

BILAN 2015 DU PLAN STRATEGIQUE

Le plan stratégique 2015-2019 approuvé par le Conseil de surveillance le 9 juillet 2014, a été défini à l'issue de nombreux préparatoires pendant plus de six mois. Ce travail a mobilisé plus de 200 personnes. Il s'est enrichi de contribution des « collégiales » de médecins spécialistes de l'AP-HP, des apports des groupes hospitaliers. Démarche inédite, une première version du plan stratégique, élaborée préalablement à l'adoption du projet médical a fait l'objet d'une consultation ouverte et d'échanges avec les partenaires de l'AP-HP et les principaux acteurs de son environnement.

4 orientations ont été fixées :

- penser le parcours patient de demain ;
- faire de l'AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités ;
- améliorer la performance sociale et managériale ;
- construire un projet financièrement responsable.

Le plan stratégique a été décliné en plusieurs projets thématiques : projet médical, élaboré par le président de la CME ; projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; projet social et professionnel ; projet gestion des risques et qualité ; projet de prise en charge des patients ; projet logistique ; projet développement durable ; volet politique technique.

Pour assurer le suivi de sa mise en œuvre, l'AP-HP s'est dotée fois de 57 indicateurs de suivi, validés par le Conseil de surveillance de décembre 2014, accompagnés d'une cible à 2019. Pour chacun d'entre eux, une cible annuelle a été définie dans le cadre d'un échange avec les groupes hospitaliers. Un document annexe présente de façon exhaustive les résultats enregistrés en 2015 sur chacun de ces indicateurs.

Ce cadre continuera à s'améliorer et s'enrichir. En 2016, compte tenu d'un premier retour d'expérience, le tableau de bord de suivi sera suivi chaque mois d'une analyse approfondie, sur une thématique spécifique. En février elle portait par exemple sur le thème de la chirurgie ambulatoire (en PJ).

Pour faire du tableau de bord un véritable outil au service de la transformation et la modernisation de nos hôpitaux, les conférences budgétaires et stratégiques 2016 seront également l'occasion pour les GH de proposer plusieurs indicateurs correspondant à leurs priorités et aux plans d'action qu'ils mettent en œuvre.

Les indicateurs de suivi continueront à évoluer afin d'améliorer leur fiabilité, de les actualiser en fonction des nouveaux projets et de mieux prendre en compte nos engagements institutionnels (plan triennal, convention avec la ville de Paris, CPOM).

Dans ce contexte, cette note dresse une première analyse des résultats obtenus en 2015 sur les principales thématiques du plan stratégique et décrit les évolutions souhaitées des indicateurs de suivi, qui seront soumises à l'approbation du Conseil de surveillance à la fin du mois de mars.

SOMMAIRE

BILAN 2015 DU PLAN STRATEGIQUE	1
SOMMAIRE	2
I. Coopération	3
1. Conventions de coopération et GHT	3
2. Coopération avec la médecine de premier recours	4
II. Transformations des filières de soins	5
1. Cancérologie	5
2. Urgences	5
3. Chirurgie ambulatoire	7
4. HAD	8
5. Gériatrie	9
III. Performance des organisations	9
1. Consultations	9
2. Blocs opératoires	10
3. Gestion des séjours	11
4. Equipements matériels lourds	12
5. Déploiement d'Orbis	13
IV. Dynamisme de la recherche et soutien à l'innovation	13
1. Recherche	13
2. Révolution numérique et innovation	14
V. Hospitalité, qualité et sécurité	14
1. Politique d'hospitalité	14
2. Qualité	15
3. Politique de sécurité	16
VI. Performance sociale et professionnelle	17
1. Réorganisation du temps de travail non médical	17
2. Résorption de l'emploi précaire	17
3. Amélioration de la qualité de vie au travail	17
4. Accompagnement social, développement des compétences et formation des personnels	18
VII. L'AP-HP financièrement responsable	19
1. Garantir le retour à l'équilibre	19
2. Dynamisme de la politique d'investissement	20
3. Optimisation du codage	21
4. Amélioration de la facturation et du recouvrement	21
5. Amélioration de la performance pharmaceutique	22
Annexe : tableau récapitulatif de l'évolution des indicateurs	24

I. Coopération

1. Conventions de coopération et GHT

Le plan stratégique de l'APHP promeut l'ouverture de l'AP-HP sur son environnement hospitalier afin de décliner la notion de « parcours de soins » dans des réalités concrètes pour les patients. L'AP-HP a réalisé, en 2015, un état des lieux des conventions par groupe hospitalier (GH). Il sera mis à jour une fois par an en même temps que l'équipement lits.

L'année 2015 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de conventions cadres essentielles à l'organisation des soins en Ile de France :

- Service central des armées : déclinaison avec les GH (HUEP, HUPS et HUPC) de l'accord-cadre avec le SCA sur la réorganisation de son offre de soins ;
- Institut Curie : la signature le 10 juillet 2015 d'un accord-cadre engageant Curie (Paris rue d'Ulm et René-Huguenin à Saint-Cloud) et l'AP-HP à créer des filières de soins ou à mutualiser des activités, afin d'améliorer les prises en charge, conformément au *Plan cancer 3*. Cet accord définit des collaborations thématiques (médecine de précision, biologie des tumeurs, recherche, filières d'aval, préservation de la fertilité, etc.) et territoriales (concernant principalement les hôpitaux universitaires *Paris Île-de-France Ouest*, *Paris Centre*, mais aussi *Paris Ouest* et *Necker*).

Sur le plan territorial deux coopérations stratégiques ont été amorcées :

- Avec les centres hospitaliers (CH) de Gonesse, Eaubonne-Montmorency et Aulnay-sous-Bois dans le cadre de la restructuration de l'hôpital gériatrique Adélaïde-Hautval (Villiers-le-Bel, Val-d'Oise) ;
- Avec le Centre Hospitalier Sud Francilien -CHSF- (Essonne), un rapprochement est engagé avec pour objectifs :
 - o D'améliorer les parcours des patients sud-franciliens et de garantir aux patients pris en charge au CHSF un accès aux services de recours de l'AP-HP identique à celui des patients pris en charge directement dans un hôpital de l'AP-HP ;
 - o De développer de manière partenariale, avec l'université et les organismes de recherche, dont le GENOPOLE d'Evry, un projet médico-scientifique permettant programmes communs de recherche clinique, accueil d'externes et d'internes au CHSF, postes partagés pour les chefs, implication des PU-PH.

L'AP-HP a amorcé en 2015 sa stratégie de participation aux groupements hospitaliers de territoire, sous l'égide de l'Agence régionale de santé d'Ile de France (ARSIF). L'AP-HP jouera pleinement son rôle de CHU de la région au sein des 14 GHT créés en Ile-de-France, et chargés d'élaborer un projet médical partagé (PMP) organisant les parcours de soins des patients. L'AP-HP sera associée de deux manières :

- Elle coordonnera les missions d'enseignement, de recherche, de référence et de recours, et de gestion de la démographie médicale de chacun des 14 GHT avec lesquels il signera des conventions d'association ;
- Elle sera associée aux PMP des GHT sur les territoires au sein desquels des coopérations existent déjà entre ses GH et les CH les composant et sera signataire des conventions constitutives des GHT.

Le calendrier national prévoit que ces GHT, munis de leurs PMP, seront créés officiellement le 1er juillet 2016.

L'AP-HP a poursuivi, en 2015, le développement de ses activités de télémedecine avec ses partenaires hospitaliers au niveau régional et national afin, entre autres, de contribuer à l'égal accès des patients à une médecine d'excellence dans les territoires en sous-densité médicale. Les travaux

de contractualisation avec l'ARSIF se poursuivent afin de garantir la couverture financière de ces activités d'expertise avec des partenaires extérieurs.

En 2015, l'APHP a finalisé avec l'ARSIF son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) visant principalement à :

- Conforter le virage ambulatoire en chirurgie mais aussi en médecine, avec pour conséquence la diminution des lits d'hospitalisation complète au profit de l'hospitalisation de jour en chirurgie, médecine et soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Renforcer les coopérations avec les centres hospitaliers (assistants partagés, équipes mobiles territoriales, conventions de partenariat) et avec la médecine de ville ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins, et la prise en charge des urgences ;
- Augmenter la performance des plateaux techniques (blocs opératoires, biologie, imagerie).

2. Coopération avec la médecine de premier recours

L'APHP s'engage avec la Ville de Paris à renforcer et structurer des coopérations entre les GH et les centres de santé parisiens dans l'objectif de contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé, de favoriser l'accès et la continuité des soins.

C'est l'un des thèmes portés dans la convention cadre signée en mars 2015 entre la Ville de Paris et l'APHP pour la période 2015-2019, instituant un partenariat des deux institutions sur des grands thèmes stratégiques, l'accès aux soins et le développement des parcours de soins (personne âgée, femme enceinte, maladies chroniques etc...), l'évolution du patrimoine APHP, l'accès aux crèches hospitalières et l'action sociale.

L'approfondissement des liens avec la médecine de ville s'intensifie au fur et à mesure de la structuration par l'hôpital des parcours de soins de ses patients via la participation aux réseaux de soins tels que les Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), personnes âgées en risques de perte d'autonomie (PAERPA), l'expérimentation du dossier médical partagé (DMP) avec le projet Terrisanté, ou encore les Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO) promus par l'Assurance maladie. Des projets spécifiques de prises en charge coordonnées ville-hôpital ont été menés en 2015, notamment sur la prise en charge de la Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec les services de pneumologie de la Pitié-Salpêtrière, Saint Antoine, Cochin et Avicenne. Enfin, dans l'objectif de généraliser le resserrement des liens entre l'hôpital et la ville, l'APHP via la définition d'un nouveau projet « Médecins partenaires » organisera en 2016 une offre de services aux médecins de ville reposant sur 3 engagements :

- Permettre aux médecins qui le souhaitent de prendre rendez-vous directement en ligne pour le compte de leur patient dans nos activités de consultation ;
- Assurer l'accès téléphonique à un médecin sénior dans nos services d'hospitalisation ;
- Envoyer la lettre de liaison à la sortie du patient

Ce projet pilote, conduit en partenariat avec l'Assurance maladie et l'ASIP santé, a débuté sur deux sites, fin 2015, Cochin et Avicenne.

Focus indicateurs

Les indicateurs retenus pour 2015 se sont révélés peu opérationnels :

- « *L'existence d'une lettre de liaison le jour de la sortie et adressé au médecin traitant* » est mesuré par une enquête IPAQSS qui a lieu tous les 2 ans. Les prochaines données seront disponibles en septembre 2016.
- « *L'accès simplifié aux équipes hospitalières formalisé et communiqué* » souffre d'une définition insuffisamment précise et sa suppression est envisagée pour 2016.

De nouveaux indicateurs pourraient être introduits pour mesurer les progrès de l'AP-HP dans ses relations avec la médecine de 1^{er} recours, en lien avec le projet « Médecins partenaires » :

- « *Le taux de CRH adressé au médecin traitant à J+8* » (disponible dans ORBIS).
- « *Le nombre de médecins partenaires* » (déclaré par les GH).

II. Transformations des filières de soins

2015 a été marquée par des travaux stratégiques importants autour de l'évolution de l'offre de soins par grande filière afin d'en améliorer la qualité au service des patients.

Un travail resserré avec chacun des groupes hospitaliers est par ailleurs engagé afin de les accompagner dans la réduction du capacitaire compte tenu de l'évolution de l'environnement de soins (développement du premier recours pour les maladies chroniques, développement de l'ambulatoire en chirurgie et en médecine, développement de l'HAD, anticipation de la sortie etc...).

1. Cancérologie

Concernant la cancérologie, deux structurations importantes ont vu le jour en 2015 :

- la plateforme de préservation de la fertilité qui permet désormais à tout malade concerné, adultes et enfants, un accès en 48H, 365 jours par an ;
- La garantie pour les patientes traitées à l'APHP d'une possibilité de reconstruction mammaire sans reste à charge.

Focus indicateurs

Les indicateurs « *délai de rdv pour une primo-consultation adulte de prise en charge en oncologie* » et « *délai de rdv pour une primo-consultation adulte de prise en charge en radiothérapie* » ont été suspendus pour fiabilisation. La réalimentation est prévue pour la fin du 1^{er} semestre 2016.

2. Urgences

En ce qui concerne la stratégie d'amélioration des urgences, l'année 2015 est marquée par une stabilisation des délais de passage, malgré une augmentation du recours à nos services d'urgence, adultes et pédiatriques (+2,9%).

Les différents axes de la Stratégie Urgences adoptée en juin 2014 ont conduit à de premières mesures permettant la transformation dans nos prises en charge :

Organisation de la réponse pré hospitalière des SAMU et SMUR

Des travaux ont été entrepris pour standardiser les outils de suivi et d'évaluation de l'activité des SAMU et SMUR et la qualité de la réponse, pour développer la présence de médecins généralistes sur

la plateforme de régulation au SAMU 75, et mettre en œuvre le protocole BSPP APHP, notamment pour le partage des données et la cohérence des arbres décisionnels d'envoi des secours.

Organisation interne des urgences

En 2015, plusieurs sites ont engagé des réorganisations en travaillant notamment sur 2 leviers ayant un impact important sur le temps de passage : la mise en place ou l'amélioration des circuits courts (Henri Mondor, Cochin, HEGP) et l'accès plus rapide des patients du SAU à l'imagerie (Ambroise Paré, Necker et Avicenne). Les mesures sont mises en place sur le 1^{er} trimestre 2016 pour l'ensemble des sites. Seul Necker a procédé aux réorganisations dès octobre 2015 avec des résultats probants : -23% sur le temps global de passage des patients ayant un scanner (4h28 versus 5h10), -14% sur le temps global des passages des patients ayant une échographie (4h33 versus 5h19), -7% sur le temps global de passage des patients non admis (1h49 versus 1h57).

Une expérience gagnante : Bichat

Depuis plusieurs années, le SAU de Bichat présente le temps de passage pour les patients avec retour à domicile le plus faible de l'APHP, avec en 2015 une durée moyenne de 2h35 alors que la moyenne APHP est de 3h44. Cette performance est le reflet d'une organisation plus exigeante sur les délais de passage, que le SAU a mis en place progressivement depuis sa rénovation : une différenciation des circuits patients, une organisation de la prise en charge et des locaux qui permet de n'avoir aucun patient en attente sur brancard dans les couloirs de la zone de soins, un circuit court (fast track) qui prend en charge plus de 30% des patients du SAU et enfin une anticipation par l'IOA de la demande radiologie conventionnelle pour 5 actes.

Dimensionnement de l'aval

Dans le cadre du plan grippe, a été réalisé et adressé à chaque GH une estimation prévisionnelle hebdomadaire du nombre de lits occupés en moyenne chaque jour pour l'aval de leurs services d'urgences, en 2016. Cette estimation, déclinée par grande discipline, prend en compte l'impact des vacances scolaires et des épidémies de bronchiolite et de grippe saisonnière. Elle a pour objectif d'aider les GH à dimensionner leur offre d'hospitalisation notamment au cours de l'épidémie de grippe saisonnière.

L'année 2015 a permis d'étendre les bonnes pratiques qui permettent de limiter les transferts. Il s'agit notamment de la mise en place du DAU de Mondor, de l'installation de la gestion des séjours à Tenon et Cochin, et de son extension à Pitié Salpêtrière, Lariboisière et Hégp.

Une expérience gagnante : la Pitié Salpêtrière

Entre 2014 et 2015, le taux de transfert a considérablement diminué à la Pitié Salpêtrière en passant de 9.8% à 5.9% (soit une réduction de 3.9 points et 40%). Il s'agit d'un des taux de transfert les plus bas (le second) de l'AP-HP. Cet objectif a pu être réalisé par un travail par filières de soins à partir d'un objectif « zéro transfert ». Parallèlement le SAU de Pitié Salpêtrière a mis en place une charte d'hébergement avec les services d'aval qui permet d'hospitaliser les patients dans un service autre que la spécialité dont ils relèvent, selon des critères médicaux et de sécurité préalablement définis. Les motifs d'hospitalisation qui permettent d'admettre ainsi un patient dans une autre spécialité ont été médicalement validés et les parcours patients organisés.

Focus indicateurs					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux de transfert hors AP adulte	13,0%	13,0%	0pt	11,3%	0%
Durée moyenne de passage pour les patients adultes orientés vers un retour à domicile	3h47	3h45	-1%	3h20	11%
Durée moyenne de passage pour les patients pédiatriques orientés vers un retour à domicile	2h29	2h23	-4%	2h10	32%

Evolution envisagée :

- Faire évoluer la durée moyenne en durée médiane (indicateur régional).

Pour 2016, priorité sera donnée à une réelle réduction des délais de passage. Plusieurs services d'urgence seront profondément rénovés, avec notamment deux importantes opérations à l'hôpital Jean Verdier et à l'hôpital Cochin.

3. Chirurgie ambulatoire

En 2015, le taux de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP a progressé selon la nouvelle définition retenue par le ministère de la santé de 32 à 34% (4300 séjours de plus qu'en 2014¹). 16 hôpitaux (qui réalisent 86% des séjours ambulatoire de l'AP-HP) sur 21 ont contribué à cette augmentation dans des proportions variables.

Avec un taux de progression de 1,9 point en chirurgie ambulatoire en 2015 l'AP-HP ne réalise que la moitié de son objectif annuel (+ 4 points).

Les 3 hôpitaux dont le taux de chirurgie ambulatoire a le plus augmenté en 2015 sont :

- Robert-Debré (+5,5 points) grâce à une réorganisation réussie des blocs opératoires, permettant une extension des plages horaires (voir encadré) ;
- Henri-Mondor (+5 points) grâce à l'extension de l'unité de chirurgie ambulatoire et l'ouverture d'une 2ème salle de bloc dédiée à l'ambulatoire en octobre 2014 ; avec 600 séjours de plus qu'en 2014, le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de 11 à 16%.
- Bichat (+4 points) avec l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire et l'identification d'une salle de bloc opératoire dédiée en janvier 2015 ; avec 260 séjours de plus qu'en 2014, le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de 24 à 26%

L'année 2015 a permis une actualisation de la stratégie de chirurgie ambulatoire après un important travail de diagnostic forces/faiblesses de chaque GH (rencontres entre novembre et janvier), la rencontre des collégiales et le calcul des potentiels par hôpital et spécialité. Les marges de progression ont été identifiées, spécialité par spécialité, ainsi que les projets d'investissements nécessaires de manière à mieux cibler les accompagnements 2016 et les évolutions qui s'imposent dans l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire.

¹ Cette définition intègre désormais des séjours cotés en K et en Z et pratiqués en ambulatoire : *Affections et extractions, réparations et prothèses dentaires (03K02) ; Mise en place d'accès vasculaires (05K14 et 11K07) ; Biopsies de prostate (12K06) ; Chirurgie esthétique (09Z02) ; IVG de moins de 3 jours (14Z08) ; Interventions de confort*

Une expérience gagnante : Robert Debré

La réorganisation des blocs opératoires menée en septembre 2014 par les équipes de Robert Debré a permis d'accroître très rapidement l'activité de l'hôpital, avec 480 séjours de plus qu'en 2014, et une progression de 5,5 points du taux de chirurgie ambulatoire. Cette évolution a pu se faire sans pour autant affecter de bloc supplémentaire à cette activité, par un travail sur les temps de vacation offert, une meilleure maîtrise des horaires, notamment à l'ouverture des blocs, et un élargissement des plages d'ouverture. Le délai moyen entre deux patients a fortement baissé au bloc commun (-20%) ; l'heure de démarrage le matin a été avancée tant au bloc commun (passage de 08h49 à 08h40 en moyenne) qu'au bloc de jour (passage de 08h55 à 08h47)

Les révisions organisationnelles ont concerné non seulement l'activité d'hospitalisation mais également l'activité de consultations.

Robert Debré continue à innover sur ces questions et prépare un outil permettant la surveillance au domicile du patient.

Focus indicateur

	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux de chirurgie ambulatoire	32%	33,9%	+1,9pt	36%	46%

Evolution pour 2016 :

- Modification du périmètre (GHM en C + 7 nouveaux types de séjours), conformément à l'évolution de l'indicateur national.

4. HAD

L'activité de l'HAD s'est redressée en 2015, notamment chez les adultes (+8,7%) et en pédiatrie (+12%), ce qui a permis de compenser la perte observée en obstétrique, liée en grande partie à l'impact du PRADO.

Ce développement d'activité s'est appuyé sur un cycle de rencontres avec l'ensemble des groupes hospitaliers de l'AP-HP ainsi qu'avec des établissements hors AP. Ces rencontres, à différents niveaux, ont permis de mieux faire connaître l'offre HAD et d'élaborer des protocoles de prise en charge entre services hospitaliers et HAD. L'HAD-AP-HP a répondu, en 2015, à l'appel d'offre de l'ARSIF, pour faire part de son ambition d'accroître son activité, sur un territoire élargi au moins à l'ensemble du Grand Paris. Elle a déployé auprès des sites pédiatriques de l'AP-HP le dispositif « EPIVER », d'aval direct des urgences pédiatriques. Enfin, elle a poursuivi un travail de maillage des territoires de proximité, notamment par sa participation aux MAIA et ses relations avec les réseaux de santé.

Focus indicateur

	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux de croissance de l'activité de l'HAD	-8,7%	1,6%	+10,3pt	2,3%	94%

5. Gériatrie

Le séminaire sur la gériatrie organisé par la présidence du Conseil de surveillance de l'AP-HP a mis en évidence les premiers résultats du plan d'humanisation des SLD, avec notamment l'opération du « nouveau Sainte Perrine ». Le comité de pilotage ARSIF/APHP s'est réuni en 2015 pour faire le point sur l'avancée de l'ensemble des travaux qui doivent avoir lieu sur 16 des 18 sites de l'APHP où l'on trouve des lits de SLD (ne sont pas concernés les sites : Rothschild, aux normes du décret de 1999 et AHL dont les lits de SLD sont transférés en 2016 au CH d'Eaubonne).

2015 a été marquée par l'essor du gérontopôle d'Ile-de-France qui a pour ambition de fédérer de manière collaborative et pragmatique l'ensemble des acteurs régionaux intervenant dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie pour œuvrer à la promotion d'une recherche d'excellence et compétitive et de l'innovation sous toutes ses formes et de l'évaluation, s'est co-construit, à l'initiative de l'AP-HP avec ses partenaires de le FEHAP, de la FHF et de l'URIOPSS. Le projet a illustré, en 2015, la constitution véritable d'une communauté professionnelle territoriale de santé autour de la problématique du vieillissement et incarne la volonté de l'AP-HP d'être innovante et ouverte sur son territoire dans une véritable logique de parcours. Géron'd'if prendra la forme associative en 2016 avec une gouvernance collaborative et un soutien financier l'ARS et d'institutions qui accordent un intérêt à ses actions : CNAV, organismes de prévoyance/retraite...

III. Performance des organisations

1. Consultations

Un programme d'amélioration de l'organisation des consultations a été conduit sur certains services d'Henri Mondor, Necker, Bicêtre et Cochin. Plusieurs leviers d'amélioration ont été identifiés et sont mis en œuvre par les GH : rappel systématique des rendez-vous par SMS, séparation des accueils physique et téléphonique, mise en place de centres d'appel.

Le projet prise de rendez-vous en ligne a été testé en 2015 sur le GH Paris Sud dans le cadre d'un pilote. La généralisation du dispositif est prévue pour 2016. Il impliquera un accompagnement des GH à la fois pour leur faire connaître les potentialités du nouveau service et tirer parti de l'outil dans la réorganisation des secrétariats et bureaux des rendez-vous.

L'année 2016 doit aussi permettre de préparer avec la DSI et la DEFIP un outil de pré-admission en ligne, susceptible d'être déployer en 2017 et de lancer les pilotes concernant l'imagerie et la préparation des consultations.

Une expérience gagnante : HEGP

Dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux consultations, un centre d'appel a été mis en place fin 2015 au sein d'HEGP, qui mutualise l'accueil téléphonique des services d'urologie, de chirurgie digestive, d'orthopédie et de chirurgie plastique. Ce service a connu une montée en puissance rapide (plus de 500 appels par jour en moyenne). Le dispositif a rapidement permis d'atteindre un taux de décroché de 90%.

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux de primo-consultants reçu dans les - 15 jours	37,7%	38,8%	+1,1pt	40%	48%

Evolution envisagée :

- Introduction du « *délai moyen de rendez-vous pour une primo-consultation* ».

2. Blocs opératoires

Une enquête un jour donné sur le « démarrage des blocs » menée en septembre 2015 a mis en évidence les marges d'action et quelques leviers pour poursuivre l'optimisation de l'utilisation des blocs opératoires : enjeux de concordance des temps PM et PNM et IBODE/IADE ; optimisation du circuit patient ; retard des professionnels. Une revue de projets a été présentée aux directeurs des groupes hospitaliers et présidents de CME le 28 février dernier.

L'année 2016 devrait ainsi permettre :

- de réaliser une analyse de la performance des blocs opératoires de l'AP-HP au regard des règles de gestion du temps PM et PNM et d'évaluer le potentiel d'activité associé à des réorganisations horaires ;
- d'accompagner de nouveaux sites dans leur réorganisation ;
- de consolider ORBIS Bloc et d'envisager son volet décisionnel ;
- d'accompagner les GH qui le souhaitent à mettre en place une organisation reposant sur l'arrivée du patient debout ;
- accompagner les GH qui le souhaitent dans la mise en place d'outils de suivi localisés des patients au bloc (Beaujon) ;
- de diffuser une nouvelle version du guide de bonnes pratiques.

Une expérience gagnante : Ambroise Paré

L'hôpital Ambroise Paré a conduit en 2015 une réorganisation du fonctionnement de ses salles opératoires avec pour objectif de développer les activités d'orthopédie et d'ophtalmologie, notamment en ambulatoire, pour répondre aux demandes nombreuses des patients.

Cette réorganisation a notamment visé une meilleure synchronisation des temps médicaux et non-médicaux au sein du bloc opératoire : changement des horaires des IADE (de 7h50 à 9h), permettant un élargissement des horaires d'ouverture des blocs opératoires et à une adaptation des vacations des spécialités à leurs prévisions d'activité. Ses effets ont été très nets, puisque les blocs opératoires d'Ambroise Paré ont connu une augmentation de 3 points de leurs taux d'ouverture, un accroissement de 2 points de leurs taux d'utilisation.

Cette réorganisation a permis au bloc opératoire d'Ambroise Paré de mieux répondre aux demandes des patients attendue en orthopédie et ophtalmologie (+ 200 séjours).

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux d'utilisation des blocs opératoires	77,0%	77,4%	+0,4pt	78%	40%

Evolution envisagée :

- Introduction du « *taux d'ouverture des blocs opératoires* ».

3. Gestion des séjours

Le projet Gestion des séjours qui a pour objet de fluidifier le parcours patient au sein des établissements s'est fortement développé sur les sites de l'AP-HP. Le dispositif a été étendu en 2015 via la création de cellules centralisées de gestion des lits à Tenon, Cochin, Lariboisière et Pitié-Salpêtrière.

Les bénéfices attendus de ce dispositif sont multiples et dépendent des problématiques spécifiques des sites : améliorer l'organisation et des délais de prise en charge des patients lors de leur hospitalisation et de leur sortie ; améliorer la performance globale des services d'hospitalisation (réduction de la durée moyenne de séjour, augmentation du taux d'occupation) ; anticiper la prise en charge des problématiques sociales ; recentrer les personnels soignants sur leur cœur de métier...

En 2016, le projet doit se poursuivre avec l'extension du projet à de nouveaux sites, l'extension du déploiement d'une application informatique dédiée à la gestion des séjours (Agathe), l'accompagnement à la mise en œuvre des nouveaux métiers (gestionnaire de séjours) et la modélisation des bonnes pratiques en matière de gestion des séjours.

Le projet Gestion des séjours intégrera désormais une réflexion sur la sortie. Celle-ci était engagée depuis plusieurs années mais de manière autonome. Dans ce contexte, les principaux enjeux seront la redéfinition des conditions de fluidification des sorties complexes la définition d'un outil d'anticipation des sorties à partir d'une DMS pivot, et la poursuite du déploiement de la messagerie sécurisée gratuite (MSSanté) au sein de l'AP-HP et auprès des médecins de ville, en lien avec l'Assurance maladie.

Focus indicateur
Relativement au volet sortie du projet Gestion des séjours, l'indicateur « <i>taux de sortie avant 12h</i> » mesurant la qualité de l'anticipation de la sortie, sera intégrée aux indicateurs de suivi 2016.

Une expérience gagnante : Necker

Necker-Enfants malades s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la gestion des lits et d'anticipation des sorties. Cette démarche participative a été construite avec les acteurs du terrain. Elle est centrée sur les patients, en partant de l'analyse de leurs besoins, de la compréhension de leurs attentes et avec la recherche d'une amélioration qualitative de leur expérience. La méthode mise en place est itérative et passe par l'identification et la suppression des tâches inutiles ou redondantes. Elle a été initiée par une cartographie des difficultés rencontrées et la définition de plans d'actions détaillés par service. Parmi ces actions figurent :

- des actions pour améliorer le niveau des informations des patients sur la sortie d'hospitalisation (informations données au moment de la décision d'hospitalisation (souvent à l'occasion d'une consultation), informations mentionnées dans la convocation d'hospitalisation, sur une affiche dans la chambre, dans le livret d'accueil – durée prévisionnelle de séjour, date prévisionnelle de sortie, sortie le matin...).
- des actions pour anticiper la sortie d'hospitalisation (demande SSR anticipée et utilisation de « Trajectoire », recours à l'HAD anticipé...).
- des actions pour préparer, par anticipation, les documents de sortie et remettre à JO dans la pochette de sortie institutionnelle incluant, notamment, le CRH, le RV de suivi...
- des actions pour améliorer la gestion de la sortie au sein des équipes PM et PNM (sortie abordée lors des visites, des staffs, partage de l'information des sortants...).
- des actions pour améliorer la gestion des transports et la gestion administrative des sorties.

Les équipes de Necker se sont mobilisées pour mettre en œuvre, collectivement, des changements vers une organisation de la sortie plus efficace.

4. Equipements matériels lourds

La campagne d'acquisition des IRM à l'AP-HP, menée entre 2012 et 2015, à l'appui d'un accord cadre, a donné lieu à la passation d'une quinzaine de marchés subséquents. Le montant global de l'opération était estimé à 22 millions d'euros HT. L'accord cadre a permis des gains économiques conséquents du fait des remises en concurrence successives et des gains technologiques. Il aboutit en outre à une forte satisfaction des utilisateurs du fait de la parfaite adaptation des équipements aux besoins spécifiques de chaque site et des nombreuses prestations associées proposées par les fournisseurs.

Dans le cadre du projet Imagerie - Amélioration de l'utilisation des équipements médicaux lourds, les sites d'imagerie de Bicêtre, Paul Brousse et Bécélère, Henri Mondor, Necker, Louis Mourier, Saint Antoine, Tenon, Lariboisière et Avicenne ont été les premiers à engager des innovations pilote pour améliorer la prise en charge par un travail sur les processus de prise en charge en interface avec les services cliniques et l'expérience des patients eux-mêmes.

Les résultats en termes de délai d'accès aux prises en charge, de délai de production et de diffusion des comptes rendus remis aux patients et aux prescripteurs, ainsi que d'utilisation des équipements eux-mêmes comme le développement de nouvelles pratiques, notamment en radiologie interventionnelle, poursuivent leur progression pour répondre au mieux aux attentes des patients suite aux propositions opérationnelles des équipes. Les modalités d'information sur diagnostic et thérapies continuent à être questionnées pour conduire à des initiatives innovantes dont les tests sont conduits en lien avec la Collégiale de Radiologie.

Les sites « pionniers » fournissent aujourd'hui 65 % du nombre d'actes réalisés par IRM alors qu'ils représentaient en 2014 35 % des IRM installés. Pour les scanners, ils enregistrent 71 % des actes réalisés par scanner alors qu'ils représentent 36 % des scanners installés.

Une expérience gagnante : Bicêtre

L'imagerie de Bicêtre, pour la troisième année consécutive, enregistre le nombre d'actes par équipement le plus élevé de l'AP-HP, que ce soit en scanner (13 301) comme en IRM (6 356). Ces améliorations ont justifié l'installation de deux nouveaux équipements, une IRM et un scanner, et vont faciliter le développement d'une nouvelle activité de radiologie interventionnelle pour le traitement des tumeurs, notamment du poumon. Un pilote sera installé le 11 avril prochain pour innover encore et améliorer l'accès aux équipements comme la réduction des délais de prise en charge pour les patients hospitalisés, externes comme venant en urgence.

Ces résultats sont le fruit d'un travail opérationnel de toute l'équipe conduits sur les organisations avec des patients comme avec les services cliniques partenaires. A titre d'exemple, les délais de production et validation des comptes rendus ont été significativement diminués pour répondre à la demande des prescripteurs et patients (désormais validation dans la suite immédiate de l'examen scanner contre un délai moyen à 40 heures au début du pilote). Le processus de rappel des patients par le personnel - à 72 heures du rendez-vous- permet aujourd'hui de limiter le taux de patients non venus à 3 % en 2015, il était de 13 % en 2011.

5. Déploiement d'Orbis

L'année 2015 a représenté une année charnière pour le système d'information patient. La direction générale suite au rapport de la Direction interministérielle des systèmes d'information et de la communication (DISIC), a décidé la généralisation du déploiement d'ORBIS au sein de l'APHP, d'ici la mi 2017 pour l'identité, associée à une politique d'accompagnement du changement soutenue afin de préserver la qualité et la sécurité des soins.

Plus largement, l'APHP s'est engagée dans la définition d'un nouveau schéma directeur informatique afin de garantir la conversion SI des axes de son plan stratégique. L'échéance est prévue pour la fin du premier semestre 2016.

Focus indicateur

Alors que la direction générale a décidé d'accélérer le déploiement d'ORBIS sur les sites non-encore équipés d'ici la fin de l'année 2017, l'introduction du « *taux de déploiement ORBIS* » (services déployés/nombre total de services) permettra de suivre l'avancement du projet.

IV. Dynamisme de la recherche et soutien à l'innovation

1. Recherche

La fondation de l'AP-HP pour la recherche médicale a été créée à la fin de l'année 2015. Elle a pour vocation de :

- soutenir les programmes de recherche clinique des équipes médicales et paramédicales
- offrir aux dons une autre destination que les associations de service, en conciliant transparence, sécurité juridique et souplesse de fonctionnement ;
- atténuer les effets de la baisse qui frappe les financements publics (programme hospitalier de recherche clinique PHRC, enveloppe des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation MERRI) ;
- développer les partenariats avec les autres organismes de recherche (INSERM, universités...).

Optimisation des processus de gestion de la recherche

Un audit fonctionnel a été réalisé pour définir l'organisation cible et la répartition des rôles et interactions entre les cellules recherches des GH, et le DRCD, le DRCD et les URC. L'objectif est de simplifier les processus et de renforcer le reporting.

Les GH sont également accompagnés dans la mise en œuvre du contrat unique : fond d'amorçage d'aide à l'investigation.

Enfin, ont été redéfinis les principes de fonctionnement de la coordination médicale collégiale du DRCD en lien avec président de la CME et le vice-président recherche du directoire.

Prévention des conflits d'intérêt

Le Directeur général de l'APHP a lancé en septembre 2015 une démarche de prévention des conflits d'intérêt sous l'égide de la direction des affaires juridiques avec pour objectif majeur de préserver la solidité de l'institution en conciliant la capacité à soigner, innover et valoriser notre recherche avec une stricte prévention des conflits d'intérêt pour ses professionnels.

Valorisation des activités de recherche médicale et paramédicale

La structuration, en 2015, d'une cellule de recherche paramédicale permet de soutenir activement le développement de la recherche paramédicale. Trois PHRIP retenus pour l'AP-HP par le ministère illustrent à nouveau l'engagement des équipes dans cette voie. Par ailleurs, 10 doctorants ont été ou sont actuellement financés par l'AP-HP avec trois thèses soutenues et quatre à venir en 2016.

Liens avec les universités

Une réflexion est engagée avec les principales universités partenaires de l'APHP sur l'organisation des activités supra-GH de leur périmètre.

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Part score SIGAPS APHP dans score SIGAPS national	30,7%	29,7%	-1pt	29,5	***

2. Révolution numérique et innovation

Hospinomics, chaire en économie de la santé centrée sur les innovations hospitalières créée par la direction générale en partenariat avec l'école d'économie de Paris, a porté en 2015 pour sa première année d'existence de nombreux projets (DEFIP, projets concrets comme une application au service des patients...).

L'accès à l'entrepôt de données de santé pour la moitié des GH, ouvrent des perspectives sur les études rétrospectives sur données de soin.

Un travail étroit est réalisé en lien avec les ressources dédiées au développement du numérique, avec un la mise en place d'un conseil du numérique (think tank autour de la direction générale sur les innovations en santé).

Pour la première fois en 2015 a été organisé à l'APHP le Hackathon What Health, concours d'innovation santé et numérique où des équipes de professionnels médicaux renforcées de développeur et de designers se sont réunis un week-end de mai pour la mise au point d'innovations au service des malades.

Cette dynamique est entretenue par l'animation de Cafés Innovation organisés à tour de rôle sur les sites hospitaliers.

V. Hospitalité, qualité et sécurité

1. Politique d'hospitalité

2015 a été une année très active pour améliorer la prise en charge des patients et renforcer « l'hospitalité » des établissements de soins de l'APHP.

Plusieurs opérations solidaires pour la population précaire (AME ou sans droits) ont ainsi été organisées : dépistage et appareillage auditif gratuit (3 opérations), dépistage vision et équipement gratuit de lunettes (3 opérations) et réintégration dans parcours de soins si nécessaire (prises de RV, suivi).

Une démarche « qualité hospitalité » a également été lancée, faisant l'objet d'une labellisation. Elle propose aux GH une ingénierie de mise en œuvre de la démarche qualité hospitalité (référentiels sur 7 champs, méthodes d'audit, boîte à outils et labellisation) ; et labellise les services, permettant de valoriser le travail effectué par les équipes au plus près des patients, et créant une émulation au sein du pôle.

La généralisation de l'enquête de satisfaction en ligne avec un suivi trimestriel de la satisfaction patient a permis sa transformation en outil de pilotage à disposition des chefs de pôle et de service et suivi des plans d'actions des sites. D'autres études (expérience patients et focus groupes patients) se développent sur certains sites.

Le suivi et l'exploitation des réclamations a été amélioré. L'objectif pour 2016 est de structurer un appui méthodologique sur les retours patients comme levier de transformation de l'AP-HP.

La politique culturelle et de mieux-être au service des patients s'est aussi enrichi avec la poursuite des partenariats institutionnels tels qu'avec Le Louvre, l'Opéra de Paris, l'académie de chant, Le Centre Pompidou, le CNC... De multiples actions ont ainsi été organisées, notamment dans les sites gériatriques et polyhandicap : robots, orgues sensoriels, animations...).

Enfin, le recrutement des jeunes en service civique s'est intensifié en 2015 afin d'accompagner les patients et leur famille dans l'environnement de soins. Ce sont aujourd'hui 200 jeunes (contre 25 en 2014) qui sont repartis sur 11 missions d'accueil, d'orientation et d'accompagnement des patients.

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Score Isatis	68	73	+5	75	71%

2. Qualité

2015 a été notamment marquée par la préparation de la rencontre du Siège avec la HAS et des pôles d'intérêt commun, AGEPS et SCA SCB SMS, en décembre 2015 et de la procédure de certification V 2014 au sein des Groupes hospitaliers, hôpitaux hors GH et de l'HAD. Les dernières réserves issues des visites de la V2010 ont été levées.

L'incidence des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) épidémiques a augmenté dans certains GH, bien que la proportion d'épidémies parmi les épisodes de BHRe reste globalement inférieure à 10% pour l'ensemble de l'AP-HP. Pour lutter contre la diffusion de ces bactéries résistantes aux antibiotiques, l'hygiène des mains doit être renforcée et la consommation des antibiotiques doit diminuer. Un plan d'actions pour renforcer le bon usage des antibiotiques a été lancé en 2015. Parmi ces actions, le plan définit et valorise les missions du référent Antibiotiques, qui

doit avoir un temps dédié à cette activité dans chaque hôpital, et recommande des durées raccourcies de traitement pour les infections bactériennes les plus fréquentes.

Le nombre d'EIG déclaré est passé de 45 en 2014 à 74 en 2015 (21 en 2013). Cette évolution traduit la mobilisation des équipes et le travail de pédagogie réalisé dans les GH sur l'utilité de ces déclarations et de leur analyse pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle répond à l'engagement du directeur général et du président de la CME de positionner l'AP-HP, en cas d'EIG, comme une organisation apprenante et transparente.

En termes de prise en charge des patients, l'accent a été porté en 2015, par la direction des soins, sur l'amélioration de la collaboration médico-soignante. Ce projet s'est traduit par le déploiement d'un dispositif de formation – action sur le raisonnement clinique partagé dans 10 GH et réalisation de plus de 70 fiches projets, première brique des chemins cliniques constitutifs d'un segment du parcours patient afin d'assurer à chaque personne soignée un parcours lisible, accessible et sécurisé.

Focus indicateurs					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
% de certification sans réserve ni réserve majeure	29%	100%	+71pt	100%	100%
Nombre de déclarations d'EIG remontées à la DOMU avec analyse et plan d'action correctif	45	74	+85%	3 à 5 par GH	atteinte
Incidence des BHRE épidémique	15,3%	31%	+15,7pt	15%	< 100%

3. Politique de sécurité

L'année 2015 a été marquée par les attentats terroristes de janvier et novembre 2015.

L'année 2015 a permis une accélération de la conclusion des accords de coopération entre l'APHP, la Justice (parquet) et la Police, notamment à Paris et dans le Val-de-Marne. Sur leur fondement, des accords subséquents sont signés pour chaque site, déclinés in fine en diagnostic de sécurité partagé. En 2015, 100% des accords subséquents ont été signés dans Paris intra-muros, et 7 diagnostics de sécurité partagés ont été réalisés par la DSAP, 4 étant en cours de réalisation ou de rédaction. Ces DSP constituent la clef de voûte du plan d'équipement des hôpitaux en matière de sureté.

En 2015, un travail important de communication sur les nouveaux enjeux de sécurité à l'hôpital a été réalisé : rencontre avec les professionnels de sécurité lors de salons, communiqués dans certaines publications spécialisées, sensibilisation des directeurs à la conférence des DG de CHU et des élèves-directeurs à l'EHESP.

En 2016, les objectifs sont de :

- poursuivre la déclinaison territoriale du Protocole d'accord Hôpital/Police/Justice dans les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et in fine dans l'Essonne ;
- participer à toutes les études ou projets de nature à renforcer la tranquillité des hôpitaux en assurant notamment un meilleur contrôle des accès (projet GAIAP de cartes d'accès électroniques, concours des SSIAP, réalisation de matériels techniques) ;
- poursuivre la lutte contre les atteintes aux biens et aux personnes dans les hôpitaux.

- Initier avec le SAMU zonal et participer à la formation des équipages SMUR face à des situations d'exception, en liaison avec la BSPP, la BRI et le RAID au cours du premier semestre 2016.

VI. Performance sociale et professionnelle

L'année 2015 a été marquée par le lancement de la réforme de l'organisation du temps de travail, s'inscrivant dans une politique de préservation de l'emploi permanent via la dé-précarisation des plus fragiles et l'amélioration des conditions de travail dans un environnement hospitalier en pleine mutation.

1. Réorganisation du temps de travail non médical

Un protocole d'accord a été signé avec une organisation syndicale le 17 octobre 2015 avec les objectifs suivants :

- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients, adapter les organisations soignantes aux évolutions des modes de prise en charge (virage ambulatoire par exemple)
- Améliorer les conditions de travail des personnels soignants (stabilité des plannings)
- Améliorer l'efficacité institutionnelle dans le cadre du plan triennal (baisse des moyens de remplacement)
- Valoriser les fonctions d'encadrement (élaboration d'un plan à destination de l'Encadrement) : mise en place d'une plateforme d'échanges de pratiques (*AP HP management*).

Au cœur de ces engagements, il y a l'emploi et les garanties qui l'entourent et donc la poursuite de la dé-précarisation. C'est un objectif majeur. Le mouvement a été amorcé en 2015 et sera soumis aux instances en 2026.

2. Résorption de l'emploi précaire

Le 22 avril 2015, un protocole d'accord a été signé avec la CFDT relatif au plan de résorption de l'emploi précaire à l'APHP) :

- Mises en stage d'agents de catégorie C via une augmentation des postes proposés en commissions de sélection (269 mises en stage en 2015 contre 0 en 2014)
- Catégories B et A : organisation de concours dans le cadre de la loi du 12 mars 2012 (89 mises en stage en 2015 contre 16 en 2014) et relance de la politique des concours classiques.
- Travaux sur la mise en place d'une bourse des contractuels au niveau de l'APHP afin d'organiser un parcours au sein de l'AP-HP des agents contractuels qui font des remplacements et qui donnent satisfaction, représentant également le cas échéant la voie vers un emploi statutaire.

Une attention particulière est portée à la politique de dé-précarisation des personnels de la recherche clinique afin d'augmenter le nombre de d'emplois en CDI, en fidélisant plus de professionnels formés et compétents dans ces structures.

3. Amélioration de la qualité de vie au travail

L'amélioration des conditions de travail des personnels est un engagement majeur de la DRH de l'AP-HP qui dans le cadre de la V2014 a refondu sa politique de qualité de vie au travail afin d'améliorer la lisibilité de la démarche auprès des personnels médicaux et non médicaux de l'APHP. Une offre d'accompagnement à la prévention des risques psycho-sociaux (formation des cadres, boîte à outils) est proposée aux GH via un marché central rénové en 2015. Des mesures concrètes ont été décidées par la direction générale pour améliorer l'environnement des personnels et leur prise en charge sociale.

Mise en œuvre de la réforme du financement de la petite enfance à l'APHP

Une convention a été passée avec la caisse nationale d'allocations familiales le 31 mars 2015. Elle prévoit l'adaptation des crèches de l'AP-HP aux objectifs d'ouverture à l'extérieur à hauteur de 30% (marché avec la ville de Paris), d'accessibilité (tarifs horaires) et de mixité sociale (définition de nouveaux plafonds). Elle définit également les circuits budgétaires et financiers avec les CAF d'Ile de France en vue de la perception des aides au fonctionnement (environ 13 M€ de *prestation de service unique* en 2015) et à l'investissement (projets de restructuration des crèches de Necker et H. Mondor dans un premier temps).

Augmenter l'offre de logement

- Convention cadre avec la SNI (filiale de la Caisse des dépôts et consignations) pour envisager la mise à disposition de logements pour les personnels de l'AP-HP et les conditions de valorisation de certains terrains ;
- Amendement à la loi modernisation du système de santé permettant l'interruption en cours de bail pour des locataires non APHP afin de renforcer la mise à disposition de logement pour les agents de l'APHP en activité ;
- Reprise en gestion directe par l'AP de baux emphytéotiques arrivant à échéance ;

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Nombre de logements attribués hors domaine public	490	502	3%	510	65%

4. Accompagnement social, développement des compétences et formation des personnels

La DRH de l'AP-HP accompagne, sur le volet ressources humaines, les projets majeurs d'évolution des organisations des hôpitaux de l'APHP : le virage ambulatoire en termes de compétences et formation des personnels soignants, le déploiement d'ORBIS en termes d'identification et d'accompagnement des impacts organisationnels et métiers du nouveau système d'information et le projet de restructuration-fermeture du site d'A. Hautval (définition et mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement professionnel pour les 700 ETP PNM concernés par les opérations de transfert d'activités).

Plus spécifiquement, et sur la base des priorités identifiées par la commission de la CME consacrée à *la qualité et à la sécurité des soins et aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS CAPCU), voici quelques exemples d'actions conduites en matière de formation :

- Création de programmes de simulation en santé relatifs à la pratique de la ponction lombaire ;
- Déploiement d'un programme de DPC pour les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens relatif à la surveillance du rythme cardiaque fœtal ;
- Renforcement des dispositifs de formation dans le domaine du droit et de la responsabilité professionnelle en partenariat avec l'Ecole Nationale de la Magistrature ;
- Une formation à la certification V2014.

Accompagner le développement des compétences de l'encadrement

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux de faisant fonction de cadre de santé	23,9%	20%	-3,9pts	27,9%	> 100%

Des résultats significatifs sont obtenus en 2015 s'agissant de la réduction des faisant fonction de cadre de santé. Cette diminution est liée à la combinaison de 3 mesures principales ;

- L'organisation de deux concours sur titre en 2015 (185 cadres nommés en 2015 contre 135 en 2014),
- La mise en place d'un accompagnement des candidats à la procédure de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) pour obtention d'une autorisation à se présenter au concours sur titre de cadre de santé (augmenter les candidats potentiels)

VII. L'AP-HP financièrement responsable

1. Garantir le retour à l'équilibre

Sur le plan financier, l'AP-HP a tenu ses engagements en 2015 :

- d'activité et de recettes,
- de maîtrise des charges,
- de résultats,
- de développement de l'activité ambulatoire.

Puisque le résultat est en ligne avec les prévisions, avec une réalisation à -39 M€ (soit 0,54 % des produits) pour une prévision initiale à -38 M€ prévue à l'EPRD.

C'est la première fois depuis 2008 que l'AP-HP affiche un excédent sur le résultat tous comptes confondus (+36,6M€). Cela dans un contexte économique particulièrement difficile et complexe : progression ralentie de l'ONDAM, baisse des tarifs entraînant une baisse des recettes pour l'AP-HP.

Le résultat est également en nette amélioration, pour la troisième année consécutive : -48,8M€ en 2014, -61M€ en 2013, -70,3M€ en 2012 et se traduit, par rapport à 2014, par une progression de +9,7 M€ et une trajectoire maîtrisée.

Ces résultats montrent à la fois une poursuite de la maîtrise des charges, dans un contexte exigeant, et un bon niveau de cessions mobilisé au service de l'investissement.

A fin décembre, la progression d'activité en hospitalisation (hospitalisation complète et hospitalisation partielle) est de +2.88%, au global, soit +35 775 séjours et séances, soit un écart à la cible positif de +0.87%, grâce à une bonne dynamique de l'hospitalisation partielle et en particulier sur les séances : +1,3% consultations externes ; + 1,2% hospitalisation complète ; +1,6% hospitalisation à domicile ; +4,5% hospitalisation partielle.

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) sont légèrement supérieurs aux prévisions (+57,5 M€ soit un écart de +1,1 %) et à ceux de 2014 (+267 M€, soit 5,1%).

Dans le même intervalle, les charges quant à elles sont inférieures aux prévisions de -149,4 M€, soit -2% et à l'intérieur des charges, la masse salariale progresse de moins de 1% en 2015.

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Montant du déficit du CRPP de l'AP-HP (M€)	48,8	39,6	-18,9%	38	85%

Dans son EPRD 2016, l'AP-HP prévoit un maintien de ce résultat du compte principal (-39M€), à condition que le niveau des subventions soit en cohérence avec ce qui a été inscrit dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) approuvé en 2014, soit une stabilisation des subventions autour de +0,5% par an.

L'AP-HP poursuivra donc, en 2016, sa trajectoire budgétaire vers le retour à l'équilibre, en s'appuyant sur les gains d'activités escomptés d'une meilleure coopération territoriale, sur la réorganisation du temps de travail, la concordance des temps, et les mutualisations ; un nouvel excédent tous compte confondus est prévu à hauteur de 58M€.

2016 sera également marquée par la première certification des comptes de l'AP-HP avec présence des commissaires aux comptes dès le 1^{er} semestre 2016 qui fait suite à un travail préparatoire important sur lequel les équipes se sont largement mobilisées. Le dispositif de contrôle interne comptable et financier est en cours de mise en œuvre, après un travail important en groupes composés d'acteurs des directions centrales et des Groupes Hospitaliers ; le dossier permanent et le dossier de contrôle interne sont finalisés ; un audit du processus de paie a été réalisé, ainsi qu'un audit du système d'information, donnant lieu à la mise en place de plans d'actions prioritaires ciblés ; des actions de fiabilisation des comptes ont été lancées notamment sur l'actif immobilisé. Enfin, l'appel d'offre pour le choix de co-commissaires aux comptes a été lancé, le marché devant être notifié en mars 2016.

2. Dynamisme de la politique d'investissement

En 2015, 374M€ ont été consacrés à l'investissement, un montant supérieur aux années précédentes (287M€ en 2014, 304M€ en 2013). Cela a permis de grandes opérations de modernisation, concernant notamment le bâtiment Larrey B et les nouveaux blocs opératoires de l'hôpital Avicenne, ainsi qu'un haut niveau d'effort en matière d'investissement courant, notamment en faveur des équipements médicaux auxquels 125 M€ (contre 95 M€ en 2014) ont été consacrés.

En 2016, la même ligne sera privilégiée, avec une prévision d'investissement de 400M€. Cela permettra de faire face à la fois :

- aux investissements courants : mise aux normes et entretien courant des hôpitaux ; volet « équipement » comportant renouvellement, innovations et accompagnement du projet médical (cancer, urgences) et renforcement du système d'information ;
- aux opérations majeures de travaux, telles que la réhabilitation du bâtiment Picpus dans le 12ème arrondissement de Paris pour le projet de formation des personnels, la densification et l'humanisation du bâtiment d'hospitalisation Larrey B de l'hôpital d'Avicenne ou encore l'organisation des concours pour le choix de la maîtrise d'œuvre des projets de reconstruction des blocs et soins critiques de l'hôpital Henri Mondor à Créteil ainsi qu'un nouveau bâtiment sur le site de l'hôpital Lariboisière, toujours dans un objectif d'adaptation et de transformation des structures de soins.

Ce niveau d'engagement sur les investissements est mis en œuvre dans le cadre d'une trajectoire financière soutenable pour l'établissement, marquée notamment par un taux d'endettement maîtrisé à moins de 30% sur l'exercice 2015.

Cette augmentation sensible des investissements en 2015 est également le fruit d'une plus grande efficacité dans les mesures prises pour notifier en amont les crédits et permettre dès lors la réalisation sur le même exercice budgétaire. Pour trouver des marges de manœuvre financières, l'AP-HP a également poursuivi son programme de valorisation du Patrimoine, avec notamment la finalisation de la vente de Saint Vincent de Paul attendue depuis plusieurs années.

Complémentairement, 2015 a permis d'avancer sur le projet médical et l'implantation géographique du futur campus Nord dont le passage en COPERMO est souhaitée pour la fin du premier semestre 2016.

L'amélioration des résultats financiers prévue pour 2016 devrait permettre de préserver une part importante de ressources consacrées à l'investissement.

3. Optimisation du codage

La politique d'optimisation du codage est un élément déterminant de la stratégie financière de l'AP-HP. En 2015, plusieurs actions ont été entreprises, qui ont permis de diminuer le gisement potentiel de recettes (calculé à partir d'une comparaison entre la moyenne de valorisation des racines de GHM par l'ensemble des CHU avec celle de l'AP-HP) :

- Un outil de contrôle (InfoMed) a été diffusé grâce au DIM de Saint Louis et la DSI centrale pour augmenter la disponibilité des données lors du codage et de sa validation,
- 18 personnes ont été formées au métier de technicien d'information médicale, et des référentiels d'infectieux ont été mis à disposition des professionnels pour assurer la diffusion des bonnes pratiques de codage et pour garantir le niveau de compétence,
- La mise en œuvre d'une optimisation du codage dans les GH volontaires par un prestataire a permis de corriger 10% des environ 10 000 dossiers revus pour un gain d'environ 2M

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Gisement potentiel de recettes	21 190 000	17 440 000	-18%	11 850 000	40%

4. Amélioration de la facturation et du recouvrement

Un plan d'action sur la facturation et le recouvrement a été mis en œuvre en 2015. En premier lieu, l'AP-HP a réussi à améliorer la situation de ses créances institutionnelles étrangères, grâce à des négociations qui ont conduit à deux accords, l'un avec l'Arabie saoudite et l'autre avec l'Algérie, qui lui permettent de solder des contentieux vieux de plusieurs années et d'opérer une mise à plat salutaire pour l'avenir. Cela permet de repartir sur de nouvelles bases plus saines et de jouer notre rôle de grand CHU à la réputation mondiale, en accueillant des patients étrangers dans des conditions compatibles avec le bon exercice de nos missions de service public. L'AP-HP exige désormais le paiement d'avance de tous les soins programmés pour les patients non couverts par l'Assurance Maladie, et ne pratique le tiers payant avec les organismes privés ou étrangers qu'à titre exceptionnel et dérogatoire. Parallèlement des actions à haut niveau ont été menées avec les principaux organismes débiteurs, permettant le recouvrement de plus de 8M€ en quelques mois.

L'AP-HP exige désormais le paiement d'avance de tous les soins programmés pour les patients non couverts par l'Assurance Maladie, et ne pratique le tiers payant avec les organismes privés ou étrangers qu'à titre exceptionnel et dérogatoire. Parallèlement des actions à haut niveau ont été

menées avec les principaux organismes débiteurs, permettant le recouvrement de plus de 8M€ en quelques mois.

En second lieu, l'ouverture du paiement en ligne depuis juin 2015 a permis le recouvrement de plus de 7M€, avec près de 17 000 paiements en ligne recensés au 31 décembre 2015. Après la phase de lancement, la plateforme de paiement en ligne atteint désormais un rythme de plus de 1 000 paiements par jour, plus de 50 000 € par jour.

Focus indicateur					
	Valeur 2014	Valeur 2015	Evolution	Cible 2015	Part de la cible réalisée
Taux de paiement en ligne	0%	6,1%	+6,1pt	15%	43%

L'AP-HP est également le premier établissement public à tester le paiement par CESU électronique pour les crèches dans le cadre d'une expérimentation nationale menée avec la DGFIP. Initié début novembre, la direction des finances recensait déjà 106 paiements par e-CESU à fin décembre.

En matière de facturation et de recouvrement, l'année 2016 devra notamment permettre :

- D'initier le changement du moteur de facturation. Le démarrage du marché est prévu vers mars-avril 2016. L'année 2016 sera consacrée à la préparation des organisations et à la phase de conception du nouvel outil, pour un déploiement à partir de 2017, qui permettra à l'AP-HP de se conformer aux exigences de facturation en FIDES.
- De dématérialiser totalement le traitement de ses factures. Les fournisseurs qui le souhaitent pourront envoyer des factures dématérialisées. Pour les autres, l'AP-HP les numérisera avant de les traiter. Cela devrait accélérer et sécuriser les paiements et les fournisseurs de l'AP-HP devraient en tirer profit.

Une expérience gagnante : Saint Louis

En tant que l'un des GH pilotes du programme Simphonie, le GH Saint-Louis Lariboisière a expérimenté en 2015 le paiement à l'entrée pour les consultations et actes externes, avec un double objectif : améliorer le circuit des consultants et optimiser le recouvrement du reste à charge patient. Expérimenté dans un premier temps sur le seul périmètre des consultations au sein du service d'orthopédie et de traumatologie de Saint-Louis, le dispositif a ainsi conduit à ajuster le circuit du consultant avec un passage en caisse systématique pour tous les patients après validation par l'accueil du service. Une communication renforcée a également été mise en place dès la prise de rdv, afin de sensibiliser le patient en amont sur l'option du pré-paiement. Avec un accueil favorable réservé par les patients, le pilote a permis d'obtenir une amélioration significative du recouvrement : De 55% à fin 2014, le taux d'encaissement des patients ayant opté pour le paiement à l'entrée (plus de 50% des patients dès les premiers mois d'expérimentation) est rapidement monté à plus de 70%.

5. Amélioration de la performance pharmaceutique

Les progrès en organisation sont une source importante d'efficience en 2015 et pour les années suivantes. Outre les travaux engagés sur l'amélioration des organisations déjà évoqué plus haut, un important travail de réflexion sur l'optimisation de la logistique pharmaceutique a été mené en 2015 avec les travaux du groupe supra-GH ayant abouti à une série de préconisations à l'automne, qui

restent à déclinier et l'accompagnement par un prestataire extérieur de la réflexion sur une « re »centralisation d'une partie des dispositifs médicaux.

En matière d'évaluation et d'achat de produits de santé, le marché de l'Infliximab a été ouvert aux biosimilaires. Le premier appel d'offre lancé par l'AGEPS a permis de réaliser une économie de près de 6M€ en année pleine soit une baisse de prix estimée à 45 %, en tenant compte de l'ensemble des remises proposées sur ce segment de consommation, auxquels s'ajoutent plus de 2,8 M€ générés (en année pleine) par une baisse de prix du princeps.

Le Guichet Unique Innovation a également été lancé. Il constitue un outil de rationalisation et d'objectivation de l'accès à l'innovation en matière de produits de santé. L'enjeu est de permettre l'acquisition, tout en favorisant l'évaluation de l'intérêt médical et économique, de dispositifs médicaux innovants en phase de diffusion commerciale et présentant un impact présumé substantiel sur la prise en charge du patient et/ou sur la pratique médicale, mais dont le niveau de preuve est insuffisant et le financement non assuré, pour être directement admis à l'AP-HP.

Annexe : tableau récapitulatif de l'évolution des indicateurs

Thématique	Evolution	Indicateur	Objectif/commentaire
Intégration territoriale	Suppression	Accès simplifié aux équipes hospitalières formalisé et communiqué (%)	périmètre indéfini, non-quantifiable
	Ajout	Taux de CRH envoyé au médecin de traitant à J+8	Structuration des liens ville-hôpital, indicateur du projet "Médecins partenaires" ; alimentation mensuelle d'un indicateur sur les relations ville-hôpital.
	Ajout	Nombre de médecins partenaires	suivre le projet "Médecins partenaires"
Le parcours patient de demain	Evolution	durée <u>médiane</u> de passage aux urgences	Remplacement de la durée moyenne par la durée médiane pour s'aligner sur l'indicateur suivi au niveau régional
	Evolution	taux de transfert hors AP enfant	Réduire le périmètre aux gros SAU pédiatrique : LMR, RDB, NCK, BCT pour neutraliser les taux de transfert important dans les SAU de petite taille (en attente de confirmation)
	Suspension	délais de rdv pour une primo-consultation en oncologie médicale + radiothérapie	Fiabilisation en cours : exhaustivité fichier structure + interfaçage SI.
	Ajout	délai moyen de rdv pour une primo-consultation	Etoffer les indicateurs consultations (une des priorités institutionnelles) par un indicateur de moyenne.
Evolution des prises en charge	Evolution	taux de chirurgie ambulatoire	Evolution du périmètre de l'indicateur conformément au nouvel indicateur national (GHM en C + 7 nouveaux types de séjours)
Amélioration des organisations	Ajout	taux d'ouverture des blocs opératoires	Compléter les indicateurs relatifs à l'activité des blocs (projet prioritaire)
	Ajout	taux de sortie avant 12h	Intégrer un indicateur sur la sortie, renseigné automatiquement et disponible chaque mois
	Ajout	taux de déploiement ORBIS	introduire un indicateur de suivi du déploiement d'ORBIS
Qualité	Evolution	% de thématiques V 2014 donnant lieu à EPP	remplacer le "% d'EPP actives sur les PEP ayant un résultat inférieur à 80%", actualise l'indicateur en lien avec la certification
	Non-renseigné	Nombre de bénévoles accompagnants, formés et tutorés	Non renseigné en 2015. La politique de la DPUA s'est concentrée prioritairement en 2015 sur la formation des représentants des usagers
RH	Ajout	taux d'absentéisme PNM toutes qualifications confondues pour maladie ordinaire	Intégrer un indicateur sur les conditions de travail
Développement Durable	Ajout	Taux d'évol. annuelle de la conso d'énergie (électricité, gaz, réseaux de chaleur)	Couvrir le volet développement durable dans le tableau de bord des indicateurs
	Ajout	Evolution de la consommation de papier (%)	Accessibilité des données en cours d'instruction
	Ajout	Pourcentage de véhicules propres du parc (annuel)	Couvrir le volet développement durable dans le tableau de bord des indicateurs
	Ajout	Taux de réalisation des plans de déplacement entreprise (PDE) (annuel)	Couvrir le volet développement durable dans le tableau de bord des indicateurs
Logistique	Ajout	Gain Achats	Couvrir le volet logistique dans le tableau de bord des indicateurs
	Ajout	taux d'évolution annuel des dépenses de transport patients	Couvrir le volet logistique dans le tableau de bord des indicateurs
	Ajout	% de sites ayant mis en place les filières déchets réglementaires	Couvrir le volet logistique dans le tableau de bord des indicateurs