Projet médical 2021-2025 de l'AP-HP

Pr Rémi Salomon
Président de la CME de l'AP-HP
CME du 9 mars 2021

Code de la santé publique : rappels

Projet médical (PM): **base** du projet d'établissement

Le **PCME** coordonne la politique médicale, élabore le PM avec le **DG**

Le **directoire** approuve le PM.

Le PM est élaboré pour **5 ans**. Il peut être modifié par voie d'avenant.

Il comprend :

- Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional de santé ;
- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- L'organisation des moyens médicaux ;
- Un volet relatif à l'activité palliative.

Calendrier du projet médical

- **CME du 9 mars : présentation et discussion du projet médical**
- CTEC du 11 mars
- Directoire du 16 mars
- 3CU du 18 mars
- CSIRMT du 25 mars

- **CME du 6 avril : avis sur le projet médical**

Sommaire général

1ère partie

I. Le CHU dans la région Île-de-France

II. Attractivité des carrières médicales

III. Grands axes médicaux stratégiques

IV. Projet recherche

2e partie

Programme d'actions QSS & CAPCU

Grands projets médicaux des GHU

Fiches des collégiales

Sommaire - 1ère partie

I. Le CHU dans la région Île-de-France

1. Les partenariats avec les établissements hospitaliers des territoires
2. Les relations avec les établissements de santé privés d'intérêt public (ÉSPIC)
3. Les coopérations avec la médecine de ville

II. Attractivité des carrières médicales

1. Effectifs et métiers : poser les fondements d'une politique de gestion prévisionnelle des personnels médicaux

2. Carrières médicales : donner des perspectives, diversifier et enrichir les parcours professionnels à tous les âges de la vie

2.1. Décliner les réformes du Ségur à l'AP-HP en définissant une politique des ressources humaines médicales

2.2. Favoriser la formation et la recherche

- Politique de formation continue
- École de chirurgie
- Accueil des internes
- Renforcer la recherche comme élément essentiel d'attractivité

3. Qualité de vie au travail : simplifier les organisations et le quotidien des équipes

4. Territoire : renforcer la politique de partenariat du CHU avec les établissements franciliens

III. Axes médicaux stratégiques

1. Parcours de soins du sujet âgé : adapter notre offre de soins au vieillissement de la population

2. Santé des enfants

3. Accompagner et améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap

4. Psychiatrie et santé mentale

5. Accompagner les patients polypathologiques et atteints de maladies chroniques

6. Soins non programmés, gestion de crise, adaptabilité

6.1. Améliorer la régulation des soins non programmés

6.2. Améliorer l'accueil des urgences

7. Parcours opératoire et interventionnel : bloc, innovation opératoire

8. Cancérologie

9. Médecine palliative et prise en charge de la douleur

10. Maladies rares

11. Biologie

12. Santé publique, santé environnementale et prévention

13. Capacitaire

14. Numérique

IV. Recherche

Sommaire - 2nde partie

- ❑ Synthèse du programme d'action pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (**QSS & CAPCU**) (*à venir*)
- ❑ Synthèse des grands projets médicaux des GHU arrêtés à la suite des **conférences stratégiques** de mars (*à venir*)
- ❑ Fiches des **collégiales**

I. Le CHU dans la région Île-de-France

→ Quatre principes :

- Non concurrence entre les hôpitaux publics : complémentarité
- Non concurrence entre les GHU de l'AP-HP : solidarité
- Partenariats avec les ÉSPIC : sur la base de projets médicaux cohérents
- Ville-hôpital : maillage autour de chaque site hospitalier

→ Partenariats avec

- ✓ les EPS : Définition concertée des niveaux d'intervention, postes d'assistants partagés, recherche
- ✓ les ÉSPIC : actualisation des conventions hospitalo-universitaires
- ✓ la médecine de ville
  - **maillage de proximité** autour de chaque site hospitalier, partenariats avec les CPTS
  - postes **d'assistants partagés ville-hôpital**, infirmiers de pratique avancée
  - **téléconsultations**

Attractivité des carrières médicales & fidélisation (1)

→ **Objectif :** rétablir l'attractivité des carrières médicales à l'AP-HP et en Île-de-France

→ **Enjeux :**

1. Réponse aux besoins de la population et égalité d'accès aux soins
2. Avenir du service public hospitalier
3. Formation des futurs médecins

Attractivité des carrières médicales & fidélisation (2)

→ Axes stratégiques :

1. **Effectifs et métiers :** poser les fondements d'une politique de gestion prévisionnelle des personnels médicaux
2. **Carrières médicales :** donner des perspectives, diversifier et enrichir les parcours professionnels à tous les âges de la vie
3. **Qualité de vie au travail :** simplifier les organisations et le quotidien des équipes
4. **Territoires et attractivité de l'Île-de-France :** renforcer les partenariats avec les EPS franciliens

Attractivité des carrières médicales & fidélisation (3)

1. Effectifs et métiers : poser les fondements d'une politique de gestion prévisionnelle des personnels médicaux

- analyser l'évolution **démographique** afin de déterminer les besoins en compétences médicales dans les 5 à 10 ans (soins formation, recherche)
- développer une réflexion prospective médicale
- favoriser une politique d'universitarisation en **médecine du travail** et en **santé publique** (en lien avec les doyens)

2. Carrières : donner des perspectives, diversifier et enrichir les parcours professionnels à tous les âges de la vie

- **Déclinaison du « Ségur » :**
  - statut unique des PH et reconnaissance de valences, fusion des statuts des praticiens contractuels, discussions HU en cours
- **Formation & recherche :**
  - QSS & CAPCU, management (« plan RH-PM »), accueil des internes
  - Formations innovantes, PM/PNM : formations communes, implication des médecins dans les IFSI, IPA
  - Projet recherche

Attractivité des carrières médicales & fidélisation (4)

3. Qualité de vie au travail : simplifier les organisations et le quotidien des équipes

- Remettre le **service** au cœur de l'organisation hospitalière
  - Évaluation de la mise en œuvre des DMU : cohérence hospitalo-universitaire, place des services, simplification administrative
  - Conseils de service : partage du projet de service et de DMU
- Redynamiser la concertation dans les **sites** hospitaliers
  - Place et rôle des responsables médicaux de site
- Lutter contre le **glissement des tâches** : dimensionnement des secrétariats, allègement des tâches administratives, logistique…
- Qualité des **équipements** et adéquation du **système d'information** aux besoins

Attractivité des carrières médicales & fidélisation (5)

3. Territoires : renforcer les partenariats avec les établissements franciliens

→ voir chapitre I : « Le CHU dans la région Île-de-France »

Axes médicaux stratégiques

1. Parcours de soins du sujet âgé
2. Santé des enfants
3. Prise en charge des personnes en situation de handicap
4. Psychiatrie et santé mentale
5. Patients polypathologiques et atteints de maladies chroniques
6. Soins non programmés, gestion de crise, adaptabilité
7. Parcours opératoire et interventionnel
8. Cancérologie
9. Médecine palliative et prise en charge de la douleur
10. Maladies rares
11. Biologie
12. Santé publique, santé environnementale et prévention
13. Capacitaire
14. Numérique

1. Parcours de soins du sujet âgé (1)

1. **Améliorer l'offre de soins gériatriques sur l'ensemble du territoire et apporter l'expertise gériatrique au plus près du patient**
   - Recentrage de l'offre de soins gériatriques de l'AP-HP sur le sanitaire de haut niveau (gériatrie polyvalente, onco-gériatrie, neuro-psycho-gériatrie, gériatrie péri-opératoire…)
   - Définition des filières gériatriques intra-hospitalières par GHU
   - Projet stratégique gériatrique de territoire par GHU
   - Renforcement des équipes mobiles gériatriques intra- et extra-hospitalières, HAD, coordination du retour à domicile

2. **Favoriser le développement de la recherche en gériatrie**
   - Sanctuarisation du temps recherche dans les services de gériatrie
   - Mise en place de systèmes de financements spécifiques

1. Parcours de soins du sujet âgé (2)

3. Améliorer l'attractivité de la gériatrie pour les personnels soignants

- Volet spécifique gériatrique dans la démarche d'**évaluation des charges de travail** prévue par le projet social
- **Formation :**

  Mieux former les professionnels exerçant auprès des personnes âgées, notamment former l'ensemble des aides-soignants exerçant en gériatrie aux spécificités de la prise en charge gériatrique et leur permettre d'obtenir le diplôme d'assistant de soins en gérontologie
- **Accueil et formation des élèves infirmiers** dans les services de gériatrie de préférence en fin de cursus
- Augmentation du nombre d'**internes** formés en gériatrie
- Favoriser la nomination de **PH gériatres** (spécialité en grande tension)

2. Santé des enfants

- Renforcer l'expertise multidisciplinaire des services de **pédiatrie générale** des les hôpitaux non pédiatriques
- Augmenter le nombre de lits de **soins critiques** (USC) et maintenir le niveau de formation adéquat des personnels
- Renforcer les effectifs (H et HU) en **néonatalogie**, former des infirmières de pratique avancée, envisager des regroupements de structures (fédérations entre les trois types de centres périnatals)
- Mettre en place une régulation régionale des appels secondaires puis primaires au sein d'une **fédération des SAMU-SMUR**
- Pérenniser par des postes de titulaires la mise en place des ratios ressources-activité dans les **SAU pédiatriques**
- **Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent :**
  - améliorer les **liens entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie** ; labelliser des dispositifs de prise en charge des **situations de crise** ; faciliter la **formation** des personnels de pédopsychiatrie
  - renforcer la présence de **pédopsychiatres de liaison,** d'**éducateurs** et de **psychologues** dans les services de pédiatrie, favoriser la création d'**équipes mobiles en protection de l'enfance** et **faire de l'ouverture de lits de pédopsychiatrie et de médecine de l'adolescent une priorité**
- Travailler à une meilleure répartition des missions des **disciplines pédiatriques spécialisées** et à une structuration en fédérations afin de rendre plus lisible l'excellence médicale et scientifique du CHU, et évaluer l'activité de recherche clinique et translationnelle pédiatrique.

3. Handicap

- **Renforcer le positionnement de l'AP-HP sur le recours :** meilleure intégration des services de MPR dans les hôpitaux d'aigu à proximité des services de MIR, des spécialités d'organes et des plateaux techniques spécialisés
- **Développer les soins au long cours** : collaborations structurées avec les spécialités d'organe, la psychiatrie, les spécialités chirurgicales et le secteur médico-social
- **Rendre plus facilement accessible l'expertise de l'AP-HP auprès de la ville et du secteur médico-social** : télé-expertise, outils de suivi et de soins en e-santé...
- **Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées :**
  - déploiement de la plateforme « Handiconsult » de Pitié-Trousseau
  - état des lieux de l'accessibilité des services dans les hôpitaux de l'AP-HP et programmation d'une mise à niveau
  - former les professionnels aux spécificités des personnes handicapées : pluridisciplinarité, IPA
- **Développer la recherche**, notamment dans les hôpitaux de la fédération du polyhandicap (San Salvadour, Hendaye, La Roche-Guyon)
- **Faire évoluer notre offre de soins :**
  - nouvel hôpital « Garches à Ambroise-Paré » : expertise en MPR et accès aux soins somatiques
  - unités de soins prolongés complexes (USPC) en aval des SSR, structures expérimentales lieu de vie et de soin.

4. Santé mentale

- **Améliorer l'attractivité :**
  - universitarisation de la discipline et titularisation plus rapide des praticiens
  - évaluation des charges de travail des soignants (cf. projet social)
  - création de postes d'infirmiers de pratiques avancées en psychiatrie et santé mentale
- **Améliorer la réponse aux besoins :**
  - renforcer les liens territoriaux avec les GHT pour le recours, améliorer la coordination avec les réseaux de santé
  - renforcer les capacités d'hospitalisation et de soins ambulatoires, développer les équipes mobiles pluridisciplinaires
  - promouvoir la télé-psychiatrie, en particulier pour l'accès aux consultations et aux expertises de recours
- **Développer la prévention primaire et secondaire** des troubles mentaux et des récurrences suicidaires
- **Développer de nouveaux modes d'organisation** pour améliorer la prise en charge psychiatrique d'urgence (lits d'hospitalisation de 72 h post-urgences psychiatriques, équipes pluridisciplinaires de psychiatrie d'urgence), de liaison (équipes mobiles pluridisciplinaires intervenant dans les services d'aigu) et en hospitalisation (« *mood centers* », unités d'HC adolescents et jeunes adultes)
- **Développer les consultations multidisciplinaires spécialisées ou ultra-spécialisées :** post-COVID, neuropsychiatrie pour l'épilepsie ou les maladies neuro-dégénératives, maladies génétiques à expression psychiatrique, consultations transculturelles, etc.
- **Favoriser la recherche :** personnels d'appui à la recherche clinique, outils numériques adaptés et sécurisés (Orbis-psy, notamment) permettant de développer la recherche clinique sur les cohortes de l'entrepôt de données de santé de l'AP-HP et de respecter la confidentialité des dossiers de psychiatrie

5. Maladies chroniques

- **Évaluer les besoins non couverts** et l'adaptation territoriale (proximité) de notre offre de soins
- Anticiper les adaptations organisationnelles nécessitées par les **innovations** dans les prises en charge des maladies chroniques
- Continuer à développer l'**éducation thérapeutique** du patient
- Poursuivre la structuration de l'offre d'**activité physique adaptée** :
  - augmenter le nombre de plateformes pluridisciplinaires de réhabilitation par l'exercice en veillant à une bonne répartition géographique et thématique
  - susciter des équipes mobiles capables d'assurer la prescription et le suivi d'activités physiques
  - s'inscrire dans le programme régional « Prescri'forme » (prescription d'activité physique aux patients en ALD)
- Étendre la **démarche parcours** pour l'ensemble des maladies chroniques
- Repenser le **rôle des paramédicaux** (infirmiers de coordination, IPA, protocoles de coopération…) afin de mieux structurer une organisation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire
- Déterminer et exploiter le potentiel des **nouvelles technologies** numériques et de l'IA au service des patients chroniques, en préservant la relation entre patients-soignants

6. Soins non programmés, urgences

- Expérimentation du **SAS**
- Renforcement des liens avec les **acteurs de ville**
  - régulation SAS : meilleure orientation des patients ville / hôpital
  - consultations de soins non programmés dans les SAU
  - renforcement des liens avec la BSPP
- Réduction des **délais d'attente** aux urgences :
  - Circuits courts
  - Amélioration de la répartition des zones dans les SAU
  - Plages ou scanners dédiés, protocoles de coopération pour la prescription des examens de bio et radio, biologie délocalisée
  - Contrats « zéro brancard »
- Gestion de l'hospitalisation et soutien aux services d'**aval des SAU**
  - Projets médicaux d'interface SAU / services par site hospitalier
  - Évaluation des besoins capacitaires de 1er et 2nd aval (voir § 13)
  - Service d'aval : favoriser les admissions directes, améliorer l'accès aux plateaux techniques
- Anticipation des tensions sanitaires : **RETEX Covid**

7. Parcours opératoire et interventionnel

Face aux profondes mutations de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation, l'enjeu de l'attractivité de l'hôpital public pour ces deux disciplines est majeur (concurrence du secteur privé : salaires, QVT)

- **Moderniser les blocs**,
- **Développer l'interventionnel** (cardio, neurolo, ortho, gastroentéro…) et coordonner les évolutions qui en découleront dans des disciplines chirurgicales
- **Optimiser l'organisation des blocs :** ouverture des salles, concordance des temps, taux d'occupation, adaptation des effectifs aux besoins
- **Poursuivre la réorganisation de l'offre de soin**, en veillant à la cohérence globale par spécialité chirurgicale et en évitant les concurrences entre GHU, tout en garantissant un bon maillage territorial
- Garantir un **post-internat** de qualité pour tous les internes, puis la possibilité d'une carrière hospitalo-universitaire ou d'une **titularisation** rapide
- Ouvrir la nouvelle **école de chirurgie** et introduire la **simulation** dans la formation initiale et continue (voir chapitre « Attractivité »)

8. Cancérologie

- **Politique de labellisation régionale, nationale et européenne, avec un triple objectif : améliorer la qualité de la prise en charge, structurer les activités et donner une meilleure visibilité**
- **Politique d'innovation au service d'un parcours de soins multidisciplinaire avec une attention particulière :**
  - à la prévention et au **dépistage** ;
  - à l'annonce de la maladie et au plan personnalisé de soins ;
  - à une offre de soins au plus proche des besoins **territoriaux** afin d'éviter les transports fréquents et pénibles pour les patients ;
  - aux **centres de diagnostic rapide** (sein/ovaires/prostate, poumon, colon/rectum/foie /pancréas) ;
  - aux **plateformes de pathologie et de génétique** (« Oncomolpath », plateforme SEQOIA), pour le bilan diagnostique et pré-thérapeutique et aux consultations d'analyses oncogénétiques constitutionnels et somatiques ;
  - aux innovations thérapeutiques (chimiothérapies orales, immunothérapie...) et de parcours (réanimation pour les complications des cancers et de leurs traitements, oncologie interventionnelle, chirurgie ambulatoire oncologique et radiothérapie dans un parc rénové).
- **Promotion de nouveaux métiers :** protocole de coopération pour la chimiothérapie orale, infirmiers coordinateurs et de pratique avancée en cancérologie
- **Qualité et sécurité des soins :** mise en place de la méthode du patient-traceur et analyse des ÉIG
- **Recherche clinique et translationnelle :**
  - labellisation INCA de centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP) et de sites de recherche intégré sur le cancer (SIRIC) ;
  - « One.aphp » (guichet unique pour les essais à promotion industrielle)
  - intégration des données de cancérologie dans l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP.

9. Douleur & médecine palliative (1)

1. Organiser, mettre en œuvre et assurer une prise en charge spécialisée de la douleur sur chaque **site** hospitalier, et renforcer la traçabilité de la douleur, en particulier des douleurs neuropathiques
2. **Renforcer les structures** douleur afin de réduire les délais de première consultation et de prise en charge des patients externes
3. Mieux valoriser les prises en charge **non médicamenteuses** et tester une évaluation qualitative de l'activité des différents intervenants
4. Renforcer la **formation** des personnels soignants
5. Soutenir la **recherche** clinique médicale et paramédicale
6. Formaliser des **parcours** de prise en charge des patients douloureux entre l'hôpital et les acteurs de la ville, en y incluant la prévention de la douleur chronique post-chirurgicale
7. Promouvoir les démarches d'évaluation de la prise en charge de la douleur en association avec les **usagers**.

9. Douleur & médecine palliative (2)

- **Renforcer les équipes spécialisées en soins palliatifs (PM et PNM) en améliorant l'attractivité** (QVT, projet professionnel, formation continue, simplification du recrutement et de la titularisation, encadrement, IPA…)
- **Renforcer la formation des soignants :** accès facilité à des formations diplômantes pour les personnels des équipes de soins palliatifs et à des formations adaptées pour les personnels travaillant en 1ère ligne auprès des patients en fin de vie
- **Penser « territoire » et parcours de soin intégré :** l'AP-HP se doit d'avoir un rôle novateur, promoteur et fédérateur :
  - *Précocement* : en favorisant l'intervention des équipes de soins palliatifs au sein des hôpitaux de jour intégrés aux spécialités
  - *En ambulatoire :* participation aux réseaux ville-hôpital de soins palliatifs ; exercice territorial des équipes de soins palliatifs, orienté vers les structures médico-sociales, sanitaires et sociales, et le domicile ; mise en place d'HDJ spécifiques de soins palliatifs, permettant d'adapter les soins ire) et de proposer un répit aux aidants naturels ; renforcement de l'HAD palliative (en relais et soutien des acteurs de l'ambulatoire)
  - *Plus tardivement :* expérimentation de lits SSR soins palliatifs (de répit long) de façon à accueillir correctement les patients palliatifs dont l'état de santé ou les conditions de vie ne permettent pas un maintien au domicile mais n'entrant pas encore dans les critères particuliers d'hospitalisation en unité de soins palliatifs.
- **En lien avec l'Université, favoriser l'enseignement et la recherche dans le domaine des soins palliatifs :**
  - Enseignement : formation initiale dans les IFSI, enseignement spécialisé universitaire et post-universitaire, enseignement institutionnel de l'AP-HP et formation plus informelle lors de staff ou au lit du malade, accueil en stage de professionnels, création de postes attractifs pour les jeunes médecins
  - Recherche : renforcement de la recherche clinique et évaluatrice, pour favoriser le développement de nouveaux modèles d'intégration précoce et ciblée sur les besoins des patients, avec la double visée de qualité et d'efficience des soins délivrés aux patients en situation d'incurabilité ; méthodologie : articuler le cadre épistémologique classique de l'épidémiologie clinique avec celui des sciences humaines et sociales.

10. Maladies rares

- **Animation de la banque nationale de données maladies rares (BNDMR)**
- **Mise en œuvre le plan « France médecine génomique 2025 »** (SEQOIA), avec comme objectif à l'horizon 2025 un accès à la médecine génomique pour l'ensemble des personnes concernées par des maladies rares sur le territoire, et en se donnant pour perspective à terme de pouvoir développer une analyse holistique des maladies multifactorielles (croisement avec les données environnementales)
- **7 priorités du 3e plan national maladies rares :** réduction de l'errance diagnostique, renforcement de la structuration des bases de données, accroissement du rôle des filières, lisibilité des parcours, innovation et accès à l'innovation, mise en place de nouveaux dépistages ; renforcement du rôle moteur de la France dans la dynamique européenne

11. Biologie

- **anticiper les évolutions, et dans certains cas les restructurations**, de façon concertée avec les équipes, en préservant les liens entre clinique, biologie et recherche
- programmer un **plan pluriannuel des recrutements et formations** nécessaires
- développer les **nouveaux métiers** : conseillers en génétique, ingénieurs, bio-informaticiens, qualiticiens, techniciens spécialisés de laboratoire…
- investir pour renouveler les **équipements**, se doter d'un **système performant de gestion des laboratoires**, optimiser les **flux logistiques des prélèvements**, **dématérialiser** le rendu des résultats et communiquer avec les patients et les laboratoires de ville
- créer dans les hôpitaux des **centres de prélèvements ouverts sur la ville** avec une importante amplitude horaire
- **développer l'offre de service à l'extérieur de l'AP-HP**, notamment à destination des GHT et des CPTS
- s'engager résolument dans une **démarche de juste prescription** avec une responsabilisation claire des prescripteurs et la mise en place d'outils informatiques adaptés et validés

12. Santé publique, santé environnementale et prévention

1. **Exploiter l'entrepôt de données de santé à des fins de santé publique**
   - approche « santé globale » (*One Health*)
   - croiser données cliniques et environnementales
2. **Développer le dépistage et la prévention**
   - soins, enseignement, recherche
3. **S'engager pour la santé environnementale, le développement durable et la transition écologique**
   - Éducation préventive en santé environnementale
   - Formation des soignants aux problématiques du DD spécifiques au secteur de la santé
   - Recherche pluridisciplinaire en santé environnementale et DD en santé
   - Maternités et blocs co-responsables, tri et valorisation des déchets d'activité de soins, intégration de critères de DD dans les achats de médicaments et DM, limitation plastiques et usage unique pour certains matériels

12. Capacitaire

L'AP-HP mènera des études relatives au besoin capacitaire afin d'objectiver l'ensemble des questions relatives aux conditions de prise en charge qui influent sur le besoin en lits et de préparer le passage progressif aux chambres individuelles qui doivent devenir la norme pour tout patient.

Objectifs :

- désengorger les urgences (adultes, pédiatriques, psychiatriques) et fluidifier le parcours des patients (délais d'hospitalisation, aval des services d'aigu et de l'hôpital)
- répondre à l'évolution des besoins (socio-démographiques, épidémiologiques, géographiques, et évolution des modes de prise en charge)
- anticiper les variations saisonnières et les crises épidémiques
- améliorer les conditions de travail des personnels (diminution du temps soignant passé à chercher des lits, travail en flux tendus, évolution de la lourdeur des patients)

Ces questions sont étroitement liées avec les effectifs et l'organisation des parcours de soins

Elles doivent s'accompagner d'une réflexion sur la répartition des moyens :

- **répartition territoriale** de l'offre de soins (pouvant s'appuyer sur des partenariats avec les autres structures hospitalières, médico-sociales et acteurs de ville)
- **répartition entre spécialités et entre modes de prise en charge** (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire), en tenant compte de l'état et de l'évolution de la démographie médicale.

13. Numérique

Objectif général : *disposer d'un SI performant tout en garantissant la confidentialité des données et en sécurisant les infrastructures*

- **Améliorer la communication des informations médicales avec le patient** et simplifier les démarches administratives
- **Permettre le partage des informations médicales avec le médecin traitant :** accès aux comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, aux résultats de biologie et d'imagerie
- **Faciliter le partage de données médicales** entre structures hospitalières, laboratoires, structures d'imagerie et AP-HP, dans le respect des habilitations et des réglementations
- **Poursuivre le développement du SI clinique et médicotechnique :** dossiers adaptés à chaque spécialité, logiciels adaptés aux besoins des soignants, avec un impact positif sur l'organisation des soins
- **Développer l'EDS :** disposer d'un outil simplifié permettant aussi bien des travaux à l'échelon des services que des études collaboratives avec d'autres structures scientifiques
- **Le virage numérique doit :**
  - se réaliser **en accompagnement avec les personnels** car il impacte tous les métiers
  - permettre aux équipes médicales de disposer des **évolutions de l'IA**, tout particulièrement dans les domaines de la biologie, de l'anatomo-pathologie et de l'imagerie
- **Élaborer un nouveau schéma directeur du SI en 2021**, avec une réflexion sur le **niveau d'investissement** et sur l'**empreinte environnementale**

Partie 2

1. **Synthèse du programme d'action 2021-2025 de la CME pour l'amélioration de la QSS & CAPCU 2021-2025**
2. **Synthèse des grands projets médicaux des GHU qui seront arrêtés à la suite des conférences stratégiques de mars**
3. **Fiches des collégiales**

http:// cme.aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

CME

Commission médicale d'établissement de l'AP-HP, CHU d'Île-de-France

Accueil | Réunions | Groupes de travail | Qualité / sécurité | Stratégie | Diaporamas

Accueil » Projet médical 2021-2025 : méthode, calendrier, thèmes

La CME

- Composition & organisation
- Missions
- Lois et règlements
- Histoire
- Documents

Projet médical 2021-2025 : méthode, calendrier, thèmes

Voir | Modifier

Projet de plan du projet médical 2021-2025 de l'AP-HP présenté par le président de la CME au bureau de la CME du 1er septembre 2020

Diaporama présenté par le Pr Bahram BODAGHI, président de la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT), à la CME du 7 juillet 2020

Contributions des collégiales :

- mise à jour 2020
- contributions 2019

Contributions des sous-commissions de la CME