ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

RAPPORT D'ACTIVITE

2013

DE L'AP-HP

Direction de l'Inspection et de l'Audit

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 9

1 - LES CHIFFRES CLEFS ET LES EVENEMENTS MARQUANTS DE L'AP-HP EN 2013 11

2 - LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE 15

3 - LES PROJETS PRIORITAIRES 19

4 - L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE 23

5 - LA POLITIQUE DE SOINS 29

6 - L'INNOVATION, LA RECHERCHE ET LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE 50

7 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES 60

8 - LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DU PATRIMOINE 60

9 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES PATRIMONIALES, LOGISTIQUES ET LE MANAGEMENT DURABLE 60

10 - LES SYSTEMES D'INFORMATION 60

11 - LA POLITIQUE ECONOMIQUE ET FINANCIERE 60

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAPP	Analyse et amélioration des pratiques professionnelles
ACHAT	Achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques
AE	Autorisations d'engagement
AES	Accident d'exposition au sang
AGEPS	Agence générale des équipements et produits de santé
AGOSPAP	Association pour la gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes
ANSSI	Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
ARAMIS	Logiciel « Application des résultats d'activité des MIS »
ARS	Agence régionale de santé
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifié
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATI	Agence technique informatique
ATIH	Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
BHSCT	Bilan annuel d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
BI	Domaine Business Intelligence
BO	Bloc opératoire
CAP	Conseil des aînés et des proches
CAP	Commissions administratives paritaires
CBN	Calcul des besoins nets
CBU	Contrat de bon usage des médicaments
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCP	Commission des contrats publics
CCS	Centres de compétences et de services
CCSSIRMT	Commission centrale du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CCS-TCC	Centre de compétences et de services - Travail collaboratif et communication
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
CERTA	Centre d'expertise gouvernemental de réponse et de traitement des attaques informatiques
CESU	Chèque emploi service universel
CFCPH	Centre de formation continue des personnels hospitaliers
CFDC	Centre de la formation et du développement des compétences
CFU	Compte financier unique
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail
CIB	Centre d'investigation biomédicale
CIC	Centre d'investigation clinique
CIN	*Section of Cancer Information*, section données du cancer
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CISS IDF	Collectif inter associatif sur la santé d'Ile-de-France
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLASS	Contrat local d'amélioration santé sécurité au travail
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLTR	Crédits long terme renouvelables
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COC	Comité opérationnel cancer

COFRAC	Comité français d'accréditation
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
ComUE	Communautés universitaires d'établissements
CORRUSS	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CP	Crédit de paiement
CPRP	Conseillers en prévention des risques professionnels
CPS	Cellule de pilotage stratégique
CRB	Centre de ressources biologiques
CRC	Centre de recherche clinique
CRCI	Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
CREX	Comité de retour d'expérience
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CRMBSP	Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique
CRP	Compte de résultat principal
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CRUA	Chargé des relations avec les usagers et les associations
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CSERD	Centre de soins, d'enseignement de recherche dentaire
CTEC	Comité technique d'établissement central
CTEL	Comité technique d'établissement local
CVRiS	Comité vigilances risques associés aux soins
DADSU	Déclaration automatisée des données sociales unifiée
DAJ	Direction des affaires juridiques
DDPA	Département des droits du patient et des associations
DDPCM	Département du développement professionnel continu médical
DEC	Département essais cliniques
DEFIP	Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHU	Département hospitalo-universitaire
DIA	Direction de l'inspection et de l'audit
DIF	Droit individuel à la formation
DIRC	Délégation interrégionale à la recherche clinique
DMI	Dispositif médical implantable
DMP	Dossier médical personnel
DMS	Dispositif médical stérile
DOMU	Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
DPA	Dossier patient
DPM	Direction de la politique médicale
DPT	Direction du pilotage de la transformation
DRCD	Département de la recherche clinique et du développement
DRCI	Direction de la recherche clinique et de l'innovation
DRH	Direction des ressources humaines
DRI	Délégation aux relations internationales
DSAP	Direction des soins et des activités paramédicales
DSI	Direction des systèmes d'information
DSPC	Direction du service aux patients et de la communication
DUCS	Déclaration unifiée de cotisations sociales
ECTIF	Ecole de chirurgie et technique interventionnelle d'Ile-de-France
EDP	Entrepôt de données partagé
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EI	Evénement indésirable
EIFEL	Economie, investissement, finances et logistique
EIG	Evénement indésirable grave
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles

EPRD	Etat des prévisions de recettes et de dépenses
EQS	Echelle de qualité de soins
ETP	Equivalent temps-plein
ETPR	Equivalent temps plein rémunéré
EVDG	Ecole du Val-de-Grâce
FERCM	Fonds d'étude et de recherche du corps médical
FFI	Faisant fonction d'interne
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GH	Groupe hospitalier
GIRCI	Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation
GPEMC	Gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HEC	Ecole des hautes études commerciales
HQE	Haute qualité environnementale
HQE	Haute qualité environnementale
HTAi	Health Technology Assessment international
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFR	Institut fédératif de recherche
IFSI	instituts de formation en soins infirmiers
IHU	Institut hospitalo-universitaire
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INNOVARC	Plateforme sécurisée de dépôt des projets relatifs à la recherche et à l'innovation en santé
IPP	Institut de Puériculture et de Périnatalité
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
LOINC	Logical Observation Identifier Names and Codes
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MIS	Missions d'information en santé
NSI	Nouveau système d'information
OPALE	Outil de pilotage de l'Assistance publique, des établissements et des pôles
OTT&PI	Office du transfert de technologie et des partenariats industriels
PAC	Praticien adjoint contractuel
PAPRIPACT	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PCRD	Programme-cadre de recherche et de développement
PDE	Plan déplacement entreprise
PDSES	Permanence des soins des établissements de santé
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
PH	Praticiens hospitaliers
PHC	Praticiens contractuels
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PHRIP	Projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale
PHU	Pôles hospitalo-universitaires
PIC	Pôle d'intérêt commun

PIVT	Pôle innovation et veille technologique
PM	Personnel médical
PMA	Procréation médicale assistée
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PNM	Personnel non médical
PPP	Partenariat public privé
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système de soins
PREQHOS	Programme de recherche en qualité hospitalière
PRES	Pôles de recherche et d'enseignement supérieurs
PRME	Programme de recherche médico-économique
PRT	Programme de recherches translationnelles
PSTIC	Programme de soutien aux technologies innovantes coûteuses
PU-PH	Professeur des universités-Praticien hospitalier
QUALHAS	Plate-forme internet sécurisée de saisie d'information pour les établissements de santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
ReCOr	Réseau des conseillers en organisation
RIGAP	Répertoire Institutionnel général de l'AP-HP
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
RSSI	Responsable de la sécurité des systèmes d'information
RTRS	Réseau thématique de recherche et de soins
SANCO	Santé publique et protection des consommateurs
SAPHORA	Enquête de satisfaction des patients hospitalisés dans tous les hôpitaux de court séjour
SCA	Service central des ambulances
SCB	Service central des blanchisseries
SDO	Surface dans œuvre
SHA	Solution hydro-alcoolique
SIG	Système d'information gestion
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SIP	Système d'information patient
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SIRIUS	Système informatisé du référentiel unique des structures
SLD	Soins de longue durée
SMS	Sécurité, maintenance et services
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms
SPMP	Service des parcours et mobilités professionnels
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STIC	Soutien aux technologies innovantes coûteuses
SURVISO	Indicateur de surveillance des infections du site opératoire
TDC	Toutes dépenses confondues
THPE	Très haute performance énergétique
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHPAD	Unité d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes
URC	Unités de recherche clinique
USLD	Unité de soins de longue durée
VRD	Voiries et réseaux divers

AVANT-PROPOS

Dans son fonctionnement quotidien, l'AP-HP démontre que le service public hospitalier n'est pas une abstraction : les chiffres présentés dans ce rapport d'activité témoignent de la vitalité d'un service public qui sait allier excellence et proximité.

Mais cette caractéristique, cet atout, doivent être préservés. Il faut éviter que les uns puissent accéder rapidement aux soins cependant que les autres doivent attendre des semaines, voire des mois, pour obtenir rendez-vous, passer un examen, ou bénéficier d'une intervention. L'activité libérale doit être respectueuse des règles qui l'encadre, ne pas remettre en cause les principes du service public.

C'est la raison pour laquelle l'AP-HP doit se projeter vers l'avenir en se fixant des objectifs. L'institution doit accroître la lisibilité de son offre de soins, intégrer les services d'accueil des urgences dans le projet médical des groupes hospitaliers, améliorer l'organisation des rendez-vous et des consultations, optimiser l'utilisation des plateaux techniques, des blocs opératoires et des dispositifs d'imagerie médicale. De même, la prise en charge ambulatoire et l'hospitalisation à domicile doivent être développées, l'AP-HP doit prendre l'initiative de coopérations avec les hôpitaux généraux, la médecine de ville et les autres structures de soins, sa place éminente en matière de recherche médicale doit irriguer l'ensemble de la fonction de soins.

Si l'AP-HP est rentrée dans le droit commun, elle reste une institution hors du commun. Et c'est à ses personnels qu'elle le doit aussi. Une attention permanente doit être portée aux conditions de travail, en particulier dans une période où les efforts demandés sont importants.

Offensive et puissamment innovante, l'AP-HP doit être aussi ancrée dans ses territoires, et au service des populations de ces territoires. Elle doit développer la médecine de demain et, pour ce faire, se restructurer dans une double vision de la démocratie sanitaire – articulée sur le dialogue social et vision large de ce que sont nos « usagers ».

Pour mener à bien cette mutation, notre institution doit pouvoir s'appuyer sur des leviers : bâtir une force de réflexion et de proposition en matière médico-économique et de l'économie de l'innovation ; renforcer son système d'information ; mener une politique forte d'accompagnement de l'encadrement ; donner aux soignants la possibilité de pouvoir exercer encore davantage de responsabilités tout en demeurant au cœur de leur métier ; promouvoir une politique de la formation, de l'apprentissage et de la formation professionnelle ; moderniser les équipements ; restructurer les plateaux de biologie ; optimiser l'utilisation des blocs opératoires en accroissant leur taux d'utilisation ; accroître l'efficacité du codage et de la facturation.

C'est à ces conditions que l'AP-HP pourra conjuguer le renforcement de son excellence, de son attractivité, avec le retour à l'équilibre des comptes toujours programmé d'ici à 2016.

Martin HIRSCH

1 - LES CHIFFRES CLEFS ET LES EVENEMENTS MARQUANTS DE L'AP-HP EN 2013

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) est, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), un établissement de ressort régional. Assurant des missions de soins, d'enseignement, de recherche médicale, de prévention, d'éducation de la santé et d'aide médicale urgente, l'AP-HP constitue le centre hospitalier régional et universitaire d'Ile-de-France. Elle est chargée, dans plusieurs domaines, de missions nationales et internationales.

L'AP-HP assure une prise en charge s'appuyant sur toutes les possibilités diagnostiques et thérapeutiques. L'ensemble des spécialités médicales, organisées autour de 52 disciplines (médecine, chirurgie, biologie, radiologie et pharmacie) sont représentées. Elle est liée à 7 unités de formation et de recherche universitaires de médecine, 2 d'odontologie et 2 de pharmacie.

L'AP-HP comprend 12 groupes hospitaliers et 4 hôpitaux hors groupe hospitaliers. Son organisation interne est décrite en annexe.

1.1 - Les chiffres clés

- 20 740 lits toutes disciplines confondues ;
- 11 760 lits d'hospitalisation en MCO ;
- 1 947 places d'hôpital de jour ;
- 1,2 million de séjours en MCO ;
- 5,1 millions de consultations externes ;
- 1,1 million de passages aux urgences ;
- 22 250 médecins ;
- 4 350 internes ;
- 5 300 étudiants en médecine ;
- plus de 3 000 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus ;
- 917 projets de recherche à promotion ou gestion AP-HP ;
- 24 604 patients inclus dans les projets de recherche interventionnelle à promotion AP-HP ;
- plus de 9 350 publications scientifiques ;
- 487 portefeuilles internationaux de brevets actifs ;
- 12 unités de recherche clinique (URC) ;
- 17 centres d'investigation clinique (CIC) ;
- 4 centres de recherche clinique (CRC) ;
- 16 départements hospitalo-universitaires (DHU) ;
- 18 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

1.2 - Les événements marquants

1.2.1 - Ouvertures ou regroupements de structures, installation d'équipements en 2013

Depuis l'adoption du plan stratégique 2010-2014, une centaine de réorganisations, ouvertures ou regroupements de structures et installations d'équipements lourds ont été mises en œuvre dans les hôpitaux de l'AP-HP, parmi lesquelles peuvent notamment être citées :

- 19 janvier : lancement du Centre intégré nord francilien de l'obésité sévère adulte et infantile ;

- 23 janvier : labellisation de 8 nouveaux départements hospitalo-universitaires (DHU) en Ile-de-France ;

- 4 février : inauguration de la maison des adolescents à l'hôpital Robert-Debré et ouverture de la structure le 18 mars ;

- 5 février : inauguration du bâtiment Meyniel dédié à l'accueil des urgences, la chirurgie, l'imagerie et l'anesthésie-réanimation à l'hôpital Tenon ;

- 25 février : mise en place d'un parcours de soins destinés aux enfants présentant des troubles digestifs à l'hôpital Necker-Enfants malades et à l'Hôpital européen Georges-Pompidou ;

- 10 avril : première intervention réalisée par l'équipe de chirurgie thoracique du Pr Jean-François Regnard dans les nouveaux blocs opératoires du bâtiment Ollier à l'hôpital Cochin .

- 22 mai : nouveau circuit de prise en charge dédié au diagnostic rapide des tumeurs du foie en 48 heures au centre hépato-biliaire de l'hôpital Paul-Brousse ;

- 27 mai : inauguration de l'unité Strauss de soins continus de pneumologie de Cochin ;

- 28 mai : inauguration de l'unité mère-bébé, rattachée au service de psychiatrie du Pr Hardy à l'hôpital Bicêtre ;

1er juin : prise en charge des accidents vasculaires cérébraux de l'enfant à la phase aiguë par les équipes pédiatriques de l'hôpital Bicêtre dans le cadre d'une filière de soins coordonnée ;

- 4 juin : inauguration du bâtiment Patrick Leplat à Corentin-Celton. Ce bâtiment en fonction depuis octobre 2012, est dédié aux soins de suite et de réadaptation ;

- 14 juin 2013 : inauguration de la nouvelle plateforme automatisée d'analyses biologiques de l'hôpital Européen Georges-Pompidou, renforçant la pluridisciplinarité en son sein.

- juillet : ouverture d'un centre pluridisciplinaire pour la prise en charge du diabète et de ses complications à l'hôpital Lariboisière ;

- 27 juin : ouverture du centre d'assistance circulatoire mécanique à l'Hôpital européen Georges-Pompidou ;

- juin : labellisation de l'unité de rééducation fonctionnelle et de réadaptation fonctionnelle pour adultes obèses de l'Hôpital maritime de Berck par l'agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins consacré à l'obésité ;

- 10 juillet : inauguration du pôle mère-enfant dans le nouveau bâtiment Laennec de l'hôpital Necker-Enfants malades en présence de François Hollande, président de la République ;

- septembre : ouverture à l'hôpital Louis-Mourier d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) bucco-dentaire. La PASS est intégrée au département d'odontologie des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine ;

- 30 septembre : ouverture à l'hôpital Saint-Louis d'un service d'hématologie spécialisé dans la prise en charge des hémopathies myéloïdes des patients âgés de plus de 60-70 ans ;

- octobre : inauguration d'un « point info cancer » dans le département de cancérologie de l'hôpital Paul-brousse ;

- 10 octobre : inauguration du nouveau service de réanimation chirurgicale de l'hôpital Lariboisière. Cette structure, placée sous la responsabilité du Pr Didier Payen, regroupe les réanimations chirurgicales de l'hôpital ;

- 22 novembre : inauguration d'une unité de soins adultes d'hospitalisation à domicile (HAD) à l'hôpital Albert-Chenevier ;

- novembre : mise en service de la plateforme de diagnostic biologique automatisé du bâtiment Jean-Dausset à l'hôpital Cochin ;

- 1er novembre 2013, dans le domaine de la nutrition-obésité, développement de la filière d'aval de la prise en charge de l'obésité à l'hôpital de Berck avec 9 lits supplémentaires de SSR, portant à 49 lits l'offre de SSR de cette spécialité dans cet établissement.

1.2.2 - Les événements illustrant la marche du progrès médical

➢ Janvier : mise en évidence de l'intérêt prédictif de l'évolution de la maladie du dosage d'une « enzyme tueuse », la protéine PKR, dans le liquide céphalo-rachidien de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au travers des travaux de recherche de l'équipe du Pr Jacques Hugon à l'hôpital Lariboisière.

➢ Découverte d'un traitement qui réduit chez le rat jusqu'à 90 % les complications hémorragiques du seul traitement disponible des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Des travaux de recherche menés dans le service de neurologie et Centre d'accueil et de traitement de l'attaque cérébrale de l'hôpital Bichat (AP-HP/ Université Paris Diderot) et l'unité Inserm associée 698 (Pr Amarenco, Dr Olivier Meilhac) ont mis en évidence les bienfaits du bon cholestérol dans la réduction des complications hémorragiques du seul traitement disponible des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

➢ Février : mise en évidence, par l'équipe du service de cardiologie de Bichat et l'unité Inserm 698 (AP-HP, Université Paris Diderot), chez les patients ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'accident ischémique transitoire (AIT) d'un risque plus élevé d'événements cardiovasculaires ou hémorragiques.

➢ Mars : mise en évidence d'un marqueur génétique localisé sur le chromosome 18 qui serait associé à un doublement du risque d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). Dans ce cadre, des généticiens (équipe du Pr Florent Soubrier, UMRS 956) et des biostatisticiens (équipe du Dr David Tregouët, UMRS 937) de l'hôpital de la Pitié-Salpétrière ont mis en œuvre une analyse génétique permettant d'étudier simultanément des centaines de milliers de marqueurs génétiques répartis sur tout le génome.

➢ 4 juillet : signature entre l'AP-HP et l'Ecole polytechnique d'un accord cadre de partenariat scientifique

➢ 5 juillet : Résultats du premier appel à projets de recherche sur les « médecines complémentaires à l'AP-HP : 4 projets retenus sur 47 déposés.

➢ Septembre : mise en évidence par une équipe de chercheurs français associant l'AP-HP et l'Inserm, des bienfaits d'une nouvelle molécule dans la réduction des complications de l'angioplastie coronaire avec stent. C'est ce que révèle une étude publiée dans la revue « The Lancet ». Menée par le Pr Philippe Gabriel Steg, de l'hôpital Bichat (AP-HP) et l'équipe de recherche affiliée au Département Hospitalo-Universitaire FIRE, à l'Université Paris-Diderot et à l'Unité Inserm U-698, l'étude a porté sur plus de 24 000 patients traités par angioplastie et sur un nouveau traitement antiplaquettaire injectable inhibant la formation des caillots de plaquettes, le cangrelor.

➢ Septembre : annonce de la première naissance obtenue après vitrification ovocytaire réalisé au centre d'AMP de l'hôpital Jean-Verdier dans le cadre spécifique du don d'ovocytes

➢ Octobre : mise en évidence pour la première fois du rôle crucial joué par l'enzyme AKT2 dans l'adaptation des reins aux maladies rénales chroniques par l'équipe de Fabiola Terzi de l'unité mixte de recherche « Centre de Recherche Croissance et Signalisation » (Inserm, Université Paris Descartes) et du service de néphrologie – transplantations adultes de l'hôpital Necker-Enfants malades.

➢ 11 octobre : signature entre l'AP-HP et Genopole d'une convention de partenariat pour valoriser les innovations issues de leurs laboratoires et favoriser le développement de jeunes entreprises innovantes.

➢ Octobre : mise en évidence de l'intérêt de l'interleukine-2 (IL-2) à faibles doses dans le traitement du diabète de type 1 l'équipe du Pr David Klatzmann, chef du service de biothérapies à la Pitié-Salpêtrière.

➢ Octobre : lancement d'un essai clinique de phase I/II portant sur une thérapie génique destinée aux enfants atteints de la maladie de Sanfilippo B, une maladie génétique rarechez un premier jeune patient. Cet essai est porté et coordonné par l'Institut Pasteur, qui en est le promoteur, ainsi que par l'Inserm, l'AFM-Téléthon et Vaincre les Maladies Lysosomales (VML). Il est mené à Paris, à l'hôpital Bicêtre (AP-HP). Si le succès de cette thérapie se confirme, il ouvrira la voie à la mise au point d'autres traitements par thérapie génique reposant sur le même procédé.

➢ Novembre : mise en place d'une nouvelle stratégie de traitement anticoagulant en urgence pour les patients ayant un infarctus aigu du myocarde par l'équipe de Philippe-Gabriel Steg (Unité Inserm 698 « Hémostase, bio-ingénierie, immuno pathologie et remodelage cardiovasculaires » Hôpital Bichat, AP-HP, Université Paris Diderot). Ces résultats de l'essai clinique EUROMAX sont publiés dans *The New England Journal of Medicine*. Ces résultats ouvrent la voie à une utilisation de la bivalirudine comme anticoagulant dès la phase pré-hospitalière de l'infarctus du myocarde chez les patients transférés en urgence. Ils représentent un progrès thérapeutique dans l'infarctus du myocarde, utilisable immédiatement.

➢ Novembre : signature entre l'AP-HP et HEC Paris d'une convention de partenariat pour favoriser la création d'entreprises innovantes au travers du dispositif « Start-up In Vitro ».

➢ 28 novembre : l'équipe du Pr Jérôme Bertherat, chef du service des maladies endocriniennes et métaboliques de l'hôpital Cochin a démontré l'origine génétique d'une maladie rare, le syndrome de Cushing par hyperplasie macronodulaire des surrénales.

➢ Novembre : acquisition de deux nouveaux robots chirurgicaux Da Vinci Si HD 4 bras à l'hôpital Henri-Mondor et à la Pitié-Salpêtrière.

➢ Décembre : identification du gène responsable de la maladie veino-occlusive pulmonaire, forme particulièrement sévère d'hypertension pulmonaire par des chercheurs des universités Paris-Sud, UPMC, Paris Descartes, de l'Inserm et de l'AP-HP.

➢ Décembre : les travaux du Pr Emmanuel Jacquemin à Bicêtre dans le domaine des déficits héréditaires de synthèse d'acide biliaire ont abouti à la mise au point d'un médicament orphelin Orphacol® qui a obtenu en septembre 2013 une autorisation de mise sur le marché européenne.

➢ Décembre : implantation du premier cœur artificiel bioprothétique CARMAT à l'Hôpital européen Georges-Pompidou.

2 - LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

La mise en œuvre du plan stratégique a été marquée, en 2013, par de nombreuses actions, tant au niveau des groupes hospitaliers que dans une démarche générale de l'AP-HP, en partenariat étroit avec l'Agence régionale de santé.

Les actions mises en œuvre en 2013 s'inscrivent en continuité de celles de 2012, et se déclinent autour de trois grands axes :

- une transformation du cadre d'organisation des activités médicales et médico-techniques, à travers la création de nouveaux départements hospitalo-universitaires et la poursuite des restructurations aux trois niveaux d'activité : de proximité (qui relèvent d'une gestion infra-GH), spécialisées ; très spécialisées (qui ressortissent à une logique d'organisation supra-GH) ;

- des programmes institutionnels de réorganisation de certaines activités : la cancérologie, la gériatrie ;

- le renforcement des coopérations territoriales avec des acteurs extérieurs à l'AP-HP.

2.1 - La transformation du cadre d'organisation des activités médicales et médico-techniques : les restructurations et les départements hospitalo-universitaires (DHU)

2.1.1 - Restructurations des activités médicales

De nombreuses opérations de restructuration médicales ont été mises en œuvre en 2013, pilotées directement par les groupes hospitaliers ou coordonnées par le siège. Elles répondent à un triple objectif :

- graduation de l'offre de soins, avec une concentration de l'activité très spécialisée dans un nombre limité de centres lourds ;

- lisibilité et cohérence du projet médical des groupes hospitaliers (fusion des services en doublon ; spécialisation des sites) ;

- regroupement des équipes afin de constituer une masse critique en matière de recherche médicale, mais aussi d'organisation de la permanence des soins, notamment dans les disciplines marquées, temporairement ou de manière plus structurelle, par une tension sur les effectifs médicaux.

Parmi les principales restructurations ayant mis en jeu un transfert d'activités en 2013, on peut citer :

- l'ouverture du pôle mère-enfant Laennec de l'hôpital Necker inauguré le 10 juillet 2013. Le projet médical et de soins de cette structure, basé sur l'interdisciplinarité, rassemble des équipes de haute spécialité et de proximité dans la prise en charge médico-chirurgicale de la mère et de l'enfant, auparavant dispersés sur plusieurs hôpitaux et dix bâtiments de Necker. Les services cliniques ont progressivement emménagé entre février et mai 2013 ;

- plusieurs services cliniques ont été transférés au mois d'avril, au sein des Hôpitaux universitaires Paris centre, de l'Hôtel-Dieu à Cochin : la chirurgie thoracique, la pneumologie (en coopération avec l'hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce), et en juillet et novembre la médecine interne.

2.1.2 - Les départements hospitalo-universitaires

L'initiative lancée en 2011 de création des DHU s'est concrétisée par la labellisation officielle de huit projets le 16 janvier 2012 et de huit nouveaux projets le 22 janvier 2013, portant ainsi à 16 le nombre de DHU (constitués d'un ou plusieurs pôles hospitaliers, associés à des facultés de médecine et des organismes de recherche).

Les DHU se donnent pour ambition de dynamiser la recherche et d'améliorer la qualité des soins, par une diffusion plus rapide des innovations. Ils permettent de rénover les relations entre l'hôpital, les universités et les organismes de recherche, dans le respect des identités et des prérogatives de chacun. Les DHU constituent des éléments moteurs de la dynamique hospitalo-universitaire, créant des synergies nouvelles.

La constitution de DHU représente pour l'AP-HP, les universités et les organismes de recherche, une opportunité majeure de leur conférer une visibilité sur les trois dimensions de la qualité des soins, de l'enseignement et de la recherche, renforçant ainsi l'attractivité du site hospitalo-universitaire.

Les huit DHU labellisés le 21 janvier 2013 sont retracés dans le tableau ci-dessous.

Investigateur principal	Titre	Acronyme	Université
Adnot Serge - Derumeaux Geneviève	Ageing Thorax-Vessels-Blood	A-TVB	UPEC
Boitard Christian	Autoimmune and hormonal diseases	AUTHORS	Paris Descartes
Duclos-Vallée Jean-Charles	HEPATINOV	HEPATINOV	Paris Sud
Leboyer Marion	PErsonalised neurology and PSYchiatry	PEPSY	UPMC - UPEC
Mariani Jean	Fight against Ageing and Stress	FAST	UPMC
Menasché Philippe	Common and Rare Arterial Diseases	-	Paris Descartes
Valla Dominique	Adressing Unmet Needs for Innovation in HepaTology and GastroenterologY	UNITY	Paris Diderot
Vialle Raphaël - Voit Thomas	Musculoskeletal Diseases and Innovative Therapy	MAMUTH	UPMC

2.2 - Programmes transverses de réorganisation

Des démarches transverses à l'ensemble des groupes hospitaliers, pilotées par le siège de l'AP-HP, en articulation importante avec l'ARS, ont été mises en place pour certaines thématiques médicales ou médico-techniques :

- la structuration de la cancérologie, en 2013, est caractérisée par :

☞ la 2ème vague de labellisation des centres intégrés et des centres experts au cours du 1er trimestre, avec comme résultat la labélisation par le COC (Comité opérationnel cancer) d'un nouveau CIN (*Section of Cancer Information*, section données du cancer) pour le GH Henri Mondor, de 5 nouveaux centres experts et de 4 centres spécialisés ;

☞ le travail autour du parcours patient : il s'est agit de formaliser le parcours patient cancer de l'AP-HP, de développer une ligne de temps sur ce parcours et une méthode d'audit des délais. Ce travail a été conduit par un groupe technique émanation du COC. Au second semestre 2013 un audit des délais de prise en charge du parcours patient a été mené dans chaque GH dans 2

à 3 centres experts. Une déclaration préalable auprès de la CNIL a été faite afin de mener cet audit ;

☞ l'élaboration d'un référentiel « sein » commun à toutes les équipes de l'AP-HP ;

☞ l'édition des recommandations AP-HP plan cancer III pour la préparation du plan stratégique 2015-2019.

- la réorganisation de la biologie se poursuit activement, conformément au programme biologie du plan stratégique 2010-2014. La direction générale a notamment donné son feu vert en 2013 aux importants projets de restructurations des GH HUEP, HU Pitié-Salpêtrière-Charles Foix et HUPS ;

- le groupe de travail sur le Soin de longue durée (SLD), mené par le chef de projet « évolution de la gériatrie », a conduit à :

☞ la rédaction d'un rapport « Missions, implantations et capacités des SLD de l'AP-HP 2013-2017 » dans lequel est présenté la cible capacitaire site par site, la décision de cesser progressivement l'activité d'EHPAD et la nécessaire humanisation de certains sites ;

☞ la signature d'un avenant au CPOM dans lequel est mentionnée la cible capacitaire, les échéances de mise aux normes des sites et les moyens financiers pour y parvenir. Ainsi, 4 opérations de construction ou de rénovation importantes sont prévues : Sainte Perrine, Paul Brousse, Emile Roux et Broca-La Collégiale pour lesquelles l'ARS participe financièrement à hauteur de 40 millions d'euros ;

- l'objectif 2013 de rééquilibrage de l'offre entre SSR gériatrique et autres SSR s'est traduit par une autorisation d'activité de SSR « affections du système digestif, métabolique et endocrinien » à René Muret-Bigottini, par une création de SSR Neurologique au sein des HUPS, et de SSR pneumologiques dans le GH Pitié-Salpêtrière Charles Foix ;

- une conduite du projet Hôpital Universitaire Nord a été mise en place, auprès de la direction générale au début de l'année 2013. Ce projet vise à constituer au nord de la capitale un nouvel ensemble hospitalier et universitaire incarnant l'hôpital de demain et s'inscrivant dans la dynamique de développement du Grand Paris. Ce projet d'hôpital et de campus porté par l'AP-HP, l'ARS et l'Université Paris VII a reçu le soutien du président de la République lors de l'inauguration du nouveau bâtiment Laennec, le 10 juillet 2013. Il participe, avec la rénovation de Lariboisière, à la priorité portée par le plan stratégique de l'AP-HP en cours d'élaboration au rééquilibrage et à la modernisation de l'offre de soins, de proximité et de recours, au nord de la future métropole parisienne.

2.3 - Développement des coopérations territoriales

Le développement des coopérations territoriales, visant à une meilleure intégration de l'AP-HP dans son territoire francilien, est un objectif constant de l'AP-HP. Cette politique est illustrée par les opérations suivantes :

- poursuite des travaux menés par les groupements de coopération sanitaire constitués en 2012 entre l'hôpital Cochin et l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et entre l'hôpital Henri Mondor et le CHI de Créteil ;

- signature en janvier 2014 d'une convention de partenariat associant le GH HUPSSD et le CHI de Montreuil ;

- finalisation d'une convention de coopération entre le CH Sud Francilien et les HUPS ;

- quatre Centres de référence Obésité, dont trois coordonnés par l'AP-HP, ont été labellisés par la DGOS et l'ARS en Ile-de-France en 2012 dans le cadre du Plan national obésité. L'objectif est notamment de développer un maillage territorial entre les praticiens de ville, les établissements de santé, les réseaux de soins, pour fluidifier le parcours de ces patients. La mise en œuvre

opérationnelle de cette coordination a été confortée en février 2013 par la désignation d'animateurs territoriaux dans le cadre d'un dispositif régional piloté par l'ARS.

2.4 - Le plan stratégique et le projet de soins

Le projet de soins fait partie intégrante du plan stratégique 2010-2014 en complémentarité du projet médical et du projet « ressources humaines ».

En 2013, les résultats de l'évaluation des axes du projet de soins définis par la direction des soins des activités paramédicales (DSAP) ont fait l'objet d'une présentation comparative avec ceux de 2012 par chaque groupe hospitalier lors des conférences stratégique et budgétaire. Les indicateurs retenus sont relatifs à :

- l'attractivité et la fidélisation : nombre de parcours d'intégration formalisés pour les nouveaux IDE par pôle, nombre de programmes hospitaliers de recherche infirmière (PHRIP) proposés par groupe hospitalier, nombre d'étudiants cadres de santé accueillis par an, nombre de pôles cliniques ayant réalisé un audit annuel relatif à l'administration du médicament ;

- l'enquête institutionnelle sur la prévention des escarres ;

- l'évaluation annuelle du dossier de soins dans QUALHAS : information donnée au patient et/ou son entourage sur sa prise en charge, formalisation de la synthèse infirmière pour la sortie.

La DSAP a poursuivi le pilotage d'autres projets :

- ORBIS, par l'animation de groupes de travail sur les sites expérimentaux et l'accompagnement des équipes ;

- la recherche paramédicale en collaboration avec la DRCD ;

- la rédaction de préconisations sur la prévention des chutes, travail en cours mené par un groupe pluri-catégoriel : médecins, paramédicaux, représentant de la DOMU et représentant des usagers.

Elle a également participé au projet de coopérations entre professionnels de santé marquées par :

- l'autorisation par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France de trois protocoles : la consultation infirmière pour le suivi semestriel des patients à risque élevé de mélanome entre deux consultations du dermatologue ; la consultation infirmière de suivi des patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité ; la mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan en lieu et place du médecin

- l'élaboration de trois nouveaux projets portant à dix huit le nombre de protocoles en cours (comprenant quatre demandes d'adhésion à un protocole validé en Ile-de-France) démontrant l'engagement des équipes médico-soignantes dans le développement des coopérations.

3 - LES PROJETS PRIORITAIRES

Les projets prioritaires initiés à l'automne 2010 constituent un levier de transformation de l'AP-HP et de mise en œuvre des grandes orientations du plan stratégique 2010-2014. Ces projets mettent les organisations au cœur des préoccupations pour améliorer les conditions et la qualité de prise en charge des patients et contribuer à une utilisation plus efficace des moyens de l'AP-HP.

2013 a permis de poursuivre le déploiement à grande échelle des projets, et d'engager le nouveau chantier de l'amélioration de la gestion des séjours, clé de voûte des organisations hospitalières des prochaines années.

Désormais les enjeux organisationnels sont au cœur des stratégies de modernisation des établissements de l'institution et de son efficience (estimation, lors des conférences stratégiques 2013, de 42 millions d'euros sur l'année). Fin 2013, tous les sites de l'AP-HP sont engagés dans plusieurs projets. Parallèlement deux groupes hospitaliers (hôpitaux universitaires Paris nord Val-de-Seine ; hôpitaux universitaires Paris Seine Saint-Denis) ont poursuivi la mise en œuvre de leur « Contrat de performance » avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui incluent certaines thématiques des projets prioritaires de l'AP-HP.

Les projets prioritaires de l'AP-HP poursuivis en 2013 ont été les suivants :

- développement de la chirurgie ambulatoire ;
- optimisation de l'organisation des blocs opératoires ;
- optimisation de l'utilisation des équipements médicaux lourds (scanners et IRM) ;
- développement d'une gestion des séjours ;
- renforcement de l'accessibilité des consultations ;
- amélioration de la qualité de la sortie du patient de l'hôpital ;
- fluidification de l'aval des urgences ;
- amélioration de la fluidité de la filière gériatrique ;
- augmentation du recours à l'HAD de l'AP-HP ;
- structuration de l'offre de l'AP-HP en matière de dialyse en vue d'augmenter l'activité ;
- amélioration du recouvrement des recettes et modernisation de la relation paiement ;
- renforcement de la fiabilité du codage ;
- libération de surfaces non indispensables au fonctionnement des groupes hospitaliers ;
- amélioration des conditions de travail.

Des résultats probants ont été observés en 2013 :

• en 2013, les 22 sites chirurgicaux de l'AP-HP ont réalisé plus de 49 000 séjours en chirurgie ambulatoire soit 25,5 % de son activité chirurgicale (contre 22 % en 2010). Sur les 38 gestes mis sous accord préalable par l'assurance maladie, le taux de prise en charge en ambulatoire a atteint 66 % en 2013 (contre 50 % en 2010) ;

• les taux d'utilisation et d'ouverture des blocs opératoires ont progressé respectivement de 6 % et de 15,5 % depuis 2010. Ainsi, le taux d'utilisation est-il passé de 72 % en 2010 à 76,3 % en

2013, proche de la cible ANAP (80 %). Le taux d'ouverture est passé de 55,4 % en 2010 à 64 % en 2013, mais reste toutefois bien en deçà de la cible préconisée par l'ANAP (90 %) ;

- l'utilisation des équipements lourds a continué d'évoluer en veillant à poursuivre la diminution des délais d'accès aux machines et l'amélioration du nombre et de la qualité des prises en charge. Après une hausse en 2012, l'activité est restée stable pour les scanners en 2013 malgré la révision de la nomenclature du codage des actes qui a affecté les actes d'imagerie en cancérologie (trois zones du corps examinées ne comptent plus que pour un seul acte, au lieu de deux au minimum auparavant). Tous les pilotes sur scanner H24 dépassent les 12 000 actes CCAM ou sont à la moyenne AP-HP, qui est de 11 574 (contre 11 698 en 2012). Pour ce qui est des IRM, hors pédiatrie et hors effet structure (changement d'équipement), le nombre d'actes par appareil dans chacun des pilotes du projet – à l'exception d'un site – dépasse désormais la moyenne AP-HP, qui est de 4 939 actes CCAM (moyenne en hausse de 3 % en 2013 après une hausse de 5 % en 2012) ;

- le projet « Amélioration de la gestion des séjours » vise à renforcer les organisations et la coordination des différentes étapes du séjour hospitalier – de l'entrée programmée ou urgente du patient à la réalisation de sa sortie –, au profit d'un renforcement de la qualité de prise en charge. L'année 2013 a permis de mettre en œuvre de nouvelles organisations sur les deux premiers sites pilotes (Lariboisière et Pitié-Salpêtrière), avec la création d'une cellule de régulation des séjours pour des ensembles de 200 lits. Deux nouveaux sites pilotes (HEGP et Tenon) se sont également engagés dans ce projet et mettront en place une gestion centralisée des séjours en 2014. De manière complémentaire cinq groupes hospitaliers sont impliqués dans le programme national d'amélioration de la gestion des lits accompagné par l'ANAP. Ils mènent, dans ce cadre, différents plans d'actions axés, en fonction de leurs priorités, sur l'aval des urgences, l'organisation de l'activité non programmée, le recours à l'ambulatoire et à l'HAD, ainsi que sur la centralisation de la gestion des séjours. A l'échelon de l'AP-HP, on note une amélioration du taux d'occupation en MCO, qui passe de 80,35 % fin 2011 à 82,62 % fin 2013. L'indice de performance – durée moyenne de séjour (IP-DMS) MCO global reste stable à 1.

- le taux de non-venus est passé de 22,17 % en décembre 2010 à 19,6 % en décembre 2013. Cette évolution a été au service d'un accroissement de l'activité de consultations qui est passée de 3 010 660 consultations en 2011 à 3 483 611 consultations en 2013 (hors HEGP, Robert Debré et quelques services de consultation isolés n'utilisant pas le logiciel « Agenda »). Le développement d'une offre de consultations au profit des primo-consultants reste toutefois à consolider : en décembre 2013, le taux moyen de primo consultants dans un délai inférieur à 15 jours s'élève à 38,28 % (l'objectif 2013 étant de 42 %) et le délai moyen d'obtention des rendez-vous pour les primo consultants est de 37 jours (la cible 2013 étant fixée à 30 jours) ;

- le projet d'amélioration de la sortie a permis une meilleure prise en charge des patients par les professionnels de ville, notamment par l'envoi des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) dans des délais raisonnables. 10 000 mémentos ont été remis aux médecins pour les aider à réaliser des CRH conformes. Les GH les plus avancés dans le projet ont noté une satisfaction accrue des professionnels de ville, qui disposent ainsi des informations utiles pour le suivi de leurs patients à domicile. La diffusion d'une pochette de sortie institutionnelle (comprenant la liste des documents à remettre et des actions à entreprendre) dans les services engagés dans le projet a permis de mieux informer les patients à leur sortie de l'hôpital. 169 000 pochettes de sortie ont été mises à la disposition des hôpitaux. Le taux de patients satisfaits de leur sortie a progressé de 56 % à 60 % entre 2012 et 2013 (enquête I-Satis) pour l'ensemble de l'AP-HP ; la méthodologie de l'étude ne permet cependant pas d'analyser les données par service. La nécessité de faciliter la sortie des patients avant la mi-journée (12h00) pour rendre plus fluide le parcours de ces derniers, notamment en aval des urgences, a été de mieux en mieux prise en compte par les équipes. Ce projet couvre désormais l'ensemble des hôpitaux sur des périmètres de plus en plus larges ;

- le taux de transfert hors AP-HP depuis les urgences reste constant autour de 13,4 % (résultats à fin décembre 2012 et 2013). La part des séjours trop longs (supérieurs à 24 heures) en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est passée de 22,4 %) à la fin de l'année 2010, à 20,2 % à fin 2012, et à 21,9 % fin décembre 2013. Toutefois cette dernière évolution ne peut être interprétée en raison d'une modification de la définition de l'indicateur en octobre 2013, pour l'aligner sur la définition nationale : le point de départ de la durée de séjour en UHCD n'est plus l'entrée dans cette unité mais l'arrivée du patient au SAU. La durée de séjour en UHCD est ainsi mécaniquement augmentée indépendamment des pratiques des sites ;

- la durée moyenne de séjour en SSR, levier majeur de fluidification du parcours hospitalier du patient âgé, continue à diminuer régulièrement. Elle est ainsi passée de 60 jours en février 2011 à 50,6 jours fin décembre 2013 ;

- le recours à l'HAD de l'AP-HP des patients adultes (hors obstétrique), issus des prescriptions des médecins de l'AP-HP, a continué à progresser de 7,43 % entre 2012 et 2013.

- le taux d'utilisation des postes de dialyse installés, fixé en cible à 85 %, est passé de 74 % en 2010 à 86,3 % fin 2013. Parallèlement, 4 470 séances supplémentaires ont été réalisées par rapport à 2010 (soit une augmentation de 8,6 %), représentant l'équivalent d'un nouveau centre de dialyse de neuf postes à l'AP-HP ;

- le projet « Facturation » visait à améliorer les délais et la qualité de la facturation à proximité immédiate de la prise en charge du patient hospitalisé ou du consultant externe. L'amélioration sensible de la situation observée en 2012 s'est poursuivie en 2013 avec un passage du taux de créances non imputées (hospitalisations) stabilisé à 0,66 % fin 2013, et un taux de « non passés en caisse » (actes et consultations externes) encore en baisse, qui s'établit à 4,98 %. Dans la suite du projet « Facturation », la DEFIP pilote désormais le « Programme de sécurisation des recettes et de modernisation de la relation paiement » ;

- concernant le projet « Codage », plusieurs groupes hospitaliers ont débuté ou poursuivi résolument la professionnalisation du codage, qui permet de disposer rapidement de comptes rendus d'hospitalisation de qualité. Un cycle de formation de techniciens d'information médicale (TIM) par conversion professionnelle, financé par le Fonds d'intervention régional, a été entrepris parallèlement à la formation continue des TIM déjà en fonction. Les opérations de recodage *a posteriori* de certains dossiers ciblés ont également continué. Au total, les recettes issues de la tarification à l'activité (T2A) ont légèrement progressé en 2013 alors que l'activité diminuait ;

- En 2013, le solde des surfaces libérées (locaux désaffectés), nettes des constructions et des démolitions, devient pour la première fois négatif alors qu'il n'a cessé d'être positif de 2010 à 2012. Le ratio SHON/lit (surfaces hors œuvre nettes par lit) s'établit à 180 m²/lit (la moyenne des CHU s'établissant à 149 m²/lit) ; il descend à 168 m²/lit après la prise en compte des surfaces libérées contre 173 m²/lit en 2012 (–2,89%) et à 155 m²/lit hors surfaces concédées (recherche, enseignement, associations, CTS) contre 159 m²/ lit en 2012 (– 2,50 %). Dans le cadre du cycle de gestion, les projets de libération de surfaces font l'objet de négociation et de suivi ; un prototype d'outil d'aide à une meilleure utilisation des surfaces dans les pôles a été conçu à la Pitié Salpêtrière en 2013 et testé dans deux autres GH, avant des déploiements ultérieurs ;

- La démarche « Amélioration des conditions de travail » initiée fin 2011 a poursuivi progressivement son déploiement sur l'ensemble des groupes hospitaliers à l'échelle des services cliniques. Plus de 4 500 professionnels y ont été impliqués en 2013, les structures gériatriques représentant une part importante des services avec 2 500 professionnels concernés. On a pu noter une tendance à l'amélioration du taux moyen d'absentéisme des infirmières et des aides-soignants pour raisons médicales hors congés maternité : 4,59 % au 30 septembre 2013 contre 4,81 % en décembre 2011 pour les infirmières ; 7,52 % contre 7,63 % pour les aides-soignants sur la même période.

La démarche des projets prioritaires vise à transformer durablement les pratiques des acteurs, au travers d'une méthode participative reposant sur :

- l'appui et l'accompagnement sur le terrain des équipes des GH (pilotes) ;
- le suivi d'indicateurs de performance (cibles/résultats), régulièrement diffusés, permettant de mesurer les avancées ;
- la diffusion d'outils concrets, de méthodes (formations) ainsi que d'expériences internes à l'AP-HP, nationales et internationales ;
- l'animation d'un réseau d'acteurs impliqués sur ces thématiques prioritaires (chefs de projets des groupes hospitaliers), au travers notamment de l'organisation de séances d'échanges entre sites pilotes, de journées professionnelles thématiques et de formations largement ouvertes aux acteurs de terrain.

4 - L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE

4.1 - L'offre de soins et les structures

4.1.1 - L'offre de soins en places et lits

	2009	2010	2011	2012	2013	Différence 2013-2009	Variation 2013/2012 (en %)
MÉDECINE	7 235	7 266	7 330	7170	7257	22	1,21
CHIRURGIE	4 186	4 063	3 685	3644	3604	-582	-1,10
GYN-OBS	1 054	996	963	909	899	-155	-1,10
Total lits MCO	**12 475**	**12 325**	**11 978**	**11 723**	**11 760**	**-715**	**0,32**
NÉO-NAT	366	355	411	404	412	46	1,98
PSY	637	640	625	625	639	2	2,24
URGENCES	295	301	296	307	321	26	4,56
SSR	4 639	4 593	4 360	4 299	4 293	-346	-0,14
SLD/EHPAD	3 736	3 608	3 493	3 386	3 315	-421	-2,10
Total lits Hors MCO	9 673	9 497	9 185	9 021	8 980	-693	-0,45
Total nombre de lits	**22 148**	**21 822**	**21 163**	**20 744**	**20 740**	**-1 408**	**-0,02**
PLACES DE JOUR	1 683	1 921	1 993	1945	1 956	273	0,57
HAD	820	820	820	820	820	0	

L'évolution de la capacité en lits fait apparaître des ajustements en court séjour de médecine, liés à des opérations de réorganisations au sein de l'AP-HP. Le nombre de lits dans cette discipline progresse en 2013 particulièrement du fait des extensions de lits réalisées dans les GH HUPS, HUEP et HUPSSD.

La diminution des capacités d'hospitalisation complète de chirurgie se poursuit et traduit la volonté de l'AP-HP d'accompagner le progrès médical en développant le recours à la chirurgie ambulatoire.

En ce qui concerne les structures d'hébergement pour personnes âgées, les capacités de SLD et d'EHPAD sont en légère baisse par rapport à 2012 du fait de la politique d'humanisation des sites.

4.1.2 - L'offre de soins : structures internes à l'AP-HP

STRUCTURES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pôles	172	176	185	190	190	128	127	126
Services	720	692	676	673	662	569	565	570
Départements	39	35	37	40	42	46	75	44
Unités fonctionnelles	476	755	759	785	785	809	1016	1096
Unités Cliniques	4	4	9	9	9	4	2	2

Pour faire suite à la réorganisation des pôles mise en œuvre en 2011, plusieurs groupes hospitaliers ont poursuivi, en 2013, le processus d'évolution des structures internes de leurs pôles en créant principalement des départements multi-sites (en regroupant des services, transformés en

départements). Ceux-ci sont composés d'unités fonctionnelles permettant d'identifier l'activité qui y est réalisée.

Par rapport à 2012, on note une diminution du nombre de pôles suite à la révision de 52 pôles dont 1 création et 2 suppressions. A ainsi été créé le pôle 111 du GHUPC (pôle santé de l'Hôtel Dieu), et ont supprimés : le pôle 108 (MPR et gériatrie de HUEP) et le pôle 110 (Pôle Femmes-Couples-Embryons-Enfants d'HUPS) – ce dernier par fusion au sein du pôle 103 (Pôle FAME - Femmes Adolescents Mères Enfants du GH).

Les projets d'organisation innovants menés à leur terme en 2013 sont :

- la création au sein du pôle 102 du GH PSL-CFX de la fédération respiration-réanimation-réhabilitation-sommeil (avis de la CME du septembre 2012) ;

- la création de la Coordination régionale de pharmacovigilance fédérant les 6 CRPV d'Ile de France gérés par l'AP-HP ;

- les propositions pour une optimisation de l'organisation des activités de greffes cardiaques et d'assistance circulatoire à l'AP-HP (groupe de travail médico-chirurgical, (G Chéron, JM Fabiani).

4.2 - L'activité

4.2.1 - L'activité d'hospitalisation

L'activité d'hospitalisation (complète et partielle) enregistrée en 2013 (1 213 847 séjours) est en augmentation de + 0,9 % en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) par rapport à 2012. Cette tendance est valable uniquement pour l'hospitalisation partielle (+ 13 987 venues) puisque que l'activité en hospitalisation complète diminue (- 2 439 séjours). L'activité de psychiatrie a progressé de 2,8 % en hospitalisation partielle, et a diminué de 3,8 % en hospitalisation complète. En soins de suite et de réadaptation (SSR), l'activité est stable en hospitalisation partielle (-0,1 %) et en augmentation en hospitalisation complète (+ 6,8%). Les séjours en soins de longue durée (SLD) sont en baisse de 6,8 % alors que ceux d'EHPAD on progressé de 2,3 %.

Evolution de l'activité globale (complète et partielle), en termes de séjours et séances, entre 2011 et 2012 pour l'ensemble de l'AP-HP

Champs d'activité	2012	2013	Évolution	
			en valeur	en %
MCO Hospitalisation complète	602 506	600 067	- 2 439	- 0,4
MCO Hospitalisation partielle	599 793	613 780	13 987	+ 2,3
PSYCHIATRIE Hospitalisation complète (1)	8 472	8 147	-325	-3,8
Psychiatrie Hospitalisation partielle (2)	46 025	47 317	1 292	+2,8
SSR Hospitalisation complète (3)	28 700	30 644	1 944	+6,8
SSR Hospitalisation partielle (4)	109 330	109 226	-104	-0,1
EHPAD (5)	129	132	3	+2,3
SLD (5)	1 369	1 276	- 93	-6,8

(1) : séjours PMSI ouverts; (2) : jours GILDA hors CATTP ; (3) : séjours PMSI ouverts ; (4) : venues PMSI ; (5) : Opale

En nombre de journées d'hospitalisation complète, l'activité est stable en HAD (+ 0,13%), en hausse en MCO (+ 1,17%), en SSR (+1,6 %) et en psychiatrie (+4,1 %) et en baisse en SLD et EHPAD (-0,8 % et -5,4 % respectivement).

Evolution du nombre de journées d'hospitalisation (en hospitalisation complète), par grandes disciplines, entre 2012 et 2013, pour l'ensemble de l'AP-HP

Champs d'activité	2012	2013	Évolution	
			en valeur	en %
MCO (2)	3 678 442	3 721 354	42 912	1,17
PSY (1)	183 619	191 173	7 554	+4,1
SSR (2)	1 377 363	1 399 721	22 358	+1,6
SLD (3)	1 022 368	1 014 099	-8 269	-0,8
EHPAD (3)	127 724	120 839	-6 885	-5,4
HAD (2)	277 654	277 911	347	0,13

(1) : Gilda) ; (2) : PMSI ; (3) : Opale

Les séjours de moins d'une nuit et les séances ont augmenté (respectivement + 3,8% et +1,1%) entre 2012 et 2013.

Evolution du nombre de séjours de moins d'une nuit et du nombre de séances, entre 2012 et 2013, pour l'ensemble de l'AP-HP

Séjours et séances	2012	2013	Évolution	
			en valeur	en %
Nombre de séjours de moins d'une nuit : Hospitalisation de jour et nuit de médecine, chirurgie ambulatoire et IVG	270 326	280 622	10 296	+3,8
Séances de radiothérapie, dialyse, transfusion et chimiothérapie	329 467	333 158	3 691	+1,1

4.2.2 - Les urgences

Le nombre de passages pour urgences générales dans les services d'urgences médico chirurgicales adultes et pédiatriques a progressé de 0,7% en 2013, pour s'établir à 1 064 657.

Le taux d'hospitalisation est stable, de 21 % chez les adultes (55 % pour les patients de plus de 75 ans) et 11 % pour la pédiatrie.

Les admissions en UHCD représentent 63 % des admissions initiales. La part des admissions dans les services d'hospitalisation complète est stable, 12 % des passages des urgences adultes et 7 % en pédiatrie.

Le volume des admissions depuis les services d'urgences représentent 30 % des admissions et 34 % des séjours en hospitalisation complète.

4.2.3 - Les actes externes

4.2.3.1 – L'activité de consultation

En 2013, les hôpitaux de l'AP-HP ont réalisé 5 108 431 de consultations externes.

Nombre de consultations externes en 2013 (*) pour l'ensemble de l'AP-HP, exprimé en actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Types de consultation	2013
Consultation (C)	1 930 108
Consultation psychiatrie (CNPSY)	254 996
Consultation spécialisée (CS)	2 753 632

(*) Le décalage dans le nombre de consultations externes avec les années précédentes provient d'une évolution méthodologique dans les méthodes d'extraction.

4.2.3.2 – Les actes médicaux externes

Les actes médicaux externes ont été stables durant l'année 2013.

Evolution du nombre d'actes regroupés par code de la CCAM pour l'ensemble de l'AP-HP entre 2012 et 2013

Catégories d'actes médicaux par code de regroupement	2012	2013	Évolution en	
			valeur	%
Actes d'obstétrique (ACO)	52 157	51 586	-571	-1,1%
Actes de chirurgie (ADC)	85 879	85 776	-103	-0,1%
Actes d'échographie (ADE)	371 261	382 351	11 090	3,0%
Actes d'imagerie hors échographie (ADI)	1 282 161	1 247 879	-34 282	-2,7%
Actes techniques hors imagerie (ATM)	1 137 993	1 185 149	47 156	4,1%

4.2.4 – L'activité de biologie et d'anatomie cytologie pathologique

La production globale du nombre d'équivalents B (EqB) de biologie médicale et pathologie a augmenté de 2,17 % entre 2012 et 2013.

Sur la période du plan stratégique (2010 à 2013), la tendance est à la hausse pour les examens réalisés pour des consultants externes (+ 2,3 %) et pour le compte d'organismes extérieurs à l'APHP (+ 28,6 %), ce qui est très positif car générant des recettes directes (les examens réalisés pour les patients hospitalisés étant eux décomptés dans le tarif du GHS).

La prescription d'examens de biologie et de pathologie pour les hospitalisés tend à se maintenir, alors même que le nombre de séjours MCO a augmenté de 4,4 % entre 2010 et 2013. Cette dynamique résulte des efforts réalisés par les GH en faveur d'une rationalisation de la prescription en biologie, également appelée « Juste prescription ». Ces efforts devront être accentués lors du prochain plan stratégique 2015-2019 afin de ne pas rompre la tendance vertueuse (augmentation de la biologie et pathologie prescrite pour des hospitalisés de 2,2 % au global, pour une augmentation du nombre de séjours MCO de 0,9 % entre 2012 et 2013).

Focus sur l'activité pour les hospitalisés

En nombre d'Eq B	Dont la part réalisée pour l'HOSPITALISATION COMPLETE OU DE SEMAINE (HC)	Dont la part réalisée pour l'HOSPITALISATION PARTIELLE (HP)	soit la part totale réalisée pour l'HC et HP	Nbre de séjours et séances MCO
2010	928 326 081	162 794 321	1 091 120 402	1 137 384
2011	920 430 154	160 331 928	1 080 762 082	1 156 167
2012	916 095 549	157 275 357	1 073 370 906	1 176 573
2013	934 827 075	161 893 304	1 096 720 379	1 187 740
Evolution 2010-2013 en %	**0,7**	**-0,6**	**0,5**	**4,4**
Evolution 2012-2013 en %	**2,0**	**2,9**	**2,2**	**0,9**

Source : Opale - 15 mai 2014

Le volume d'examens réalisé dans le cadre des prestations inter hospitalières est en augmentation de 41,7 % sur la période 2010-2013. Ces échanges d'examens entre les sites résultent de la mise en place des GH et sont la conséquence logique de la réorganisation inter GH des structures de biologie médicale et de pathologie.

4.2.5 - L'activité de plateau technique d'imagerie

Le nombre d'actes CCAM d'imagerie a augmenté de 1,8 % entre 2012 et 2013. Les actes d'Imagerie de haute technicité continuent de progresser, en particulier la tomodensitométrie par émission de positons (TEP). Au regard de la forte augmentation de la demande de TEP, la diffusion de la TEP doit se poursuivre par substitution de gamma caméras. En 2013, le parc a d'ailleurs été réduit de deux appareils.

Le parc des équipements IRM et scanner est resté constant par rapport à celui de 2012. En scanner, la baisse en actes CCAM observée en 2013 est liée à une modification de la nomenclature, de nouvelles dispositions s'appliquant à la liste des actes et prestations par décision du 20 mars 2012 (journal officiel du 7 juin 2012). L'activité a en fait progressée, le nombre de passages par machine ayant augmenté de 4,4 % en 2013 par rapport à 2012.

Activités d'imagerie (en actes CCAM)*MCO et SSR SLD
Nombre total d'actes CCAM d'imagerie (isotope et imagerie)

	2013	2012	Evolution 2013 vs 2012
Nombre d'actes CCAM d'imagerie (isotopes et imagerie)	**2 401 690**	**2 359 048**	**1,8%**
dont : actes de scintigraphie et TEP	*83 114*	*81 930*	*1,4%*
dont : actes de radiologie conventionnelle	*1 405 944*	*1 385 551*	*1,5%*
dont : radiologie vasculaire diagnostique et interventionnelle	*25 326*	*27 572*	*-8,9%*
dont : échographie	*297 803*	*268 208*	*9,9%*
dont : actes IRM et scanner	*589 503*	*595 787*	*-1,1%*

** CCAM : classification commune des actes médicaux (hors suppléments)*

Les équipements

Les activités des équipements lourds (scanner, IRM, TEP et gamma caméras) font l'objet d'un rapport détaillé d'évaluation annuel

Parc des équipements lourds insatallés (au 31/12/2013)	
IRM	34
Scanographe	42
Gamma-caméra	34
Tomographe à émission de positons (TEP)	8
Caisson hyperbare	1
Supports pour activités de soins autorisées	
Angiographie numérisée	40
Radiothérapie externe (traitement du cancer)	14 accélérateurs dont 1 tomothérapie 1 GAMAKNIFE

5 - LA POLITIQUE DE SOINS

5.1 - La politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers

5.1.1 - La commission centrale de concertation avec les usagers

La commission centrale de concertation avec les usagers (3CU), créée en juin 2010, est dédiée au dialogue institutionnel avec les usagers. Présidée par la directrice générale de l'AP-HP, elle est composée de sept représentants des usagers et des familles, des deux médiateurs : médical et non médical, de représentants des directions administratives, de la communauté médicale et des soignants de l'AP-HP et de ses groupes hospitaliers et hôpitaux hors GH.

Ses recommandations contribuent à l'élaboration du programme d'actions en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité de la CME.

En 2013, cette instance s'est réunie trois fois et, à partir des réalisations de plusieurs groupes de travail, a travaillé sur les thématiques suivantes :

- le groupe « bientraitance »: la direction des soins et des activités paramédicales a élaboré des recommandations – protocoles et recommandations de bonnes pratiques ; mise en place d'EPP « prévention de l'incontinence » ; réalisation d'un kit de formation – en vue d'un déploiement sur les sites au début de l'année 2014 ;

- le groupe « nouvelle blouse » : la 3CU a souhaité que soit constitué un groupe de travail pour mener une réflexion sur la création d'une nouvelle blouse pour les patients. Le modèle actuel est connu pour ne pas respecter la dignité des patients puisque la blouse se ferme dans le dos. Un cahier des charges en vue d'un nouveau modèle a été élaboré. Le groupe a rendu ses conclusions au début de l'année ce qui a permis au nouveau marché d'être élaboré selon ses recommandations. Préalablement, des tests ont été réalisés au sein de services de soins en collaboration avec les équipes médico-soignantes afin de prendre en compte les besoins et les contraintes tant des patients que des professionnels ;

- le groupe « Visibilité des CRUQPC et des représentants des usagers » : les recommandations du groupe, qui ont fait l'objet d'une enquête en 2013, ont été suivies – en mai 2013 – par l'adoption par la CME d'une motion visant à s'assurer que les CMEL et les CSIRMT s'impliquent dans la politique de promotion et de visibilité du rôle des CRUQPC et des représentants des usagers au sein des groupes hospitaliers. Les résultats de l'enquête ont été traduits en tableau de bord et une enquête de suivi est prévue courant mai 2014.

Par ailleurs, la 3CU a organisé en 2013 des débats avec les représentants des usagers et des familles sur divers projets d'intérêt institutionnel :

- bilan à mi parcours du plan stratégique 2010-2014 ;

- élaboration de recommandations visant à instaurer de bonnes pratiques sur la sécurisation de la prise en charge des patients âgés désorientés présentant des risques de fugue ;

- programme relatif à la qualité, la sécurité des soins et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers de la CME ;

- travaux relatifs à la bientraitance ;

- expérimentation de consultation du dossier pharmaceutique ;

- parcours de la personne âgée ;
- accueil aux urgences.

5.1.2 - Le dialogue institutionnel avec les associations et les cultes

Le département des droits du patient et des associations (DSPC) impulse une dynamique de partenariat et promeut l'action des associations à l'hôpital (conseils aux hôpitaux, conventions cadres, …). Le secteur de la représentation des usagers et des associations a reçu trois associations et examiné plusieurs conventions soumises par les hôpitaux.

Il a également procédé de manière continue à la mise à jour de la liste des associations figurant sur le site institutionnel. Il ressort de ce travail qu'il est nécessaire de mener une réflexion globale quant à la politique associative de l'AP-HP. C'est dans ce sens que le département à élaboré un projet transversal destiné à associer l'ensemble des personnes en charge des relations avec les associations sur les sites afin de produire des outils partageables et de mutualiser les bonnes pratiques.

Il assure également l'accompagnement du réseau des aumôniers hospitaliers. Il a pris part, en collaboration avec le CFCPH et la Préfecture de Paris, à la mise en place de la première formation destinée aux aumôniers salariés, aux aumôniers bénévoles et aux référents des services d'aumôneries hospitalières qui s'est déroulé sur deux jours en juin 2013.

5.1.3 - Une équipe à l'écoute des usagers et en appui des professionnels à l'hôpital sur les droits des patients et la gestion des plaintes et réclamations

➢ Le département des droits du patient et des associations (DSPC) a assuré en 2013 le traitement et le suivi de 910 nouveaux dossiers (réclamations d'usagers à caractère non indemnitaire, demandes de communication de dossiers ou d'éléments de dossiers, demandes d'informations diverses), ce qui correspond à une activité comparable à celle de 2012, laquelle faisait suite à une augmentation d'environ 50 % des dossiers traités par rapport à 2011).

➢ Le Département des Droits des Patients et des Associations (DSPC) anime et coordonne le réseau des chargés de relations avec les usagers et les associations (CRUA). En 2013, le club des CRUA s'est réuni tous les deux mois en formation plénière. Deux groupes de travail relatifs à la mise à jour du dépliant « comment obtenir vos documents médicaux » et à la médiation se sont réunis entre les séances plénières.

➢ Le secteur des droits du patient et des relations avec le public a assuré en 2013, notamment à la demande des écoles de formation, dix actions de formations à l'attention des professionnels de l'AP-HP (IFMEM, IBODE, CFTA, IFCS).

➢ Le (DSPC) a animé et piloté le groupe de travail permanent avec les représentants des usagers et des familles (GTU) en le réunissant à six reprises. Le 25 novembre 2013 a eu lieu la 7ème journée qualité et droits du patient, sur le thème « Comment apprendre de nos erreurs ? », en lien avec la direction médico-administrative.

5.1.4 - Un secteur dédié à la recherche des patients hospitalisés et à l'accueil des demandes d'hospitalisation en soins de longue durée

➢ Le pôle « Gérontologie » accueille, oriente et renseigne les familles, les hôpitaux et divers interlocuteurs extérieurs, comme les services sociaux, sur l'offre de soins gériatrique à l'AP-HP, et les possibilités d'admission en long séjour. Il coordonne les demandes d'hospitalisation

concernant les hôpitaux gériatriques de l'AP-HP situés dans Paris intra muros. Il a traité près de 3 500 demandes d'information et 500 dossiers environ en 2013.

➢ Le Pôle « Recherche de patients hospitalisés » est un service unique d'information concernant l'hospitalisation éventuelle d'une personne à l'AP-HP. Il est joignable sept jours sur sept via un numéro de téléphone dédié, à disposition du public, des familles et professionnels de santé, d'aide à domicile, du secteur social, associatif et caritatif, des autorités judiciaires. Plus de 44 500 demandes ont été traitées en 2013 (vigilance pour disparition inquiétante compris).

➢ Le pôle « Recherche de patients hospitalisés » est mobilisable en cas de crise pour la recherche des patients dans les hôpitaux, à la demande des familles et professionnels (kit de communication et équipe formée en renfort, mise à jour des codes utiles tous les 50 jours, organisation d'astreintes en cas de situation préoccupante, et actualisation régulière des procédures). Il traite par ailleurs les demandes par réquisitions (plus de 300 en 2013) émanant des autorités judiciaires dans le cadre d'enquêtes portant sur la présence ou non d'un patient dans nos hôpitaux.

5.1.5 - Les actions menées en faveur du patient : les Trophées patients de l'AP-HP

La création des Trophées Patients, dont la première édition a eu lieu en juin 2012, a pour objet d'encourager les équipes hospitalières et associatives qui font preuve d'innovation pour améliorer le service aux patients et participer ainsi à la valorisation des savoir-faire de l'institution.

Ils récompensent les meilleures réalisations d'équipes hospitalières cherchant à faciliter la vie des patients à l'hôpital, à fluidifier le parcours de santé en simplifiant et encourageant les relations entre la ville et l'hôpital, à améliorer l'information des patients et le recueil de leur parole, à inciter les patients à participer à leur prise en charge au sein de l'hôpital, à améliorer le confort et la qualité de vie du patient par une innovation brevetable et brevetée.

Plus de 70 dossiers ont été déposés pour cette deuxième édition des Trophées, à l'occasion de laquelle sept trophées ont pu être décernés sur des sujets tels que :

- distraction par tablette tactile : soulagement de la douleur aux urgences pédiatriques (Hôpital Armand Trousseau) ;

- activité physique adaptée et cancer du sein (Hôpital Saint Louis) ;

- un hôpital de jour pour la médecine de ville (Hôpital Louis Mourier) ;

- Darius et la fleur multicolore - la mort avant la naissance : des mots pour en parler à la fratrie (Hôpital Antoine-Béclère) ;

- soignants solidaires : quand les soignants se mobilisent pour améliorer la qualité de vie des enfants hospitalisés (Association Soutien de l'Enfant Malade à l'hôpital Raymond Poincaré) ;

- prévenir, repérer, agir : un livret d'éducation à l'usage du patient à mobilité réduite permanente (Hôpital Raymond Poincaré) ;

- Tableau Interactif pour Patients Atteints de Troubles Sévères de la Maladie d'Alzheimer (TIPATSMA) (Hôpital Paul Brousse) ;

- la culture pour tous (Hôpital Marin d'Hendaye).

5.1.6 - Le référentiel Marque AP

Le référentiel MarQue AP de qualité hôtelière comporte quatre thématiques : l'accueil, le confort, la restauration et la propreté déclinés en dix références et 71 critères correspondant aux standards hôteliers qui doivent être garantis par les établissements de l'AP-HP.

La démarche originale Marque AP repose sur des audits réalisés conjointement par des binômes d'auditeurs professionnels et de représentants des usagers.

Les audits sur la qualité du service du repas aux patients dans les unités de soins ont démarré dans les hôpitaux en octobre 2012 et l'ensemble des hôpitaux ont été audités à la mi-2013. Une réunion de restitution des résultats et d'échanges de bonnes pratiques a été organisée en septembre 2013, rassemblant une centaine de professionnels.

5.1.7 Les projets prioritaires liés au parcours patient

Le contexte est marqué par une augmentation majeure des maladies chroniques, 2,5 millions de personnes (1,7 million en affection de longue durée, ALD, en progression de 4,8 % entre 2088 et 2009) concernées en Ile-de-France, et par une raréfaction de certaines ressources médicales. A l'AP-HP, parmi les patients hospitalisés en MCO plus d'un tiers est en ALD et une hospitalisation sur cinq concerne une personne de plus de 75 ans.

Visant à limiter l'évolution de la(des) maladie(s), les prises en charge reposent sur l'association des bonnes pratiques, d'une planification de la prise en charge, d'une coordination des professionnels (de santé (ville et hôpital) et sociaux) et de la participation du patient.

L'inscription de l'AP-HP dans la mise en œuvre d'une médecine de parcours se fait, en raison de la complexité des sujets, selon trois axes complémentaires qui permettent d'envisager une modélisation, tout en gardant à l'esprit la nécessaire adaptation des parcours à la situation individuelle de chaque patient : un axe transversal ; un axe « populationnel » ; un axe par maladie.

5.1.7.1 - Un axe transversal

L'AP-HP a pris la mesure du caractère transversal de certaines problématiques ou sujets, comme les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), les organisations de télémédecine, les réseaux de santé.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Aujourd'hui, l'AP-HP met en œuvre 292 programmes d'ETP autorisés par l'ARS, sur 32 établissements de l'AP-HP (y compris l'HAD) dont 19 nouveaux programmes autorisées en 2012 et 8 nouveaux programmes autorisées en 2013. Les cinq principales pathologies bénéficiant de programmes d'ETP à l'AP-HP en 2013 sont le diabète (56 programmes), les pathologies cardio-vasculaires (23), l'infection à VIH (22), les pathologies neurologiques (19), les pathologies rhumatologiques (15).

Les organisations de télémédecine. En 2013, 46 organisations de télémédecine ont été recensées par enquête à l'AP-HP. Les équipes de l'AP-HP sont intervenues comme experts (c'est-à-dire comme donnant un avis à distance) et ont ainsi pris en charge 45 382 patients et réalisé 103 863 actes de télémédecine (contre 24 organisations, 25 000 patients et 82 000 actes en 2012). Dix-huit spécialités médicales sont concernées. Deux réseaux multisites fonctionnent à un niveau régional : Ophdiat (dépistage de la rétinopathie diabétique) et Télif (grande garde de neurochirurgie). Au niveau régional, plusieurs organisations lancées à l'AP-HP sont basculées au niveau régional par l'ARS et le GCS-D-SISIF : Télégéria (gériatrie), TELIF (grande garde de neurochirurgie), Dermatologie et UCSA, Télépathologie.

Les réseaux de santé. L'AP-HP est partenaire de 50 réseaux sur les 93 auxquels l'ARSIF alloue des fonds FIR en 2013. Plusieurs familles de réseaux peuvent être identifiées :

- les réseaux d'expertises, qui s'adressent soit à une population « niche » pour laquelle ils vont proposer une expertise (par exemple, Morphée, Repop, Renif, SLA/SEP), soit à une population en nombre important pour laquelle c'est un parcours fléché qui sera proposé. L'investissement de l'AP-HP dans ces réseaux est important ;

- les réseaux territoriaux de proximité : l'AP-HP soutient la structuration de ces réseaux pluri-thématiques territoriaux. En raison de la diversité de provenance des patients, les services de l'AP-HP sont en contacts avec plusieurs réseaux.

L'AP-HP participe au Comité d'instruction des réseaux organisé par l'ARS.

5.1.7.2 - Un axe populationnel avec la poursuite et le déploiement des travaux menés sur le parcours des personnes âgées

La prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans à l'AP-HP est organisée autour de 15 filières de soins labellisées, en 2009 et 2010, par l'ARH d'Ile-de-France. En 2013, une nouvelle équipe mobile gériatrique externe a été créée pour mieux répartir l'intervention des trois premières équipes déjà existantes (Bretonneau, Broca, HEGP) dans la soixantaine d'EHPAD parisiens. Ces équipes ont pour mission d'apporter une expertise gériatrique hospitalière et faciliter l'orientation des résidents. Les actions de formation ont également été soutenues en 2013.

Pour aller plus loin, des expérimentations relatives au parcours des patients âgés ont été développées notamment sur les 9ème, 10ème, et 19ème arrondissements avec l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, concrétisées par la signature d'un contrat de territoire le 21 janvier 2013.

L'AP-HP a été sélectionnée pour participer à l'expérimentation nationale PAERPA (parcours de soin pour les personnes âgées en risque de dépendance) sur les mêmes arrondissements du territoire de santé de Paris.

5.1.7.3 - Un axe par maladie

Le parcours de soins des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques est un enjeu majeur pour l'AP-HP. Cette notion de parcours renvoie d'une part à l'organisation intra hospitalière de la pluridisciplinarité et d'autre part à la mise en œuvre d'un programme de gestion d'une maladie chronique associant soins de proximité et hôpital. Il s'agit de créer les conditions d'un véritable partenariat associant la communauté médicale et paramédicale de l'AP-HP, les partenaires extérieurs notamment les professionnels de ville ainsi que des représentants des usagers.

Outre la poursuite des travaux notamment en cancérologie, l'année 2013 a été marquée par l'initiation d'un tel programme pour la BPCO avec la collégiale de pneumologie d'Ile-de-France. Le comité de coordination du projet associe pneumologues hospitaliers (AP et hors AP) et libéraux, internistes, urgentistes, médecins généralistes, kinésithérapeutes, assistantes sociale et représentants d'usagers. L'année 2013 a permis la réalisation d'un état de lieux de la prise en charge à la fois qualitatif et quantitatif.

Il ne s'agit pas seulement de décrire finement les prises en charge, mais de traduire ces référentiels en de nouveaux modèles organisationnels et de les expérimenter, en intégrant la dimension médico-économique.

5.1.7.4 - Le projet « Amélioration de l'accessibilité des patients aux consultations »

A fin 2013, ce projet a été déployé sur 8 GH, 22 pôles et 65 services. Plus de 50 personnes ont été formées :

- aux différents outils permettant la réalisation d'un état des lieux du fonctionnement des consultations ;

- à l'élaboration et au suivi du plan d'actions en découlant.

Deux journées professionnelles de retour d'expérience et d'information ont été organisées en février et juin 2013 et ont réuni à elles deux environ 170 personnes.

Trois groupes de travail institutionnels ont été créés et ont permis d'échanger sur les pratiques professionnelles relatives à :

- la formalisation de l'organisation et des pratiques en consultations ;
- l'élaboration d'un tryptique « les bonnes pratiques incontournables d'utilisation du logiciel de prise de RDV Agenda » ;
- l'élaboration d'un tableau de bord de la performance des consultations automatisé via Opale.

Des outils facilitant la prise de rendez-vous ont été déployés ou sont en cours de développement :

- la relance par SMS a triplé (plus de 2 millions de SMS ont été envoyés en 2013) ;
- l'envoi de la lettre de convocation aux rendez-vous par mail ;
- des formulaires internet institutionnels de demande et d'annulation de rendez-vous.

5.1.7.5 - Le projet « Amélioration de la qualité de la sortie du patient »

Ce projet a été déployé ou est engagé dans 50 pôles de l'AP-HP. Il a permis de mettre en place un dispositif de sortie à forte valeur ajoutée à la fois pour l'usager et pour le professionnel de l'hôpital. En effet, le projet a contribué à l'amélioration de la satisfaction du patient dans l'organisation de sa sortie la fluidité du parcours dans les services tout en consolidant l'envoi des comptes rendus d'hospitalisation envoyés sous huit jours au médecin traitant.

La méthode *Lean Management* apporte une approche participative à la gestion de projets dans les services et permet d'améliorer la communication entre professionnels, ce qui a facilité grandement l'appropriation des nouvelles organisations de la sortie du patient et de la production du compte-rendu d'hospitalisation

Des outils ont ainsi pu être déployés au cours de l'année 2013 favorisant :

- l'information et la sécurité du patient à sa sortie de l'hôpital par la mise en place d'une check-list de sortie dans les services de soins (154 000 pochettes « Sortie du patient » distribuées) ;
- la continuité de la prise en charge du patient avec la ville en améliorant le délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation (20 000 aide-mémoires CRH en MCO distribués aux personnels médicaux) ;
- l'organisation du travail dans les services en formant les professionnels de l'hôpital à la conduite de projet par démarche participative (144 acteurs clés formés) et la mise à disposition d'un kit de capitalisation.

5.1.8 Innovation et culture au service des patients

5.1.8.1 - Le musée de l'AP-HP

Le musée de l'AP-HP a continué de déployer en 2013 une politique d'acquisition d'œuvres et d'objets, témoins privilégiés de l'histoire de l'institution : 35 objets se sont donc ajoutés à sa collection. Le musée a aussi travaillé à valoriser ses collections. De nombreux prêts ont ainsi été effectués au bénéfice d'institutions culturelles françaises : le tableau « La Visitation » de Noël Coypel a ainsi été prêté le temps d'une exposition intitulée « Les couleurs du ciel » au musée Carnavalet, à Paris.

En 2013, le musée a réalisé, en collaboration avec les Archives de l'AP-HP ainsi qu'avec le concours du CLAN Central de l'AP-HP, une nouvelle exposition itinérante, consacrée à l'histoire de l'alimentation à l'hôpital : « Hôpitalimentation, Histoire de la restauration à l'hôpital (du Moyen-âge à nos jours) ». Cette exposition perpétue la dynamique souhaitée par la direction du musée, à raison d'une production hors les murs tous les deux ans. A ce titre, inaugurée en septembre 2012, l'exposition itinérante sur l'histoire du vêtement à l'hôpital « Sous toutes les coutures » a continué de déambuler dans les hôpitaux de l'AP-HP et en dehors (320 jours de présentation sur 365) au cours de l'année 2013.

5.1.8.2 - Innovations

Les projets d'innovation de service visent à améliorer l'accueil, l'orientation et les conditions d'attente des patients dans les hôpitaux de l'AP-HP. Plusieurs projets ont été menés pour répondre à ces objectifs :

- 47 bornes d'orientation dynamique ont été installées au cours du second semestre 2013, dans une quinzaine de sites, pour permettre aux usagers de mieux s'orienter au sein des hôpitaux. Elles ont donné lieu en moyenne à 45 000 recherches de destinations mensuelles fin 2013.

- démarrage d'un programme de rénovations des espaces d'attente aux urgences (petits travaux, mobilier) dans l'objectif d'améliorer les conditions d'accueil. Expérimentation pour les hôpitaux Cochin, HEGP, Avicenne.

- un service de lecture numérique dans les salles d'attente a été mis en place fin 2013 dans les salles d'attente. L'objectif est de divertir et de favoriser l'accès à la culture : il suffit de flasher un QR Code, présent sur une affiche, à partir de son smartphone pour pouvoir découvrir gratuitement les premiers chapitres de romans et de nouvelles.

- démarrage d'un programme de signalétique ayant pour objectif d'orienter et d'accompagner l'usager en soutenant la mise en place d'une signalétique directionnelle efficiente dans les hôpitaux (accompagnement de Cochin- Port Royal).

- réalisation d'un *Serious Game* : formation virtuelle aux postures d'accueil pour répondre aux usagers placés dans des situations anxiogènes.

5.1.8.3 - Art et Culture pour le patient

En plus des 9000 activités artistiques et culturelles annuelles réalisées dans les hôpitaux pour améliorer la qualité de vie des patients, de nouveaux projets institutionnels ont – grâce au mécénat d'entreprises – été réalisés en 2013 à destination des patients les plus vulnérables :

- des actions artistiques et culturelles au chevet des patients durant toute l'année 2013, dans des domaines artistiques très variés : lecture, danse, contes, concerts, théâtre, clowns, musicothérapie, médiation animale. Elles ont concerné 3 000 patients dans 19 hôpitaux ;

- des concerts pour les hôpitaux de la fédération du polyhandicap, au chevet des patients et en salle d'animation ;

- une exposition de plus de 300 œuvres de patients, provenant des 12 groupes hospitaliers, dans une galerie privée parisienne.

5.2 - La délégation aux relations internationales

L'année 2013 a été une année de transition et de poursuite de la structuration de la délégation aux relations internationales (DRI).

Des partenariats et des actions ont été développés particulièrement avec des pays émergents, ils concernent notamment : le Brésil (formation à la médecine de catastrophe) ; le Mexique (implication de la direction générale au conseil stratégique franco-mexicain) ; la Chine (mise en

œuvre de l'accord de coopération avec le *Pekin Union Medical Center* à Pékin, avec l'accueil à l'AP-HP de six premiers étudiants chinois) ; la Russie (jumelage avec l'hôpital de Krasnoïarsk, et participation aux assises franco-russes) ; le Vietnam (étude de faisabilité du projet médical du CHU de Hanoi). En outre, un accord a été renouvelé avec l'hôpital de l'Hôtel Dieu de Beyrouth au Liban, et d'autres ont été préparés en 2013 concernent notamment le Cambodge, la Côte-d'Ivoire, et Madagascar.

La DRI a, au nom de l'AP-HP, répondu à l'appel d'offre des autorités algériennes pour contribuer à la construction, la gestion et l'accompagnement d'un programme algérien portant sur neuf CHU. L'offre, faite en partenariat avec Bouygues bâtiment international (BBI), a été retenue, et l'AP-HP est en charge : du projet de formation médicale et paramédicale ; de l'appui à l'organisation des activités médicales et paramédicales ; et de la mise en place des *process* qualité et sécurité des soins du futur nouveau CHU de Constantine.

Dans le cadre de la réponse à l'appel d'offre annuel de la DGOS (crédits MIGAC), l'APHP a présenté neuf dossiers – tous acceptés – pour une somme de 184 000 euros. Les jumelages hospitaliers dans ce cadre concernent le Niger, le Togo, le Vietnam, le Cambodge, la Mauritanie, le Maroc, l'Uruguay, le Mali, et la Chine. Les deux premiers sont réalisés en partenariats avec le GIP Esther.

La DRI a, en outre, contribué à l'accueil et à l'accompagnement de délégations étrangères. Trente délégations ont été reçues, dont neuf chinoises et six russes (sept de ces délégations étaient de niveau ministériel). Trois hôpitaux ont été très sollicités : HEGP, Pitié-Salpetrière, et Saint Louis.

Le centre d'accueil des patients internationaux se développe avec l'appui d'un groupe de travail de la CME qui a permis, en février 2013, la validation d'une augmentation de nos tarifs de 30 % et la passation d'un accord pour lancer une expérimentation sur cinq hôpitaux (Pitié Salpetrière, HEGP, Necker, Saint Louis Lariboisière, Robert Debré). L'augmentation tarifaire a été mise en application le 1er septembre 2013. Par ailleurs, un accord a été signé en novembre 2013 avec l'Arabie saoudite, portant avant tout sur l'envoi de patients.

Enfin, l'organisation de dons de matériels défalqués s'est poursuivie ; une première opération a été réalisée à partir du matériel de l'hôpital Saint-Vincent de Paul au profit de cinq partenaires par le biais de cinq associations ou fondations.

5.3 - La sécurité générale des personnes et des biens

La mission de sécurité anti-malveillance regroupe 43 chefs de sécurité ou référents et 20 adjoints assurant leurs missions dans les 37 hôpitaux et services généraux.

Les atteintes aux personnes et aux biens sont en constante augmentation. En 2013, 3 399 atteintes aux personnes et aux biens ont été enregistrées, contre 2 937 en 2012, 2 915 en 2011 et 2 891 en 2010.

La hausse des atteintes aux biens est quasiment égale à celle des atteintes aux personnes. S'agissant des atteintes aux personnes, 1 343 ont été enregistrées en 2013, contre 1 156 en 2012. Il convient de souligner que 53 % de ces infractions sont constituées par des injures ou des insultes. Concernant les atteintes aux biens, 2 056 ont été constatées à titre de comparaison en 2013, contre 1 781 l'avaient été en 2012 ; les vols simples, ou des dégradations légères constituent 93 % des faits constatés.

79 120 interventions des agents de sécurité ont été enregistrées, contre 60 263 en 2012. Cette situation trouve majoritairement son origine dans l'augmentation des interventions pour abus du droit d'accueil, soit plus de 31 000.

298 interpellations en flagrant délit ont été effectuées en 2013, pour 216 en 2012, soit une augmentation de + 38% (pour mémoire il y en a eu 205 en 2011).

Type d'atteintes	2012	2013		Evolution 2013/2012 (en %)
		nombre	% total	
Niveau 4 Violences avec armes, viol ou toute autre fait qualifié crime	20	11	0,8	- 45
Niveau 3 Violences volontaires, menaces avec armes, agressions sexuelles	347	382	28,4	10
Niveau 2 Menaces d'atteinte à l'intégrité physique, menaces de mort, port d'armes	265	245	18,2	- 7,5
Niveau 1 Insultes, injures, provocations sans menace, consommation de stupéfiants	524	705	52,5	34,5
Total	**1 156**	**1 343**		**16,2**

2013 fait apparaître une hausse des déclarations des atteintes aux biens et aux personnes mais une baisse des niveaux de violence.

5.4 - Responsabilité médicale, réclamations indemnitaires, et activité d'assurance

Les réclamations indemnitaires formulées par les patients ou leurs familles, qui s'estiment victimes d'un dommage dans les suites de leur prise en charge, sont gérées par la direction des affaires juridiques (DAJ), qui exerce les fonctions d'assureur de l'APHP. Il appartient à la DAJ d'apprécier, en lien avec ses médecins-conseils, si les conditions juridiques permettant d'engager la responsabilité administrative de l'AP-HP sont remplies.

En 2013, la DAJ a géré 872 dossiers, toutes procédures confondues, dont 539 concernent des réclamations nouvelles.

La DAJ privilégie systématiquement la transaction amiable pour tous les dossiers où, compte-tenu des circonstances de fait et de droit, il apparaît clairement que la responsabilité est engagée (dysfonctionnement fautif dans l'activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou responsabilité sans faute en raison d'une infection nosocomiale), et a causé un préjudice au patient. C'est dans ces conditions qu'au titre de l'année 2013 la DAJ a géré 454 dossiers à l'amiable. La voie amiable peut être initiée par le patient directement devant l'AP-HP (298 dossiers) ou bien après saisine par ce dernier de la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI, 155 dossiers).

Le patient (ou ses ayants droit) peut saisir juge administratif s'il n'est pas satisfait de la réponse apportée à sa réclamation par la DAJ (soit parce que celle-ci a fait l'objet d'une décision de rejet, soit parce qu'il estime que les montants proposés sont insuffisants). 137 dossiers ont ainsi été portés devant le juge administratif en 2013, étant rappelé les juristes de la DAJ assurent la défense de l'AP-HP devant le tribunal administratif et que le recours à l'avocat n'intervient qu'en appel.

Le patient peut également choisir la voie pré-contentieuse en saisissant le juge administratif d'une demande d'expertise en référé (47 dossiers en 2013).

En 2013, l'AP-HP a versé 11,2 millions d'euros au titre de son activité d'assureur du dommage médical, étant précisé que des indemnisations sont allouées au patient mais aussi aux organismes sociaux (notamment la sécurité sociale) qui ont versé à ce titre des prestations à leurs assurés (remboursement des indemnités journalières, de frais d'hospitalisation, etc.). Si le montant

des indemnisations est variable d'un exercice budgétaire à l'autre, principalement en raison de la nature des accidents médicaux et de la réparation des dommages s'y rapportant, il est toutefois constaté une certaine stabilité, avec une légère tendance à la hausse.

5.5 - La qualité, la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles

5.5.1 - La certification des hôpitaux

La troisième itération ou procédure V2010 s'est inscrite à l'AP-HP dans un contexte d'évolution générale et spécifique de restructuration en groupes hospitaliers (GH) et d'inscription du siège et de services généraux dans la démarche V2010.

Rendue officielle dans les accords signés entre l'AP-HP et la HAS le 29 septembre 2009, cette nouvelle démarche s'est articulée autour de trois axes principaux :

1. Les visites de sites par groupe hospitalier ou hôpitaux, qui se sont échelonnées sur 2012 et 2013, selon un calendrier prévisionnel validé par la HAS ;
2. La visite de services généraux (AGEPS et services centraux blanchisserie-ambulances-maintenance ou PIC SCA-SCB-SMS), fin 2013, après la visite des groupes hospitaliers ;
3. Une rencontre de la direction générale avec la HAS en amont et en aval de ces démarches.

L'année 2013 a été une année importante pour la V2010 à l'AP-HP en ce qui concerne les services généraux, les visites des groupes hospitaliers et hôpitaux, et l'enquête annuelle sur les pratiques exigibles prioritaires.

Concernant les services généraux, une rencontre a été organisée le 16 décembre 2013 avec la HAS, l'AGEPS et le PIC SCA-SCB-SMS. Cela a été l'occasion d'une part, de reconnaître leur investissement dans la prise en charge du patient et d'autre part, de les intégrer à la procédure de certification selon des modalités aménagées, eux qui jusqu'alors, n'avaient jamais fait l'objet de cette démarche.

Concernant les visites des groupes hospitaliers et hôpitaux, ces dernières se sont poursuivies tout au long de l'année 2013. La dernière visite a eu lieu en décembre 2013 et a clôturé ce troisième cycle de la certification V2010 à l'AP-HP. Ainsi, fin 2013, tous les groupes hospitaliers et sites ont passé leur visite V2010 et neuf GH et trois hôpitaux hors GH disposaient de leurs résultats dont cinq certifications avec réserves (42 %), quatre certifications avec recommandations (33 %) et trois sursis à la certification (25 %). Pendant ce temps, l'AP-HP a continué de se mobiliser sur les mesures de suivi sur l'ensemble des sites disposant de leurs résultats. Elles sont réparties en sept rapports de suivi et cinq visites de suivi sur une période de 6 à 12 mois sur les années 2013 et 2014.

S'agissant de l'enquête annuelle sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP), en 2013 l'AP-HP a également poursuivi sa démarche institutionnelle annuelle d'évaluation des PEP de la V2010. Les résultats de l'enquête 2013 ont été présentés et travaillés avec les groupes hospitaliers et les hôpitaux en 2013. De façon globale, en assurant une dynamique constante sur ces sujets, ces enquêtes ont abouti à une très nette amélioration globale des résultats en 2013, témoin d'une prise de conscience des exigences de cette certification par les professionnels et d'une acculturation progressive sur ces sujets en GH :

- certaines PEP restent très positivement stables, ce sont surtout celles en rapport avec la maitrise du risque infectieux et la gestion des plaintes et réclamations ;

- d'autres ont eu une croissance positive particulièrement forte en 2013 (d'au moins 5 points), telle que la prise en charge des patients en fin de vie, la radiothérapie, l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et la médecine nucléaire dépassant toutes les quatre la barre des 80 %, attestant de l'impact des actions entreprises sur ces sujets ;

- les quatre thèmes restant en dessous du seuil des 80 % sont : l'organisation du bloc opératoire, l'endoscopie, la prise en charge médicamenteuse du patient et la gestion du dossier patient. Ce sont les critères qui ont eu le plus de décisions en V2010 sur l'AP-HP.

5.5.2 - La qualité de la prise en charge médicamenteuse

Un programme d'actions prioritaires 2013 a été défini et mis en œuvre, prenant en compte le bilan des actions 2012, la certification HAS, les résultats des inspections des pharmacies à usage intérieur et les objectifs du contrat de bon usage du médicament. Il se décline en six axes qui s'appuient sur l'assurance d'un système de management de la qualité opérationnel, l'étude des points critiques du processus de prise en charge médicamenteuse réalisée, l'incitation de déclaration des événements indésirables dans le système d'information OSIRIS, la communication et la formation nécessaires pour maintenir la dynamique et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse et l'informatisation de toutes les étapes du circuit du médicament.

L'année 2013 a été notamment marquée par le renforcement d'actions initiées en 2012, inscrites comme objectifs prioritaires du programme qualité-sécurité des soins de la CME. Il s'agit de la promotion de l'analyse pharmaceutique, l'utilisation d'un support unique prescription-administration et le déploiement de démarches de retour d'expérience sur le médicament.

Par ailleurs, les actions relatives à l'accompagnement des groupes hospitaliers, hôpitaux hors groupe hospitalier, l'HAD et l'AGEPS dans la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient se sont poursuivies notamment en concertation avec la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Une première journée AP-HP a permis de rassembler de nombreux professionnels autour de cette thématique en octobre 2013.

La dynamique de la démarche qui s'appuie sur une forte mobilisation des professionnels des sites, est confirmée par les résultats du contrat de bon usage des médicaments (objectif spécifique sur le management de la PECM atteint à 100 %) et de la certification V2010 (une seule décision sur le critère relatif au management de la prise en charge médicamenteuse du patient).

Fin 2013, 86 % des cibles du programme d'actions ont été atteintes, notamment la rédaction d'un guide sur les bonnes pratiques de gestion des stocks des antennes, des armoires informatisées, et des armoires des services, le déploiement des comités de retour d'expérience sur le médicament, et la progression du déploiement de l'analyse pharmaceutique.

5.5.3 - Assurance Qualité en radiothérapie

Des journées communes de travail ont été organisées pour partager les expériences et apporter des améliorations aux systèmes de management de la qualité notamment par la mise en place de revue de direction, la définition d'indicateurs de suivi de la performance du système qualité et l'intégration des nouveaux arrivants.

Les améliorations relatives à la gestion des risques à priori et à postériori ont essentiellement porté sur la finalisation de la cartographie des risques, la formation à la détection et au signalement des évènements indésirables et évènements significatifs de radioprotection, le suivi des actions correctives décidées en CREX.

5.5.4 - Procédure d'évaluation des centres de référence de maladies rares

Le pilotage de cette procédure est assuré au niveau de chaque hôpital, par les centres de référence maladies rares avec un appui de leur direction Qualité gestion des risques et un

accompagnement de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) de l'AP-HP.

L'année 2013 est marquée par le lancement d'un appel d'offre du Ministère de la Santé relatif à la structuration de filières de santé maladies rares auquel tous les centres de référence de l'AP-HP ont répondu en octobre 2013. Les résultats sont attendus pour février 2014.

Dans l'attente de la définition des nouvelles modalités de la procédure d'évaluation et la parution du nouveau référentiel annoncé dans le plan national maladies rares 2010-2014, les soixante dix centres de référence que compte l'AP-HP finalisent la mise en œuvre de leurs actions identifiées dans le cadre de la précédente procédure d'évaluation.

5.5.5 - L'évaluation des pratiques professionnelles

Le développement professionnel continu (DPC) est obligatoire depuis le 1er janvier 2013 pour l'ensemble des professionnels de santé. Ce dispositif associe deux activités : l'acquisition et l'approfondissement de connaissances/compétences et l'analyse des pratiques professionnelles. Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont également un incontournable de la procédure de certification V2010 des établissements qui a fait de son organisation et de son pilotage une pratique exigible prioritaire. De plus, ses attentes spécifiques accrues font l'objet d'une analyse systématique lors des visites.

La dynamique de cette évaluation est essentiellement locale, sous la responsabilité des CMEL et de leurs « comités EPP » locaux. Néanmoins, la DMA intervient auprès des équipes, sous forme de séances de travail et d'accompagnement, à la fois pour aider les hôpitaux demandeurs à se préparer aux références spécifiques de la certification et favoriser le maintien d'une dynamique en leur sein.

En central, l'organisation du DPC, piloté par la DRH, s'est progressivement enrichie avec notamment la mise en place d'une cellule de coordination du DPC incluant l'EPP. La cellule a participé activement aux premières réunions mensuelles.

5.5.6 - Base de données AP² «Analyse et Amélioration des pratiques professionnelles »

Des référents médicaux, paramédicaux et qualité sont identifiés dans chaque groupe hospitalier. Trois réunions rassemblant l'ensemble des référents AP² ont été organisées en 2013. Elles permettent d'assurer un lien étroit avec les acteurs EPP (évaluation des pratiques professionnelles) de terrain, d'adapter l'outil applicatif au plus près de leurs besoins et de partager leurs expériences.

Au cours de l'année 2013, le développement d'une troisième version de l'application Base de données AP² a été initié avec la participation d'un groupe de travail composé de référents médicaux et paramédicaux issus des groupes hospitaliers de l'AP-HP. Cette nouvelle version répond également aux obligations réglementaires du développement professionnel continu. Le déploiement de cette nouvelle version est programmé à la fin du premier semestre 2014.

Fin 2013, la base AP² contenait plus de 1 600 programmes publiés – nombre qui tend à se stabiliser du fait de la fin des visites de certification V2010 des GH, achevées en décembre 2013.

L'ensemble des temps forts, publications, outils et informations issus de la cellule « Qualité Certification, EPP » sont accessibles sur le site intranet de la DMA : http://portail-cms.aphp.fr/qualite-pratiques.

5.5.7 - Les produits de santé

La politique des produits de santé est de la compétence de la CME et est gérée par délégation par la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) centrale de l'AP-HP. En lien avec les différents acteurs qui interviennent sur ce sujet (COMEDIMS, département promotion de la qualité et de la sécurité des soins, gestion des risques, centre de compétence domaine patients, direction des finances….), la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) participe aux différents travaux mis en place pour sécuriser les circuits des produits de santé et la juste prescription de ces produits. Elle organise chaque année la réponse institutionnelle au contrat de bon usage des médicaments et propose aux différents sites tout au long de l'année un appui dans ce domaine.

Pour l'année 2013, deux campagnes de recueil d'informations sur le respect des exigences du contrat de bon usage des médicaments ont été réalisées par l'ARS. La réponse faite par l'AP-HP, au titre du contrat de bon usage des médicaments 2013, après complément d'informations et finalisation de certains projets sur les sites, a permis à l'ARS d'apprécier les efforts réalisés par l'institution. En conséquence, le taux de prise en charge des produits de santé facturables en sus des GHS a été fixé à 100 % pour la période s'étalant du 15 juin 2014 au 15 juin 2015. Afin d'améliorer la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital, l'AP-HP a contractualisé avec le conseil national de l'ordre des pharmaciens pour pouvoir consulter le dossier pharmaceutique des patients : signature d'une convention cadre en mars 2013 puis d'une convention d'exécution en décembre 2013 afin que toutes les pharmacies à usage intérieure de l'AP-HP puissent consulter ce dossier ; réponse à un appel à candidatures pour consulter ce dossier par les médecins expérimentateurs de tros GH.

Dans le cadre du bon usage des produits de santé, la DOMU a poursuivi l'élaboration des documents et la mise à jour régulière du site internet de la « juste prescription ». A noter que depuis la signature de la convention AP-HP/OMEDIT IDF, le site de la juste prescription est devenu régional. Des analyses régulières des pratiques de prescriptions notamment sur l'utilisation hors référentiels des médicaments ont été réalisées. A titre d'exemple, le groupe de travail sur les immunoglobulines humaines normales a poursuivi en 2013 ses travaux avec une proposition d'une « *check list* » à remplir lors de la prescription et l'administration de ces médicaments. Enfin, dans le cadre de la maitrise des dépenses des produits de santé, la DOMU a été sollicitée en 2013 notamment pour réfléchir avec l'ARS et l'assurance maladie à la mise en place de contrôles relatifs aux produits de santé facturables en sus des GHS.

5.5.8 - La fiabilisation des comptes et la préparation à la certification des comptes

Les décrets n° 2013-1238 et n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 définissent les procédures et calendriers applicables à la certification des comptes des établissements publics de santé. L'AP-HP a débuté dès 2012 des travaux préparatoires à la certification des comptes, qui se sont poursuivis en 2013, notamment par l'accompagnement dans la mise en œuvre de la démarche par un prestataire : évaluation sur place sur deux groupes hospitaliers pilotes ; auto-évaluation sur les autres groupes hospitaliers et hôpitaux hors groupes hospitaliers ; réalisation d'un diagnostic détaillé et proposition d'un plan d'actions.

Parallèlement, des travaux de fiabilisation des comptes ont été réalisés en 2013, qui restent à poursuivre :

- fiabilisation de l'actif immobilisé (apurement des comptes 23 avec mises en service, apurement des fiches d'écart…) ;

- fiabilisation des éléments de capitaux propres (révision de la méthode de calcul de certaines provisions, réflexion sur les admissions en non-valeur…) ;

- fiabilisation des données relatives au besoin en fonds de roulement (fiabilisation de l'inventaire et de la gestion des stocks, apurement du compte 408 « factures non parvenues », recettes et dépenses à régulariser…).

5.6 - La politique de gestion des risques et la sécurité des patients

En 2013, le comité, en charge des vigilances et des risques (COVIRIS) a été, à l'initiative du président de la CME, réorganisé pour impliquer notamment l'ensemble des présidents des GH. La priorité a été donnée à la gestion – dans les GH et à l'échelon central – des événements indésirables graves (EIG) particulièrement graves.

La CME a validé et diffusé des préconisations. Elles donnent une définition des EIG qui doivent faire systématiquement l'objet d'un signalement au cabinet du directeur général et au président de la CME. Elles précisent le rôle des différents acteurs, explicitent les modalités de signalement et de réalisation des analyses dans le respect le secret professionnel.

La charte « Engagement de l'AP-HP sur la gestion des évènements indésirables associés aux soins », cosignée par le président de la CME et le directeur général, témoigne de leur engagement commun sur le sujet et définit un environnement favorable à la mise en œuvre de ces préconisations. Elle confirme la volonté de l'institution d'apprendre de ses erreurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle encourage l'ensemble des personnels à signaler EIG et erreurs, sans crainte de sanction. Elle garantit, dans ces circonstances, son soutien et son appui aux patients et aux professionnels.

Cette gestion des évènements indésirables particulièrement graves vient en complément de la démarche d'analyse des complications liées aux soins réalisées dans le cadre des réunions de morbi-mortalité (RMM). La cible retenue par la CME dans le programme qualité sécurité des soins validé par les instances, est de mettre en œuvre des revues de mortalité et de morbidité (RMM) dans 10 0% des services à risque (chirurgie, obstétrique, anesthésie-réanimation et cancérologie) et 50 % dans les autres services cliniques.

Pour atteindre cet objectif, les programmes de formation institutionnels à l'analyse des évènements – RMM et CREX (comités de retour d'expérience) – mais aussi gestion des accidents médicaux) ont, après évaluation, été reconduits et intégrés dans la démarche institutionnelle de DPC.

En 2013, environ 350 participants ont participés à ces formations « centrales ». Le rôle des présidents de CMEL est majeur pour inciter les chefs de service à s'engager dans cette dynamique. Parallèlement, un travail a été réalisé, avec les responsables de la base d'enregistrement des pratiques professionnelles ($AP^{2\circ}$) pour permettre une évaluation du déploiement effectif des RMM dans les services, sans travail supplémentaire des équipes.

Le support institutionnel au signalement des évènements indésirables, OSIRIS, a fait lui aussi l'objet d'évolutions. Des fiches ont été actualisées ou précisées (médicament, fugues…) et l'intégration d'une grille de gravité et de criticité constitue une aide supplémentaire à leur gestion.

La journée « Apprendre de nos erreurs » réalisée en novembre, à l'occasion de la semaine nationale de sécurité des patients a été l'occasion de débattre avec les professionnels et les usagers du signalement et de l'analyse des EIG et des erreurs. Quizz, mises en situation avec des acteurs, témoignages… ont été mis en ligne sur internet et sont en support des démarches locales de sensibilisation. Cette rencontre qui a rassemblé plus de 250 personnes (dont un tiers d'usagers) a permis de conforter la volonté de transparence et de communication non seulement avec les professionnels, mais aussi vers les patients et leurs représentants. Ceux-ci ont pu y exprimer leur vision de la démarche institutionnelle mais aussi et surtout leur volonté d'être non plus spectateurs, mais acteurs à part entière de cette évolution.

5.7 - La prévention et la lutte contre les infections nosocomiales

En 2013, la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales se sont articulées autour de trois axes :

- la réponse aux signalements d'infections ;
- le recueil et l'analyse des indicateurs de prévention ;
- les actions de prévention.

5.7.1 - La réponse aux signalements d'infections nosocomiales

En 2013, 206 épisodes d'infections nosocomiales ont été signalés aux autorités sanitaires. Ce chiffre confirme l'augmentation régulière du nombre de signalements (130 en 2010, 159 en 2011, 183 en 2012).

La majorité de ces signalements (194) provient des hôpitaux MCO, soit 13 signalements pour 1 000 lits. Certains de ces évènements sont particulièrement suivis : épidémies de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) (entérobactéries résistantes à l'imipénème (EPC), entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)), légionelloses, … et font l'objet de contacts répétés avec les équipes d'hygiène des hôpitaux et d'évaluations régulières des résultats obtenus.

Environ 10 à 15% des signalements nécessitent des visites de l'équipe opérationnelle d'hygiène du siège dans les hôpitaux. 74 % des signalements concernaient les BHRe: EPC (N=111), et ERV (N=41). Une épidémie de staphylocoque doré résistant à la méticilline et producteur de leucocidine de Panton Valentine en SSR a été maitrisée grâce à la mise en place de mesures renforcées.

5.7.2 - Le recueil et l'analyse des indicateurs de prévention

L'analyse des indicateurs nationaux montre en 2013 (exercice année 2012) que la proportion des hôpitaux de l'AP-HP classés en A est de :

- 90 % pour ICALIN (organisation de l'hôpital pour lutter contre les infections nosocomiales) ;
- 92 % pour ICSHA (utilisation par les soignants de produits désinfectants pour se laver les mains) ;
- 76 % pour ICATB (organisation de l'hôpital pour préserver l'efficacité des antibiotiques) ;
- 59 % pour ICABMR (prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques) ;
- 82% pour ICALISO (prévention et surveillance des infections du site opératoire) ;
- 97 % pour le score agrégé construit à partir des cinq indicateurs précédents.

L'analyse des indicateurs institutionnels montre que :

- l'incidence des entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques a été multipliée par 10 en 10 ans ;
- l'incidence des staphylocoques dorés multirésistants a baissé de 70 % depuis 2001 ;
- la consommation des antibiotiques s'est stabilisée en 2013 après plusieurs années d'augmentation. Seuls 22 hôpitaux ont un référent antibiotique consacrant à cette activité une durée conforme aux recommandations nationales ;
- la consommation de solutions hydro-alcooliques (SHA) n'est en moyenne que de 12 frictions par 24 heures de séjour d'un patient : pour 3 occasions de réaliser une friction hydro-alcoolique, une seule est en fait réalisée ;

- 91 % des services de chirurgie calculent un taux d'infection du site opératoire ;

- 90 % des patients en soins de longue durée (SLD) sont vaccinés contre la grippe et 35% contre le pneumocoque ;

- le taux de vaccination antigrippale des personnels n'est que de 14 %.

5.7.3 - Les actions de prévention

L'analyse des signalements d'infections nosocomiales et des indicateurs de prévention montre que la maitrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) est un enjeu majeur pour l'institution. En effet, si certaines BMR sont en voie de diminution dans les hôpitaux de l'AP-HP (staphylocoques dorés multirésistants, entérocoques résistants à la vancomycine), d'autres sont en pleine expansion : entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques, ou encore entérobactéries productrices de carbapénèmase qui résistent à presque tous les antibiotiques. Le risque d'évolution vers l'impasse thérapeutique impose de renforcer les actions de prévention. Ainsi le CLIN central a défini des actions essentielles :

- la promotion des solutions hydro-alcooliques (SHA) : des objectifs ambitieux de consommation des SHA pour les années à venir ont été définis, une campagne de communication (affiches) a été diffusée en 2013 ;

- la maitrise des prescriptions antibiotiques ;

- la gestion des excreta : des recommandations émises à la suite d'une enquête menée en 2012, ont commencé à être appliquées en 2013 ;

Parallèlement les actions prioritaires du CLIN central ont été poursuivies : prévention de la légionellose, de l'aspergillose, vaccination des patients en long séjour, vaccination des personnels. Des actions ont également été menées sur les thèmes suivants :

- endoscopie digestive et bronchique : A la suite de plusieurs dysfonctionnements dans le traitement des endoscopes, des recommandations ont été rédigées en collaboration avec la collégiale de gastro entérologie et les équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), puis diffusées aux collégiales et chefs de services concernés, EOH et direction des hôpitaux ;

- tri des déchets : rédaction et diffusion de recommandations ;

- transport des matières dangereuses à risque infectieux : diffusion de recommandations.

5.8 - Les indicateurs nationaux de performance médicale et de qualité des soins issus de l'analyse du dossier médical

Ces indicateurs, pilotés par la Haute autorité de Santé, évaluent la continuité des soins, conditionnée par la transmission des informations pertinentes entre les différents acteurs et la pertinence des soins, c'est-à-dire les « bonnes » pratiques médicales. Les données sont extraites des dossiers médicaux.

En 2013, une partie seulement des indicateurs a été mesurée. Il s'agit des indicateurs qui portent sur des pathologie/spécialité médicales – accidents vasculaires cérébraux (AVC), infarctus du myocarde, et hémorragie après accouchement – dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Les autres indicateurs seront mesurés en 2014. Il s'agit d'indicateurs transversaux : tenue du dossier médical, compte-rendu d'hospitalisation, douleur, dénutrition, tenue du dossier d'anesthésie et réunion de concertation en cancérologie. Les résultats 2012 ont été publiés dans le rapport précédent.

Ces indicateurs sont pris en compte dans le cadre d'un programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ), qui, avec la diffusion publique des indicateurs (site internet SCOPE-SANTE) sont les deux leviers d'amélioration des performances dans les domaines explorés par les indicateurs nationaux.

Infarctus du myocarde (traitement et prévention de la récidive)
(Taux de conformité sur 100)

	AP-HP	France entière	Objectif national
Traitement de sortie (1)	**89**	**84**	**90**
Education thérapeutique (2)	**74**	**66**	**80**

(1) Prescription de bêtabloquants (B), antiagrégants plaquettaires (A), statines (S) et Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (I) à l'issue du séjour, en l'absence de contre-indication (score BASI).
(2) Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques (consultation diététicienne/nutritionniste, et/ou participation à un atelier d'éducation thérapeutique, et/ou conseils).

Accident vasculaire cérébral (traitement)
(Taux de conformité sur 100)

	AP-HP	France entière	Objectif national
Date et heure de survenue (1)	**89**	**82**	**80**
Prescription d'aspirine (2)	**82**	**82**	**80**
Evaluation par rééducateur (3)	**54**	**74**	**80**
Tenue du dossier (4)	**85**	**88**	**80**

(1) Date et heure de début des symptômes notés dans le dossier (si infarctus cérébral).
(2) Administration appropriée d'aspirine (160-300 mg/j) (si infarctus cérébral).
(3) Evaluation par un professionnel de la rééducation.
(4) Dossier comportent les éléments suivants : antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires, traitement en cours à l'admission, score de gravité NIH, ECG, tension artérielle, glycémie capillaire.

Hémorragie du post-partum (prévention)
(Taux de conformité sur 100)

	AP-HP	France entière	Objectif national
Modalité de délivrance (1)	**93**	**80**	**80**
Surveillance en salle de naissance (2)	**55**	**53**	**80**

(1) Modalité de la délivrance, conclusion examen placentaire et injection prophylactique d'ocytocine notés dans le dossier
(2) Pouls, tension artérielle, évaluation de la qualité du globe utérin et évaluation des pertes sanguines au moins à 2 fois dans les 2 heures suivant l'accouchement et examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance notés dans le dossier.

Au total, les performances de l'AP-HP sont les suivantes :
- très bonnes pour le traitement de l'infarctus du myocarde, de l'AVC et un des deux indicateurs de prévention du risque d'hémorragie après accouchement ;

- à améliorer pour l'éducation thérapeutique en cas d'infarctus du myocarde (les performances AP-HP sont cependant supérieures aux résultats nationaux), pour la surveillance en salle de naissance des accouchées (performances AP-HP identiques aux résultats nationaux) et pour l'intervention des kinésithérapeutes en cas d'AVC (performances AP-HP moins bonnes que la moyenne nationale).

La diffusion au public des indicateurs pour chacun des hôpitaux AP-HP est assurée par le site internet :
http://www.aphp.fr/indicateur/

5.9 - La satisfaction des patients, indicateur central de la qualité des soins

5.9.1 - L'enquête I-SATIS

L'AP-HP a participé, en 2013, à l'enquête de satisfaction I-SATIS organisée sous l'égide du Ministère de la Santé qui a souhaité généraliser l'enquête de satisfaction SAPHORA créée il y plus de 10 ans à l'AP-HP.

Cette enquête est réalisée sur la base d'un entretien téléphonique avec le patient, réalisée environ 15 jours après sa sortie de l'hôpital. Les résultats consolidés sont publiés sur le site du Ministère de la Santé.

Le *process* de l'enquête I-SATIS nécessite une gestion lourde en raison de l'obligation d'un recueil préalable du consentement écrit du patient.

5.9.2 - L'enquête de satisfaction en ligne

La réflexion qui a été menée en 2012 sur la mise en œuvre d'une enquête en ligne a commencé à être testée auprès de deux sites pilotes durant le 2ème semestre 2013. Un tableau de bord des indicateurs de satisfaction est disponible le mois qui suit la fin d'un trimestre civil.

Cette mesure trimestrielle devrait permettre de suivre l'évolution et d'appréhender les sujets qui influent sur la satisfaction, avec une appropriation par les équipes médicales et soignantes de la perception des patients sur leurs conditions d'hospitalisation et de consultation.

5.10 - La qualité des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

5.10.1 - Le projet de soins

La direction des soins et des activités paramédicale (DSAP) met en œuvre le projet de soins dans ses quatre dimensions :

- la philosophie, les principes et valeurs qui fondent les soins ;

- l'organisation et le management des soins ;

- la qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques, avec notamment les travaux réalisés par les membres de la CCSIRMT sur la prévention de la continence et le lancement d'un deuxième groupe de travail pluridisciplinaire et pluri catégoriel consacré à la prévention des chutes. ;

- la formation, les compétences, les métiers et la recherche.

L'année 2013 a été une période charnière pour la DSAP avec la préparation du bilan du projet quinquennal du projet de soins 2010-2014 et la préparation du suivant.

5.10.2 - L'évaluation annuelle du dossier de soins

Le bilan positif du nouveau dispositif d'évaluation globale du dossier patient dans QUALHAS – mis en œuvre, à titre expérimental, par la DSAP avec la HAS, la DOMU, la DEFIP et les cadres experts des Groupes Hospitaliers – a donné lieu, en 2013, au renouvellement de la convention entre l'AP-HP et la HAS, signée pour deux ans en avril 2013, et confirmant la poursuite de l'audit dans QUALHAS. Désormais cette évaluation se déroulera tous les deux ans en lien avec l'évaluation du dossier patient.

L'année 2013 a été consacrée aux travaux préparatoires nécessaires à la campagne 2014 :

- réactualisation du guide méthodologie par un groupe pluri-catégoriel : cadres experts des groupes hospitaliers, représentants de la HAS et de DSAP ;

- organisation des tests des nouvelles grilles par les cadres experts ;

- mise en ligne sur le site de la DOMU du nouveau guide, de la note d'information et de la note technique, de la « foire aux questions ».

L'année 2013 s'est clôturée par la présentation de cette nouvelle méthodologie aux cadres experts, aux coordonnateurs de soins.

5.10.3 - L'enquête de prévalence des escarres acquises dans les unités de soins

En 2013, douze Groupes Hospitaliers (GH) et quatre hôpitaux hors GH ont participé à cette enquête. 93 pôles cliniques représentant 925 unités (MCO, SSR, SLD, HAD, psychiatrie) ont été enquêtés. Cette enquête à concerné 18 595 patients.

La prévalence globale des escarres est de 6,2% soit une diminution de 0.4 point par rapport à 2012. Seul le secteur MCO affiche un résultat en hausse (4,6% en 2013 contre 4,4% en 2012) ; en revanche une nette diminution de la prévalence globale est noté dans les secteurs SLD, HAD (– 2 % en SLD et – 1,7% en HAD).

Le taux moyen de patients ayant acquis une escarre en unité de soins est de 2,8 % et présente une baisse de 0,3 point. Alors que le taux s'infléchit en SLD (– 1,4 %) et en SSR (– 0,3 %), le taux se dégrade en HAD avec une augmentation constante depuis quatre ans (0,5 % en 2010 à 1,4 % en 2013).

Le taux global de patients arrivant dans l'unité de soins avec une escarre déjà constituée est de 3,6% (soit – 0,1 point par rapport à 2012). Il baisse en SSR et en SLD (– 0,4 point), et en HAD (–1.3%). Il augmente légèrement en MCO (0,1 point).

Plusieurs types d'échelle de risque sont utilisés. Des échelles validées : Braden, Norton, Waterloo) et des non validées (1,9 %).

Le taux d'utilisation de l'échelle de Braden, recommandée par la conférence de consensus de la HAS ne cesse de progresser (57,8 % en 2013 soit 7,6 point d'augmentation par rapport à 2012). Le taux global AP-HP d'utilisation d'échelles est en hausse de 7,7 %.

Le taux des protocoles et fiches techniques de prévention d'escarres utilisés au sein des Groupes Hospitaliers est 69,5 % (soit une progression de 9,4 point) encore loin de l'objectif attendu pour 2013 de 100%.

5.10.4 - Le circuit et la sécurisation de l'administration du médicament

La sécurisation de l'administration du médicament est une priorité du projet de soins central 2010-2014 et de la politique qualité des soins paramédicaux. L'objectif est d'aider les équipes à sécuriser leurs pratiques sur le terrain pour garantir la qualité/sécurité de la prise en charge des patients. La DSAP pour le biais de la mesure d'indicateurs menée par les directions des soins des GH suit les actions engagées sur cette thématique : nombre d'audits sur le circuit du médicament, nombre de professionnels formés à la sécurisation du circuit du médicament.

Le film sur le médicament et le kit de formation sont à la disposition des professionnels via intranet et internet.

5.10.5 - ORBIS et la démarche de soins informatisée

L'année 2013 est marquée par la création du COPROJ (COmité de PROjet) pluridisciplinaire qui suit la construction d'ORBIS « Dossier de soins informatisé » par la DSAP, l'équipe CCS Patient, l'équipe AGFA et les cadres de santé experts.

Bien que la démarche clinique et la démarche de soins soient utilisées et enseignées depuis de nombreuses années. Il convient de s'assurer dans les services de la bonne transcription de ces démarches et de les accompagner vers une transcription informatique.

Un audit intitulé « Etat des lieux des pré-requis métier » a été mené afin d'anticiper l'accompagnement en amont du déploiement d'ORBIS.

La DSAP est à l'initiative de la conception et de la diffusion large (directeurs de soins coordinateurs de soins, cadres de santé) du kit d'accompagnement à la mise en place de la démarche de soins informatisée, préalable indispensable au déploiement du dossier de soins ORBIS sur sites. La DSAP travaille en lien avec les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) afin d'adapter la formation des étudiants au dossier de soins informatisé. Les cadres experts de l'AP-HP guident les cadres sur le terrain au pilotage de l'accompagnement de groupes de travail à la demande des directions de soins. La DSAP aide les services tests dans la mise en œuvre du dossier de soins informatisé.

L'élaboration du dossier informatisé s'est poursuivi dans le service pilote de l'hôpital Ambroise Paré sur l'axe du rôle propre. La préparation « Métier » de l'extension du déploiement dans un service de l'hôpital de Bicêtre et de l'hôpital Tenon est en cours.

5.10.6 - L'organisation de journées professionnelles et l'édition du Journal « Transmissions »

La DSAP a organisé des journées, des retours d'expérience, des séminaires thématiques à destination des professionnels de santé :

- première journée d'échanges des IBODES et IADE de l'AP-HP ;
- cadre de santé paramédical à l'AP-HP aujourd'hui et demain ;
- deuxième journée paramédicale de gériatrie de l'AP-HP.

Deux numéros du journal « *Transmissions* », destiné aux cadres de santé, ont permis de compléter les réflexions de ces professionnels sur leurs activités et leur spécificité en regard de leur secteur d'exercice.

6 - L'INNOVATION, LA RECHERCHE ET LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE

6.1 - L'innovation médicale

L'AP-HP s'est pourvue, depuis 1982, d'un organe d'évaluation de l'innovation médicale, le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT). Son secrétariat scientifique est rattaché à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU).

L'objectif principal de cette structure est l'évaluation des innovations, c'est-à-dire une estimation de la valeur suivant les aspects pertinents pour l'hôpital (technique, médical, médico-économique, organisationnel, éthique, juridique, etc.)

Le CEDIT est une agence hospitalière d'évaluation des technologies de santé, membre fondateur de l'INAHTA ((*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*). Il est chargé de formuler des avis au directeur général de l'AP-HP sur l'opportunité, l'ampleur et les modalités de diffusion des innovations technologiques. Le secrétariat scientifique en instruit les saisines et assure quelques missions propres.

Le travail s'organise autour de trois axes :

- apporter une aide à la décision aux dirigeants de l'AP-HP sur des choix stratégiques relatifs aux innovations médicales, en réalisant des évaluations rapides portant sur l'efficacité et la sécurité cliniques, l'efficience économique, les aspects organisationnels, éthiques, etc. Ce travail donne lieu à des avis ou des recommandations du CEDIT : par exemple, l'utilisation d'un robot chirurgical en pédiatrie, le recours à l'ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*), etc. ;

- détecter l'arrivée de technologies médicales innovantes à forts impacts sur l'hôpital, grâce à l'analyse d'informations provenant de sources identifiées et fiables. Ce travail donne lieu à la production d'une lettre de veille trimestrielle ;

- faciliter et assister les services de l'AP-HP dans leurs soumissions de réponses aux appels d'offre des programmes de soutien aux technologies innovantes (STIC, devenus les programmes de recherche médico-économique, PRME), en coopération avec le pôle appels à projets du département de la recherche clinique et du développement (DRCD).

Une présentation détaillée (composition, missions, procédure de saisine, etc.) est disponible sur le site internet : http://cedit.aphp.fr.

Le secrétariat scientifique a été impliqué dans plusieurs activités de coopération nationale et régionale :

- le groupe national innovation des direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) : le secrétariat scientifique du CEDIT participe en tant que membre aux travaux de ce groupe qui constitue un lieu d'échange et de partage des thématiques liées à l'innovation et à l'évaluation des technologies de santé. Ce groupe a organisé le 7 juin 2013 à Nantes la 4ème journée nationale des innovations hospitalières (JNIH) sur le thème de l'évaluation des technologies de santé en milieu hospitalier ;

- le groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) : la circulaire ministérielle du 29 juillet 2011 prévoit la transformation des DRCI en GIRCI. Ce changement

implique la possibilité d'un travail avec d'autres établissements de la région Ile-de-France pour l'évaluation et la diffusion des innovations technologiques.

Par ailleurs, le secrétariat scientifique du CEDIT a développé des partenariats aux niveaux européen et international, en tant que membre de plusieurs réseaux et organisations :

- l'INAHTA (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*) : réseau international d'agences d'évaluation des technologies de santé dont l'objectif est de favoriser les échanges entre membres ;

- EuroScan : échange d'informations sur les technologies de santé émergeantes et innovantes. A travers ce réseau, le CEDIT participe également à l'évaluation de technologies de santé pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ;

- l'HTAi (*Health Technology Assessment international*) : société internationale qui a comme objectif la promotion et l'utilisation de l'évaluation des technologies de santé en tant qu'outil d'aide à la décision.

Le CEDIT a été intégré au comité de pilotage du projet AdHopHTA (*Adopting Hospital based HTA*) financé par la Commission Européenne.

6.2 - La recherche

La recherche constitue une mission de service public des établissements de santé. Le développement de la recherche biomédicale et en santé est, à ce titre, un enjeu majeur du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP.

Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD), rattaché à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), est chargé de piloter les projets de recherche développés par l'AP-HP et de suivre l'ensemble des activités de recherche se déroulant en son sein. Il contribue à la définition de la politique de recherche de l'institution, et il met en œuvre l'ensemble des règles de promotion et de gestion de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. Il contrôle la réalisation des projets de recherche de l'institution, par l'intermédiaire des douze unités de recherche clinique (URC), antennes locales du département situées au sein des douze groupes hospitaliers de l'AP-HP. Deux structures à caractère transversal, rattachées au DRCD ou fonctionnant en lien avec ce département, sont également impliquées : l'URC médico-économique et le département essais cliniques (DEC) de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Le DRCD met également en œuvre une politique de valorisation de la recherche, par l'intermédiaire de son Office du transfert de technologie et des partenariats industriels (OTT&PI).

Le DRCD constitue par ailleurs le Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) d'Ile-de-France et reçoit ainsi la mission d'animer la recherche clinique à promotion institutionnelle pour l'ensemble des établissements de santé de la région, en particulier pour les établissements qui n'ont pas mis en œuvre de structure de promotion.

Le développement de la recherche à l'AP-HP s'appuie sur près de 1 500 professionnels hautement qualifiés et spécifiquement dédiés à la réalisation et au suivi des projets, gérés par le DRCD. Ceci implique une coopération étroite avec les organismes de recherche, les universités et les industriels du médicament et des dispositifs médicaux.

En complément de la mise en place des pôles hospitalo-universitaires (PHU) et de la création de trois grands instituts hospitalo-universitaires (IHU), constituant de véritables centres d'excellence et de transfert au service des grands défis de santé, financés par le « grand emprunt national », la création d'un nouveau type de structure hospitalo-universitaire est en œuvre à l'AP-HP : les départements hospitalo-universitaires (DHU). Ces derniers doivent permettre de rénover les relations entre l'hôpital, l'université et les organismes de recherche, dans le respect des identités et des prérogatives de chacune de ces institutions, et selon un modèle très souple. Il s'agit

de dynamiser la recherche et d'améliorer la qualité des soins par une diffusion plus rapide des innovations.

En 2012, faisant suite au premier appel à projets, 8 DHU avaient été labellisés. Le 16 janvier 2013, un second comité de labellisation DHU, rassemblant l'ensemble des représentants légaux des partenaires concernés par cet appel à projets (présidents d'université, doyens, PDG de l'Inserm - président d'AVIESAN - et DG de l'AP-HP) s'est réuni. Au vu du classement et du rapport transmis par le jury international, il a décidé de labelliser 8 nouveaux projets sur les 24 déposés. L'AP-HP compte désormais 16 DHU.

L'ensemble de l'activité du DRCD est disponible sur ses sites :
- Internet : http://rechercheclinique.aphp.fr
- Intranet : http://portail-cms.aphp.fr/drcd/?page=public

6.2.1 - Les chiffres-clés de la recherche à l'AP-HP

Leader de la promotion d'essais clinique en France, premier centre de recherche clinique en Europe, l'AP-HP occupe une place centrale dans le dispositif national de la recherche clinique et apparaît comme un partenaire privilégié des industries de santé, des universités et des organismes de recherche.

Plusieurs données illustrent le poids de l'AP-HP à cet égard :

- plus de 3 000 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus ;
- 917 projets de recherche à promotion ou gestion AP-HP ;
- 24 604 patients inclus dans les projets de recherche interventionnelle à promotion AP-HP ;
- près de 1 500 professionnels dédiés ;
- 487 portefeuilles internationaux de brevets ;
- 940 collections d'échantillons biologiques ;
- plus de 9 350 publications scientifiques.

6.2.1.1 - Les projets de recherche à promotion institutionnelle AP-HP

En 2013, 917 projets étaient actifs ou en instruction, dont 561 recherches biomédicales à promotion AP-HP et 108 projets de recherche internationaux. 161 nouveaux projets ont été démarrés.

24 604 patients ont été inclus dans les projets de recherche interventionnelle promus ou gérés par l'AP-HP (projets en recherches biomédicales ou recherches en soins courants, donc hors recherches non interventionnelles).

6.2.1.2 - Les projets de recherche à promotion industrielle

1 452 projets de recherche à promotion industrielle ont été actifs en 2013, dont 469 de phases I/II. 435 nouveaux projets ont été démarrés, dont 134 de phases I/II. Ces projets ont impliqué 329 promoteurs industriels différents.

2 358 centres investigateurs étaient actifs.

6.2.1.3 - Les projets de recherche à promotion académique et institutionnelle (hors AP-HP)

Le guichet des essais à promotion académique et institutionnelle (hors AP-HP) du DRCD, conformément au volet « Recherche et innovation » du Plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP,

comptabilise les essais en s'appuyant sur la base de données nationale du système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC). Les données de l'année 2013 sont les suivantes :

- 452 recherches interventionnelles en cours ;
- 66 recherches à promotion Inserm ;
- 64 recherches à promotion ANRS ;
- 56 promoteurs académiques ;
- 1 162 centres investigateurs actifs.

6.2.1.4 - Les moyens dédiés à la recherche

En 2013, le DRCD employait 918 équivalents temps-plein (ETP) moyen annuel, répartis de la façon suivante :

- 234 ETP moyens annuels, positionnés sur la structure pérenne du DRCD (105 ETP au DRCD-Siège et 129 ETP au DRCD-URC) ;
- 594 ETP moyens annuels, positionnés sur la structure non permanente (dont 85 ETP sur recettes affectées). Les professionnels non permanents sont principalement affectés dans les URC à la réalisation des projets de recherche ;
- 90 ETP moyens annuels, personnels médicaux.

Le budget du DRCD s'est élevé en 2013 à 56,2 millions d'euros, dont plus de 28 millions d'euros consacrés aux projets de recherche.

6.2.1.5 - Montants des MERRI 2013

En 2013, les crédits attribués à l'AP-HP au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) se sont élevés à 742,5 millions d'euros (25,8 % de l'enveloppe nationale).

La répartition interne à l'AP-HP a été la suivante :

- part fixe : 75,7 millions d'euros (19,6 % de l'enveloppe nationale) ;
- part variable : 325,6 millions d'euros (26,8 % de l'enveloppe nationale) ;
- part modulable : 341,3 millions d'euros (26,8 % de l'enveloppe nationale), dont :
  - ☞ publications scientifiques : 231,8 millions d'euros (31,7 % de l'enveloppe nationale) ;
  - ☞ enseignement : 77 millions d'euros (20,7 % de l'enveloppe nationale) ;
  - ☞ recherche clinique : 32,5 millions d'euros (18,9 % de l'enveloppe nationale).

6.2.1.6 - Les structures de soutien de la recherche clinique de l'AP-HP

L'AP-HP bénéficie d'un environnement particulièrement dense de structures de recherche, comprenant :

- 12 unités de recherche clinique (URC) ;
- 1 URC médico-économique ;
- 1 département essais cliniques de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) ;
- 11 universités associées :

  - 7 facultés de médecine ;
  - 2 facultés de pharmacie ;
  - 2 facultés d'odontologie ;

- 7 instituts fédératifs de recherche (IFR) ;
- 3 instituts hospitalo-universitaires (IHU) ;
- 1 pôle hospitalo-universitaire en cancérologie (PHU PACRI) ;
- 16 départements hospitalo-universitaires (DHU) ;
- 17 centres d'investigation clinique (CIC) ;
  - 8 modules « pluri-thématique » (CIC-P) ;
  - 5 modules « biothérapie » (CIC-BT) ;
  - 3 modules « épidémiologie clinique » (CIC-EC) ;
  - 1 module « innovation technologique » (CIC-IT) ;
- 4 centres de recherche clinique (CRC) ;
- 24 référents (2 par GH au sein des pôles de biologie) Centres d'investigation biomédicale (CIB) ;
- 12 centres de ressources biologiques (CRB), dont 9 certifiées AFNOR NF S 96-900 ;
- 14 tumorothèques labellisées DGOS-INCa, dont 6 certifiées AFNOR NF S 96-900 ;
- 4 centres et réseaux thématiques de recherche et de soins (CTRS/RTRS) dont l'AP-HP est membre fondateur ;
- 73 unités Inserm ;
- 15 unités CNRS ;
- 1 unité CEA ;
- 1 unité Inra.

6.2.3 - Les résultats des différents appels à projet

6.2.3.1 - Appels à projets ministériels

- PHRC-N (programme hospitalier de recherche clinique national) : 133 lettres d'intentions déposés, 33 projets retenus, soit 38 % des projets retenus nationalement ;
- PHRC-I (interrégional) : 71 lettres d'intentions déposés, 22 projets retenus, soit 22 % des projets retenus nationalement ;
- PHRC-K (Cancer) : 13 projets retenus, soit 30 % des projets retenus nationalement ;
- PREPS (programme de recherche sur la performance du système des soins) : 24 lettres d'intentions déposées, 7 projets retenus, soit 33 % des projets retenus nationalement ;
- PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) : 33 lettres d'intentions déposés, 6 projets retenus, soit 30 % des projets retenus nationalement ;
- PRT (programme de recherche translationnelle [DGOS/Inserm]) : 15 projets retenus, soit 38 % des projets retenus nationalement ;
- PRTS (programme de recherche translationnelle en santé [DGOS/ANR]) : 7 projets retenus, soit 33 % des projets retenus nationalement ;

- PRT-K (programme de recherche translationnelle en cancérologie [DGOS/INCa]) : 8 projets retenus, soit 42 % des projets retenus nationalement.

6.2.3.2 - Appels à projets internes

- Contrats de recherche clinique : 194 lettres d'intentions déposés, 58 lettres retenus, sélection des projets retenus en juillet 2014 ;
- Médecine complémentaire : 47 projets soumis, 4 projets retenus.

6.2.3.3 - Appels à candidatures

- Postes d'accueil (AP-HP, Institut Pasteur, Ecole polytechnique, CNRS, CEA, Ecole nationale supérieure des arts et métiers (ENSAM), Université de technologie de Compiègne (UTC), Ecole supérieure de physique et de chimie industrielle de la ville de Paris (ESPCI), LabexBiopsy) : 22 candidats, 13 lauréats ;
- Doctorat Recherche infirmière : 4 candidats, 1 lauréate ;
- Doctorat Recherche sage-femme : 3 candidats, 2 lauréats.

Le nombre de lauréats aux postes d'accueil a considérablement augmenté, passant de 8 en 2009, 9 en 2010, 8 en 2011 à 15 en 2012 et 16 en 2013.

6.2.3.4 - Hors appel d'offres

- 24 projets déposés, 19 acceptés.

6.2.4 - Les programmes de recherche à financement européen

11 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du 7ème PCRD, dont 1 projet pour lequel l'AP-HP est coordinateur européen et 10 projets pour lesquels l'AP-HP est partenaire.

3 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du programme Santé de SANCO pour lesquels l'AP-HP est partenaire.

3 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du programme *IMI* (*Innovative Medicines Initiative*) pour lesquels l'AP-HP est partenaire ;

1 nouveau projet a été signé dans le cadre du programme de financement *JPND* (*Joint Programme Neurodegenerative Diseases*) ;

1 nouveau projet a été signé dans le cadre du programme de formation Leonardo.

Compte tenu des projets démarrés les années précédentes, c'est en tout 68 projets européens qui sont actifs en 2013 au sein de l'AP-HP, représentant plus de 24 millions d'euros. Sur la totalité des projets en cours, l'AP-HP est coordinateur européen de 3 projets.

6.2.5 - Les publications

En 2013, plus de 9 000 publications scientifiques sont issues de l'AP-HP, représentant 40 % des publications hospitalières françaises. Parmi ces publications, 48,3 % sont de rang A ou B.

6.2.6 - Les collections biologiques

On compte 940 collections biologiques dont 200 en recherches biomédicales et 540 à des fins scientifiques.

6.2.7 - La valorisation

- 487 portefeuilles internationaux de brevets actifs en 2013, détenus en pleine ou copropriété avec les partenaires académiques ou industriels de l'AP-HP ;
- 81 molécules issues de la R&D de l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP (AGEPS) valorisables en tant que médicament orphelin ou à destination pédiatrique ;
- 142 savoir-faire et 90 logiciels protégés, 28 marques et 20 modèles ;
- 1102 collaborations de recherche et partenariats et contrats d'accès à des résultats d'essais cliniques et des bases de données, dont 256 ouverts en 2013 ;
- 192 licences actives (brevets et savoir-faire) mises en place avec des laboratoires pharmaceutiques, entreprises de dispositif médical ou sociétés de biotechnologies françaises et internationales, dont 9 licences signées en 2013 ;
- 60 entreprises créées, dont 5 en 2013, sur la base d'innovations issues des activités hospitalières et de recherche médicale de l'AP-HP et de ses partenaires académiques ;
- 335 nouvelles demandes de valorisation en 2013, dont 43 nouvelles demandes de brevets déposées, 256 nouveaux projets de partenariat de R&D, 15 nouveaux logiciels et savoir-faire protégés.

6.2.8 - La recherche paramédicale

La recherche paramédicale est inscrite dans l'axe quatre du projet de soins 2010-2014 « Formation-compétences-métiers-recherche ». La direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) assure le suivi de la structuration de la recherche au sein des groupes hospitaliers par la mise en place d'indicateurs (nombre de recherches et de projets PHRI PHRC paramédicaux par groupe hospitalier, nombre de publications paramédicales par groupe hospitalier). En 2013, les projets de recherche retenus par le ministère ont concerné les infirmières, les infirmiers spécialisées, les rééducateurs (orthophoniste et diététicien). Dans ce domaine, les objectifs de la DSAP consistent à :

- apporter de connaissances aux équipes et aux décideurs pour enrichir et améliorer les pratiques de soins ;

- optimiser certaines organisation de soins dans les établissements de santé et au domicile des patients ;

- mesurer l'impact de certains changements organisationnels, relationnels, techniques et scientifiques.

6.2.8.1 Les Projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédical (PHRIP)

En 2013, six projets de recherche ont été retenus et financés par le ministère (dont 37 lettres d'intention retenues parmi les projets présentés par l'AP-HP) sur 20 retenus au niveau national :

- évaluation de l'efficacité d'un journal de bord de la prise en charge initiale des patients traumatisés graves sur la qualité de vie des patients à un an ;

- intérêt d'une réhabilitation virtuelle dans le cadre de la récupération des paralysies faciales périphériques ;

- étude de l'influence de l'hypnose eriksonnienne et de la pratique de l'auto-hypnose sur l'impulsivité alimentaire et la perte de poids chez le patient obèse ;

- évaluation de l'efficacité du regroupement fœtal en association avec la succion d'une tétine avec eau stérile sur la douleur lors d'un prélèvement capillaire chez le grand prématuré ;

- musicothérapie en réanimation : effet sur la tolérance et l'acceptation de la ventilation non invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aigue ;

- prévention de l'hypothermie chez les victimes de traumatismes : étude « HYPOTRAUM 2 ».

6.2.8.2 - Les formations à la recherche

Afin de promouvoir et soutenir la recherche infirmière, l'AP-HP via le département de la recherche clinique et innovation (DRCI) a renouvelé sa coopération avec la DSAP notamment en maintenant l'offre de formation initié les années précédentes aux professionnels (infirmiers et spécialisés, cadres et cadres supérieurs infirmiers), ayant un projet de recherche dans le domaine des soins infirmiers.

En 2013, un nouveau doctorat relatif à « L'apport infirmier dans le dépistage : l'exemple de l'infection à VIH » a été accordé, portant à huit le nombre de professionnels engagés dans cette démarche et bénéficiant ou ayant bénéficié d'un financement sur trois ans.

6.3 - Les relations avec les universités, et avec les fondations et les promoteurs de plateformes de recherche

6.3.1 - Coopération avec les sept universités partenaires de l'AP-HP

L'AP-HP participe aux conseils d'administration des UFR de médecine de Paris Descartes, aux UFR d'odontologie de Paris Descartes et de Paris Diderot.

6.3.1.1 - Conventions constitutives de Centre Hospitalier et Universitaire

En avril 2013, a été signée la convention constitutive de centre hospitalier et universitaire avec Paris 13 Nord. Avec cette convention, l'AP-HP achève de régulariser, au regard de la réforme Debré, sa situation avec les sept universités à composante santé de la région Ile-de-France.

6.3.1.2 Convention tripartite

Une convention tripartite entre l'AP-HP, Paris Descartes et l'INSERM concernant le site de Cochin a été négociée. Le fait que la signature concerne dans un même temps les trois partenaires constitue une innovation dans les méthodes de travail de l'AP-HP avec ses partenaires universitaires et de recherche.

6.3.1.3 Contrat d'objectifs stratégiques hospitalo-universitaires

Les contrats hospitalo-universitaires viennent donner sens aux conventions constitutives en définissant les orientations prioritaires que conjointement s'assignent pendant une séquence de quatre à cinq ans les deux institutions.

En juillet 2013, a été signé un contrat d'objectifs stratégiques hospitalo-universitaire avec l'université de Versailles Saint-Quentin.

6.3.1.4 Evaluation des universités par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur – AERES

Des documents d'autoévaluation des liens entre l'AP-HP pour chacune des sept universités partenaires de l'AP-HP ont été rédigés. L'AP-HP a participé à chaque audition dans le cadre de l'évaluation des universités par l'AERES lors des vagues D et E.

6.3.1.5 Communautés universitaires d'établissements (ComUE)

A la suite à la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, qui restructure le paysage de l'enseignement supérieur et de la recherche avec des mesures qui tiennent à la gouvernance des universités et aux modes de regroupement entre établissements, les pôles de recherche et d'enseignement supérieurs (PRES) ont été transformés en communautés universitaires d'établissements (ComUE). L'AP-HP a participé aux conseils d'administration des ComUE de Sorbonne Paris Cité et de Sorbonne universités.

6.3.2 - Les relations avec les fondations et les promoteurs de plateformes de recherche

L'AP-HP continue à s'investir fortement auprès de partenaires promoteurs de structures innovantes en matière d'organisation de recherche. A ce titre, elle apporte sa contribution à ses partenaires universitaires ou de recherche en conjuguant ses efforts avec les leurs dans un objectif commun.

6.3.2.1 - Institut hospitalo-universitaire des maladies génétiques - IMAGINE

L'AP-HP a mis à disposition de l'institut des maladies génétiques (CTRS) une parcelle (7 500 m²) de son périmètre sur le site de Necker-enfants malades : le bâtiment Lamy. La charge foncière ainsi offerte par l'AP-HP au bénéfice de cette opération a été estimée par France Domaine à 19 M€. Par ailleurs l'AP-HP a négocié et signé la convention relative au versement de fonds pour permettre le recrutement d'infirmières de recherche clinique

6.3.2.2 - Institut hospitalo-universitaire de neurosciences translationnelles - A-ICM

L'AP-HP avait mis à disposition de l'ADREC, structure chargée du montage financier de l'opération et de la maîtrise d'ouvrage par l'ICM, une parcelle foncière estimée à 14 M€. Le projet d'IHU est venu conforter le projet initial de l'ICM en allouant, pour la conduite des programmes, qui avaient été labellisés 55 M€ sur 10 ans. Au-delà de ce soutien au projet, en janvier 2013, l'AP-HP a signé la convention pluriannuelle de collaboration de l'Institut des neurosciences translationnelles de Paris, intégrant la convention spécifique liée au recrutement des personnels et les dispositions particulières liées au recrutement de personnel dans le cadre du plan Alzheimer.

6.3.2.3 - Institut hospitalo-universitaire de cardio-métabolisme et nutrition - ICAN

L'AP-HP a signé la convention d'occupation du domaine public dans le bâtiment d'endocrinologie.

6.3.2.4 - Centre de recherche en endocrinologie

L'opération « Laboratoire L2/L3 (animalerie) » du déménagement du centre de recherche en endocrinologie implanté à Saint-Vincent de Paul sur le site de Cochin a été achevée.

6.3.2.5 - Réseaux thématiques de recherche et de soins (RTRS)

L'AP-HP participe activement aux réseaux thématiques de recherche et de soins (RTRS). Elle participe également aux conseils d'administration des RTRS :

- FondaMental (santé mentale) ;
- Centaure (greffes) ;
- PremUP (Risque et prématurité), avec la signature d'une convention d'occupation du domaine public entre le site de Cochin (maternité de Port-Royal) et l'INSERM.

6.3.2.6 - Institut de la longévité

L'AP-HP a soutenu ce projet de différentes manières :

- en participant aux conseils d'administration du pôle allongement de la vie et institut de la longévité ;
- en aidant au montage de Gérond'IF sur le volet universitaire.

6.3.3 - Les partenariats industriels

6.3.3.1 - Paris Biotech – Paris santé Cochin

L'incubateur de paris Biotech santé a été déplacé dans le bâtiment Hardy à Cochin. Une convention de mise à la disposition de la pépinière Paris Biotech santé d'une parcelle foncière pour l'extension de cet organisme a été négociée.

6.3.3.2 - Plateforme de chirurgie expérimentale humaine et animale

A l'occasion de son projet de relocalisation et de modernisation de son école de chirurgie, l'AP-HP étudie, avec l'Université Paris Est-Créteil (UPEC) et l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort (ENVA) un projet, pour la création d'une plateforme de chirurgie expérimentale humaine et animale. Ce projet sera destiné à la formation initiale continue et au perfectionnement des chirurgiens. Il est destiné à répondre progressivement aux acteurs du monde industriels.

6.3.3.3 - Dons du corps, sujets anatomiques de l'école de chirurgie du Fer-à-Moulin

Bouclage de l'investissement de la plateforme de chirurgie expérimentale à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort (ENVA) a été bouclé. La négociation est en cours sur les conditions d'exploitation de cette plateforme par les trois partenaires.

6.3.3.4 - Ecole de chirurgie et technique interventionnelle d'Ile-de-France - ECTIF

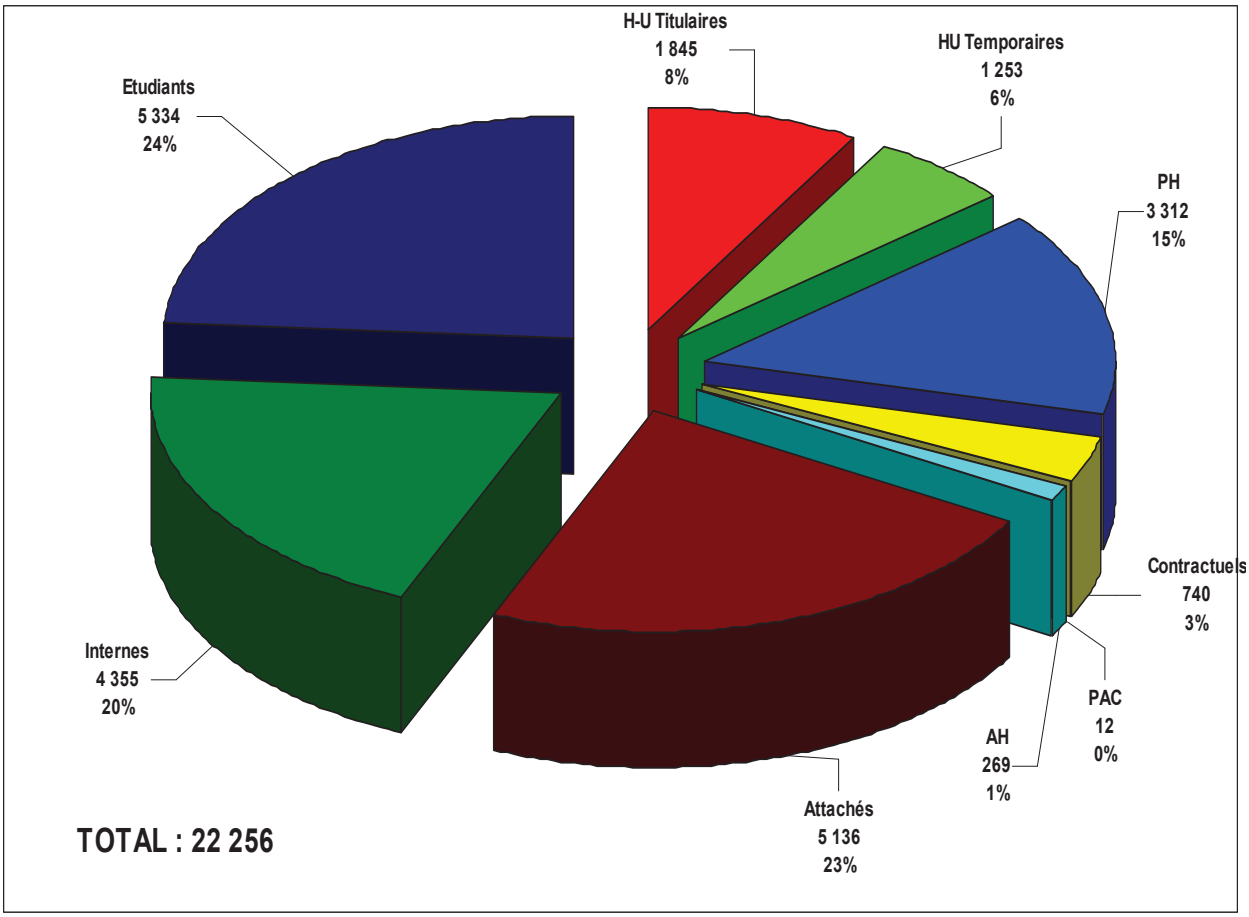
L'AP-HP a participé à une étude prospective et technique pour apprécier la possibilité de mutualiser la filière et l'activité en chirurgie expérimentale de l'AP-HP avec celle de Paris Descartes, afin de bâtir sur Paris un grand centre d'anatomie dédié à la formation et à la recherche.

7 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

7.1 - Les ressources humaines médicales

Répartition des effectifs par statut au 31 décembre 2013

Hospitalo-universitaire (HU) titulaire	Hospitalo-universitaire (HU) temporaire	Praticien hospitalier (PH)	Praticien contractuel (PHC)	Praticien Adjoint contractuel (PAC)	Assistant hors CHU (AH)	Praticien attaché	Interne	Etudiant	Total
1 845	1 253	3 312	740	12	269	5 136	4 355	5 334	22 256



Evolution des effectifs de personnel médical
(exprimés en personnes physiques) par statut entre 2012 et 2013

STATUTS	2012	2013	Evolution en nombre et en %	
Hospitalo-universitaire (HU) titulaire dont :				
- PU-PH	*1 163*	*1 157*	*- 6*	*- 0,52 %*
- MCU-PH	*512*	*508*	*- 4*	*- 0,78 %*
- Odontologiste	*122*	*117*	*- 5*	*- 4,10 %*
- Consultant	*63*	*63*	*0*	*0,00 %*
Sous-total HU titulaire	**1 860**	**1 845**	***- 15***	***- 0,81 %***
Hospitalo-universitaire (HU) temporaire dont :				
- PHU, CCA, AHU	*1 182*	*1 163*	*- 19*	*- 1,61 %*
- Odontologiste	*93*	*90*	*- 3*	*- 3,23 %*
Sous-total HU temporaire	**1 275**	**1 253**	***- 22***	***- 1,73 %***
Total hospitalo-universitaires titulaire et temporaire	**3 135**	**3 098**	***- 37***	***- 1,18 %***
Praticien hospitalier (PH)	3 276	3 312	36	1,10 %
Assistant hors CHU	265	269	4	1,51 %
Praticien adjoint contractuel (PAC)	13	12	- 1	- 7,69 %
Praticien contractuel (PHC)	676	740	64	9,47 %
Praticien attaché	5 233	5 136	- 97	- 1,85 %
Interne et résident	4 018	4 355	337	8,39 %
- dont FFI	*449*	*475*	26	5,79 %
Etudiant	5 372	5 334	- 38	- 0,71 %
Total	**21 988**	**22 256**	***268***	***1,22 %***
Total (hors interne, résident et étudiant)	**12 598**	**12 567**	***- 31***	***- 0,25 %***

Le tableau des effectifs de personnel médical appelle les commentaires suivants :

- les effectifs hospitalo-universitaires présentent une très légère diminution pour les différents statuts par rapport à 2012, soit une variation totale de - 1,18 % ;

- les effectifs de praticiens hospitaliers (PH) augmentent en 2013 (+ 1,10 %) notamment en raison de la transformation de postes de praticiens contractuels et de praticiens attachés, dans le cadre des révisions des effectifs de PH ;

- le statut des praticiens adjoints contractuels (PAC) est en voie d'extinction ;

- le nombre de praticiens contractuels (PHC) est en augmentation (+ 9,47 %) alors que les effectifs de praticiens attachés sont en diminution (- 1,85 %), résultant en une faible diminution totale des praticiens contractuels de – 0,56 % (augmentation entre 2011 et 2012 de + 0,44 %, par rapport à une diminution entre 2010 et 2011 de – 2,95 %) ;

- le nombre d'internes est en augmentation (+ 8,39 %) ; les effectifs d'étudiants hospitaliers sont en diminution malgré le desserrement important et croissant du *numerus clausus*.

Evolution des équivalents temps-plein selon les statuts entre 2012 et 2013

STATUTS	2012	2013	Evolution en nombre et en %	
Hospitalo-universitaire (HU) titulaire dont :				
- PU-PH	*613,00*	*610,00*	*- 3,00*	*- 0,49 %*
- MCU-PH	*256,00*	*254,00*	*- 2,00*	*- 0,78 %*
- Odontologiste	*40,00*	*39,60*	*- 0,40*	*- 1,00 %*
Sous-total HU titulaire	**909,00**	**903,60**	**- 5,40**	**- 0,59 %**
Hospitalo-universitaire (HU) temporaire dont :				
- PHU, CCA, AHU	*591,00*	*581,50*	*- 9,50*	*- 1,61 %*
- Odontologiste	*18,90*	*19,50*	*0,60*	*3,17 %*
Sous-total HU temporaire	**609,90**	**601,00**	**- 8,90**	**- 1,46 %**
Total hospitalo-universitaires titulaire et temporaire	**1 518,90**	**1 504,60**	**- 14,30**	**- 0,94 %**
Praticien hospitalier (PH)	3 030,81	3 065,91	35,10	1,16 %
Assistant hors CHU	265,00	269,00	4,00	1,51 %
Praticien adjoint contractuel (PAC)	10,00	9,00	- 1,00	- 10,00 %
Praticien contractuel (PHC)	564,50	626,50	62,00	10,98 %
Praticien attaché	2 130,55	2 140,65	10,10	0,47 %
Interne et résident	4 018,00	4 355,00	337,00	8,39 %
Etudiant	5 372,00	5 334,00	- 38,00	- 0,71 %
Total	**16 909,75**	**17 304,65**	**394,90**	**2,34 %**
Total (hors interne, résident et étudiant)	**7 519,75**	**7 615,65**	**95,90**	**1,28 %**

Les ETP médicaux seniors sont en augmentation (+ 1,28 %) entre 2012 et 2013, comme entre 2011 et 2012 (+ 2,09 %), inversant la tendance des années précédentes (- 0,12 % entre 2010 et 2011 ; - 0,50 % entre 2009 et 2010).

Les ETP des praticiens hospitaliers augmentent légèrement (+ 1,16 %), notamment en raison de la transformation des ETP de praticiens contractuels et de praticiens attachés dans le cadre des révisions des effectifs de praticiens hospitaliers.

Les ETP de praticiens hospitaliers titulaires continuent à augmenter en 2013 par rapport à 2012, pour atteindre + 0,75 % (+ 0,92 % en 2012 ; – 0,44 % en 2011 ; + 2,27 % en 2010 ; + 0,69 % en 2009 ; et + 6,75 % en 2008).

Le nombre des ETP de praticiens attachés augmente très légèrement (+ 0,47 %) par rapport à 2012 (+ 3,03 % entre 2011 et 2012, - 3,81 % entre 2010 et 2011), en lien avec l'augmentation du nombre moyen de demi-journées travaillées par praticien (4,17 en 2013, par rapport à 4,07 en 2012, soit + 2,4 % par rapport à 2012).

Les ETP d'assistants continuent à augmenter en 2013 (+ 1,51 %), après avoir connu une augmentation de + 11,34 % en 2012, + 12,26 % en 2011, + 4,43 % en 2010, due notamment au décret de 2009 qui ouvre la possibilité de recruter des assistants spécialistes dans les CHU pour toutes les spécialités.

7.2 - Les ressources humaines non médicales

7.2.1 - La politique de l'emploi

Le présent rapport d'activité 2013 a été réalisé à partir des données issues du logiciel « Opale » via HR Access. Les chiffres 2012 et 2013 sont présentés en équivalent temps pleins rémunérés moyens annuels (ETPR moyens) hors personnels rémunérés sur recettes affectées. L'analyse est faite sur le personnel permanent et le personnel de remplacement (sur l'ensemble des budgets).

7.2.1.1 - Les effectifs globaux

Le personnel permanent :

Les effectifs rémunérés sur emploi permanent ont augmenté significativement entre 2012 et 2013 avec + 648 ETPR moyens, principalement concentrés sur les personnels hospitaliers diplômés (infirmiers diplômés d'Etat). Ils s'élèvent à 69 603 ETPR moyens en 2013 contre 68 955 ETPR moyens en 2012.

Les différentes filières évoluent de la manière suivante :

- Personnel administratif : + 0,41%, soit + 36 ETPR ;
- Personnel technique et ouvrier : + 0,13%, soit + 8 ETPR ;
- Personnel hospitalier diplômé : + 3,37%, soit + 733 ETPR ;
- Personnel hospitalier qualifié : - 0,77%, soit – 186 ETPR ;
- Personnel socio-éducatif : + 2,5%, soit + 25 ETPR ;
- Personnel d'encadrement : + 0,99% soit + 27 ETPR.

Le personnel de remplacement :

Les effectifs de remplacement ont de leur côté diminué de l'ordre de – 8% soit - 277 ETPR moyens. Ils correspondent à 3 323 ETPR moyens en 2013 contre 3 599 ETPR moyens en 2012. Cette baisse concerne essentiellement le personnel hospitalier qualifié (- 215 ETPR, soit -10%) et administratif (- 72 ETPR, soit -7%).

7.2.1.2 - Le personnel administratif et le personnel technique et ouvrier

Le personnel permanent

Le tableau ci-dessous détaille l'évolution des effectifs temps plein rémunéré des personnels administratifs et des personnels techniques et ouvriers entre 2012 et 2013

Evolution de l'effectif permanent temps plein rémunéré des personnels administratifs et des personnels techniques et ouvriers entre 2012 et 2013

Filière par grade	Effectifs rémunérés permanents			
	ETPR moyen		Ecart ETPR 2012-2013	
	2012	2013	Valeur	%
I - Personnel administratif				
Chargés de mission ADM	442	495	53	11,99
Adjoints des cadres hospitaliers et adjoints administratifs hospitaliers	4715	4770	55	1,17
Attaché d'administration hospitalière	280	279	-1	-0,36
Directeurs	256	250	-6	-2,34
Assistant médico-administratif "branche secrétaire médicale et permanencier"	2957	2890	-67	-2,27
Autres personnels administratifs	45	47	2	4,44
Total	**8695**	**8731**	**36**	**0,41**
II - Personnel technique et ouvrier				
Chargés de mission	540	559	19	3,52
Ingénieurs	283	282	-1	-0,35
Autres personnel technique et ouvrier	4990	4980	-10	-0,20
Total	**5813**	**5821**	**8**	**0,14**

La hausse des effectifs rémunérés permanents du personnel administratif porte essentiellement sur les chargés de mission (+ 53 ETPR) et les adjoints des cadres/ adjoints administratifs (+ 55 ETPR). Cette hausse est néanmoins compensée en partie par la baisse des effectifs des assistants médico administratifs (- 67 ETPR).

Le personnel de remplacement :

En ce qui concerne le personnel de remplacement, on constate les évolutions suivantes :

- le personnel administratif de remplacement a diminué de – 7% entre 2012 et 2013, soit – 72 ETPR. Cette baisse est particulièrement marquée sur les chargés de mission, les adjoints des cadres et les adjoints administratifs hospitaliers, corrélativement à la hausse des effectifs permanents sur ces qualification ;

- le personnel technique et ouvrier est resté parallèlement stable (+2 ETPR).

7.2.1.3 - Le personnel hospitalier et socio éducatif

Le personnel permanent

Le tableau ci-dessous détaille l'évolution des effectifs temps pleins rémunérés moyens des personnels hospitalier et socio éducatif entre 2012 et 2013.

Evolution de l'effectif temps plein rémunéré moyen des personnels hospitaliers et socio-éducatifs entre 2012 et 2013

Filière par grade	Effectifs rémunérés permanents			
	ETPR moyen		Ecart ETPR 2012-2013	
	2012	2013	Valeur	%
I- Personnel hospitalier et médico technique				
Personnel médico technique	**5 283**	**5 294**	**11**	**0,21**
Cadre et cadre supérieur	366	373	7	1,9
Manipulateurs	1 374	1 382	8	0,6
Préparateur en pharmacie	629	658	29	4,6
Technicien de laboratoire	2 914	2 881	-33	-1,1
Personnel de rééducation	**2 215**	**2 236**	**21**	**0,94**
Cadres et cadre supérieurs	122	120	-2	-1,6
Diététiciennes	367	366	-1	-0,3
Ergothérapeute	158	164	6	3,8
Masseur Kinésithérapeute	684	689	5	0,7
Orthophonistes	132	138	6	4,5
Orthoptistes	42	43	1	2,4
Pédicure podologue	16	17	1	6,3
Psychologue	593	594	1	0,2
Psychomotricien	101	105	4	4,0
Personnel hospitalier qualifié	**24 181**	**23 995**	**-186**	**-0,77**
Agent des services hospitaliers qualifiés	4 407	4 291	-116	-2,6
Aides-soignants	17 927	17 809	-118	-0,7
Auxiliaires puéricultrices	1 778	1 827	49	2,8
Autres personnels hospitaliers qualifiés	69	68	-1	-1,4
Personnel hospitalier diplômé	**21 775**	**22 508**	**733**	**3,37**
Cadres santé et cadres supérieurs et directeurs des soins	2 145	2 167	22	1,03
IBODE	519	515	-4	-0,8
IADE	765	752	-13	-1,7
Infirmiers	1 7261	1 7936	675	3,9
Puéricultrices	598	627	29	4,8
Sages-femmes	487	511	24	4,9
Total	**53 454**	**54 033**	**579**	**1,1**
II- Personnel socio-éducatif				
Cadres et cadres supérieurs	54	54	0	0,0
Assistants socio-éducatifs	728	736	8	1,1
Educateurs de jeunes enfants	167	181	14	8,4
Total Autres personnels socio-éducatifs	44	47	3	6,8
Total	**993**	**1 018**	**25**	**2,52**

Le personnel hospitalier diplômé connait entre 2012 et 2013 une augmentation de ses effectifs de + 3,4 %, soit + 733 ETPR. Cette hausse concerne quasi exclusivement les infirmiers avec + 3,9 %, soit + 675 ETPR, consécutivement à des recrutements très importants sur l'année 2013 et à un ralentissement des départs.

Le personnel hospitalier qualifié connaît, au contraire, une baisse des effectifs, tant en ce qui concerne les agent des services hospitaliers qualifiés (- 116 ETPR, soit -2,6 %) que sur les aides-soignants (- 118 ETPR, soit – 0,7 %) entre 2012 et 2013 – très faiblement compensée par une hausse sur du nombre d'auxiliaires de puériculture (+ 49 ETPR). Au global, cette filière présente une variation de - 186 ETPR, soit – 0,7%.

On notera, par ailleurs, que le personnel d'encadrement en soins généraux est en augmentation de + 22 ETPR (+ 1 %.).

Le personnel de remplacement :

Sur l'ensemble des filières, les effectifs rémunérés se rétractent de – 19 %, soit - 213 ETPR, avec une diminution notable sur le personnel hospitalier qualifié de – 11 %, soit – 215 ETPR, principalement concentrée sur le grade d'agent hospitalier qualifié avec – 13,7 %, soit – 175 ETPR.

7.2.2 - L'accompagnement à l'évolution des métiers et des organisations

7.2.2.1 - Gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences

La promotion d'une démarche qualitative sur l'emploi et d'une prospective métiers s'est poursuivie à l'occasion de plusieurs projets institutionnels. Ainsi le projet relatif à la biologie médicale a été finalisé par un rapport sur les métiers et les compétences de laboratoires de biologie médicale de demain, la mobilité et le développement des compétences des techniciens de laboratoire médical. Sa mise en œuvre a été engagée en fin d'année et se poursuivra sur 2014 et 2015 avec l'inclusion dans les projets de pôle de biologie médicale d'un projet RH.

Des propositions de Gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences (GPEMC) ont été élaborées pour le secteur de la pharmacie à usage intérieur ; un travail identique a été engagé dans le secteur de la logistique ; les travaux sur la filière investissement et maintenance ont été poursuivis.

La démarche de professionnalisation des conseillers en prévention des risques professionnels (CPRP) s'est traduite par la formalisation d'un référentiel d'activités détaillées et de compétences et l'engagement d'une phase de construction de parcours de développement des compétences pour les professionnels en postes (parcours d'approfondissement des compétences) et les futurs CPRP (parcours intégration et professionnalisation).

Plusieurs métiers ont fait l'objet de travaux de description en collaboration avec les professionnels des GH (logisticien de pôle, coordinateur parcours en santé, chargé des activités sociales, bio informaticien, métrologue, bio hygiéniste), et ceux des CHU (conseiller en organisation, gestionnaire de lits).

La DRH de l'AP-HP a accompagné, en lien avec la DSAP, la DOMU (ex-DMA), la DAJ et les acteurs des groupes hospitaliers, la mise en œuvre des projets de protocoles de coopérations entre professionnels de santé, notamment dans le cadre du projet institutionnel engagé relatif aux plateaux techniques d'Imagerie (démarche ayant donné lieu à l'adhésion effective d'un premier établissement de l'AP-HP au protocole « réalisation des échographies par des manipulateurs en électroradiologie médicale pour au moins 50% de leur temps » initié par le CHU Nancy Metz Thionville, et autorisé en Ile de France).

Enfin, l'actualisation du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière conduite par la DGOS a nécessité la mobilisation et la coordination de nombreux professionnels de l'AP-HP issus des neuf familles de métiers qui y sont répertoriées.

7.2.2.2 - Accompagnement à l'évolution des organisations

La mission « Organisation », créée à la fin de l'année 2012, a pour objectif d'intervenir autour de problématiques organisationnelles transversales à l'institution et/ou au sein des GH. C'est à ce titre qu'au cours de l'année 2013 l'activité de la mission a porté sur : les transports sanitaires d'urgence (SAMU-SMUR) en lien avec la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (ex-DMA) et le service central d'ambulances ; l'organisation d'une consultation infirmière et l'organisation des soins au cours d'une journée-type en lien avec la direction des soins et des activités paramédicales ; le conseil autour des organisations des départements d'information médicale dans le cadre du projet institutionnel « Codage » ; ainsi que les projets d'accompagnement collectif au management.

Parallèlement, pour une meilleure valorisation et visibilité des projets organisationnels menés dans les GH, les pôles d'intérêts communs et établissements, ainsi que pour favoriser le partage de connaissances et de pratiques, la mission « Organisation » a mis en place et anime le Réseau des conseillers en organisation (ReCOr), qui regroupe l'ensemble des conseillers en organisation de l'AP-HP (vingt-et-un aujourd'hui). L'animation de ce réseau se traduit par des journées thématiques (quatre en 2013), ainsi que par l'expérimentation d'un réseau social d'entreprise.

7.2.2.3 - Accompagnement à la mise en place d'ORBIS

La mise en place du logiciel patient ORBIS provoque des changements importants dans les processus patients et métiers, dans les organisations du travail, les pratiques professionnelles, les métiers, les compétences, ainsi que dans les conditions de travail. A l'issue du déploiement, plus de 70 000 professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs seront concernés.

En lien avec le centre de compétences et de services « Patient » et la direction des soins et des activités paramédicales, la mission « Accompagnement RH d'ORBIS » a pour objet d'identifier et d'analyser ces changements, de sorte à proposer aux futurs sites de déploiement un plan d'accompagnement et d'aide au déploiement (modélisation de processus et d'organisations, outils, procédures, fiches de poste, recommandations, …).

La mission « Accompagnement RH d'ORBIS » conduit ses investigations auprès de professionnels des trois sites pilotes : Ambroise Paré, Bicêtre et Tenon, en fonction du calendrier de développement et de déploiement. A terme, une centaine de professionnels auront été interrogés. La mission s'appuie également sur les équipes locales d'accompagnement du déploiement : directeurs de sites, DSI, DRH, directeurs des soins, médecins DIM, conseillers en organisation, référents ORBIS…

En 2013, la mission a poursuivi et approfondi les travaux engagés en 2012. Des rencontres ont également été réalisées auprès d'établissements hors AP-HP. La phase d'investigations qui s'achèvera mi 2014, sera suivie d'une analyse des données, puis de l'élaboration du plan d'actions.

7.2.2.4 - Accompagnement des cadres

On comptabilise 2 950 cadres de proximité (20 % de faisant-fonction) dont la répartition est la suivante :

- cadres hospitaliers (soignants, médico-techniques, rééducation) : 54 % ;
- cadres techniques : 27 % ;
- cadres administratifs : 17 % ;
- cadres socio-éducatifs : 2 %.

Près de 70 % ont plus de 45 ans, et un quart des cadres de proximité ont plus de 55 ans. D'ici 2015, près de 80 % des cadres et des cadres supérieurs en poste en 2000 seront partis en retraite.

A la fin de l'année 2012 et au début de l'année 2013, une démarche participative - réunissant 66 participants issus de 23 établissements répartis en ateliers – l'AP-HP a donné lieu à une co-construction d'un plan d'action, intégrant les aspirations des professionnels en tenant compte des réalités hospitalières.

Un cycle de négociation sur l'encadrement, ouvert début 2013 entre la DRH de l'AP-HP et les organisations syndicales centrales, a abouti à la rédaction et à la diffusion de notes, diffusée entre juin et novembre 2013, et portant sur les questions suivantes :

- une démarche d'élaboration d'un schéma d'organisation de l'encadrement afin de clarifier les modes d'exercice professionnel des cadres de santé ;

- les principes et modalités de la continuité de l'organisation de l'encadrement ;

- la politique d'accompagnement des faisant fonction de cadres et au plan de résorption des faisant fonction de cadres ;

Ces notes reprennent les propositions construites par les groupes de travail pluridisciplinaires du plan « attractivité et fidélisation des cadres ».

7.2.3 - Le parcours professionnel et l'accompagnement personnalisé des cadres dirigeants

7.2.3.1 - La population des cadres dirigeants

Compte non tenu des membres du comité de direction générale et des contractuels de haut niveau, l'AP-HP comptait 345 cadres de direction au sens statutaire du terme : 271 directeurs d'hôpital, 62 directeurs des soins et 12 ingénieurs généraux.

7.2.3.2 - Les mouvements

Au cours de ses neuf réunions tenues durant l'année 2013, le comité carrières a validé 78 mouvements de cadres dirigeants : 56 recrutements de directeurs d'hôpital (22 mobilités internes AP-HP, 5 sorties EHESP et 29 recrutements extérieurs) ; 20 recrutements de directeurs des soins (9 mobilités internes, 2 sorties EHESP et 9 recrutements extérieurs) ; et 2 nominations d'ingénieurs généraux.

7.2.3.3 - L'accompagnement personnalisé

L'accompagnement des cadres se fait suivant deux modalités : le conseil carrière et le coaching.

Le conseil carrière, permet à tout personne de faire un point sur sa carrière et l'évolution de son parcours professionnel quels que soient la nature de la demande et le degré de maturité de la réflexion. Le conseil carrière a concerné dix cadres de direction en 2013, et s'est traduit par la réalisation d'une cinquantaine d'entretiens avec la conseillère.

Le coaching se décline à l'AP-HP selon deux modalités en fonction de la nature du besoin : le coaching interne (assuré par des cadres de l'AP-HP qui ont reçu une formation certifiante) et le coaching externe confié à des cabinets titulaires du marché. Il a concerné une dizaine de cadres de direction en 2013.

7.2.4 - La prévention des risques professionnels et la santé au travail

7.2.4.1 - PAPRIPACT 2013

Dans le cadre du PAPRIPACT 2013 les groupes thématiques sur le travail de nuit, et la prévention des troubles musculosquelettiques ont poursuivi leurs travaux engagés en 2011 ;

- finalisation d'une brochure pédagogique sur les risques professionnels et les moyens de prévention de la santé lors du travail de nuit. La brochure a été mise à la disposition des établissements à partir de septembre 2013 ;

- un recueil des savoir-faire de prévention des troubles musculosquelettiques à destination des activités soignantes est en cours d'élaboration.

Dans le cadre de la prévention des risques psychosociaux, le comité de pilotage central sur les risques psychosociaux s'est réuni deux fois. Un guide sur les indicateurs utilisables a été mis à disposition.

Un travail pluridisciplinaire a été engagé pour la mise à jour du guide d'aide à la gestion de la violence datant de 2004 à l'usage des directions et des responsables de service.

Un dispositif nouveau de formation à la prévention du risque chimique ciblée par secteurs d'activité : (laboratoires, techniques, médico-techniques) à l'attention des professionnels médicaux et non médicaux a été mis en place.

Concernant la radioprotection des personnels, une enquête a été menée sur les ressources nécessaires aux missions de la personne compétente en radioprotection, en relation avec les suites d'inspection de l'ASN.

Un nouvel appel à projet, au titre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), a été lancé en mai 2013.

7.2.4.2 - Prévention des addictions

En 2013, la mission de prévention des addictions « Fides » a débuté une étude sur les pratiques de consommation d'alcool et de drogue chez les jeunes. L'objectif de cette démarche est de mener une campagne de prévention dans les écoles de l'AP-HP. Un questionnaire anonyme a été conçu pour être distribué dans les instituts de formation initiale de l'AP-HP ; huit d'entre eux ont été sélectionnés sur la base du volontariat.

La mission Fides a également collaboré à des propositions d'actions, inscrites dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, au cours de réunions organisées par la (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDT) et regroupant les trois fonctions publiques.

Parallèlement elle a maintenu sa participation à l'organisation de journées de sensibilisation dans les hôpitaux ainsi que le dispositif d'aide pour les personnels en difficulté avec la ligne téléphonique dédiée. Enfin, la mission a poursuivi, avec le CFC et le Respadd les sessions de formations pour les professionnels concernés et en particulier pour les cadres avec des rencontres sur les sites.

7.2.5 - Handicap et inaptitude

La mise en œuvre de la politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés s'est poursuivie en 2013. L'accompagnement des personnels en situation de handicap, réalisé par le réseau des référents handicap et travail pour l'accès aux droits, l'intégration et le maintien dans l'emploi, a permis la progression du taux d'emploi direct (4,89% en 2013 contre 4,68% en 2012),

et s'est accompagné d'une accroissement des dépenses réalisés en leur faveur (taux d'emploi réel 2013 : 5,24 % contre 5,02 % en 2012).

7.2.6 - La mobilité professionnelle

Le service des parcours et mobilités professionnels (SPMP) a poursuivi sa mission de coordination et d'accompagnement des mobilités à la fois sur le plan collectif (accompagnement des groupes hospitaliers) et sur le plan individuel (accompagnement des agents).

Cette mission, qui s'opère notamment au travers de la coordination de différents dispositifs, en lien direct avec la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014, s'est articulée en 2013 autour des actions suivantes

- poursuite de la constitution du réseau des référents mobilité mis en place en 2009 ;

- animation de réunions mensuelles des référents mobilité : en 2013, les réunions mensuelles se sont poursuivies (15 participants en moyenne) et ont toujours pour objectifs : le partage des informations ; l'amélioration des procédures communes ; la formation au montage des dossiers et outils de suivi ainsi qu'un lieu d'informations sur les pratiques et dispositifs/projets RH communs. Au cours de l'année différents professionnels internes sont intervenus pour présenter leurs projets/dossiers tels que : évolution/perspective des effectifs grades/métiers ; amélioration du codage ; projet du Nouvel Hôtel Dieu ; présentations du Service Facturier et du projet soins de longue durée ; actualisation du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ;

- participation au projet prioritaire « Professionnalisation du codage » pour les aspects RH, notamment l'élaboration – en lien avec la DPT, la DMA et le CFTA – d'un parcours de conversion vers le métier de Technicien de l'Information Médicale ;

- interface avec les correspondants externes pour la mobilité : le SPMP a poursuivi sa participation aux réunions de travail organisées par l'ARS et l'ANAP ;

- partenariat avec la Ville de Paris : le 3 avril 2013 signature d'une charte de partenariat entre la ville de Paris, le centre d'action sociale et l'AP HP ;

- suivi du dispositif FMESPP/FIR :le SPMP est chargé de la gestion du budget alloué par le fonds d'intervention régional (FIR), il coordonne et centralise la gestion et le suivi des différentes mesures individuelles, dont les actions de conversion professionnelle (AC) et les indemnités de départ volontaire (IDV), qui sont les plus sollicitées. En 2013, 150 demandes d'IDV ont été recensées et 43 dossiers ont abouti ; 60 dossiers de candidatures à des actions de conversion ont été traités, et 27 demandes de financement accordées ainsi que 216 formations dans le cadre des promotions professionnelles.

Le SPMP gère également :

- les instructions d'opérations d'intégration, transfert ou reprise d'activités ;

- dans le cadre de la dissolution de la fondation nationale de gérontologie, le SPMP a été chargé d'étudier les possibilités de recrutement au sein des GH des 14 agents concernés ;

- le SPMP a réalisé le pilotage de la mise en œuvre du dispositif « emplois d'avenir » avec la coordination des référents de GH.

S'agissant de l'ensemble de ces mesures et de l'accompagnement personnalisé des personnels non médicaux, 67 agents (hors cadres de direction) ont été reçus en 2013 par les conseillères en ressources humaines du SPMP.

7.2.7 - La politique sociale

7.2.7.1 - L'accueil de la petite enfance et de l'enfance

L'AP-HP dispose fin 2013 de 3926 places de crèche pour une moyenne d'enfants inscrits de l'ordre de proche de 5 500, représentant 659 185 journées/enfants réalisées, week-ends compris. Les crèches sont ouvertes à toutes les catégories professionnelles (70 % des parents sont des soignants, 10 % des administratifs, 8 % des médecins, 6 % des médico-techniques et 6 % des techniques). L'AP-HP met, par ailleurs, des places de crèches à la disposition d'autres institutions publiques : ville de Paris, ministère de l'Intérieur, autres hôpitaux.

Il convient d'ajouter 1 218 places en accueil de loisirs pour 22 centres de loisirs, ouverts en moyenne 110 jours par an (mercredi et toutes périodes de congés scolaires).

7.2.7.2 - Le logement

Pour maintenir au-dessus de 10 000 le nombre de logements mobilisés pour la politique de logement des personnels AP-HP, de nouvelles ambitions quantitatives ont été traduites en engagements en 2013 ; plusieurs actions ont ainsi été conduites :

- les budgets d'entretien et d'investissement ont été abondés pour permettre, dans les meilleurs délais, la remise en état de logements ou la rénovation de sites ;

- de nouveaux appartements ont été créés avec le regroupement de chambres ou de locaux professionnels ;

- un immeuble de 35 logements situé au Kremlin Bicêtre a été repris en gestion directe à la fin du bail emphytéotique.

Les différentes commissions d'attribution (commission sociale et commissions par d'attribution par nécessité et par utilité de service) ont été réunies à 20 reprises et ont permis l'attribution de 480 logements. Parmi ces derniers :

- 350 logements ont été attribués au titre de critères sociaux et professionnels (une attention particulière a été portée au logement des agents porteur de handicap avec un taux de satisfaction de 27,5 %) ;

- 91 studios infirmiers ont été attribués directement par la la DRH de l'AP-HP pour permettre le recrutement d'infirmiers ou de personnels soignants spécialisés de province dans le cadre du dispositif « Infirmière Capitale » ;

- 16 logements, studios ou F2, ont également été proposés à de jeunes diplômées des IFSI de la région parisienne en contrepartie de leur recrutement sur un poste jugé sensible.

7.2.7.3 - Les œuvres sociales

L'association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP) met en œuvre la politique d'action sociale, socioculturelle, sportive et de loisirs au bénéfice des personnels de l'AP-HP.

En 2013, l'AP-HP a contribué au budget de l'AGOSPAP à hauteur de 16 944 826 euros, soit 0,5 % de la masse salariale de l'AP-HP. Un abondement spécifique de 300 000 euros a été consacré au financement des chèques emploi service universel (CESU), permettant – sous certaines conditions – la participation aux frais de garde des enfants âgés de moins de 6 ans du personnel non médical.

Le comité des aides exceptionnelles s'est réuni 22 fois. Il a accordé 1 557 aides exceptionnelles pour un montant de 722 426,58 euros :

- 1 459 aides financières pour un montant de 673 85,73 euros ;

- 90 exonérations de séjours vacances juniors pour un montant de 37 063,95 euros ;

- 8 frais d'obsèques pour un montant de 11 477 euros.

Par ailleurs, un partenariat avec le CMP banque a permis aux agents de l'AP-HP de bénéficier de 83 prêts bonifiés pour un montant de 166 663 euros.

1 138 allocations de départ à la retraite ont été versées pour un montant de 1 245 458 euros, ainsi que 120 allocations réformes pour un montant de 102 167 euros.

Le réseau du service social du personnel a reçu 17 300 agents, a réalisé 47 208 entretiens sociaux, et 193 visites à domicile. Les problématiques récurrentes rencontrées par les personnels sont celles du logement et des difficultés financières liées au surendettement.

C'est pourquoi, la signature d'une convention entre l'AGOSPAP et l'association ADAC (accompagner, dynamiser, agir, créer) a permis depuis octobre 2012, le suivi des personnels confrontés à des difficultés financières par une conseillère en économie sociale et familiale, qui apporte une aide à la gestion du budget et conseil, et parfois assure un accompagnement pour la recherche de solutions dans le cadre d'un surendettement. En 2013, la conseillère en économie sociale et familiale a assuré 25 permanences, a reçu 32 agents, et a réalisé 67 entretiens. Depuis septembre 2013, une permanence supplémentaire a été mise en place, pour un total de trois journées de permanences assurées par mois.

Au titre de la campagne « Arbre de Noël des enfants du personnel », plus de 35 000 jouets et de chèques cadeaux ont été délivrés sur 43 points de livraison, et distribués aux enfants de trois mois à 12 ans par les chargé(e)s des activités sociales.

7.2.7.4 - Le dialogue social

Dans le cadre du cycle de négociations sur l'encadrement, 21 rencontres avec les organisations syndicales ont été organisées en 2013.

Sur le thème « Moyens du dialogue social », deux réunions ont été organisées à la suite de la parution des décrets des 9 mai et 16 juillet 2013 modifiant le décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière.

L'agenda social organisé par la DRH de l'AP-HP tout au long de 2013 avec les organisations syndicales centrales s'est traduit par des réunions régulières ou des audiences portant sur :

- des sujets RH : logement, congés bonifiés, reclassement des agents chefs de 2ème catégorie, indemnité forfaitaire technique des techniciens hospitaliers et techniciens supérieurs techniques, situation des contrats à durée déterminée, situation des ingénieurs, compte épargne-temps ;

- des sujets transversaux : service facturier, situation des services généraux, mutuelles.

De même, ont été organisées :

- trois réunions dans le cadre des préavis de grève déposés auprès de la direction générale ;

- deux réunions avec la collégiale des cadres supérieurs sages-femmes dans le cadre du mouvement de grève des sages-femmes démarré le 16 octobre 2013 ;

- trois réunions afin de préparer les élections professionnelles 2014.

Dans la perspective des élections professionnelles de décembre 2014, une réflexion a été menée sur les modalités d'un vote électronique et une mission élections professionnelles a été structurée à la DRH de l'AP-HP.

7.2.7.5 – Le baromètre interne de l'AP-HP

La modernisation du dialogue social est une des thématiques du projet ressources humaines du plan stratégique 2010-2014. La réalisation d'une enquête pour recueillir l'opinion de chaque professionnel dans une perspective de dialogue pour améliorer les organisations et la qualité de vie au travail est un de ses leviers d'action.

Pour ce faire, une démarche concertée auprès de la communauté hospitalière a été conduite à chaque étape de ce projet. Un groupe projet pluridisciplinaire a été associé à la conception et au pilotage du baromètre interne AP-HP. Il a mené une réflexion sur les thématiques de l'enquête, les livrables attendus et la conception du questionnaire.

L'AP-HP a lancé ce dispositif d'écoute, en mai 2013, auprès des professionnels –médicaux et non médicaux – en complément du baromètre en ligne patients, pour disposer de tous les atouts permettant l'amélioration des organisations médicales et non médicales, et de la qualité de vie au travail pour un meilleur soin au patient.

A partir de l'analyse des résultats, des plans d'action vont être élaborés dans le cadre d'une démarche participative. La mise en œuvre de ces actions se fera autour, notamment, de la motivation des professionnels, de la formation et du développement des compétences et de la communication institutionnelle.

7.2.8 - La protection fonctionnelles fournie aux agents victimes de violences dans le cadre de leurs fonctions

La direction des affaires juridiques a pour mission d'accorder la protection fonctionnelles aux agents victimes de violences sur le fondement de l'article 11 alinéa 3 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 qui dispose que : « *La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ».

En 2013, 112 dossiers ont donné lieu à l'octroi du bénéfice de la protection fonctionnelle par le secteur du contentieux des personnels. Il s'agit principalement de violences physiques et plus occasionnellement de violences verbales (insultes, menaces…).

Par ailleurs, la DAJ assure une activité de conseil et de soutien des équipes hospitalières en cas de procédures pénales (moins d'une dizaine par an).

Elle assiste également les professionnels de santé qui font l'objet d'une procédure ordinale, et a géré à ce titre 9 dossiers au titre de la défense de ceux-ci en 2013.

7.2.9 - La formation des personnels de la fonction publique hospitalière et des personnels médicaux

7.2.9.1 - La formation continue du personnel non médical

L'année 2013 a vu les principaux éléments de la réforme de la formation tout au long de la vie atteindre leur rythme de croisière. Cette réforme vise à rendre le salarié coauteur de son parcours professionnel et de sa formation. Elle en diversifie les modes d'accès.

Le droit individuel à la formation (DIF) et le passeport de formation, entrés en vigueur en janvier 2010, ont été déployés sur les établissements.

L'entretien de formation est mis en œuvre et intégré à l'entretien professionnel annuel auquel l'encadrement est formé.

7.2.9.2 - Un dispositif AP-HP de formation continue qui s'adapte aux besoins des hôpitaux et définit des priorités institutionnelles

Pour définir les orientations 2013-2014, des comités par filière métier ont regroupé directions fonctionnelles et représentants métier des établissements. Ces comités ont défini les orientations pour chaque filière, les enjeux et les finalités des actions.

Un comité d'orientation général a arrêté la politique institutionnelle de formation et validé un document d'orientations pluriannuelles de formation pour la fin du plan stratégique (2013 - 2014).

Ce dispositif a permis d'élaborer des priorités en matière de formations exigibles. Celles-ci ont été validées après présentation aux instances. Par ailleurs, des recommandations thématiques ont été adressées aux groupes hospitaliers.

L'activité et l'organisation des services formation des établissements a été fortement marquée par la réorganisation de l'AP-HP en groupes hospitaliers, pôles d'intérêt commun et pôles d'activité médicale, ainsi que par le déploiement des différents systèmes d'information. Les services locaux de formation ont produit les deux-tiers des actions de formation.

Les centres de formation du Centre de la Formation et du Développement des compétences (CFDC) ont mis en œuvre, au profit des groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun, les dispositifs institutionnels prioritaires et les actions pour lesquelles une organisation centrale était la plus efficiente. Leur activité a augmenté pour représenter aujourd'hui 37% des journées de formation.

Enfin l'ensemble des responsables de formation a été formé au DPC pour préparer sa mise en œuvre.

7.2.9.3 - L'activité de formation

L'investissement en formation depuis de nombreuses années est un des atouts importants de l'AP-HP, contribuant à son attractivité. C'est ainsi qu'en 2013 :

- 41 847 personnels (60 % des effectifs) ont bénéficié au moins une fois de formation (hors incendie) pour un total de 338 744 jours ;

- 1 543 personnels ont suivi une formation dans le cadre de la promotion professionnelle (PP) ;

- la durée moyenne de formation a été de 2,4 jours par agent formé (hors promotion professionnelle).

L'AP-HP a consacré 3,76 % de sa masse salariale à la formation continue (hors personnel médical), à mettre en regard d'un minimum réglementaire de 2,9 %.

Au total, près de 40 % des formations réalisées sont liées au projet médical et de soins. La qualité et la gestion des risques représentent 15 % des actions de formation ; l'adaptation des organisations, le management et le système d'information en totalisent 19 %.

Par ailleurs, l'AP-HP s'est organisée pour répondre au nouveau dispositif réglementaire de développement professionnel continu (DPC) dont l'un des enjeux est l'articulation de la formation continue et de l'analyse de pratiques professionnelles.

Un comité stratégique du DPC qui regroupe les présidents de la CME et de la CSIRMT ainsi que la direction médico-administrative et la direction des ressources humaines a été mis en place en janvier 2013. A l'issue des différentes réunions, il a été décidé de constituer un Organisme de DPC (ODPC) au sein de l'AP-HP. Un dossier de demande d'enregistrement auprès de l'organisme gestionnaire du DPC a été déposé en juin 2013.

7.2.9.4 - Les formations diplômantes

L'AP-HP dispose d'un des plus grands dispositifs de formation initiale des professions de santé en Europe. Le quota annuel d'admissions est de 2850 places dans les 18 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), de 850 places pour les 11 autres instituts de formation. Elle dispose également d'une capacité théorique d'accueil de 600 places dans ses instituts de formation des aides-soignants (IFAS).

L'AP-HP a accueilli en formation 6 344 étudiants en soins infirmiers et 1 718 étudiants des autres filières de santé, y compris les sages-femmes et la filière socio-éducative. Par ailleurs, 328 élèves aides-soignants étaient inscrits dans les IFAS, soit un total de 8 062 étudiants.

2 981 diplômes d'Etat ont été délivrés en 2013, dont 2 165 diplômes d'Etat d'infirmier, 273 diplômes d'Etat d'aide-soignant, 143 diplômes de cadre de santé et 400 diplômes d'Etat des autres écoles et instituts de formation.

Le nombre d'inscrits aux concours paramédicaux s'est élevé en 2013 à 16 390.

7.2.9.5 - Le Département du développement professionnel continu médical (DDPCM)

Le Département du DPC Médical a la responsabilité du pilotage du développement des compétences des personnels médicaux, sous l'égide de la commission médicale d'établissement. A cette fin, différentes modalités complémentaires de développement des compétences sont mises en œuvre. Les principales modalités recouvrent :

- des actions de formation qui couvrent différents domaines (médical, recherche, anglais professionnel, responsabilité, gestion des risques liés aux soins, management hospitalier …) ;

- des financements qui comprennent des aides à la mobilité pour des séjours à l'étranger dans des unités de soins ou de recherche ;

- l'accès aux ressources documentaires médicales et scientifiques *via* l'abonnement à des revues et des bases de données ainsi que le renforcement des partenariats avec les centres de documentation universitaires.

L'activité pilotée et générée par le département du DPC Médical connait depuis plusieurs années une augmentation soutenue. Pour ce qui concerne l'activité de formation, deux axes de développement se dégagent :

- un renforcement des partenariats avec les grandes écoles et les universités qui s'accompagnent du développement de l'activité de recherche appliquée dans le domaine du management des organisations de santé ;

- un renforcement des formations pluri-professionnelles.

En 2013, 53 professionnels ont été diplômés de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris dont 7 praticiens hors AP-HP.

Le nombre de stagiaires non médicaux qui participent au côté des personnels médicaux à des programmes de formation est en très forte augmentation (+ 61,90 %). Cette forte hausse s'explique par la politique volontariste de développer des programmes pluri-professionnels de formation dans les domaines du management hospitalier, de la recherche, la gestion des risques liés aux soins et les prises en charge pluri-professionnelles des patients.

L'activité de formation, tous domaines confondus, et hors aides financières, a augmenté de 9,36 % en nombre de jours, pour atteindre 22 053 jours de formation dont 15 893 jours au bénéfice des personnels médicaux de l'institution. Le volume d'aides financières est en augmentation de 36,9 % pour un niveau de dépense qui a augmenté de 29 %. Le nombre de séjours financés est stable.

Concernant l'accès à l'information médicale et scientifique sur l'ensemble de l'institution, l'attrait pour cette activité est toujours aussi marqué avec un nombre très important de téléchargements d'articles évalué à plus de 840 000 en 2013. Le nombre de nouvelles demandes d'accès à distance à l'offre numérique est en augmentation avec plus de 213 créations. Le catalogue a été enrichi avec 43 nouveaux titres demandés par les spécialités médicales (soit un total de 394 revues payantes et 5 bases de données). La consultation ou la demande d'articles scientifiques et médicaux *via* le service « Linkout » PubMed mis en place est fortement utilisé avec 45 500 accès utilisateurs en 2013. L'activité de veille et recherche documentaire avec compétences et expertise en médecine clinique et thérapeutique est en constante augmentation (+ 20 % depuis 2012).

7.2.9.6 - La contribution de la direction des affaires juridiques (DAJ) à la formation

La DAJ a poursuivi son travail pédagogique en assurant des formations auprès des équipes sur des thématiques liées au droits des patients (laïcité à l'hôpital, droits des mineurs) ou encore à la coopération entre professionnels de santé.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées constitue une préoccupation majeure pour l'AP HP.

Par lettre de mission en date du 7 mai 2012, le secrétariat général avait confié à la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) un audit sur les dispositifs de prévention du risque de maltraitance existants au sein des hôpitaux. La DIA a publié son rapport en janvier 2013, et énoncé plusieurs recommandations. Parmi celles-ci, figure celle qui consiste à ensibiliser les personnels médicaux et soignants ainsi que le personnel encadrant à ce risque de maltraitance. A ce titre, la DAJ participe aux sessions de formations organisées par l'IFCS, qui peuvent être organisées sur les sites ou directement auprès des centres de formation.

Pour l'année 2013, sept sessions ont été organisées, dont une spécialement commandée par le GU HUPIVO à la suite de l'affaire Sainte Périne. Les sessions ont été organisées sur les sites d'Ambroise Paré, à Garches, à Berck et à Sainte-Périne.

Parallèlement, et dans un souci constant de sécurisation juridique, la DAJ a travaillé à la rédaction d'un guide pratique à l'usage des équipes hospitalières, à paraître en juin 2014, relatif aux modalités de communication des informations médicales portant sur les patients : conditions d'accès des ayants droit, dossier médical des mineurs, des patients sous tutelle, des patients soignés en psychiatrie, communication du dossier informatisé, informations génétiques ou encore accès dans le cadre de procédures de justice ou d'expertise médicale.

8 - LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DU PATRIMOINE

8.1 - La politique d'investissement

En 2013, les Autorisations d'Engagement (AE) nouvelles, avec le report des AE antérieures, se sont élevées à 431 millions d'euros :

- 261 millions d'euros d'AE 2013 pour les travaux
  - 37 millions d'euros pour les opérations majeures concentrées ;
  - 163 millions d'euros pour les opérations identifiées déconcentrées aux groupes hospitaliers ;
  - 61 millions d'euros pour les plans de travaux délégués aux groupes hospitaliers.
- 66 millions d'euros d'AE 2013 pour le système d'information
  - 55 millions d'euros d'AE 2013 concentrées ;
  - 11 millions d'euros d'AE 2013 déconcentrées.
- 104 millions d'euros d'AE 2013 pour l'équipement

Pour les crédits de paiement (CP), la consommation de CP 2013 s'est élevée à 303 millions d'euros :

- 165 millions d'euros de CP 2013 pour les travaux ;
- 89 millions d'euros de CP 2013 pour les équipements ;
- 48 millions d'euros de CP 2013 pour les systèmes d'information.

Les consommations des CP se sont avérées inférieures aux prévisions initiales, en raison de difficultés techniques de mise en œuvre des opérations.

8.2 - La politique d'investissement immobilier

8.2.1 - Les principales opérations immobilières

Les investissements en travaux couvrent une gamme étendue d'enjeux : la transformation des structures de soin, en cohérence notamment avec les évolutions observées en termes de prise en charge ; les orientations du plan stratégique ; la mise en sécurité des installations ; la mise aux normes des bâtiments ; l'entretien et la maintenance des sites.

Dans l'ensemble de ces opérations, on distingue les opérations majeures dont le pilotage opérationnel est centralisé. Au cours de l'année 2013, trois opérations de travaux ont ainsi été réceptionnées, deux se sont poursuivies et deux ont fait l'objet d'études approfondies avant reprise ou lancement de travaux.

8.2.1.1 - Trois opérations ont été réceptionnées en 2013

- **Hôpital Cochin** : dernière phase de l'opération de regroupement des laboratoires. Ces travaux d'adaptation du bâtiment Jean Dausset aux activités de biologie du groupe hospitalier se clôturaient par la création d'une plateforme de haut débit permettant de recevoir les activités de biologie du groupe hospitalier ainsi que par la transformation de bureaux en laboratoire L2. Le

coût objectif de cette phase de travaux est de 2,7 millions d'euros toutes dépenses confondues (TDC).

L'opération a respecté les objectifs fixés en matière du coût, de qualité et de délai à la satisfaction de tous les utilisateurs. Le bâtiment a été réceptionné le 14 juin 2013.

➢ **Institut d'Endocrinologie, de Maladies Métaboliques et de Médecine interne (IE3M)** : il s'agit du bâtiment qui regroupe les services d'endocrinologie, de diabétologie, de nutrition et de médecine de la reproduction de Pitié-Salpêtrière au sein d'un pôle hospitalo-universitaire de référence et accueille l'un des deux services de médecine interne du GH. Il est réalisé dans le cadre d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH). Il a une superficie de 15 680 m² SDO (surface dans œuvre), pour un coût estimé à 43 millions d'euros en équivalent loi MOP. La seconde partie de 2013 a été consacrée à la mise en service du bâtiment, notamment au travers d'une marche à blanc menée dès l'automne 2013. Les activités sont réparties selon les secteurs fonctionnels suivants : 98 lits d'hospitalisation conventionnelle, 34 lits d'hospitalisation de jour, des explorations fonctionnelles au premier étage, et des consultations et hospitalisation de jour au rez-de-chaussée.

Le bâtiment a été certifié HQE (haute qualité environnementale) et labélisé THPE (très haute performance énergétique). La prise de possession de ce chantier, démarré en août 2011, a eu lieu le 25 novembre 2013 conformément au contrat du 24 décembre 2010. L'ouverture complète aux patients s'est déroulée entre le 6 et le 16 décembre 2013.

La baisse des taux d'emprunt a permis de compenser la révision du prix de la construction. *In fine* le loyer a été arrêté à la valeur 2009 du contrat, soit 4,3 millions d'euros TTC pour la première année.

➢ **Institut Imagine** : ce bâtiment de 17 500 m² (SDO), d'un coût de 60 millions d'euros TDC, construit sur le site de l'hôpital Necker, et dédié à la recherche, associe la Fondation Imagine et l'AP-HP. Il a été réalisé en conception-réalisation avec une entreprise associée à l'architecte Jean Nouvel. L'opération s'est poursuivie en partenariat avec la Fondation et l'hôpital Necker-Enfants malades. La maintenance et l'exploitation du bâtiment s'appuient sur le référentiel Haute qualité environnementale (HQE).

Le bâtiment a été réceptionné le 3 décembre 2013. Son ouverture aux patients et aux chercheurs sera progressivement réalisée au courant du premier trimestre 2014.

8.2.1.2 - Les chantiers en cours

➢ **Hôpital Necker** : démolition des bâtiments désaffectés et aménagement de l'espace Jardin. Il s'agit de la phase 2 de l'opération. Les études et les ajustements nécessaires à la préparation de cette phase complexe se sont déroulés tout au long de l'année. Ils intègrent le désamiantage, les démolitions des bâtiments Noailles, Grancher, Clinique de Chirurgie Infantile (CCI), la réalisation du grand jardin central (près d'un hectare) et la réfection des VRD (voiries et réseaux divers) sans gêner le fonctionnement du site.

Les conditions de réalisation ont évolué par rapport au projet d'origine de 2005 (évolution de la règlementation amiante en 2012, renforcement de la tour Keith Haring retenu dans le cadre du PC avec l'architecte des bâtiments de France, phasage avec une prise en compte accrue des risques aspergilaires, transfert de services vers le bâtiment Hamburger).Toutes ces évolutions impliquent des réajustements contractuels (études et travaux) en concertation avec l'hôpital Necker. Les études complémentaires réalisées au cours de l'année 2013 et les diagnostics amiante, plomb et béton ont abouti à la mise en œuvre d'un allotissement de la tranche conditionnelle en 5 lots pour tenir compte des nouvelles contraintes par rapport aux prescriptions des marchés de travaux notifiés en 2007.

Le calendrier des travaux de cette phase en fixe le début à avril 2014 et la fin à l'automne 2015.

➢ **Hôpital Avicenne** : Restructuration et extension du bloc opératoire et de la réanimation. L'ensemble de l'opération vise à réorganiser et à mettre en conformité la fonction opératoire, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), la chirurgie ambulatoire, l'endoscopie, la réanimation chirurgicale et la stérilisation. Le coût de l'opération est estimé à 41,2 millions d'euros.

La phase 1 de cette opération a été livrée en 2012. L'année 2013 marque le démarrage de la phase 2, avec une modification du programme consistant en la suppression de 4 salles opératoires, la création d'une unité de surveillance continue de 8 lits et de 3 salles d'endoscopie sous anesthésie générale. Cette modification du programme initial a été formalisée sur le plan architectural, technique et administratif. Le surcoût est de 2,5 millions d'euros TDC en valeur révisée. Il permet de tenir l'objectif financier fixé à 41,2 millions d'euros TDC.

Le permis de construire modificatif a été obtenu le 5 juillet 2013. Le déroulement des travaux s'est réalisé comme suit :

- les travaux de désamiantage du bâtiment Butler ont été terminés le 19 mars 2013 ;
- les travaux de démolition du bâtiment Butler ont été terminés le 12 août 2013 ;
- les travaux de gros œuvre de la phase 2 ont démarrés le 25 novembre 2013 ;
- la fin des travaux est prévue fin 2014.

8.3 - La politique d'investissement mobilier en 2013

Dans un contexte budgétaire toujours contraint, les objectifs de la politique d'investissements mobiliers ont consisté à :

- maîtriser le taux de vétusté du parc des équipements permettant d'assurer la sécurité et la qualité des soins ;
- accompagner les opérations stratégiques et structurantes, ainsi que le suivi des évolutions technologiques ;
- permettre aux groupes hospitaliers de disposer de perspectives pluriannuelles en ce domaine, pour favoriser les stratégies locales de gestion d'équipements et la participation des équipes.

En 2013, la part à affecter aux équipements des grands bâtiments et opérations structurantes a fortement diminué pour passer de 23,3 à 8,9 millions d'euros.

Il a également été poursuivi la réalisation d'opérations transversales, répondant soit à des objectifs d'amélioration et de sécurisation de *process* (armoires automatisées pour la sécurisation du circuit du médicament), soit à une réflexion menée avec la collégiale d'imagerie, la seconde tranche de la mise à niveau technologique de scanners (*upgrade*) pour limiter leur obsolescence et optimiser le rapport qualité/dose dans un contexte où leur remplacement à court terme est difficile, du fait notamment de la priorisation des remplacements d'IRM.

Enfin, après avoir mis en évidence la situation du parc d'équipements mobiliers, en composition et variété, valeur et vétusté, il a été confirmé pour 2013 la nécessité d'allouer aux groupes hospitaliers, de manière pérenne, une dotation de remplacement. Cette dotation indispensable au fonctionnement courant des services, a pu être portée de 18 à 38,7 millions d'euros.

8.3.1 - Dotations de plans d'équipement 2011-2013 en autorisations d'engagement (AE) nouvelles et crédits de paiement (CP)

En 2013, les dotations nouvelles compatibles avec le cadrage en crédits de paiement pour les équipements ont été de 100,3 millions d'euros, réparties de la façon suivante.

	AE 2013 (en millions d'euros)
Grands bâtiments et opérations structurantes	8,9
Opérations transversales	3,2
Equipements lourds et/ou coûteux	36,7
Dotations de remplacement	38,7
Subventions / virements	2,5
Enveloppe complémentaire juillet 2013	10,3
Total	100,3

Les autorisations d'engagement nouvelles effectivement notifiées pour 2013 ont été complétées des reports autorisations d'engagement antérieures non consommées pour des raisons « techniques » (retard dans l'exécution des travaux, appels d'offres non finalisés…), pour un montant total de 104,2 millions d'euros (tableau ci-dessous).

Evolution 2011-2013 des dotations de plan d'équipement en AE nouvelles et reportées (en millions d'euros)

	2011	**2012**	**2013**	**Ecart 2013/2012 (en %)**
AE nouvelles	45,2	54,3	**100,3**	**84,7**
AE reportées	37,1	13,0	**3,9**	**-70,0**
Total AP-HP	82,3	67,3	**104,2**	**+54,8**

Répartitions des dotations 2013 par groupes hospitaliers/hôpitaux (AE nouvelles, en millions d'euros)

GH/hôpitaux	**Total AE nouvelles**	***dont dotations de remplacement***
Necker	3,479	*1,600*
HUEP Tenon/Saint-Antoine/Trousseau/Rothschild	10,880	*3,675*
HUPNVS Bichat/Beaujon/Louis Mourier/Bretonneau/Charles Richet	7,035	*4,399*
HUPC Cochin/Hôtel-Dieu/Broca	7,523	*2,432*
HUPO HEGP/Corentin Celton/Vaugirard	10,990	*2,245*
HUPS Bicêtre/Antoine Béclère/Paul Brousse	7,303	*3,693*
GH Henri Mondor/Emile Roux/Joffre-Dupuytren/Georges Clémenceau	8,890	*3,578*
GH GH Saint-Louis/Lariboisière	11,842	*3,669*
GH Pitié-Salpêtrière/Charles Foix	14,587	*4,460*
HUPSSD Avicenne/Jean Verdier/René Muret	3,618	*1,883*
GH Robert Debré	4,334	*1,000*
HUPIFO Ambroise Paré/Raymond Poincaré/Sainte-Périne	7,014	*2,033*
San Salvadour	0,452	*0,205*
Hendaye	0,369	*0,170*
Paul Doumer	0,104	*0,080*
HAD	0,170	*0,170*

Total groupes hospitaliers et hôpitaux	**98,589**	***35,292***
Total hors hôpitaux (AGEPS, SMS-SCB-SCA…)	**1,750**	***1,750***
Subventions et virements	Inclus dans dotations GH	*1,678*
Total général	**100,339**	***38,725***

8.3.2 - Les principales opérations mobilières financées en 2013 (AE nouvelles)

➢ Des dotations accompagnant la mise en service de grands bâtiments et des opérations structurantes pour 8,9 millions d'euros dont :

- Avicenne : complément de financement pour solde de Larrey phase 1 et laboratoire L3, 0,8 millions d'euros ;
- Pitié-Salpêtrière : équipement bail emphytéotique hospitalier, 1 millions d'euros ;
- Saint-Antoine : bloc opératoire commun, 1,6 millions d'euros ;
- Bicêtre : restructuration biologie, phase 1, 0,45 millions d'euros ;
- Ambroise Paré : plan obésité, 0,35 millions d'euros ;
- Necker : IMAGINE, 0,85 millions d'euros ;
- Robert Debré : réanimation pédiatrique et hôpital de jour chirurgie, 0,65 millions d'euros ;

A noter que les dotations en autorisations d'engagement nouvelles de Necker et du GH HUEP représentaient respectivement 24,6 % et 18,9 % (bâtiments Laennec et BUCA) du plan d'investissement mobilier 2012.

➢ Des opérations transversales comprenant :

- la 2ème et dernière tranche de mise à niveau de scanographes pour un montant de 1,1 millions d'euros (11 équipements), soit au total 2,4 millions d'euros sur 2 ans pour 25 équipements ;
- l'acquisition d'armoires sécurisées pour un montant de 0,5 millions d'euros (5 hôpitaux) ;
- le regroupement des stérilisations : Bicêtre, 0,45 millions d'euros ;

➢ Des remplacements d'équipements lourds pour un montant de 36,7 millions d'euros en autorisations d'engagement nouvelles dont:

- remplacement de 9 IRM : 2 à la Pitié-Salpêtrière (radiologie et neuroradiologie), Saint-Louis, Lariboisière (neuroradiologie), Saint-Antoine, Cochin, HEGP, Raymond Poincaré et Robert Debré, soit montant de 12 millions d'euros pour l'achat de 7 IRM et la location de 2 IRM ;
- remplacement de 4 scanographes : Ambroise Paré, Raymond Poincaré, Armand Trousseau et Cochin (SAU, bâtiment Ollier), 3,4 millions d'euros ;
- remplacement d'une gamma-caméra à HEGP, 0,6 millions d'euros ;
- remplacement de 4 salles de radiologie interventionnelles : Saint-Antoine, Bicêtre, Lariboisière (neuroradiologie) et Henri Mondor (cardiologie) ;
- remplacement des 3 robots chirurgicaux (Henri Mondor, Pitié-Salpêtrière, puis HEGP, 7 millions d'euros.

A noter que seuls trois équipements lourds d'imagerie avaient pu être financés en 2012 (2 scanners et 1 IRM, partiellement financé au titre de la recherche).

➢ Des dotations de remplacements pour les GH et hôpitaux s'élevant à 38,7 millions d'euros.

Par ailleurs, une dotation complémentaire de 10,3 millions d'euros a été allouée aux GH en cours d'année (juillet 2013) pour être entièrement consacrée à des remplacements d'équipements (vétusté, arrêt programmé de la maintenance…) dont :

- endoscopie digestive et bronchique : 3,25 millions d'euros ;
- respirateurs d'anesthésie et réanimation : 2,3 millions d'euros ;
- équipements de perfusion, 1,3 millions d'euros ;
- échographie : 2,2 millions d'euros ;
- accréditation biologie : 1,4 millions d'euros.

8.3.3 - Le parc des équipements biomédicaux des hôpitaux MCO

Le taux de vétusté comptable (source SAP-FI) est de 74,7% pour le parc AP-HP à fin 2013, inchangé par rapport à 2012.

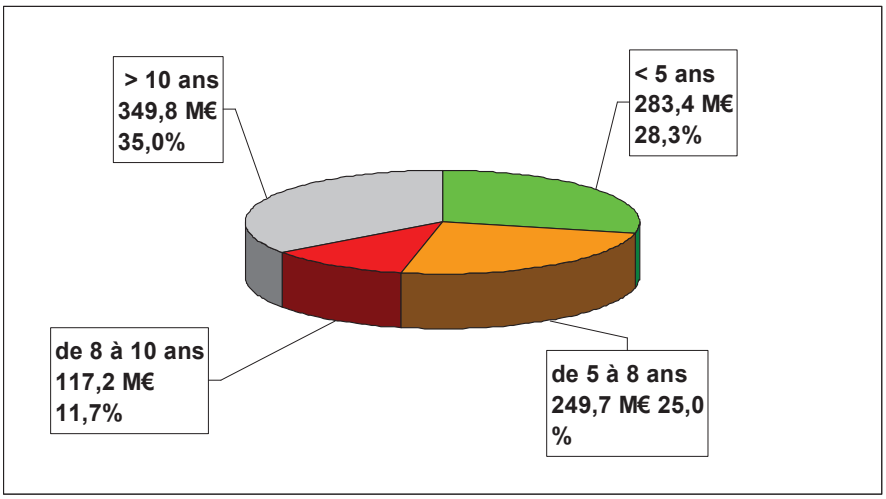
Catégories équipements	Valeur de parc	Part du parc	Taux de vétusté
Total fin 2013	**1 595,686**	**100,0%**	**74,7%**
Médical	**1 199,049**	**75,1%**	**74,0%**
IRM	62,182	3,9%	71,5%
Scanners	43,426	2,7%	61,9%
Médecine nucléaire	32,245	2,0%	83,4%
Echographie	74,126	4,6%	79,3%
Autres imagerie	148,423	9,3%	69,4%
Sous-total imagerie	***360,402***	***22,6%***	***72,1%***
Radiothérapie	45,787	2,9%	70,5%
Laboratoires	224,950	14,1%	76,8%
Explorations fonctionnelles et monitorage	163,529	10,2%	84,1%
Matériel anesthésie-réanimation	144,363	9,0%	68,1%
Blocs et techniques opératoires	132,323	8,3%	72,7%
Endoscopie et chirurgie endoscopique	48,385	3,0%	68,2%
PUI - stérilisation	58,954	3,7%	69,0%
Autres médicaux	20,356	1,3%	83,8%
Non Médical	**396,637**	**24,9%**	**76,9%**
Matériels et mobiliers d'hébergement	138,726	8,7%	73,1%
Matériel de bureau	76,042	4,8%	96,9%
Matériel de cuisine	42,261	2,6%	74,7%
Matériel de blanchisserie	21,658	1,4%	59,5%
Autres	117,950	7,4%	72,4%

Il faut cependant noter que le mode de calcul du taux de vétusté (montant des amortissements/valeur d'achat) minore l'impact des équipements déjà totalement amortis. Cela peut masquer des situations différentes en termes de vétusté réelle de l'état du parc d'un hôpital à l'autre.

Pour l'ensemble du parc des équipements biomédicaux inventoriés (sources module « métier » maintenance biomédicale SAP-PM de SAP), ont été calculés, pour chaque hôpital MCO et pour l'AP-HP:

- les valeurs de parc d'équipements biomédicaux à partir des inventaires ;
- la répartition de ce parc par tranche d'âge en valeur d'acquisition (€) et en part (%).

Pour l'ensemble des GH et hôpitaux, les résultats sont les suivants :



Au total, en 2013, ces données ont peu évolué depuis fin 2012 : pour les hôpitaux MCO de l'AP-HP, de l'ordre de 350 millions et 35% du parc d'équipements sont dans la tranche d'âge « supérieur à 10 ans ».

9 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES PATRIMONIALES, LOGISTIQUES ET LE MANAGEMENT DURABLE

L'optimisation des ressources patrimoniales et logistiques ainsi que le management durable, contribuent à la qualité des soins, des conditions de travail des personnels, et de l'environnement.

9.1 - La gestion du patrimoine

Les ressources patrimoniales sont composées de biens fonciers (terrains, terres agricoles, forêts) et immobiliers. On peut citer à cet égard les biens affectés à l'activité hospitalière, les logements à l'attention des personnels de l'AP-HP (logements de fonction, logements au titre d'un soutien socioprofessionnel), les biens divers issus de dons et legs, et enfin des biens loués au titre d'activités du secteur marchand (commerces) et non marchand (associations, organismes publics extérieurs).

L'année 2013 a été marquée par une dynamisation forte de la gestion du patrimoine de l'AP-HP avec un objectif de valorisation et de mobilisation des actifs pour permettre de dégager des ressources d'investissement pour la modernisation des hôpitaux. Cette stratégie de valorisation comporte plusieurs axes :

- l'inventaire exhaustif et précis du patrimoine : l'année 2013 a vu la continuation de l'opération de relevés de tous les immeubles appartenant au domaine privé de l'AP-HP, et notamment les immeubles de logements ;

- la réduction des surfaces utilisées : l'AP-HP a résilié la plupart des baux de location de surfaces extérieures en relocalisant les activités au sein du patrimoine de l'AP-HP. Des projets sont en cours pour relocaliser les activités occupant encore des surfaces louées. En parallèle, est mené par les groupes hospitaliers et le siège un travail d'optimisation et de réduction des surfaces utilisées avec des objectifs de valorisation : cessions, locations… ;

- la valorisation de l'occupation des surfaces de l'AP-HP : elle passe par une juste estimation des surfaces mises à disposition de tiers dans le cadre des conventions d'occupation du domaine public et une redevance systématique pour ces occupations ;

- la cession des actifs non rentables et ne contribuant pas aux missions de l'institution : l'AP-HP a accéléré la cession de lots isolés, de biens atypiques non rentables et de terres agricoles sans aucune perspective constructible. En parallèle, l'AP-HP a accéléré ses échanges avec les collectivités locales pour la cession de parcelles foncières : signature de la vente de l'Ilôt des Mariniers à Broussais, préparation de l'acte pour la première vente dans la ZAC Paris Rive Gauche dans le 13ème arrondissement, ZAC d'Issy Les Moulineaux… Ainsi, une quarantaine de dossiers de cessions ont été présentés au conseil de surveillance pour avis en 2013. Parallèlement, le nombre d'actes de cessions signés est resté sur un niveau élevé de 24 actes authentiques de vente en 2013, pour un montant total de 53 millions d'euros.

9.2 - Les ressources logistiques

Le domaine logistique couvre l'ensemble des activités suivantes : restauration ; approvisionnements ; linge ; transports ; flux (courrier, échantillons de biologie, …) ; bio-nettoyage ; déchets. En 2013, la contribution du département de la politique logistique s'est faite, dans ces domaines, au niveau institutionnel et au niveau des groupes hospitalier.

9.2.1 - Au niveau institutionnel par domaines

➢ Domaine restauration

La nouvelle cuisine relais de l'hôpital Necker a été mise en service et approvisionnée à partir de l'unité centrale de production de Cochin, pour la partie plat principal.

Le suivi du dossier technique et économique pour la restructuration totale de la cuisine de Bichat a conduit à la validation du projet et des investissements nécessaires à sa réalisation. Cette unité de production servira également les sites de Beaujon et de Bretonneau. La livraison de l'outil restructuré est programmée pour fin 2016.

Sur les Hôpitaux Universitaires Est Parisien (HUEP), les travaux d'harmonisation de l'offre alimentaire ont été poursuivis (déclinaisons des menus et des fiches techniques), dans l'objectif de rationaliser les productions et d'offrir une qualité constante des préparations culinaires élaborées pour les patients de trois hôpitaux du GH (Saint Antoine, Tenon, Trousseau). Le paramétrage des bases informatiques communes au domaine restauration sera réalisé fin 2014.

La participation aux travaux du CLAN Central de l'AP-HP s'est poursuivie, une action spécifique d'adaptation de l'offre alimentaire au profit des patients HDJ (hôpital de jour) et HDS (hôpital de semaine) des secteurs d'oncologie sera conduite en 2014-2015, sur HUEP. L'objectif final sera de concevoir un modèle d'offre de restauration adaptable, pour ce secteur spécifique, à l'ensemble des sites de l'AP-HP.

➢ Domaine approvisionnements

Sont en cours l'étude et le dimensionnement d'une structure commune pharmaceutique pouvant accueillir :

- la pharmacie HAD (hospitalisation à domicile) dans le cadre de son futur transfert de Charenton vers l'hôpital Charles-Foix ;

- la pharmacie de l'hôpital Charles-Foix.

➢ Domaine transports

Sont en cours la finalisation et la mise en place d'une organisation commune de transports intra et hors GH pour les échantillons de biologie et le courrier du groupe hospitalier HUEP. Les objectifs sont :

- la diminution significative du recours aux transporteurs privés ;

- l'accélération du traitement des échantillons de biologie ;

- la mise en conformité COFRAC (comité français d'accréditation) des échanges d'échantillons intra GH.

➢ Domaine bio nettoyage

Pour l'appui à l'organisation des groupes hospitaliers et des hôpitaux, ont été réalisés en 2013 :

- des audits sur l'organisation et la performance du nettoyage dans trois hôpitaux ;

- des contrôles de méthodes et proposition d'actions correctives à Necker.

➢ Domaine déchets

Pour l'appui à l'organisation des groupes hospitaliers et des hôpitaux, les actions suivantes ont été conduites :

- audits sur le tri des déchets (DASRI/DAOM) à la source (dans les services de soins) dans plusieurs sites, ayant conduit à une révision de la recommandation du CCLIN ;

- treize audits-conseil et des visites d'expertise de locaux déchets ont été réalisés pour accompagner les hôpitaux en vue de la certification HAS.

9.2.2 - Dans les groupes hospitaliers

La démarche transversale, engagée en 2012 dans plusieurs blocs opératoires (Avicenne, Jean Verdier, Tenon), s'est poursuivie et amplifiée. Elle consiste en un dispositif d'appui-conseil fondé sur quatre domaines d'intervention :

- l'inventaire complet des DMS (dispositifs médicaux stériles) et DMI (dispositifs médicaux implantables) présents physiquement dans le bloc ou service ;

- l'étude des facteurs qui influencent la constitution des stocks ;

- la définition des niveaux de stock ;

- les conditions de stockage des DMS.

La démarche menée sur les blocs opératoires d'Avicenne a permis de réaliser un gain de plus de 277 000 euros sur les valeurs immobilisées depuis le début de la démarche. Cela représente une réduction de 67 % de la valeur stockée sur les 166 références suivies, et une réduction de 49 % de la valeur totale des stocks de DM dans les blocs d'Avicenne.

L'opération s'est étendue sur d'autres services courant 2013 :

- endoscopie digestive et réanimation à l'hôpital Avicenne ;

- bloc opératoire de la maternité de l'hôpital Tenon ;

- bloc opératoire de chirurgie générale, viscérale et endocrinienne de l'hôpital Pitié-Salpêtrière.

9.3 - Le management durable

9.3.1 - Poursuite de la mise en œuvre du plan d'action management durable

L'année 2013 a vu se poursuivre la mise en œuvre du plan d'action « Management durable » actualisé en 2010. On peut signaler, à ce titre, le travail engagé sur les mesures d'impacts organisationnels et économiques induites par la publication du décret 2011-828 du 11 juillet 2011 qui rend obligatoire, à compter du 1er janvier 2012, le tri et la collecte séparée des bio-déchets. Il s'agit d'évaluer les volumes, de proposer des modalités de tri, de définir les déterminants du marché de collecte.

Par ailleurs, les groupes hospitaliers engagés dans la certification V2010 ont bénéficié de cotation favorable au titre du développement durable.

Plusieurs établissements ont également organisé des séries d'évènements dans le cadre de la semaine du développement durable.

Enfin, les travaux engagés au titre de la maitrise des énergies se sont poursuivis.

9.3.2 - L'ouverture du site de covoiturage

Conformément aux engagements du plan stratégique, la DRH de l'AP-HP a piloté la mise en œuvre d'un logiciel de covoiturage à l'attention de ses personnels. Après une période de tests auprès de sites pilotes l'hôpital Marin d'Hendaye et Raymond Poincaré, l'AP-HP a déployé le dispositif sur l'ensemble des sites à compter du 21 mars 2013.

Un plan de communication a accompagne le lancement de « Covoiturage AP-HP » par l'envoi d'un flash info aux 47 000 adresses mails de l'AP-HP et par la transmission d'un kit de

communication composé d'affiches et du guide de covoiturage ; ces supports ont été diffusés par les services de communication sur les intranet locaux.

Du 1er janvier au 31 décembre 2013, 1 1162 agents ont fréquenté le site, 38 annonces ont été déposées et 73 abonnés sont actifs.

10 - LES SYSTEMES D'INFORMATION

La direction des systèmes d'information (DSI), assure la gouvernance et la cohérence des systèmes d'information de l'AP-HP ; elle est composée de six pôles :

- l'agence technique informatique (ATI) ;
- le centre de compétences et de services (CCS) Gestion ;
- le centre de compétences et de services (CCS) travail collaboratif et communication ;
- la mission gouvernance ;
- la mission ressources ;
- la mission sécurité.

Des attributions propres sont conservées par le centre de compétences du SI Patient de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités, et par le département pilotage en matière de SI de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP).

10.1 - Le système d'information patient (SIP)

Le Système d'information patient (SI-Patient) a pour objectif de mettre en place un outil informatique intégré à la pratique quotidienne de l'ensemble des personnels participant au soin du patient et permettant une aide à l'action médicale. Il doit ainsi permettre d'accroître la qualité et l'efficience de la prise en charge du patient tout en sécurisant les soins pour les patients et les professionnels.

La mise en œuvre du SI Patient repose sur un maître mot : le partage d'une information sécurisée et fiable et son échange avec l'extérieur. La mise en place d'un tel système d'information partagé conduit à :

- un partage des bonnes pratiques nécessitant une évolution des organisations ;
- L'élaboration d'un dictionnaire commun aux hôpitaux de l'AP-HP associant chaque fois que possible un code issu de la nomenclature internationale LOINC pour la biologie, SNOMED pour la clinique ou NANDA pour les soins infirmiers ;
- la mise en place d'échanges entre les applications basées sur des normes en privilégiant dans la mesure du possible les normes internationales HL7 (*Health Level Seven*) ;
- la mutualisation des ressources, des serveurs, des données, des compétences.

Le SI Patient est fondé sur trois composants majeurs de production :

- le système d'information clinique,
- le système de gestion des plateaux médico-techniques (laboratoires, anatomo-pathologie, médecine nucléaire, radiothérapie) ;
- le système de stockage et de diffusion de l'image (PACS) et un composant de traitement de l'information (pilotage, qualité, aide à l'enseignement et à la recherche).

Le SI Patient comporte des relations fonctionnelles avec les autres composants du SI de l'AP-HP, que ce soit pour alimenter les structures ou adresser les éléments de facturation vers le SI Gestion. De même, le SI Patient est ouvert vers l'extérieur et devra ainsi permettre le partage et

l'échange d'informations avec les outils institutionnels comme le dossier médical personnel (DMP) ou le dossier commun de cancérologie.

Le système d'information des laboratoires a permis de bâtir en partenariat avec l'industriel un référentiel commun basé sur la nomenclature internationale (LOINC) et un noyau commun intégrant les matériels, les procédures et les analyses. Il doit ainsi permettre de répondre aux objectifs du plan stratégique de la biologie ainsi qu'aux critères nécessaires à l'accréditation des laboratoires. Après une phase de validation sur deux sites pilote (Saint-Louis et Beaujon), la généralisation à l'ensemble des Groupes Hospitaliers est en cours avec, à ce jour, plus de 80 % des laboratoires équipés de ce nouveau système de gestion.

Le système de stockage et diffusion de l'image (PACS) déployé sur les services de radiologie lors du précédent plan stratégique se poursuit par le déploiement de l'outil au sein des services cliniques, le partage de l'image entre les hôpitaux de l'AP-HP mais également l'échange d'images avec l'extérieur.

Le Projet SI clinique (ORBIS) mené avec la société Agfa, fondé sur un système intégré, est composé de :

- un dossier administratif identité et mouvements ;
- un dossier patient permanent, unique, dans le respect des règles de confidentialité, permettant l'accès à l'image et le partage de l'information entre les acteurs de l'hôpital, des différents hôpitaux et avec l'extérieur ;
- une informatisation des prescriptions, du plan de soins et de la gestion des ressources prestataires ;
- un échange d'informations de et vers les sous-systèmes de gestion de laboratoires et de stockage des images ;
- une production de données médico-économiques nécessaires à l'établissement des recettes de l'institution.

La première étape (déploiement du module identité mouvement) a été réalisé sur le site pilote d'Ambroise Paré en septembre 2011.

La seconde étape – incluant le dossier patient, la demande et résultats d'examens, l'accès à l'image, le circuit de la radiologie – a été déployé à partir de juin 2011, la fin de ce déploiement intervenant en juin 2012. Cette première partie de la solution a ensuite été déployée sur les hôpitaux Bicêtre et Tenon, permettant ainsi d'assurer le transfert de compétences des équipes Agfa vers celles de l'AP-HP. La généralisation a été validée à la fin de 2013, conduisant au démarrage de l'hôpital Saint Antoine en décembre 2013. Parallèlement, la finalisation des modules du circuit du médicament, réanimation et gestion des rendez-vous a permis, au cours de 2013, de débuter le déploiement au sein de l'hôpital pilote Ambroise Paré.

En parallèle à ce projet, l'AP-HP a lancé en 2013 le projet « Orbis recherche » permettant, dans un premier, le traitement de l'information recueillie dans Orbis par chaque service clinique à partir d'un entrepôt de données basé sur le modèle internationale I2B2. Cet entrepôt sera enrichi, dans une seconde étape, de données issues de l'ensemble du Système d'information pour répondre aux objectifs de pilotage et de recherche clinique attendue de la communauté hospitalo-universitaire. Dans cette perspective, des travaux ont débuté en concertation avec les différentes directions et la CME pour répondre à la demande des cliniciens et biologistes de mise en place d'entrepôts de type « big data ».

L'importance d'une ouverture de l'AP-HP vers l'extérieur a conduit l'Institution à présenter à l'ARS, en collaboration avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS) d'Ile-de-France, un projet de plateforme d'échange et de service sur le territoire du Val-de-Marne dans le cadre de l'appel d'offre « Territoire de soins numérique ».

10.2 - Le Système d'Information GESTION (SIG)

Durant l'année 2013, les principaux travaux réalisés au centre de compétences et de services gestion par les différents domaines, ont porté sur les domaines suivants : EIFEL (économie, investissement, finances et logistique) logistique ; EIFEL finance ; SIRH (système d'information des ressources humaines) ; *Business Intelligence* (BI).

10.2.1 - Le domaine EIFEL logistique

2013 a vu le déploiement d'une nouvelle version d'Orbis Restauration, permettant notamment d'améliorer les processus de fabrication, d'intégrer un nouveau référentiel nutritionnel et de permettre de nouveaux calculs diététiques. Après l'installation dans cinq sites pilote, le déploiement a été effectué en fin d'année 2013.

Plusieurs travaux avec le service facturier ont été engagés, tels que l'amélioration du contrôle des marchés et du référentiel tiers créanciers, et un appui technique au recensement économique des marchés.

10.2.2 - Le domaine EIFEL finances

Les principaux travaux de l'année 2013 ont porté sur le passage à la norme européenne SEPA pour les virements bancaires, le démarrage de la maintenance de SMS dans SAP, l'encaissement des admissions en non valeur (ANV) par l'ordonnateur, et le démarrage du service facturier.

10.2.3 - Le domaine SIRH (système d'information des ressources humaines)

S'agissant de la gestion administrative, les opérations de 2013 ont porté sur la poursuite de la mise en place de contrôles et d'automatisations pour la saisie d'informations de gestion administrative.

La paie a fait l'objet d'évolutions pour permettre la suppression de la journée de carence au 1er janvier 2014. Les travaux sur la DUCS (déclaration unifiée de cotisations sociales) ont débuté ainsi que la prise en compte de la norme N4DS dans l'établissement de la déclaration annuelle des données sociales sur les données 2012.

La refonte du CET des personnels non médicaux a été réalisée en 2013.

Le déploiement de SAP CAMPUS sur l'IFMEM (Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale) et sur l'IFADE (Institut de formation des anesthésistes diplômés d'Etat) s'est poursuivi en 2013, et les travaux préparatoires à l'attestation DIF (droit individuel à la formation) ont été menés.

10.2.4 - Le domaine Business Intelligence (BI)

Une douzaine d'indicateurs « Dépenses/recettes », prioritaires pour la DEFIP et la DSFP, ont été créés en 2013. Un outil BI-CAE (comptabilité analytique d'exploitation) a été mis en place pour la campagne DEFIP/GH CAE-2012, et le déploiement de l'outil de suivi de la consommations des médicaments et DMI a été effectué.

Pour mieux répondre aux besoins des services (siège et sites), une soixantaine d'états spécifiques ont été réalisés.

La refonte des 31 états prioritaires du bilan social (personnel médical) a été menée, et le suivi de l'activité formation a été mis à disposition, ainsi que le bilan des actions de formation pour l'année 2012.

10.3 - Le système d'information Pilotage de l'AP-HP

10.3.1 - L'application OPALE

L'objectif d'OPALE (outil de pilotage de l'Assistance Publique, des établissements et des pôles) est de répondre aux besoins de pilotage stratégique et analytique par la mise à disposition d'un entrepôt de données partagées entre le siège et les groupes hospitaliers. Il fournit aux utilisateurs des tableaux de bord, des rapports et un outillage convivial pour les requêtes des données.

Les nouveaux périmètres traités par OPALE en 2013 ont été :

- le tableau de bord « Thèmes prioritaires », avec la mise en place d'une interface de saisie des résultats par les directions fonctionnelles ;
- le tableau de bord « Consultations » au niveau du service, avec l'exploitation des données de rendez-vous de l'application « Agenda » ;
- les restitutions des réponses aux questionnaires « I-Satis » et « Dossiers de soin » ;
- les restitutions sur les évaluations de pratiques professionnelles ;
- l'adaptation aux formats de transmission des données en fonction des applications réglementaires.

10.3.2 - Le référentiel SIRIUS

L'application SIRIUS (système informatisé du référentiel unique des structures) est le référentiel des structures de l'AP-HP. Depuis son démarrage en janvier 2009, SIRIUS gère les créations, modifications et fermeture des différents niveaux de structure appartenant aux axes de gestion et de responsabilité médicale.

Au cours de l'année 2013, l'interface avec Orbis a été mise en production.

10.4 - Le système d'information Travail collaboratif et communication (CCS-TCC)

Le centre de compétences et de services travail collaboratif et communication (CCS-TCC) est chargé de conduire les projets de système d'information de son domaine de compétences, en lien avec ses maîtrises d'ouvrage, et d'en assurer la maintenance.

10.4.1 - Le portail Internet

L'actuel Intranet de l'AP-HP existe depuis 2012. Ce portail intranet a accueilli 91 sites d'hôpitaux et sites thématiques, auxquels contribuent 2 349 rédacteurs dans les établissements, formés par le CCS-TCC. L'intranet totalise plus de 21 millions de visites environ par an. Plus de 400 espaces collaboratifs actifs de groupes de travail ont réuni quelques 2 000 utilisateurs répertoriés.

Un moteur de recherche transversal a été acquis en 2013 en vue d'une future fédération des informations sur les différents sites des établissements.

L'intranet actuel est en cours de redéfinition sous l'égide de la direction de la communication.

10.4.2 - Le portail Internet

Le CCS-TCC a poursuivi le déploiement de l'internet au sein des GH, hôpitaux ou services. Plus de 150 sites ont été ainsi crées et animés par 600 rédacteurs.

En 2013, 4 portails ont été publiés (HU-Paris Est, Pitié Salpêtrière, Ageps, HU-Paris-Seine-Saint Denis), totalisant 50 sites mis en réseau AP-HP.

Le nouveau portail www.aphp.fr (hors sites et réseaux des GH) a fourni mensuellement plus de 5 millions d'accès (pages) aux usagers avec une moyenne de 5 pages par visite. La fréquentation des sites est en nette progression depuis 2012. L'offre de soins est de loin le service le plus utilisé par les usagers, afin de connaître les consultations externes des hôpitaux.

Une mutualisation des moyens a été mise en place depuis 2012 pour favoriser l'utilisation d'outils communs et mieux sécurisés.

10.4.3 - L'Annuaire électronique institutionnel et la base de données institutionnelle sur l'offre de soins

Le CCS-TCC est également responsable de la gestion de l'annuaire électronique d'entreprise RIGAP (Répertoire Institutionnel Général de l'AP-HP) permettant de fournir les « Pages blanches » et d'alimenter les applications informatiques qui souhaitent disposer des mouvements des utilisateurs du système d'information pour établir leurs habilitations.

Des travaux ont été menés afin d'enrichir et de fiabiliser l'interface avec la base de données des ressources humaines HR-ACCESS.

Une version de l'application « Pages Blanches », se fondant sur l'annuaire RIGAP, plus ergonomique et accessible aux déficients visuels, a été développée et mise à la disposition des agents.

Par ailleurs, une nouvelle version de la base de données institutionnelle BASINS, recensant les 10 000 consultations externes de l'AP-HP, a été mise en œuvre en 2013. L'apport important de cette dernière version est d'être interfacée avec les référentiels RIGAP (identités des praticiens) et SIRIUS (structures).

Des études ont été menées avec l'équipe projet du Répertoire opérationnel d'Ile-de-France, qui relève de l'ARS, afin de converger vers la mutualisation et l'optimisation des saisies de données et des contrôles qualité des deux bases de données (AP-HP et ROR-IF).

10.4.4 - Les applications web métiers (qualité et informations réglementaires)

C'est en 2013 que les premiers travaux des applications « Responsabilité Médicale » (ReMed) et « Textes juridiques » pour la DAJ ont débuté.

Les études pour la création d'un site mobile Handicap afin d'améliorer la prise en charges des patient dans l'incapacité de s'exprimer oralement, en complément du kit de communication de la mission Handicap de la DOMU, ont été lancées, ainsi qu'une étude comparative de diverses solutions d'e-learning par des outils dits « Serious Game ».

10.5 - La sécurité du système d'information

10.5.1 - La politique de sécurité du système d'information

La sécurité du Système d'Information (SSI) s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue, inspirée de la norme internationale de gestion de la sécurité de l'information : ISO / IEC 27001. L'objectif d'une telle démarche est d'apporter des résultats concrets, mesurables et proportionnés aux risques.

10.5.2 - Le plan d'actions Sécurité du système d'information

Les documents sécurité du SI font l'objet d'une gestion documentaire. Elle est destinée à garantir leur maitrise, leur diffusion et leur protection. Les documents publics sont publiés sur le site intranet dédié à la SSI à l'adresse :

http://ssi.aphp.fr/

Un registre des outils de sécurité éprouvé a été constitué. Il vise à uniformiser les pratiques et à garantir l'intégrité et la protection du système d'information de l'AP-HP.

Dans la mesure du possible, les outils retenus ont fait l'objet d'une qualification de sécurité conformément au référentiel général de sécurité (RGS).

Le déploiement d'un nouvel antivirus a débuté en 2013 afin d'améliorer le niveau de protection du parc informatique de l'AP-HP.

La sécurité du nouveau système d'information clinique ORBIS a fait l'objet d'une inspection par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) dans le cadre de l'audit triennal du ministère de la santé.

La sécurité de l'application innovante INFODOM de l'HAD a également été auditée.

Dans le cadre de l'exploitation des applications, la sécurité est un souci majeur. A ce titre, en 2013, l'agence technique informatique (ATI) a mis en place un outil de détection des vulnérabilités et une solution d'authentification pour mieux identifier les intervenants accédant au système d'information de l'AP-HP depuis l'extérieur. Différents tests (plan de reprise d'activité et intrusion) ont également été réalisés tout au long de l'année.

10.5.3 - La gestion des identités et des accès

La direction de l'inspection et de l'audit (DIA) a mené à la demande de la DSI un audit ayant pour objet « La gestion des habilitations aux systèmes d'information ».

Les conclusions de l'audit de la DIA et les résultats des travaux de l'avant-projet de gestion des identités et des accès (IAM) vont permettre de lancer les premières actions en vue d'améliorer la gestion des identités et des accès.

11 - LA POLITIQUE ECONOMIQUE ET FINANCIERE

11.1 - Les résultats de l'exercice 2013

Après un exercice 2012 clos, pour le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), à un niveau de résultat de -70,3 millions d'euros, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2013 affichait une prévision de déficit de -69,9 millions d'euros pour une réalisation à hauteur de - 61 millions d'euros. L'AP-HP respecte donc ses engagements en améliorant son résultat comptable, et ce de façon constante depuis 2010.

Cette situation budgétaire de l'AP-HP rend compte d'une amélioration progressive de la situation budgétaire, déjà engagée depuis plusieurs années, dans le cadre du plan stratégique 2010-2014.

L'année 2013 constitue une nouvelle étape dans la stratégie de l'AP-HP de retour à l'équilibre. Après une année 2011 marquée par de nombreuses restructurations, une année 2012 en recherche de reconquête de parts de marché et de soutien à la croissance de l'activité, l'année 2013 a été une année fortement tournée vers une meilleure valorisation de l'activité réalisée (codage, facturation).

De manière générale, l'exercice 2013 a été caractérisé, plus encore que les autres années, par un resserrement de la contrainte en termes de finances publiques. Pour l'AP-HP, cela s'est traduit à plusieurs niveaux : des évolutions tarifaires particulièrement défavorables, des baisses de financement MIGAC (missions d'intérêt générale et aides à la contractualisation) et FIR (fonds d'intervention régional), la poursuite de la réforme du financement de l'AME (aide médicale d'Etat).

L'amélioration du résultat 2013 tient à une dynamisation importante des recettes d'activité (hospitalisations et activité externe) dans un contexte de progression limitée de l'activité (0,4% en hospitalisation complète et 2,3% en hospitalisation partielle, mais un impact en produits de 2,2 %).

Elle tient également en partie à des éléments de nature exceptionnelle. Un effort particulier d'amélioration du codage a été mené, se traduisant par des rattrapages de valorisation de séjours par l'assurance-maladie (« Lamda ») très importants (81 millions d'euros, dont 70 millions d'euros non rattachés aux exercices précédents).

Evolution du compte de résultat principal,entre 2012 et 2013 (en M€)

Charges	2012	2013	Produits	2012	2013
Charges de personnel	4 052	4 138	Produits assurance-maladie	5 106	5 127
Charges à caractère médical	1 337	1 373	Autres produits de l'activité hospitalière	657	666
Charges à caractère hôtelier	617	655	Autres produits	970	964
Amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles	797	652			
Total des charges	**6 803**	**6 818**	**Total des produits**	**6 733**	**6 757**
			Résultat	**- 70**	**- 61**

La masse salariale a sensiblement progressé en 2013 (+ 86 millions d'euros sur le budget principal, soit +2,1 %). Cette progression résulte de plusieurs effets :0

- un effet prix, avec notamment l'augmentation des cotisations CNRACL ;

- un effet « monétisation des comptes épargne temps », intervenue pour la première fois en 2013 ;

- un effet volume, avec des recrutements, tant pour le personnel non médical (+ 433 ETPR par rapport à 2012, en particulier pour les IDE) que médical (+83 ETPR seniors par rapport à 2012).

Il faut noter qu'avec une croissance inférieure à 3 %, les charges à caractère médical ont été bien maitrisées. Les charges hôtelières et générales ont progressé de 6 %, (mais avec effet lié aux admissions en non-valeur).

L'année 2013 traduit la reprise de l'investissement courant porté à 303millions d'euros sur l'année.

11.2 - Achats et performances économiques

En 2013 un important travail a été conduit sur la performance économique des achats, notamment dans le cadre des travaux nationaux du programme PHARE

11.2.1 En matière de produits de santé (AGEPS)

Dans un contexte où les économies sur les achats constituent une problématique d'une actualité éminente, il convient de rappeler qu'au vu de son « effet taille », l'AP-HP a très tôt tiré parti des possibilités d'optimisation des marchés offertes par la massification et la professionnalisation de l'achat. Pour cette raison, a été constituée une structure centrale des achats dédiée aux produits de santé à l'AGEPS. Cette organisation a pour effet de réunir au sein d'un même établissement des acheteurs, des experts et couvre ainsi l'ensemble du champ allant de la définition du besoin, en passant par l'évaluation scientifique jusqu'à la distribution puisqu'est adossée à l'AGEPS une plateforme de distribution qui assure l'approvisionnement de l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP. Cette organisation a largement contribué à la réalisation de résultats économiques très favorables pour l'AP-HP, en matière de produits de santé ou d'équipements.

En 2013, 708 marchés ont été notifiés pour un montant total estimé à 1,2 Md€. Le résultat de ces marchés fait apparaître une performance globale (moindre coût) de l'ordre de -2,7%.

Les résultats consolidés de l'AGEPS, calculés selon la méthodologie du programme PHARE, sont présentés dans le tableau ci-dessous. Ils prennent en compte la totalité des résultats des marchés notifiés ayant eu un impact budgétaire en 2013 et intègrent aussi bien les baisses que les hausses. Le calcul des gains s'effectue à partir des quantités prévisionnelles des futurs marchés. La quasi-totalité des gains proviennent des consultations d'appel d'offres.

Résultats de la totalité des marchés centraux de produits de santé de l'AGEPS	**Economie potentielle TTC (valorisation annuelle en €)**			
	2011	**2012**	**2013**	**TOTAL**
Médicaments	-21 719 582	-10 093 391	-7 761 890	-39 574 863
DM	-3 950 039	-4 433 151	-3 417 737	-11 800 927
Réactifs et consommables de laboratoire	- 199 650	-994 047	-317 927	-1 511 624
Equipements	-2 145 164	-2 291 698	-1 548 342	-5 985 204
TOTAL	**-28 014 435**	**-17 812 287**	**-13 045 896**	**-58 872 618**

11.2.2 En matière d'achats hôteliers, logistiques, travaux et informatiques (ACHAT)

En 2013, ACHAT a notifié 220 marchés de plus de 4 000 euros HT, pour un montant total de plus de 366 millions d'euros HT. La performance économique au sens du programme PHARE s'est élevée à 10,8 millions d'euros rapportée à la seule année 2013. L'appel d'offres ouvert reste

la procédure la plus utilisée (149, pour un montant moyen de 2,1 millions d'euros HT), le recours au MAPA est désormais courant (48 pour un montant de 4,9 millions), et la part des marchés négociés reste stable (23, pour 43,1 millions).

106 marchés de services ont été notifiés pour un montant de 177,3 millions d'euros HT. Les marchés de fournitures notifiés en 2013 sont au nombre de 104, pour un montant de près de 180 millions. Les marchés de travaux ne représentent encore que 4,5 % du nombre total de marchés notifiés par ACHAT.

ACHAT a notifié également 52 marchés subséquents au titre des prestations de conseil et de représentation juridique de l'AP-HP pour le compte de la direction des affaires juridiques.

La commission de transparence s'est réunie 61 fois, afin d'examiner 115 consultations.

30 projets de marchés ont été soumis à l'examen de la commission des contrats publics (CCP) et ont recueilli un avis favorable. Ceci a représenté la moitié de l'activité de la CCP en 2013.

11.2.3 La gestion de la dette

L'AP-HP a poursuivi depuis 2011 une stratégie de désendettement : le taux d'endettement s'est ainsi établi à 31,25 % fin 2013, après avoir connu un pic à 35,3 % à fin 2011.

L'encours de dette a ainsi diminué de 88 millions d'euros entre 2012 et 2013 pour s'établir à 2,24 milliards d'euros au 31 décembre 2013, avec une durée de vie résiduelle moyenne de 10,71 années, et une durée de vie moyenne sur le capital restant dû de 8,75 années.

Les frais financiers se sont élevés à 70,3 millions d'euros en 2013 (1,02 % des charges d'exploitation) en nette baisse par rapport à l'année précédente, grâce notamment à la baisse des taux d'emprunt et des marges bancaires mais aussi au volume de la dette en baisse.

11.2.4 La gestion de la trésorerie

Pour la gestion de sa trésorerie l'AP-HP disposait en 2013 de :

- quatre contrats de crédits long terme renouvelables (CLTR : crédit long terme classique avec l'ouverture de droits de tirage utilisés comme lignes de trésorerie) ;

- trois lignes de trésorerie pour un plafond de 150 millions d'euros du 15/03/2013 au 15/03/2014 ainsi que deux lignes de trésorerie pour un plafond de 70 millions d'euros du 10/12/2013 au 10/12/2014.

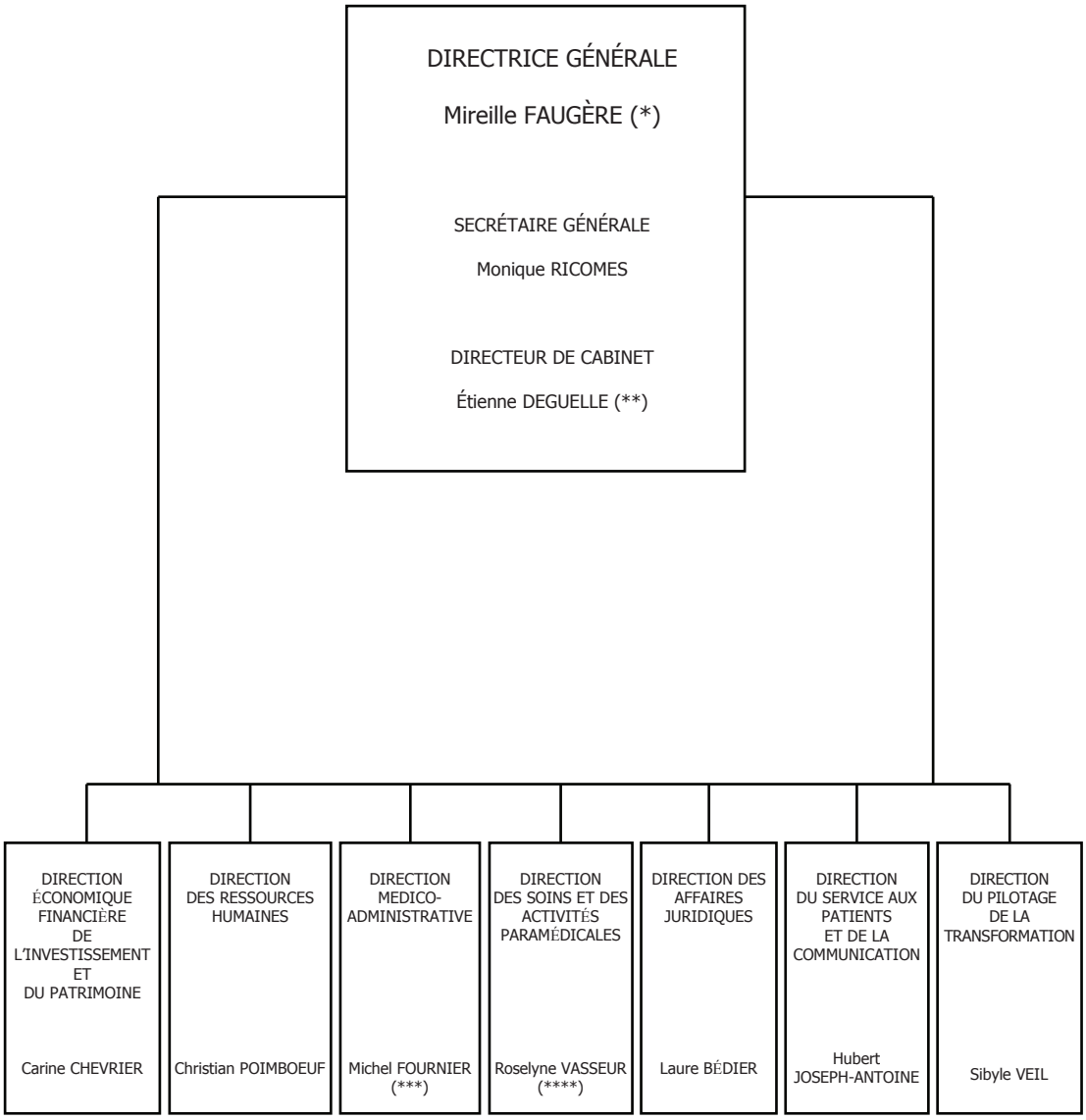
Les lignes de trésorerie ont été beaucoup moins utilisées en 2013 qu'en 2012 grâce à une utilisation maximale des CLTR au coût plus faible : l'utilisation moyenne des lignes est de 9 millions d'euros en 2013 contre 22 millions d'euros en 2010.

ANNEXE. Le comité de direction et le comité des groupes hospitaliers

1 – Comité de direction

En 2013, le comité de direction, qui s'est réuni chaque semaine, était composé ainsi :

COMITÉ DE DIRECTION



(*) Mireille Faugère a quitté l'AP-HP le 12 novembre 2013 ; Martin Hirsch a pris ses fonctions le 13 novembre.

(**) Etienne Deguelle a quitté ses fonctions le 14 octobre 2013 ; Gérard Cotellon a assuré l'intérim en tant que directeur de cabinet.

(***) Michel Fournier a quitté ses fonctions en juillet 2013 ; il a été remplacé par Jean-Michel Diébolt en septembre.

(****) Roselyne Vasseur a quitté ses fonctions le 31 août 2013 ; Françoise Zantman l'a remplacée à partir du 1er septembre.

Le comité des groupes hospitaliers, qui s'est réuni tous les quinze jours, est composé des membres du comité de direction et des directeurs de groupes hospitaliers.

2 - Les instances

Il convient de distinguer les instances de décision (conseil de surveillance et directoire) des instances consultatives (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement central, commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central).

2.1 - Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance de l'AP-HP est présidé par M. Jean-Marie LE GUEN.

➢ **La composition du conseil de surveillance de l'AP-HP au 1er janvier 2013 :**

1°) Cinq membres au titre des représentants des collectivités territoriales :

- deux représentants de Paris dont
  - un représentant du maire de Paris :
    - M. Jean-Louis MISSIKA,
  - un représentant du président du conseil général de Paris :
    - M. le Dr Jean-Marie LE GUEN,

- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice considéré (pour l'AP-HP : ville de Boulogne-Billancourt) :
  - M. Pierre-Christophe BAGUET,

- un représentant du conseil général du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice considéré (pour l'AP-HP : département des Hauts-de-Seine) :
  - M. François KOSCIUSKO-MORIZET,

- un représentant du conseil régional d'Ile-de-France :
  - M. Jean-Paul HUCHON.

2°) Cinq membres au titre des représentants du personnel :

- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :
  - Mme Françoise AUBERT,

- deux représentants désignés par la CME :
  - M. le Pr Christian RICHARD,
  - M. le Dr Alain FAYE,

- deux représentants des personnels désignés par les organisations syndicales les plus représentatives des personnels de l'AP-HP :
  - Mme Rose May ROUSSEAU (USAP-CGT),
  - Mme Isabelle BORNE (SUD-SANTE).

3°) Cinq membres au titre des personnalités qualifiées :

- deux personnalités qualifiées désignées par directeur général de l'agence régionale de santé :

- M. Noël RENAUDIN,
- Mme le Dr Marie-Laure ALBY.

- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 :

-personnalité qualifiée :

- M. Michel HANNOUN,

-représentants des usagers :

- M. Guy BERGER, président du comité de Paris de la Ligue contre le cancer,
- M. Thomas SANNIE, Vice-président de l'association Collectif inter associatif sur la santé (CISS) Ile-de-France.

➢ **Membres à titre consultatif qui assistent aux séances**

- M. Claude EVIN, directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France,
- M. Pierre ROUSSEAU, directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris,
- M. Emmanuel HIRSCH, directeur de l'espace éthique de l'AP-HP,
- M. le Pr Benoît SCHLEMMER, président de la conférence des doyens d'Ile-de-France, doyen de la faculté de médecine de Paris Ile-de-France Ouest,
- M. le Pr Loïc CAPRON, président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP,
- M. Aldo SALUARD, représentant des familles de personnes accueillies dans les unités de long séjour,
- M. François RAIN, contrôleur financier près l'AP-HP,
- M. Christian THALAMY, directeur de la Direction Spécialisée des Finances publiques pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (DSAP), pour les questions relatives à ses attributions et lorsque les sujets concernent l'EPRD.

➢ **Activité du conseil de surveillance en 2013**

En 2013, le conseil de surveillance de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris s'est réuni 5 fois : les 28 mars, 6 juin, 28 juin, 3 octobre et 12 décembre.

Les ordres du jour ont porté principalement sur les questions sur lesquelles le conseil de surveillance est amené à délibérer, à donner son avis et à communiquer :

1) Le conseil de surveillance a délibéré sur :

- les règles de facturation des concessions de logement par utilité de service en 2013 (séance du 28 mars 2013) ;
- le compte financier unique 2012 (séance du 6 juin 2013) ;
- le rapport d'activité 2012 de l'AP-HP (séance du 3 octobre 2013).

2) Le conseil a par ailleurs émis des avis au cours de l'année sur :

- les acquisitions et cessions immobilières (séances des 28 mars, du 6 juin, du 3 octobre et du 12 décembre 2013) ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (séance du 6 juin 2013) ;
- la signature du renouvellement du bail emphytéotique administratif relatif à l'ensemble immobilier sis 1-7 impasse Hoche à Ivry-sur-Seine (séance du 3 octobre 2013) ;
- la signature de l'avenant n°1 au bail emphytéotique hospitalier endocrinologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (séance du 3 octobre 2013).

3) Enfin le conseil de surveillance a reçu communication et information sur les points suivants :

- communication relative à l'EPRD 2013 et au plan global de financement pluriannuel de l'AP-HP (séance du 28 juin 2013) ;
- information relative à l'état infra-annuel sur la situation budgétaire (séance des 28 mars, 3 octobre et 12 décembre 2013) ;
- information sur les premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'EPRD 2014 de l'AP-HP (séance du 12 décembre 2013) ;
- information sur l'état de la dette de l'AP-HP (séance du 12 décembre 2013) ;
- information relative à la visibilité du rôle des CRUQPC et des représentants des usagers dans les groupes hospitaliers et sites de l'AP-HP (séance du 28 mars et 6 juin 2013) ;
- information relative au bilan à mi-parcours du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP (séance du 28 juin 2013) ;
- information relative au plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP (séance du 3 octobre et 12 décembre 2013) ;
- présentation de la situation de l'activité libérale et du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2011 (séance du 3 octobre 2013) ;
- information relative au rapport du groupe de travail sur la politique du logement (séance des 28 mars) ;
- présentation du rapport du groupe de travail sur la politique du logement (séance du 6 juin 2013) ;
- information relative au plan d'action de l'AP-HP sur la politique du logement (séance du 28 juin 2013) ;
- information relative au projet Hôtel-Dieu (séance du 28 mars, 28 juin et 12 décembre 2013) ;
- information relative aux réunions du comité d'audit (séance du 6 juin 2013 et 12 décembre 2013) ;
- information sur l'avenant au CPOM de l'AP-HP relatif aux missions, implantations et capacité des soins de longue durée à l'AP-HP (séance du 3 octobre 2013) ;
- communication relative au rapport d'observations de la Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France sur la gestion de l'AP-HP portant sur le bail emphytéotique hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (séance du 12 décembre 2013) ;
- information relative aux délégations de signature (séance du 12 décembre 2013) ;

- information relative à la nomination des membres du directoire (séance du 12 décembre 2013).

➢ **Groupes de travail du conseil de surveillance en 2013**

La commission des affaires domaniales et immobilières du conseil de surveillance s'est réunie 4 fois : les 21 mars, 23 mai, 19 septembre et 28 novembre 2013 pour la préparation des dossiers du conseil de surveillance relatifs aux acquisitions, cessions immobilières et baux emphytéotiques.

Le groupe de travail du conseil sur la politique du logement, mis en place par le conseil de surveillance en 2012, s'est réuni 7 fois en 2013 : les 10 janvier, 6 février, 28 février, 20 mars, 26 mars et 15 avril.

Les membres du conseil de surveillance se sont également réunis le 15 mars 2013 pour examiner les événements indésirables graves et le projet du nouvel Hôtel-Dieu ; et le 30 septembre pour examiner les soins de longue durée à l'AP-HP.

2.2 - Le directoire

➢ **Composition du directoire de l'AP-HP du 1er janvier 2013 au 13 novembre 2013**

- la directrice générale de l'AP-HP (présidente du directoire), Mme Mireille FAUGERE ;
- le président de la CME (vice-président chargé des affaires médicales), M. Loïc CAPRON ;
- la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Mme Roselyne VASSEUR.
- un membre nommé par la directrice générale sur proposition conjointe de l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités d'Ile-de-France (vice-président doyen), M. le Pr Benoît SCHLEMMER.
- un membre nommé par la directrice générale sur proposition conjointe du président de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, des présidents des universités d'Ile-de-France et du vice-président doyen (vice-président chargé de la recherche), M. le Pr Marc HUMBERT ;
- deux membres nommés par la directrice générale appartenant aux professions médicales sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen, M. Pr Noël GARABEDIAN et M. le Pr Bertrand GUIDET ;
- deux autres membres nommés par la directrice générale, Mme Carine CHEVRIER et M. le Pr Michel FOURNIER.

➢ **Modification de la composition du directoire en 2013**

- Madame Françoise ZANTMAN nommée, à compter du 28 août 2013, en remplacement de Mme VASSEUR ;
- Monsieur Jean-Michel DIEBOLT nommé, à compter du 5 septembre 2013, en remplacement de M. FOURNIER.

➢ **Composition du directoire à compter du 12 décembre 2013**

Le directoire a été renouvelé suite à la nomination du directeur général, M. Martin HIRSCH. Sa composition, à compter du 12 décembre 2013, est la suivante :

- le directeur général de l'AP-HP (président du directoire), M. Martin HIRSCH,
- le président de la CME (vice-président chargé des affaires médicales), M. Loïc CAPRON ;
- la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Mme Françoise ZANTMAN,
- un membre nommé par le directeur général sur proposition conjointe de l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités d'Ile-de-France (vice-président doyen), M. le Pr Benoît SCHLEMMER,
- un membre nommé par le directeur général sur proposition conjointe du président de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, des présidents des universités d'Ile-de-France et du vice-président doyen (vice-président chargé de la recherche), le Pr Marc HUMBERT ;
- deux membres nommés par le directeur général appartenant aux professions médicales sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen, Mme le Pr Ariane MALLAT et M. Pr Noël GARABEDIAN.
- deux autres membres nommés par le directeur général, Mme Carine CHEVRIER et Mme Christine WELTY.

➢ **Activité du directoire en 2013**

En 2013, le directoire de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est réuni 18 fois : 15 et 29 janvier ; 19 février ; 5 mars ; 2, 16 et 30 avril ; 21 mai ; 4 et 18 juin ; 2 et 30 juillet ; 3 et 17 septembre ; 1er et 22 octobre ; 5 novembre ; 17 décembre.

2.3 - Les instances consultatives

Les instances consultatives centrales sont la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement central (CTEC), le comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail central (CHSCT central) et la commission centrale du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSSIRMT).

2.3.1 - La commission médicale d'établissement

L'année 2013 a été marquée par la parution le 20 septembre 2013 d'un décret modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement.

➢ Ce décret élargit les sujets sur lesquels la CME est dorénavant consultée :

- les orientations stratégiques de l'AP-HP et son plan global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- le plan de redressement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- la participation de l'AP-HP à une communauté hospitalière de territoire (CHT) ou la fusion avec un autre établissement public de santé ;
- toute convention intervenant entre l'AP-HP et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- la politique en matière de coopération territoriale de l'AP-HP ;
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'AP-HP ;
- la politique de formation des étudiants et internes.

➢ Par ailleurs, les matières suivantes pour lesquelles la CME était jusque là informée est désormais consultée :

- l'organisation interne de l'AP-HP ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'AP-HP ;
- le compte financier et l'affectation des résultats.

Les autres prérogatives restent sans changement.

➢ Ce décret a également modifié la composition de la CME en élargissant le nombre de ses membres :

- une seconde sage-femme siègera à partir du mois d'avril 2014, à l'issue d'un processus électoral ;
- de plus, des représentants des étudiants hospitaliers, désignés par le Directeur général siègent pour la médecine, la pharmacie, l'odontologie et en maïeutique.

Enfin, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement, le professeur Daniel Vittecoq a été désigné référent antibiothérapie. Son rôle est d'assister la commission dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures et il organise le conseil thérapeutique et diagnostique.

Au cours de l'année 2013, la commission médicale d'établissement s'est réunie onze fois. Les réunions ont été consacrées, entre autres, aux sujets suivants :
- points financiers sur l'Etat des prévisions des recettes et des dépenses ;
- la certification des groupes hospitaliers ;
- organisation et projet de la CME pour la gestion de la qualité et sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS-CAPCU) ;
- la gestion des évènements indésirables ;
- les révisions des effectifs de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires ;
- le développement professionnel continu ;
- bilan à mi-parcours du plan stratégique 2010 – 2014 et point sur les projets prioritaires ;
- travaux de la commission centrale d'organisation de la permanence des soins ;
- démarche de sécurisation du médicament ;
- organisation d'activités médicales : psychiatrie, obstétrique, chirurgie orthopédique et urologique, les bactéries multirésistantes aux antibiotiques, neurochirurgie et neuroradiologie, cancérologie, réforme de la biologie et certification des laboratoires.

Lors de la séance du 11 juin 2013, le docteur Anne Gervais-Hasenknopf a été élue vice-présidente de l'instance, en remplacement du docteur Georges Sebbane.

Le professeur Jean-Claude Petit, appelé à faire valoir ses droits à la retraite, a été remplacé par le professeur Marie-Hélène Nicolas-Chanoine.

2.3.2 - Le comité technique d'établissement central

Le comité technique d'établissement central (CTEC) est une instance consultative visant à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.

Le CTEC de l'AP-HP est composé de 18 membres titulaires, de 18 membres suppléants et d'un représentant de la CME. Il est présidé par le Directeur Général, ou son représentant. Son secrétaire est M. Thierry GUIGUI.

Ses attributions ont été modifiées par le décret n°2013-842 du Code de la Santé Publique.

Durant l'année 2013, le CTE central s'est réuni douze fois : dix fois en séances ordinaires (sur quatorze séances programmées) ; deux fois en séances extraordinaires.

Les réunions techniques destinées aux membres du CTEC ont été les suivantes : 5 réunions en amont des sujets financiers présentés au CTEC ; 1 commission de formation ; 2 réunions sur le « bilan social 2012 » ; 1 réunion sur les Comptes épargne-temps ; 1 réunion sur l'Hôtel-Dieu.

Il y a eu 1 réunion technique commune destinée aux membres du CHSCT et du CTEC en amont des séances de décembre 2013 sur le document de travail « bilan social 2012 ».

Les principaux thèmes abordés en séances ont été les suivants :

- sujets financiers : information sur le suivi infra-annuel de situation budgétaire 2012 ; axes de la note de cadrage pour budget (EPRD 2012) ; compte financier unique (avis) ; état des prévisions révisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) 2013 ; plan global de financement pluriannuel 2013-2017 ; tableau p des emplois rémunérés (TPER) ; dette de l'AP-HP ;

- plan stratégique : les seize projets prioritaires du plan stratégique 2010/2014 : bilan 2012 et perspectives 2013 ; point d'étape du Plan Stratégique 2010-2012 de l'AP-HP et Méthode d'élaboration du prochain plan stratégique ;

- sujets concernant les ressources humaines : point d'information sur le développement professionnel continu ; bilan du plan de formation et point d'étape sur les orientations ; point sur les mutuelles ; information sur le projet Picpus ; information sur les crèches et les centres de loisirs ; projet délibération sur les règles de facturation des concessions de logements par utilité de service en 2013 et info sur les règles et grilles tarifaires pour les locations et occupations locaux d'habitation ; bilan du plan de fidélisation – attractivité des IDE ; information sur le bilan de remplacement des congés annuels pour été 2013 ; information sur le dispositif de résorption de l'emploi précaire ; reclassement d'agents chef 2ème catégorie et modalité d'attribution de l'indemnité forfaitaire technique aux TH et THS : mise en œuvre du décret 2013-2012 du 29/01/2013 ; bilan des prestations servies par l'Agospap en 2012 et orientations pour 2013 ; information sur les jours dus et les CET ;

- gériatrie : information sur la filière gériatrique ; information sur le secteur soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP ;

- modifications de pôles (avis) : hôpital universitaire Paris SUD (ABC/BCT/PBR) : pôle Femmes/Couples/ Embryons/Enfants (ABC) et pôle Femme/Mère/Enfants/ Adolescents (BCT) : Avis sur la création d'un nouveau pôle FAME (Femmes/Adolescents/Mères/Enfants) par regroupement des pôles de Bicêtre et A. Béclère ;

- Modifications de pôles :

☞ Necker : pôle Rein Œil Cœur - pôle Médico-chirurgical pédiatrique : transformation du service d'ophtalmologie initialement rattaché au pôle Rein Œil Cœur, en une UF d'ophtalmologie directement rattachée au pôle Médico-chirurgical pédiatrique

☞ Henri Mondor : pôle Fonction Imagerie et thérapeutique (FIT) - pôle Gériatrique de l'Essonne (JFR-GCL) : transfert de l'activité de radiologie du pôle FIT vers le pôle gériatrique de l'Essonne ; pôle Médecine interne gériatrie génétique urgences et spécialités (MINGGUS) ; pôle Gériatrique du Val de marne (ERX) - pôle gériatrique de l'Essonne (JFR-GCL) (transfert de l'activité de médecine gériatrique du pôle MINGGUS vers le pôle gériatrique du Val de Marne (ERX) et le pôle gériatrique de l'Essonne (JFR-GCL) ; ainsi que transfert de l'activité de SSR du pôle Gériatrique Val de Marne vers le pôle MINGGUS)

☞ Groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est Parisien : pôle Médecines Physique et réadaptation et gériatrie - pôle Urgences et Aval - pôle Spécialités (avis) : suppression du pôle Médecine Physique et réadaptation - Gériatrie : intégration des activités vers le pôle Spécialités et le pôle Urgences et aval ; pôle Urgences et Aval : transfert des activités de gériatrie (et structures

correspondantes) du pôle Médecine Physique et Réadaptation - Gériatrie dans le pôle Urgences et Aval ; pôle Spécialités - transfert des activités de Médecine Physique et réadaptation (et des structures correspondantes) du pôle Médecine Physique et réadaptation - Gériatrie au pôle Spécialités

☞ Groupe hospitalier Necker-Enfants malades : pôle Réanimations, urgences et anesthésies ; pôle périnatalité et cardiologie pédiatrique : transfert de l'UF de Néonatalogie du pôle Réanimations, urgences et anesthésies vers le pôle périnatalité et cardiologie pédiatrique ; Transformation de l'UF de Néonatalogie en service de Néonatalogie

☞ Groupe hospitalier universitaire Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal : pôle Digestif Urologie Néphrologie Endocrinologie Gynécologie Obstétrique - pôle Médecine Gériatrie : Transfert du service d'endocrinologie initialement rattaché au pôle Digestif Urologie Néphrologie Endocrinologie Gynécologie Obstétrique, désormais rattaché au pôle Médecine Gériatrie ; pôle Peau Réparation cutanée Infectiologie - pôle Médecine Gériatrie : transfert du service de Maladies infectieuses et tropicales et de l'UF d'intervention en infectiologie, initialement rattachés au pôle Peau Réparation cutanée Infectiologie. Ces deux structures sont désormais rattachées au pôle Médecine Gériatrie.

- Hôtel Dieu : plusieurs informations sur le projet de transformation de l'Hôtel Dieu et la création du nouvel Hôtel Dieu ; avis sur le transfert de l'activité d'accueil des urgences de l'Hôtel Dieu et impact sur les SAU des hôpitaux Cochin, Pitié-Salpêtrière, St Antoine et Lariboisière ; avis sur la création du pôle de santé Hôtel Dieu ;

- autres sujets : transfert de la compétence du CHSCT local d'Achat vers le Siège pour les agents d'ACHAT ; rapport d'activité 2012 de l'AP-HP (Avis) ; information sur l'organisation du conseil scientifique paramédical du DPC ; information sur le décret n°2013-842 du 20/09/2013 relatif au CTE ; information sur le CPOM 2013-2018 (socle contractuel) ; information sur les élections professionnelles ; bilan social (avis) ; état d'avancement du projet baromètre interne ; programme d'actions « qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » ; échanges sur le rapport « Pacte de confiance pour l'hôpital », coordonné par M. Couty ; présentation du projet médical de psychiatrie et les actions de coopération en cours et à venir ; incendie boulevard de Sébastopol ; le projet de campagne de sensibilisation à la sécurité des systèmes d'information ; information régulière sur les vœux des CTE locaux.

2.3.3 - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central (CHSCTC) est une instance consultative qui obéit aux règles du Code du Travail – un livre spécifique de ce code s'appliquant aux établissements de santé.

Le CHSCT de l'AP-HP est composé de 11 membres titulaires et de 9 membres suppléants (les deux représentants suppléants du personnel médical n'ont pas été désignés par la CME). Il est présidé par le Directeur Général ou son représentant. Le secrétaire de l'instance est Madame Marie-Josée DESCHAUD.

Durant l'année 2013, ont été organisées : sept séances ordinaires, quatre séances extraordinaires, trois visites et deux réunions techniques. Les visites ont concerné les Services d'Accueil et d'Urgences (SAU) des hôpitaux Lariboisière, Robert Debré et Tenon. Les réunions techniques ont eu pour objet les conditions météorologiques de l'été 2013, ainsi qu'une réunion commune des membres du CHSCT central et du CTE sur le bilan social 2012 en amont des séances centrales (voir ci-dessus « Le comité technique d'établissement central »).

Les principaux thèmes abordés en séances ont été les suivants :

- Les avis demandés au CHSCTC. Ils ont porté sur : le bilan social 2012 ; le rapport d'activité 2012 de la mission handicap et travail ; le bilan 2012 de la radioprotection ; le BHSCT 2012 ; le

PAPRIPACT 2013 ; le transfert de l'activité d'accueil des urgences de l'Hôtel Dieu et impact sur les SAU des hôpitaux Cochin, Pitié Salpêtrière, Saint-Antoine et Lariboisière ;

- ont été présentés des bilans : bilan 2012 des atteintes aux personnes et aux biens ; Bilan 2011 de la surveillance des accidents d'exposition au sang (AES) et pistes d'actions 2013 ; bilan du service central de santé au travail 2012 et programme d'actions 2013-2014 ;

- amiante : point semestriel ; plan d'étape du plan amiante ;

- projet de fiche de poste de conseiller en prévention des risques professionnels ;

- point sur les travaux du COPIL risques psychosociaux : les indicateurs ;

- prévention du risque suicidaire ;

- mise en conformité des ascenseurs : récapitulatif par site ;

- informations sur le service facturier ;

- point sur les enquêtes internes à Sainte-Périne et Port Royal ;

- présentation de l'audit sur les dispositifs de prévention du risque de maltraitance ;

- information sur la mission d'audit de la DIA « Document Unique » sur les risques professionnels ;

- information sur le projet CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) ; information sur les CLACT ;

- suite de la visite de 2012 du CHSCT central au service central des blanchisseries ;

- échange sur le rapport « pacte de confiance pour l'hôpital » coordonné par M. COUTY ;

- état d'avancement du projet de baromètre interne AP-HP ;

- information sur le projet de transformation de l'Hôtel Dieu ; déclaration sur le sujet « création du nouvel Hôtel Dieu » ;

- information sur la prévention du risque chimique ;

- information sur la gestion des personnels d'ACHAT et demande de transfert de la compétence du CHSCT de Bicêtre vers celui du Siège pour ces agents ;

- information relative au travail de nuit ;

- suivi de la situation de la médecine du travail, suite au danger grave et imminent (DGI) ;

- point sur les DGI (dangers graves et imminents) au 1er semestre 2013 ;

- centralisation des chimiothérapies pour l'HAD ; information concernant des incidents pendant l'administration des chimiothérapies à domicile ; centralisation des chimiothérapies à l'AP-HP : état d'avancement et point d'étape ;

- point sur « les conditions de travail dans les SAU adultes et pédiatriques de l'AP-HP » ; suite du point sur « les conditions de travail dans les SAU adultes et pédiatriques » ;

- bilan de l'épisode de chaleur de l'été 2013 ;

- orientation du PAPRIPACT 2014 ;

- information sur le projet de campagne de sensibilisation à la sécurité de l'information.

2.3.4 - La Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

L'année 2013 a été marquée par le changement de présidente de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT) : en septembre 2013, Mme François Zantman, coordinatrice générale des soins, a succèdé à Mme Roselyne Vasseur.

La CCSIRMT s'est réunie lors de cinq séances plénières et d'une séance extraordinaire dédiée à la validation de « la composition du conseil scientifique paramédical du développement professionnel continu (DPC) » et au recueil de son avis sur le programme d'actions « qualité, sécurité des soins et condition d'accueil et de prise en charge des usagers » de la CME.

Ces séances ont permis de débattre de thématiques institutionnelles et de conduire des réflexions relatives aux soins paramédicaux. Les principales thématiques traitées ont été :

➢ La vie institutionnelle :

- la présentation du projet Hôtel Dieu ;

- le bilan à mi parcours du plan stratégique 2009-2014 et la présentation de la méthodologie retenue pour l'élaboration du prochain plan quinquennal ;

- la présentation de la proposition de la motion au Conseil de Surveillance sur la « Visibilité du rôle des CRUQPC et des représentants des usagers dans le GH et les sites de l'AP-HP » ;

- la médiation paramédicale à l'AP-HP.

➢ La formation :

- le bilan de la formation 2012 ;

- le point sur la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) et sur la mise en place du conseil scientifique paramédical du DPC.

➢ Les soins, avec la présentation :

- des résultats de l'enquête de prévalence 2013 « escarres acquis » ;

- de la synthèse d'audits réalisés dans le cadre de l'amélioration du tri des déchets de soins ;

- du bilan du CLIN ;

- des recommandations relatives « aux bonnes pratiques en matière de sécurité des patients âgés atteints de troubles cognitifs ».

➢ La CCSIRMT :

- les représentants de la CCSIRMT à certaines instances et commissions institutionnelles (CME, Conseil de Surveillance, 3CU, QSS CAPCU, CLUD, COMEDIMS, COVIRIS …) rapportent régulièrement les échanges de ces séances à la CCSIRMT.

- les travaux débutés en 2012 sur le thème « Organisation, typologie et pertinence des soins dans une journée de travail paramédical » et sur « La continence urinaire de la personne âgée hospitalisée », menés par deux groupes de travail issus de la CCSIRMT, ont été finalisés et présentés en séance.

3 - Les groupements hospitaliers et les services généraux

La création des groupes hospitaliers (GH) a consisté à mettre en place une organisation et une gouvernance communes à plusieurs hôpitaux de l'AP-HP géographiquement proches et

relevant d'une même université. Les groupes ainsi constitués doivent permettre des rapprochements selon deux logiques complémentaires ;

- médicale, en offrant aux patients une prise en charge plus cohérente et plus homogène dans des filières de soins complètes ;

- de proximité géographique, en favorisant les synergies entre sites hospitaliers.

La nouvelle dénomination des 12 groupes hospitaliers a été fixée par arrêté directorial du 1er août 2012, comme suit :

- un groupe hospitalier St Louis – Lariboisière – Fernand-Widal, dénommé Hôpitaux Universitaires Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal ;

- un groupe hospitalier Bichat – Beaujon – Louis-Mourier – Bretonneau – Charles Richet, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine ;

- un groupe hospitalier Avicenne – Jean-Verdier – René-Muret, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis ;

- un groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix, dénommé Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix ;

- un groupe hospitalier Tenon – St Antoine – Rothschild – Trousseau – la Roche-Guyon, dénommé Hôpitaux Universitaires Est Parisien ;

- un groupe hospitalier Cochin – Hôtel-Dieu – Broca, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Centre ;

- un groupe hospitalier Raymond Poincaré – Berck – Ambroise Paré – Sainte Périne, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest ;

- un groupe hospitalier Bicêtre – Paul-Brousse – Antoine-Béclère, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Sud ;

- un groupe hospitalier Henri-Mondor – Albert-Chenevier – Emile-Roux – Joffre-Dupuytren – Georges-Clémenceau, dénommé Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor ;

- un groupe hospitalier Necker-Enfants malades, dénommé Hôpital Universitaire Necker – Enfants Malades ;

- un groupe hospitalier Robert-Debré, dénommé Hôpital Universitaire Robert-Debré ;

- un groupe hospitalier Corentin Celton – Hôpital Européen Georges-Pompidou – Vaugirard-Gabriel-Pallez, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Ouest.

L'hôpital marin à Hendaye (64), l'hôpital San-Salvadour à Hyères (83), l'hôpital Villemin - Paul-Doumer à Liancourt (60) et l'Hospitalisation à domicile ne sont pas inclus dans un groupe.

Les nouvelles commissions de surveillance ont été installées au sein des douze groupes hospitaliers et des hôpitaux hors GH (Hôpital Marin d'Hendaye, Hôpital San Salvadour, Hôpital Paul Doumer), et leur composition a fait l'objet de quinze arrêtés directoriaux.

4 - Les pôles d'intérêt commun

Par décision DG du 18 février 2013 et et l'arrêté n°2013050-0010 DG du 19 février 2013, la décision n°2011 – 0053 DG du 9 mai 2011 fixant la liste des pôles d'intérêt commun a été modifiée comme suit :

- direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine ;
- direction des ressources humaines ;
- direction médico-administrative ;

- direction des affaires juridiques ;
- direction du service aux patients et de la communication ;
- direction du pilotage de la transformation ;
- direction des soins et des activités paramédicales ;
- agence générale des équipements et produits de santé ;
- achats centraux hôteliers, alimentaires et technologiques ;
- sécurité, maintenance et services – service central des blanchisseries – service central des ambulances ;
- département de la recherche clinique et du développement ;
- centre de la formation et du développement des compétences ;
- direction du système d'information.