rappel de notre position. Enfin, nous souhaitons en conclusion de cette note vous faire part des engagements que l'AP-HP souhaite prendre afin de contribuer de façon volontariste aux enjeux d'évolution de notre système de santé régional.

I - OBSERVATIONS GENERALES

1. Sur la méthodologie du SROS-PRS

Nous sommes très conscients du chantier considérable que vos services ont mené à bien en s'efforçant d'assurer la concertation nécessaire avec les professionnels concernés.

Contraints par le cadre réglementaire, ils ont rencontré des difficultés pour mettre en œuvre sur le plan méthodologique les ambitions de transversalité que le PRS avait affichées initialement. Il en a résulté des démarches ainsi que des programmes qui ont été confrontés à la difficulté d'établir un lien plus étroit entre le SROS ambulatoire et le SROS hospitalier de même qu'avec le SROS médico-social.

Un important travail, très consommateur de temps et de déplacements, a été réalisé pour l'actualisation des SROS hospitaliers. Il a associé de nombreux professionnels experts de l'AP-HP pour leur spécialité. Eu égard, sans doute, au caractère récent des schémas précédents, les avancées en termes de réflexion ont pu apparaître à certains des contributeurs d'une portée modeste.

Certains sujets comme les affections de longue durée et la prise en charge des personnes âgées auraient mérité, comme cela avait été envisagé initialement, la mise en place d'une méthodologie plus innovante « supra SROS ». Il est regrettable que les deux années qui viennent d'être consacrées au SROS-PRS n'aient pas permis d'associer plus durablement dans la réflexion les acteurs de l'ambulatoire, du social et du médico-social avec ceux du sanitaire sur des thématiques qui les concernent tous.

Nous formons le vœu que ce cadre soit mis en place pour l'avenir et que l'AP-HP y trouve sa place comme acteur essentiel et partenaire des autres intervenants de notre système de santé.

Nous vous exprimons par ailleurs, même si nous comprenons les contraintes fortes de vos services, notre regret que les documents du SROS hospitalier aient été rendus publics de façon tardive, ce qui a empêché un dialogue préalable que nous considérons comme nécessaire sur certaines grandes orientations pour notre région, y compris au sein du comité de pilotage qui a permis par ailleurs des échanges intéressants entre fédérations.

2. Sur le diagnostic et les enjeux du SROS-PRS

Le SROS-PRS apporte un éclairage nécessaire sur les inégalités de santé, les difficultés d'accès aux soins des populations précaires ainsi que sur les disparités territoriales. Nous veillerons à ce que ces éléments soient mieux pris en compte dans la réflexion stratégique de l'AP-HP.

En ce qui concerne l'offre de soins, le diagnostic sur la fragilité de l'offre de premier recours et sur l'insuffisance des structures médico-sociales apporte également un éclairage nouveau et important. Celui fait sur l'offre hospitalière est moins précis et ne permet pas de cerner suffisamment certaines situations de fragilité, territoriales ou sectorielles, que la région risque de connaître au cours des prochaines années. La mission confiée à Didier Bourdon sur l'offre territoriale contribuera à compléter, au moins partiellement, ce diagnostic.

L'accent mis sur les difficultés à venir du fait de la démographie médicale en ville et à l'hôpital est pleinement justifié. Nous considérons que l'AP-HP en tant que CHU doit se préoccuper fortement de ces sujets et être partenaire, avec l'université, de l'agence régionale de santé pour définir des mesures de corrections réalistes et pertinentes.

Nous regrettons en revanche que la problématique médico-économique soit peu présente dans le SROS-PRS tant en ce qui concerne l'investissement que les moyens de fonctionnement hospitaliers. La gestion et la modernisation du patrimoine hospitalier, particulièrement au sein des hôpitaux de l'AP-HP, seront un enjeu majeur pour la région IdF au cours de ces prochaines années.

Enfin, la nécessité d'une approche territoriale est évoquée à de nombreuses reprises. Nous la partageons totalement, tout en rappelant nos réserves sur le découpage territorial adopté par l'agence régionale. Pour être pleinement fructueuse et opérationnelle, cette approche territoriale gagnera à être complétée par des indications plus concrètes sur les projets de l'agence en ce qui concerne les infra-territoires et notamment les notions de projet et de contrat de territoire qui y seraient associées.

3. Sur les orientations du SROS-PRS

Nous adhérons de façon générale aux orientations proposées par le SROS-PRS tout en appelant l'attention de l'agence sur les points suivants.

Le SROS-PRS affirme notamment le principe de la responsabilité territoriale des universités et du CHU au regard de la démographie médicale régionale. Nous considérons que ce principe est légitime et pertinent et qu'il appartient au CHU, avec l'université, de se préoccuper des filières de spécialités en difficultés. Cette démarche ne constitue toutefois pas la seule solution et ne doit pas se substituer aux efforts et aux actions des acteurs locaux pour une meilleure organisation et coordination. De même, la télémédecine, qui est un des éléments contributifs à la résolution de la problématique plus globale de la démographie médicale, doit constituer une technique à développer sur la base de plates-formes associant les partenaires intéressés et concernés. Les coopérations entre professionnels de santé que nous tentons de développer, malgré un dispositif complexe, constituent également une piste intéressante. L'AP-HP sera bien sûr présente dans ces projets lorsque cela se justifiera.

Nous vous redisons par ailleurs notre préoccupation d'une bonne articulation avec les soins de premier recours dont la coordination en ville et à l'hôpital doit faire l'objet d'expérimentations au plus près du terrain en association étroite avec l'ensemble des acteurs.

Nous souhaitons également que le principe de graduation des soins, qui est affiché comme un objectif nécessaire par le SROS-PRS et que nous partageons totalement, soit décliné de façon plus concrète par les différents volets du SROS ; les annexes territoriales devront être complétées afin de faire apparaître plus clairement le rôle du CHU et l'articulation à envisager entre les activités de proximité et de recours avec les autres établissements de santé.

Nous avons enfin souligné fortement, lors de la phase de concertation sur le PSRS, combien il était essentiel que le poids et le rayonnement de notre région, au plan médical et scientifique, soient reconnus à leur juste valeur. La concentration exceptionnelle d'équipes médicales et scientifiques de haut niveau ainsi que paramédicales donne à la région des atouts majeurs que nous devons préserver et développer dans l'intérêt des patients. La complexité de la préparation du SROS-PRS n'a pas permis de préciser comment cette ambition pourrait être déclinée de façon conjointe par nos deux institutions. Ce travail reste à mener et nous sommes bien sûr à votre disposition pour conduire cette réflexion avec le soutien du directoire et particulièrement du président de la conférence des doyens et du vice-président chargé de la recherche.

II - POINTS DE DISCUSSION CONCERNANT L'OFFRE DE SOINS PAR DOMAINE D'ACTIVITÉ

Pour faire suite aux échanges qui ont jalonné l'élaboration des schémas par activité de soins et à propos desquels nous espérons une conclusion consensuelle, l'AP-HP confirme ses propositions sur les quelques sujets de discussion résiduels qui suivent.

• CHIRURGIE ET GREFFES CARDIAQUES

L'AP-HP inscrit l'organisation de son offre de soins en chirurgie cardiaque dans une vision plus large, légitimée par l'identification de centres lourds cardio-vasculaires médico-chirurgicaux. Ces centres intégrés réalisent les activités de cardiologie interventionnelle (rythmologie, pose de valve aortique percutanée, assistance circulatoire au lit du malade, angioplastie coronaire complexe), de greffes cardiaques et de chirurgie cardiaque dont la présence sur le même site ainsi que celle des moyens humains et techniques correspondants sont imposées par la réglementation.

Compte-tenu des besoins à couvrir et de l'évolution des techniques de prise en charge, l'identification de 4 centres lourds ayant vocation à couvrir le nord, le sud, l'ouest et l'est de la région en lien avec les 4 UFR référentes correspond à la proposition du CHU.

• NEURORADIOLOGIE PÉDIATRIQUE

L'analyse des besoins à couvrir, caractérisés par une stabilité voire une baisse, nous amène à penser qu'un site régional est en mesure d'assurer les prises en charge d'enfants nécessitant des actes de neurologie interventionnelle par voie endovasculaire. A cet égard, le site de Bicêtre qui bénéficie d'une autorisation en cours et qui présente les conditions d'activité, de ressources médicales et d'équipements ad hoc ainsi que d'environnement pédiatrique n'a pas lieu d'être remis en cause à l'échéance du SROS-PRS. Si l'agence estime cependant qu'une seconde implantation s'avère nécessaire, l'AP-HP instruira les conditions de cette implantation sur le site de Necker.

• DIALYSE PÉDIATRIQUE

La prise en charge des enfants souffrant de problèmes néphrologiques s'effectue actuellement sur les 3 sites pédiatriques de l'AP-HP. Des possibilités de traitement par dialyse y sont associées. L'AP-HP souhaite que cette offre soit maintenue à échéance du SROS 2013-2017 en raison de la cohérence que les spécialités pédiatriques doivent conserver, celle-ci garantissant la qualité et la continuité des prises en charge offertes aux enfants et à leur famille. L'évolution de cette offre, si elle doit s'envisager, se fera avec le souci premier de ne pas déstabiliser les équipes ni les prestations existantes. Une démarche de réflexion interne se met en place à cet égard, à laquelle l'agence régionale de santé sera associée.

En outre, le site de Trousseau, qui fait partie des centres de référence "maladies rares de l'enfant et de l'adulte" et qui serait visé par une possible suppression de sa dialyse, réalise grâce à elle les dialyses chroniques et les dialyses aiguës pour les autres services du site (réanimation, neurologie, mais aussi chirurgie viscérale et maternité pour la prise en charge des urino-néphropathies malformatives), ainsi qu'une importante activité d'aphérèse (plasmaphérèse, LDL aphérèse, immunoabsorption).

Le service de néphrologie de l'hôpital Trousseau partage par ailleurs avec les 2 autres sites pédiatriques, en particulier Robert Debré, une collaboration étroite (protocoles communs de suivi, concertation pluridisciplinaire). Il faut noter également que la réalisation des greffes rénales pédiatriques a été regroupée sur 2 sites en 2011, avec une prise en charge pré-greffe et un suivi post-greffe sur 3 sites selon des modalités discutées en commun.

• **SOINS PALLIATIFS**

Le projet expérimental proposé par le GH HUEP pour le site de Saint Antoine mérite un soutien de l'agence eu égard à son intérêt en tant qu'il contribue à une meilleure prise en charge des patients en fin de vie accueillis aux urgences.

L'attention de l'agence est également appelée sur la nécessité de permettre la mise en place d'une équipe de soins palliatifs pédiatriques pour les enfants en fin de vie hospitalisés à l'hôpital Robert Debré.

III - L'AP-HP s'inscrit dans la mise en œuvre du SROS-PRS et contribue à sa déclinaison régionale et territoriale au travers des actions et orientations suivantes.

- L'AP-HP poursuit la réorganisation de son offre de soins, sous l'impulsion de ses groupes hospitaliers et de leur nouvelle gouvernance. Ces réorganisations, déjà fortement engagées, ont pour objectif la gradation des soins, la structuration de filières internes et la complémentarité des sites hospitaliers, améliorant aussi la qualité des soins et l'efficacité. Elles ont déjà débuté pour ce qui concerne la restructuration des activités de cancérologie par la labellisation de centres intégrés. La réorganisation des activités de biologie est en projet pour les années à venir.
- A l'exemple des candidatures mutualisées proposées pour la chirurgie orthopédique et viscérale, l'AP-HP contribuera activement à la nouvelle organisation de la permanence des soins dans les différentes spécialités dont la cartographie est en cours de révision. La création de services d'aval des urgences est par ailleurs un de ses thèmes prioritaires pour l'amélioration de la prise en charge des patients accueillis aux urgences.
- L'AP-HP est engagée également dans le développement des coopérations territoriales, appuyé notamment sur les rapprochements engagés avec des établissements hors AP-HP dans le 92, le 93 et le 94.
- Elle a le souhait de mettre en place un socle de collaboration avec la médecine de ville sous toutes ses formes de statuts, avec l'appui de sa mission Ville Hôpital, et sur la base des expériences pilotes à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Louis Mourier.

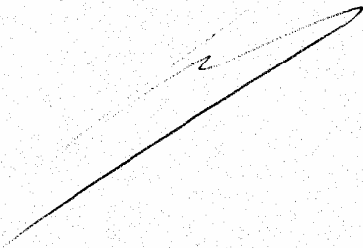
- L'AP-HP continuera de participer activement aux expérimentations de parcours de soins pour personnes âgées impliquant notamment les professionnels des sites de Lariboisière, Béclière et Bretonneau.
- Enfin, la transformation de l'Hôtel Dieu doit être l'occasion d'un grand projet universitaire de santé publique, axé sur la prévention, les soins primaires, le lien avec la ville et la collaboration avec l'université pour la formation médicale et paramédicale.

Souhaitant que ces axes soient la base d'un travail constructif pour nos deux institutions,

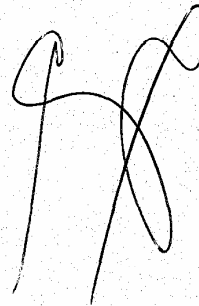
Nous vous prions d'agréer, monsieur le directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

Pr. à v. s.

Mireille FAUGERE

A handwritten signature in black ink, consisting of a long, sweeping horizontal line that curves upwards at the end, with a small loop above it.

Pr Loïc CAPRON

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'L' shape with a loop at the top and a vertical line extending downwards.