Contribution au plan stratégique médical 2020-2024
Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité :
Pneumologie

Principaux rédacteurs :
Bureau de la collégiale

Q1. **Contexte général de la spécialité**
La pneumologie se place au cœur des problématiques de santé publique du fait de l'augmentation des maladies respiratoires liées au vieillissement de la population, au tabagisme, à l'accroissement majeur de la pollution et autres agents critiques de l'environnement. La pneumologie prend en charge un très large éventail d'affections pleuro-pulmonaires lourdes (cancérologie, infections, maladies vasculaires pulmonaires, insuffisance respiratoire, troubles respiratoires du sommeil, maladies immuno-inflammatoires, mucoviscidose, asthme, bronchopathie chronique obstructive). Elle s'est également fortement investie dans la prise en charge des maladies rares à travers un réseau labellisé par le ministère de centres de référence et de compétence ainsi que de filières de soin (RespiRare et RespiFil) dont certaines sont dédiées entre autre à la transition enfants-adultes et à la prise en charge des maladies respiratoires chroniques rares de ces patients. L'AP-HP abrite les centres coordonnateurs de la plupart de ces filières nationales adultes ou Pédiatriques, le centre coordonnateur de l'hypertension pulmonaire, 6 centres constitutifs et 5 centres de compétences rattachés à ces filières. La spécialité nécessite le recours à des gestes techniques de plus en plus complexes et parfois invasifs justifiant la mise en place de centres experts en pneumologie interventionnelle (endoscopies, explorations des affections pleurales, assistance ventilatoire, prise en charge des troubles respiratoires du sommeil).

Q2. **Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité**
La part croissante des maladies respiratoires en termes de mortalité et de morbidité, représentant une cause majeure de handicap, est actée dans plusieurs rapports d'experts comme celui de 2017 de l'IGAS/IGAENR qui souligne que ces maladies s'inscrivent clairement dans les priorités de santé publique identifiées. Leur prévalence cumulée dépasse largement les 10 millions de personnes en France dont 20 % environ en Île-de-France. Les maladies respiratoires sont responsables de plus d'1 décès sur 10 en France. L'OMS anticipe pour 2030 une majoration des décès liés dans le monde à ces maladies (BPCO et cancers en particulier). Ce dernier représente la 1ère cause de mortalité par cancer chez l'homme (26 %), la seconde chez la femme (13 %).

Q3. **Contexte en matière de démographie médicale**
La densité médicale en pneumologues en Île-de-France est globalement stable sur ces 5 dernières années avec, en 2018, 5,5 pneumologues pour 100 000 habitants. Le nombre de pneumologues exerçant en Ile de France est faible (2700) comparativement à d'autres spécialités (cardiologie (6100), gastro-entérologie (3400), par exemple) malgré un poids épidémiologique comparable. La démographie médicale pneumologique est marquée par un exercice salarié pour 76% vs 24% d'exercice libéral ou mixte, une forte féminisation de la profession (35% des DES de pneumologie en Île-de-France en 2013, 88% en 2017, 53% en 2018), une population vieillissante (19 % < 40 ans et

28% > 60 ans).

Q4. **Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence**

Les **points positifs** majeurs à porter au crédit de l'AP-HP :

1) Mission publique d'égalité des soins
2) Activités de référence et de recours (centres de référence et compétence), tout en maintenant sa place dans la prise en charge de proximité
3) Médecine de pointe en terme d'innovation diagnostique et thérapeutique et recherche clinique
4) Masse critique exceptionnelle assurant son positionnement privilégié dans de grands réseaux de recherche nationaux comme internationaux
5) Plus grand centre hospitalo-universitaire de France assurant un enseignement de haute qualité.

Plusieurs **points** apparaissent comme **négatifs** et pourraient venir en faveur de la concurrence :

6) Injonctions contradictoires de nos tutelles quant à la nécessité d'assurer en même temps nos missions de service public hospitalier, de soins de proximité, et celles de centres de recours et d'excellence. Injonctions également quant au virage ambulatoire sans les assortir des moyens (PM et PNM) nécessaires.
7) Activités plus rentables dans les établissements privés qui ne gèrent pas les problèmes liés à la précarité (choix de leurs types d'activités, sélection des patients assurés sociaux, désaffection dans la prise en charge des complications de ce type d'activité et des longs séjours qui peuvent en découler. Ces patients, jugés «non rentables » sont alors le plus souvent assumés par l'AP-HP mais « pénalisent » les services qui les prennent en charge en matière de DMS et d'activités.
8) Perte d'attractivité énorme pour les PM/PNM (développée ci-dessous) qui quittent l'AP-HP au profit de structures concurrentielles en matière de salaire et/ou de conditions de vie au travail
9) En corollaire : a) Départ vers le privé de certaines activités rentables (sommeil) sur lesquelles l'AP-HP ne s'est pas engagée b) Développement dans des ÉSPIC ou des centre privés de certaines activités de pointe (transplantation pulmonaire…) ou de recherche clinique de qualité (à promotion académique et/ou industrielle)

Q5. **Modalités d'amélioration de l'attractivité**

Pour <u>les patients et les correspondants de ville</u>

1) Amélioration des infrastructures d'accueil des patients, y compris téléphonique^{++}, mais aussi en locaux et en hôtellerie (degré d'insatisfaction majeure sur les repas par exemple)
2) Amélioration des liens ville-hôpital : visibilité de l'offre de soins grâce à une médicalisation de la communication de l'AP-HP plutôt qu'un accent majoritaire sur la notation globale des hôpitaux (par référence à certains sites touristiques très en vogue)
3) Accès facilité à des RV de CS ou d'hospitalisation rapides tout en conservant la possibilité de les gérer selon une hiérarchisation des urgences
4) Plus grande fluidité dans les relations avec les médecins généralistes en favorisant leur accès aux PM de l'AP ainsi que leur accès aux CR de leurs patients pris en charge à l'AP.

Les 2 points précédents ne seront **pas** résolus par des logiciels (*Doctolib*, par ex.) mais en remettant au contraire des contacts humains compétents et professionnels (secrétariat^{+++}) au cœur de ces interactions

Pour <u>le PM et le PNM</u>

1) halte au glissement des tâches et à la réduction massive des secrétaires hospitalières
2) intégration plus complète des PNM à la PEC des patients en développant l'activité d'infirmières de pratique avancée, en leur déléguant certaines activités d'éducation thérapeutique, en intégrant les MP à l'équipe soignante en matière par ex de la réhabilitation respiratoire, partie intégrante des soins hospitaliers de certaines affections

3) revalorisation des salaires (disparité majeure avec les ÉSPIC/centres privés)
4) valorisation des activités hors soins des médecins non universitaires avec une valence explicite pour eux d'enseignement/recherche.
5) raccourcissement majeur des procédures de recrutement des PH (actuellement 15 mois environ entre l'identification par la CTEM locale et l'entrée en fonction de procédure, suivis puis d'1 an de période probatoire)
6) revalorisation des demi-journées pour les PM Attachés, PM cruciaux en termes d'interface ville-hôpital
7) amélioration pour tous, PM et PNM, des conditions de vie au travail, passant entre autres par l'évaluation des qualités managériales de la gouvernance des services (responsables médicaux tout comme cadres)
8) Meilleure visibilité des spécificités de l'AP-HP très attractives pour les jeunes en formation (centres de référence/compétence, accès fondamental à des activités de recherche grâce à l'inscription des services comme membres d'unités institutionnelles de recherche).

Q6. **Marge de progression du virage ambulatoire**

À l'échelle de l'AP-HP, les 5 affections respiratoires les plus fréquentes en HDJ sont les cancers pulmonaires, la BPCO, l'insuffisance respiratoire, les maladies vasculaires pulmonaires et les pneumopathies interstitielles, ces 2 dernières réflétant essentiellement l'activité des centres de référence/compétence dédiés. 100% des séances ont trait à la prise en charge de tumeurs pulmonaires. Les venues représentent 34% de l'activité en pneumo ; la greffe pulmonaire, l'insuffisance respiratoire, la mucoviscidose (CRCM) et maladies vasculaires pulmonaires y représentent la grosse majorité, en partie également dans CR/CC maladies pulmonaires rares et CRCM.
Cancers, affections respiratoires obstructives et insuffisance respiratoire sont en nette progression du point de vue épidémiologique (cf. Q2). La greffe pulmonaire a fait l'objet récemment d'une stratégie très volontariste de fort développement de cette activité dans l'AP-HP (forte concurrence des ÉSPIC d'Île-de-France sur le sujet). Ces faits indiquent clairement l'augmentation d'activité en HDJ à anticiper pour les années à venir.
D'autres pathologies / situations cliniques sont susceptibles d'une bascule relative vers l'HDJ *vs* HC à l'heure actuelle, en particulier :

- Evaluation diagnostique et thérapeutique d'une suspicion de cancer bronchique, de pathologies interstitielles, d'un asthme sévère, d'une BPCO
- la prise en charge d'embolies pulmonaires non graves
- la prise en charge des pneumothorax
- la mise en place de soins palliatifs
- l'aval du SAU en situation semi-urgente
- la désensibilisation aux allergènes
- certains actes diagnostiques (cathétérisme cardiaque droit, échoendoscopie avec ponction transbronchique à l'aiguille, biopsie transthoracique sous scanner)

Ce « virage ambulatoire » et l'augmentation en charge qui est à anticiper de ce fait en HDJ ne pourra se réaliser qu'au prix

1) **de la prise en compte des impacts organisationnels du virage ambulatoire**
    a. Concentration de patients lourds en HC
    b. Impact potentiel sur la capacité d'aval du SAU.
2) **adaptation des capacités des plateaux techniques** locaux à l'augmentation d'activité des HDJ impliquant une démarche globale de site
3) **d'une politique de ressources humaines appropriée en raison:**

- d'une organisation contraignante : besoin de personnel dédié pour programmer (AS, secrétaires^{++})

- Médecin responsable temps plein affecté à l'HDJ, seul gage de son bon fonctionnement
- Pratique avancée pour les IDE

4) d'une valorisation de l'activité

- du temps médical passé pour coordination et synthèse
- des médecins d'autres spécialités présents en HDJ pour avis

5) d'une valorisation des examens réalisés sur les plateaux techniques locaux (tarification souvent très inférieure à celle des mêmes examens réalisés en externe)

Q7**. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans**

Tous les domaines d'activité de la pneumologie sont susceptibles d'être impactés par la dynamique des innovations diagnostiques en pleine expansion : imagerie thoracique et radiologie interventionnelle, endoscopie bronchique (écho-endoscopie, cryobiopsies, navigation éléctro-magnétique endobronchique, alvéoloscopie), diagnostic moléculaire (cancers bronchiques, formes familiales des maladies respiratoires, formes sporadiques de ces affections mais à caractère évolutif particulier, pathologies infectieuses, affections vasculaires pulmonaires), exploration de la commande ventilatoire, des troubles respiratoires du sommeil, des dysfonctions musculaires respiratoires.

La place des outils connectés est en pleine définition dans les troubles du sommeil, la détection précoce des dysfonctions chroniques du greffon pulmonaire, par ex.

L'intelligence artificielle est également en plein développement pour le diagnostic des nodules pulmonaires, la caractérisation des pathologies interstitielles.

Des plateformes de diagnostic rapide (cancers et affections non tumorales), faisant appel entre autre à l'IA, sont en cours de développement.

Q8. **Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans**

Elles sont à anticiper dans tout le champ de la discipline, où elles sont d'ores et déjà largement mises en place, et en particulier :

- thérapies ciblées en oncologie thoracique
- biothérapies dans l'asthme sévère, la fibrose pulmonaire idiopathique, les maladies vasculaires pulmonaires
- support ventilatoire des insuffisants respiratoires aigus ou chroniques (VNI, appareillage des syndromes d'apnées du sommeil, ...)
- support en situation de défaillance respiratoire terminale, en pré-greffe par ex. (*extra corporeal membrane oxygenation*, ECMO).
- endoscopie interventionnelle : thermoplastie dans certains asthmes sévères, techniques de désobstruction bronchique, mise en place de prothèses endobronchiques imprimées en 3 D, mise en place de dispositifs permettant une réduction de volume pulmonaire dans certains emphysèmes en alternative à la chirurgie de réduction de volume et/ou à la greffe, optimisation du conditionnement des greffons,

Les développements de la pharmaco-biologie seront un outil majeur des stratégies thérapeutiques personnalisées (cancers, maladies vasculaires pulmonaires, pathologies interstitielles, …) pour un ajustement optimal du rapport bénéfices / risques chez les patients.

Q9. **Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans**

Du fait de l'allongement de la durée de vie dans certaines pathologies (ex. : cancer du poumon) et de son impact sur les files actives de patients et leur suivi, en dehors même des innovations diagnostiques et thérapeutiques sus-décrites, l'essentiel des innovations de prise en charge sera en lien avec les nouveaux modes d'organisation :

- renforcement majeur des réseaux ville-hôpital grâce en partie à l'ouverture des statuts des PM qui pourront exercer beaucoup plus facilement une activité mixte, libérale et hospitalière
- liens forts avec les GHT de proximité et/ou les CHG d'Île-de-France avec lesquels des collaborations de pratiques de soins et de recherche clinique se mettent en place (importance $^{+++}$ des assistants partagés)
- formation et recrutement d'IDE de coordination, d'IDE de pratique avancée, d'IDE en charge de l'éducation thérapeutique
- plus de prise en charge ambulatoire, à condition que les facteurs potentiellement bloquants (sus-décrits) aient trouvé des solutions adaptées
- développement des visioconférences et équipement adéquat des structures pour la mise en place de RCP communes (cancers, pathologies interstitielles…)
- développement des collaborations de recherche avec les établissements conventionnés avec l'AP-HP en termes de personnels universitaire et/ou hospitalier

Q10. Aspects universitaires de la spécialité

La réforme du 3^{e} cycle mise en place en 2017 s'est accompagnée de l'augmentation d'une année de la formation des DES de pneumologie (5 ans au lieu de 4). L'attractivité de la spécialité au choix de l'ECN reste relativement stable, dans la moyenne de l'ensemble des spécialités. Si l'Île-de-France semble encore attractive au plan de la formation du fait de la pluralité des services de pneumologie, le suivi des internes d'Île-de-France fait émerger de plus en plus de souhaits de quitter l'Île-de-France au terme de leur formation. De plus, les difficultés et les lourdeurs de fonctionnement des structures HU et H que les internes découvrent en poussent un certain nombre à envisager très tôt dans leur cursus de s'orienter vers une activité libérale, ce qui est une tendance nouvelle. Cette tendance va probablement se renforcer à l'heure où il est demandé par l'ARS d'étendre les offres de stage aux structures hors AP-HP (structures libérales, ÉSPIC, CLCC, CHG). Cette orientation risque de mettre en difficulté les services de l'APHP. Ce point est renforcé par l'ambiance morose présente depuis de nombreux mois/années avec la diminution de la motivation des HU et H en poste (non spécifique de la pneumologie) aboutissant au départ récent de pneumologues HU et H de l'APHP.

En 2020, nomination d'un PU-PH et un MCU-PH à l'APHP. Perspectives de mise sur la liste d'aptitude en 2021 de 2 PU-PH et 1 MCU-PH. La sous-section 51.01 de pneumologie du CNU identifie très en amont les potentiels candidats à une carrière HU afin de les accompagner. À l'heure actuelle, 4 MCU-PH en poste à l'APHP espèrent accéder à un poste de PU-PH sans qu'une échéance ne soit définie, et 5 jeunes médecins (CCA, PHU, PH) ont débuté un parcours en vue d'accéder à terme à un poste de PU-PH.