PROJET MÉDICAL 2021-2025

Version 5 mars 2021

Partie 1

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

L'Île-de-France est un territoire vaste et complexe, riche d'un potentiel humain et d'innovation remarquable, mais présentant de nombreuses disparités géographiques et sociales, facteurs d'inégalité d'accès aux soins. L'AP-HP doit être le CHU de l'ensemble des territoires d'Île-de-France.

La crise du coronavirus a montré combien la solidarité de l'ensemble des professionnels de santé de tous secteurs (public, privé, hospitalier, hospitalo-universitaire, de ville, médico-social) est susceptible de rendre notre système régional de soins plus efficace. Elle a aussi ouvert de nouveaux horizons de prise en charge coordonnée des patients : dispositif COVIDOM, téléconsultations, collaboration avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes mobiles de gériatrie en renfort des établissements d'hébergement pour personnes âgées indépendantes (ÉHPAD)… Cette solidarité que nous avons su faire vivre en temps de crise, nous devons la bâtir en temps normal et de façon pérenne en tirant parti des expériences les plus concluantes.

La crise a aussi souligné les inégalités territoriales au sein de la région Île-de-France. La surmortalité observée au cours de cette crise dans certains départements franciliens, comme la Seine-Saint-Denis, est certes loin d'être exclusivement le fait de l'hôpital. Il n'en reste pas moins que des disparités en moyens, notamment en moyens hospitaliers et en postes universitaires, existent, posant des problèmes d'attractivité pour les groupes hospitalo-universitaires de certains territoires extra-muros, alors que la population francilienne connaît une évolution centrifuge depuis plusieurs décennies. Les difficultés d'attractivité et d'accès à l'expertise médicale complexifient ainsi la prise en charge des patients, le tissage de partenariats territoriaux et l'aménagement de carrières dynamiques dans certains départements extra-muros.

Dans la mesure où les difficultés rencontrées de façon globale en matière d'évolution de la démographie médicale hospitalière et hospitalo-universitaire en Île-de-France ne permettent pas d'envisager des redistributions conséquentes, la priorité immédiate du CHU d'Île-de-France sera, non seulement de s'assurer de la solidarité entre tous ses hôpitaux et groupes hospitaliers, mais aussi de renforcer ses partenariats avec les établissements et acteurs de santé des territoires en organisant une gradation des soins, des filières de recours et des parcours patients structurés. Ces partenariats doivent également permettre de mieux répondre aux besoins insatisfaits en lits en aval de l'hospitalisation, notamment en matière de soins de suite et de rééducation, de prise en charge des personnes âgées, des personnes souffrant de troubles psychiatriques et des personnes relevant de prises en charge médico-sociales ou sociales.

1. Les partenariats avec les établissements hospitaliers des territoires

L'hospitalisation publique ne peut pas se faire concurrence à elle-même, ni au sein de l'AP-HP ni entre l'AP-HP et les centres hospitaliers du territoire.

Depuis 2016, la structuration des 16 groupes hospitaliers de territoire (GHT) d'Île-de-France et le processus d'association de l'AP-HP avec chacun d'entre eux ont permis de renforcer les partenariats avec les centres hospitaliers. Un bilan établi en 2020 montre le dynamisme des groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP sur les conventions territoriales et le succès des postes d'assistant partagé comme outil pour renforcer les coopérations hospitalières et territoriales et conforter les équipes médicales dans les centres hospitaliers. Ces partenariats s'avèrent toutefois hétérogènes selon la situation géographique des GHU de l'AP-HP (multiplicité de GHT partenaires pour certains GHU extra-muros) et les dynamiques territoriales restent variables.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Deux enjeux principaux ont été identifiés pour les prochaines années : le bon équilibre hospitalo-universitaire de ces partenariats pour maintenir une collaboration de haut niveau incluant la recherche, d'une part, la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins du CHU sur la région, d'autre part.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP, CHU d'Île-de-France, qui se positionne à la fois comme acteur de proximité et de recours :

- finalisera les projets médicaux de territoire entre les GHT et les nouveaux GHU, avec pour objectifs : 1) de structurer l'orientation, la prise en charge et le parcours clinique des patients par territoire à la faveur d'une définition concertée de niveaux d'intervention de chaque établissement partenaire ; 2) de favoriser une attractivité globale de l'Île-de-France pour les jeunes médecins ;
- renforcera les coopérations en matière de recherche, notamment en impliquant plus fortement les GHT dans les inclusions de patients dans les programmes pilotés par le CHU ;
- poursuivra le développement des postes partagés : augmentation du nombre de postes d'assistants partagés et réflexion sur une possible extension de ce dispositif à d'autres types de postes (PH partagés, notamment) ;
- s'efforcera de mieux anticiper les impacts de ses évolutions structurelles et fonctionnelles sur l'offre territoriale de soins et renforcera les échanges avec les centres hospitaliers sur les grands projets et évolutions structurelles de l'AP-HP, en commençant par l'hôpital du futur campus Grand-Paris Nord ;
- proposera une organisation des activités d'expertise et de référence sur l'ensemble de la région, conformément à la nouvelle politique d'autorisations définie par l'agence régionale de santé (ARS), en lien avec d'autres offreurs de soins publics, privés et associatifs ;
- améliorera les outils numériques supports de cette coopération inter-hospitalière, en particulier pour le partage des dossiers médicaux et de l'imagerie ;
- réfléchira aux possibilités de partage des plateaux techniques sur le territoire, notamment en matière d'expertise et de recours.

1.3. Les relations avec les établissements de santé privés d'intérêt public (ÉSPIC)

L'agence régionale de santé est la garante de la complémentarité de tous les établissements profitant de financements publics, laquelle doit exclure la logique des « parts de marché » et de la concurrence par les salaires parce qu'elle est incompatible avec l'objectif de fédérer les acteurs de santé des territoires au service des usagers.

Les conventions hospitalo-universitaires entre le CHU et ses partenaires sont en cours d'actualisation. Elles doivent être fondées sur des projets médicaux cohérents avec les besoins de santé de la population, les besoins de formation des professionnels de santé et la politique médicale de l'AP-HP.

1.4. Les coopérations avec la médecine de ville

La qualité des parcours de soins des patients nécessite une coordination étroite et renforcée avec les professionnels de santé de ville, médecins mais aussi paramédicaux. Cette coopération est rendue d'autant plus nécessaire par l'augmentation des maladies chroniques et elle va de pair avec la possibilité de faire évoluer les modes de prise en charge à l'hôpital. Elle est toutefois compliquée dans certaines zones géographiques de l'Île-de-France où le nombre de professionnels de santé et la saturation des files actives de patients ne permettent pas de répondre aux besoins de la population du département.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Compte tenu de la taille des nouveaux groupes hospitalo-universitaires, un lien fort de proximité doit être maintenu avec les hôpitaux, échelon de communication le plus naturel avec les acteurs du premier recours. En revanche, la coopération avec les réseaux de correspondants spécialistes s'envisage à une échelle différente.

Les réalisations du plan stratégique précédent, comme le programme « Médecins partenaires », l'application « Direct AP-HP » permettant de joindre directement des médecins de l'AP-HP, ou encore les coopérations mises en place avec les structures de ville (maisons de santé pluridisciplinaires, centres municipaux de santé, communautés professionnelles de territoire de santé...), de même que les coopérations développées dans le contexte de la crise COVID doivent servir d'appui pour aller plus loin.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP ambitionne de :

- Construire avec les acteurs du territoire un maillage autour de chaque site hospitalier et, notamment, établir des partenariats avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- Soutenir la démographie médicale en ville en :
  - développant les postes partagés ville-hôpital, en veillant toutefois à ne pas proposer des postes partagés avec plus de deux centres ;
  - permettant, là où c'est souhaité, l'installation d'équipes de soins primaires dans les locaux de l'AP-HP ;
- S'appuyer sur les parcours thématiques et les expérimentations « article 51 » pour renforcer nos liens avec la médecine de ville ;
- Rénover et renforcer la coopération avec les médecins spécialistes dans certaines disciplines, en coopération notamment avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS) ;
- Promouvoir et faciliter le rôle des paramédicaux, en particulier des infirmiers de pratique avancée, qui doivent jouer un rôle de premier plan dans la collaboration ville-hôpital et l'amélioration des parcours de soins ;
- Mettre en place un système d'information robuste permettant les téléconsultations, les staffs à distance, etc. ;
- Améliorer la transmission des informations vers la ville après la prise en charge hospitalière : compte rendus et lettres de liaison aux professionnels de ville, identification des médecins traitants des patients lors de leur prise en charge à l'hôpital et automatisation de la transmission de l'information, bonnes pratiques de contact des médecins traitants en amont de la sortie, alimentation du dossier médical partagé (DMP) avec les documents patients éligibles produits par l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP, et participation active à « Terr-e.santé » ;
- Animer et faire vivre le réseau des médecins partenaires avec mise à disposition de services numériques (portail professionnel, application « direct AP-HP » renforcée…) ;
- Veiller à la bonne articulation entre le développement des relations de l'AP-HP avec les acteurs de l'ambulatoire et les partenariats réalisés avec les établissements de santé du territoire.

DOCUMENT DE TRAVAIL

II. Attractivité des carrières médicales

Le changement majeur intervenu au cours de la dernière décennie en matière de ressources humaines médicales est l'effritement de l'attractivité de l'AP-HP, mais aussi de l'ensemble des hôpitaux publics d'Île-de-France. Dans le même temps, alors que perduraient, voire s'aggravaient par endroits, les déséquilibres territoriaux, de véritables déserts médicaux de ville apparaissaient dans certains territoires de la région.

Pour ce qui concerne l'AP-HP, où de plus en plus de disciplines médicales sont reconnues « en tension », de multiples facteurs, souvent communs à l'ensemble des hôpitaux publics, expliquent cette relative désaffection, parmi lesquels : le coût de la vie en Île-de-France sans commune mesure avec l'évolution des salaires, l'évolution culturelle des jeunes générations plus attachées notamment à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, la dégradation des conditions de travail dans leurs diverses dimensions (charges de travail, glissements de tâches, équipements, organisation, management…)

Le projet 2021-2025 des ressources humaines médicales de l'AP-HP a pour objectifs de mettre en place les premiers éléments indispensables pour rétablir l'attractivité des carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires à l'AP-HP, fidéliser les personnels afin d'assurer une certaine stabilité des équipes indispensable à la qualité des soins et au développement de projets sur le long terme, et améliorer les conditions de travail des équipes. Il tient compte, d'une part, des enseignements tirés de la crise du coronavirus qui est venue frapper de plein fouet un hôpital public déjà très fragilisé et, d'autre part, des mesures déjà prises ou encore en négociation dans le cadre du « Ségur de la santé ».

Pour la période 2021-2025, l'objectif d'attractivité et de fidélisation des personnels médicaux se traduira selon quatre axes.

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

- analyser l'évolution démographique (nombre de médecins et évolution des métiers) des différentes disciplines en tenant compte de leur répartition territoriale et des innovations diagnostiques, thérapeutiques ou de prise en charge, afin de déterminer les besoins en compétences médicales dans les 5 à 10 ans au regard des besoins en soins (évolutions épidémiologiques, files d'attente, délais de rendez-vous, transferts…), en formation (internes), en enseignement et en recherche, et intégrer les résultats de ces études dans le cadrage des révisions des effectifs ;
- développer une réflexion prospective médicale permettant une évaluation très en amont des besoins (outils d'analyse pour appréhender les besoins de recrutement et les masses critiques, indicateurs d'activité clinique, de qualité des soins, de formation, d'enseignement et de recherche rapportés aux effectifs, indicateurs de ressources humaines intégrant les charges de travail et les droits effectifs aux repos, aux congés et à la formation, suivi démographique des disciplines, analyse du *turn-over*…) ;
- recenser les départs des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires et analyser leurs causes, notamment en proposant un entretien avec un membre de la sous-commission *Vie hospitalière* locale (CVHL) à chaque praticien quittant l'AP-HP, afin de mieux appréhender les leviers possibles pour améliorer l'attractivité ;
- évaluer les conséquences de la réforme du 3e cycle sur les organisations hospitalières et les besoins en temps médical (mise en place des docteurs juniors, effets de la réforme pour la médecine générale) et identifier les facteurs d'attractivité spécifiques aux internes ;
- en lien avec les doyens, favoriser une politique d'universitarisation en médecine du travail et en santé publique.

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

1. Décliner les réformes du Ségur à l'AP-HP…

Outre diverses revalorisations salariales et indemnitaires, les textes déjà parus et les concertations en cours dites « post-Ségur » son porteurs d'enjeux importants pour l'AP-HP, qui devra définir une politique commune pour une mise en œuvre efficace et harmonisée des nouvelles opportunités ainsi ouvertes ou à venir, en particulier en ce qui concerne :

- la reconnaissance de valences associées à l'exercice clinique pour les praticiens hospitaliers (deux demi-journées par semaine pour la recherche, l'enseignement, des responsabilités managériales, un projet collectif ou les relations avec la ville) ;
- la possibilité de demi-journées d'activité d'intérêt général à l'extérieur de l'AP-HP étendue aux praticiens hospitaliers à temps réduit, dont le corps est fusionné avec celui des temps plein (deux demi-journées pour les praticiens hospitaliers temps plein, une demi-journée pour les praticiens à 80 et 90 %) ;
- l'extension de la prime d'engagement territorial à un exercice ambulatoire hors de l'AP-HP et la création d'une prime de solidarité territoriale pour les disciplines en tension en sus des obligations de service du praticien ;
- la possibilité pour les praticiens hospitaliers à 80 et 90 % de faire une demi-journée d'activité libérale à l'hôpital et, pour les praticiens exerçant moins de 10 demi-journées à l'hôpital, d'exercer en libéral en dehors de l'AP-HP ;
- le remplacement des contrats de praticien hospitalier contractuel, attachés et cliniciens hospitaliers par un contrat unique ;
- les futurs mesures qui concluront les concertations en cours sur l'attractivité et les carrières hospitalo-universitaires qui ont pour objectifs de mieux accompagner la préparation aux concours et l'entrée dans la carrière hospitalo-universitaire, d'aménager et valoriser la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, à revaloriser les carrières hospitalo-universitaires et assouplir leur cadre d'exercice.

… en définissant une politique des ressources humaines médicales attractive…

- proposant des modèles d'intégration et de progression dans la carrière hospitalière :
  - définition d'un cadre général de recrutement des contractuels : articulation avec le statut de praticien hospitalier, qui reste la modalité d'exercice de référence à l'hôpital public, encadrement des rémunérations selon les différents types de missions, lutte contre l'intérim médical ;
  - définition de parcours-types avant la titularisation selon les disciplines, avec le souci d'accélérer les titularisations et, en lien avec l'Université, de faciliter un post-internant de qualité pour les internes, suivie de la possibilité d'une carrière hospitalo-universitaire ;
- valorisant les parcours professionnels diversifiés au sein de l'AP-HP tout au long de la carrière : mobilités choisies, offre de formation, possibilités de missions complémentaires, mise en place des valences complémentaires à l'activité clinique (recherche, enseignement, management, activités transversales), activité partagée, en s'assurant que c'est une démarche du praticien et que cela ne perturbe pas le fonctionnement de l'équipe ;
- soutenant les sites hospitaliers, les territoires et les disciplines les plus en difficulté ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

… et soucieuse :

- d'un bon équilibre entre cadrage central de la politique institutionnelle, garante d'une harmonisation des pratiques et d'absence de concurrence entre hôpitaux de l'AP-HP, et marges de manœuvre des groupes hospitaliers, garantes de réactivité, de souplesse et d'adaptation aux situations locales ;
- de l'équité et de la préservation de la cohérence des équipes et de relations harmonieuses en leur sein ;
- de la contribution de l'AP-HP au développement des relations ville-hôpital et à l'attractivité globale de la région Île-de-France à travers ses partenariats avec les autres centres hospitaliers ;
- des impacts de ces réformes sur la structure des emplois médicaux (et donc sur la masse salariale).

2. Favoriser la formation et la recherche

2.1. Politique de formation continue

La politique de formation continue est un élément d'attractivité et de fidélisation des personnels. Elle doit aussi viser à accompagner :

- la politique d'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) ;
- le changement culturel en matière de management lancé avec le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM), approuvé à l'unanimité par la CME du 10 mai 2016 et largement repris par les pouvoirs publics, et qui doit encore entrer plus concrètement dans la vie des équipes ;
- la politique de diversification des carrières tout au long de la vie professionnelle ;
- la construction de relations de travail de qualité entre les différents métiers de l'hôpital.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- favorisera la participation de ses professionnels de santé aux formations continues innovantes : centres de simulation en santé (Ilumens…), chaire « bloc opératoire augmenté » (BOPA)…
- développera la formation au management pour l'accession à des fonctions de responsables de structure médicale (départements médico-universitaires, services, unités fonctionnelles) et pour l'accompagnement des responsables lors de leur prise de poste ou pendant leur mandat : formation au management et à l'animation d'équipe, formation à la conduite de l'entretien individuel, offre de coaching individuel et collectif, etc., en favorisant les formations communes avec les personnels d'encadrement paramédicaux et administratifs ;
- proposera une formation à la prise en charge des situations individuelles complexes commune aux membres des sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH) et aux directeurs des affaires médicales ;
- demandes de reconversion professionnelle (bilan de compétence) et des fins de carrière avec un plan de succession concerté ;
- facilitera l'émergence des pratiques avancées pour les personnels soignants et les évolutions de la médecine et des prises en charge ;
- favorisera une plus grande implication des médecins à l'enseignement médical dispensé dans les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) afin de rétablir une relation interprofessionnelle directe entre personnels infirmiers et médicaux en amont des recrutements à l'AP-HP qu'elle entend ainsi favoriser ;
- constituera un vivier de personnels formés aux soins critiques mobilisables en cas de crise ;
- développera l'offre de formation en ligne (*e-learning*) ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- mettra en place les comptes individuels de formation dans le cadre des mesures prévues par le « Ségur de la santé » ;
- étudiera les moyens de renforcer le budget disponible pour les aides financières pour l'accès aux diplômes universitaires (DU), congrès, journées de formation et bourses pour mobilité ;

2.2. École de chirurgie

L'un des projets-phares de l'AP-HP sur la période 2021-2025 sera d'ouvrir la nouvelle école de chirurgie, commune à l'ensemble de l'AP-HP et aux universités franciliennes.

De vocation nationale et internationale, l'école doit répondre aux besoins actuels et futurs de la formation professionnelle des chirurgiens. Elle dispensera une formation initiale et continue et utilisera les techniques classiques de formation sur le corps humain, le petit ou le gros animal, mais aussi des supports d'enseignement modernes et innovants (supports secs, modélisation 3D, simulateurs, robotique…). Elle dispensera des formations interprofessionnelles pour les activités opératoires et interventionnelles, en particulier avec l'école des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE). Sa gouvernance garantira l'unité et la cohérence d'ensemble d'un projet qui couvre trois champs d'activité : formation, lien avec les acteurs privés, centre de don du corps autonome administrativement et scientifiquement et garantissant le respect de principes éthiques de fonctionnement rigoureux et transparents. Une relation partenariale avec l'École nationale vétérinaire d'Alfort permettra la formation et la recherche sur le gros animal dans des conditions techniques et éthiques optimales.

2.3. Accueil des internes

Les conditions dans lesquelles l'accueil et l'accompagnement des internes sont assurés emportent des enjeux majeurs : pédagogiques pour la qualité de la formation pratique délivrée aux futurs praticiens, en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques, mais aussi de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux.

En s'appuyant sur le comité des internes, l'AP-HP :

- organisera un suivi de la mise en place des « docteurs juniors » dans les services ;
- assurera une visite médicale effective de tous les internes avant leur prise de fonction (environ 1 300 nouveaux internes par an) en établissant une liste de médecins volontaires de l'AP-HP pour assurer ces consultations ;
- s'assurera du respect de leur durée hebdomadaire de travail ;
- mettra en place un « guichet » au niveau du bureau des internes du Siège de l'AP-HP pour permettre un accès de tous les internes en souffrance à des dispositifs d'aide et de soutien.

2.4. Renforcer la recherche comme élément essentiel d'attractivité du CHU

L'activité de recherche est un élément majeur de l'attractivité de l'AP-HP. Elle conditionne le recrutement et la fidélisation des praticiens. C'est pourquoi l'AP-HP en a fait l'une des clés de voûte de son projet recherche 2021-2025 (voir pages XX de ce projet médical). Elle doit en particulier être conduite au profit des internes, des chefs de clinique assistants (CCA) et assistants hospitalo-universitaires (AHU), et des jeunes praticiens hospitaliers (PH) et maîtres de conférences-praticiens hospitaliers (MCU-PH).

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

On ne travaille bien que lorsque l'on est en nombre suffisant et au sein d'équipes stables, lorsque l'on peut exercer dans les « règles de l'art » le métier pour lequel on s'est formé, lorsque l'on peut développer des projets communs et participer aux décisions qui concernent son équipe.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Le projet social 2021-2025 de l'AP-HP approuvé par la CME du 1er décembre 2020 après une concertation tripartite avec les syndicats et la direction est en ce sens de nature à améliorer aussi la qualité de vie au travail du personnel médical à travers ses divers volets : création d'emplois paramédicaux, évaluation des charges de travail sur la base d'une démarche partant des services, renforcement de l'encadrement de proximité, autonomie renforcée des équipes dans la gestion des plannings, le choix des schémas horaires et la concordance des temps discutés en conseil de service, politique du logement et des crèches…

Sur le volet plus spécifiquement médical, sur la période 2021-2025, l'AP-HP veillera à :

- la place centrale du service, niveau immédiat du sentiment d'appartenance des personnels, au cœur de l'organisation hospitalière :
  - en évaluant la mise en œuvre des départements médico-universitaires créés dans un triple but : structurer l'offre de soins de l'AP-HP sur la base de projets médicaux dotés d'une cohérence hospitalo-universitaire renforcée ; redonner de l'autonomie aux services ; répondre au souhait largement partagé de simplification administrative à la faveur d'importantes délégations de gestion et d'une médicalisation de la gouvernance ;
  - en soutenant la réunion effective des conseils de service, notamment pour le partage du projet de service et de département médico-universitaire ;
- la place et au rôle des responsables médicaux de site ;
- la promotion de l'égalité professionnelle entre femmes et hommes, notamment pour l'accès aux postes de responsabilité, et à la lutte contre le harcèlement sexuel ;
- la lutte contre le glissement des tâches (dimensionnement adéquat des secrétariats médicaux, allégement des tâches administratives, attention portée à l'organisation logistique des hôpitaux…) ;
- la poursuite de la mise en œuvre de la politique de conciliation médicale définie dans le plan dit « ressources humaines – personnel médical » (RH-PM) de 2016 : identification d'un vivier de conciliateurs dans les groupes hospitaliers, formation de ces conciliateurs et des membres des sous-commissions *Vie hospitalière* (CVH) ;
- l'élaboration d'un projet de qualité de vie au travail dans les projets de service et de département médico-universitaire (équilibre vie professionnelle – vie privée, développement de services à la personne, projets éligibles au fond de transformation de l'AP-HP, accueil des internes…).

La qualité de vie au travail et l'attractivité de l'AP-HP pour les médecins est aussi dépendante de la qualité des équipements et de l'adéquation du système d'information à leurs besoins. Le plan d'équipement 2021-2025 et le futur schéma directeur du système d'information viendront à l'appui de cette politique.

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

En matière de ressources humaines médicales, la politique de partenariat entre le CHU et les établissements franciliens revêt plusieurs formes : la plus récente concerne l'association du CHU aux 16 groupements hospitaliers de territoire (GHT) de l'Île-de-France avec une mission de gestion de la démographie médicale, les plus anciennes concernent les relations du CHU et des universités avec les établissements franciliens dans l'affectation des ressources hospitalo-universitaires. Le développement des postes d'assistants partagés, assistants ville-hôpital, assistants partagés recherches en vue de former des compétences qui irriguent le territoire est un élément structurant des enjeux territoriaux.

Les enjeux d'une politique territoriale du CHU en matière de ressources humaines médicales sont :

- élaborer avec l'université une politique de partenariat avec les établissements hors CHU dans l'allocation des ressources hospitalo-universitaires ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- évaluer et faire évoluer les dispositifs permettant le déploiement d'une ressource médicale adaptée aux projets médicaux et de recherche des établissements de santé, en lien avec l'agence régionale de santé et les universités ;
- contribuer dans son champ de compétence au pilotage de l'allocation de la ressource médicale junior sous l'égide de l'agence régionale de santé.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- évaluera et mettra à jour les conventions d'association du CHU avec les établissements publics et privés en intégrant des éléments du partenariat (projet médical et de recherche, filières patients..) ;
- évaluera avec l'agence régionale de santé et les établissements partenaires les dispositifs d'assistants partagés, assistants ville-hôpital, assistants de recherche clinique ;
- organisera et s'efforcera de faire reconnaître les dispositifs d'avis spécialisés aux moyens d'outils RH : plateformes d'imagerie médicale mutualisée (PIMM), astreintes et gardes régionales, constitution le cas échéant d'équipes territoriales ;
- construira avec l'ARS des outils permettant une allocation de la ressource junior accompagnant les nouveaux enjeux ;
- construira des parcours professionnels avec les GHT environnants.

DOCUMENT DE TRAVAIL

III. Axes médicaux stratégiques

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

À l'hôpital, le patient âgé n'est pas un patient comme les autres : taux d'hospitalisation plus élevé, plus grande proportion d'admissions par les urgences, durée de séjour plus longue, alors même qu'il cumule souvent les fragilités ; population polypathologique nécessitant une expertise transversale, principalement hospitalisée pour des motifs aspécifiques (chutes, confusion, altération de l'état général, voire maintien à domicile difficile…) révélant des pathologies aiguës infectieuses ou cardio- ou cérébro-vasculaires, souvent associées à une dénutrition obérant le pronostic vital et fonctionnel ; un risque de dépendance ou d'aggravation de dépendance, concernant dans une proportion non négligeable une dépendance iatrogène. Parallèlement, les progrès en médecine, chirurgie et anesthésiologie permettent de faire bénéficier des patients toujours plus âgés de traitements lourds et innovants qui améliorent de manière substantielle la qualité et la durée de vie. Ces évolutions nécessitent une adaptation du cadre de soins à cette population particulière de malades très fragiles.

À l'AP-HP, en 2018, 10 % des séjours en MCO (hors pédiatrie, gynéco-obstétrique et gériatrie) concernent les plus de 85 ans et 24 % les plus de 75 ans. Depuis 2014, on constate une augmentation de 21 % des séjours pour les plus de 85 ans. La gériatrie est présente dans 33 des 39 hôpitaux de l'AP-HP et on trouve des unités de gériatrie aiguë (UGA) sur 26 sites. Ces quelques donnent la mesure des enjeux et du défi que représente le vieillissement de la population pour notre institution : certes, le soin, l'enseignement et la recherche, mais également la prévention de la perte d'autonomie, la qualité des soins apportés aux personnes âgées et enfin la formation des professionnels du secteur.

Sur la période 2021-2025, la politique gériatrique de l'AP-HP visera à :

1. Adapter et harmoniser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, apporter l'expertise gériatrique au plus près du patient et améliorer l'attractivité des services gériatriques pour les professionnels de santé :
   - l'offre de soins gériatriques de l'AP-HP sera recentrée sur le sanitaire de haut niveau, tant sur l'activité gériatrique polyvalente que sur des activités plus spécialisées (onco-gériatrie, neuro-psycho-gériatrie, gériatrie péri-opératoire…), en intégrant les suites du « plan maladies neuro-dégénératives » ;
   - chaque GHU :
     - définira ses filières gériatriques intra-hospitalières allant de la consultation ou du service d'accueil des urgences (SAU) jusqu'à l'offre de soins de suite et réadaptation (SSR), dont le volume sera précisé en fonction de critères pertinents (nombre de patients âgés du bassin de vie, passages aux urgences, d'hospitalisations via les urgences, nombre de patients âgés dans les services d'aigu…) et en anticipant les besoins des filières gériatriques polyvalentes et spécialisées ;
     - établira un projet stratégique gériatrique de territoire, en lien étroit avec les autres acteurs du parcours et les autres GHU, en structurant les liens au sein de chaque filière gériatrique ; en particulier, les liens entre « médecine communautaire » et médecine hospitalière seront structurés afin de favoriser le maintien à domicile sans perte de chances (réactivité adaptée en cas de besoin de parcours de soins hospitalier et réactivité sanitaire et médico-sociale adaptée pour retourner à domicile) ;
   - les équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières (auprès des différents services médicaux) ou et extra-hospitalières (dans les structures médico-sociales) seront renforcées ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- le temps nécessaire à l'organisation et à la coordination du retour à domicile sera évalué et les effectifs seront adaptés en conséquence ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD) sera développée, y compris dans les ÉHPAD ;
- l'accès à la télémédecine pour les personnes âgées, lorsqu'elle est pertinente, sera mis à la disposition de l'ensemble des ÉHPAD du territoire pour limiter les déplacements des personnes âgées pour des consultations et pour améliorer la qualité du suivi médical ;

2. S'investir dans la prévention, à domicile ou en établissement médico-social par des actions de formation, voire de recherche clinique, sur les bienfaits de l'activité physique, de l'alimentation, du repérage et de la prise en charge précoce de pathologies gériatriques (ateliers de prévention des chutes, ateliers mémoire, suivi par géronto-technologie…)

3. Favoriser le développement de la recherche en gériatrie, clinique et translationnelle :
   - le développement de la recherche en gériatrie repose sur le recrutement d'un nombre suffisant de médecins, la formation de suffisamment d'internes et la sanctuarisation d'un temps recherche dans les services de gériatrie engagés ;
   - des systèmes de financement spécifiques de travaux de recherche ou de bourses doivent soutenir et accompagner les gériatres désireux de faire de la recherche dans le cadre de masters ou thèses ;

4. Améliorer l'attractivité de la gériatrie pour les personnels soignants :
   - développer l'ensemble des actions permettant d'accroître la qualité de vie au travail, notamment en développant un volet gériatrique dans la démarche d'évaluation des charges de travail prévue par le projet social, permettant de prendre en compte les spécificités de la prise en soins des patients âgés ;
   - 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 (évaluation de l'état clinique et de la douleur, sensibilisation à la prise en charge des patients atteints des maladies neurodégénératives ou en fin de vie, repérage des situations de maltraitance, etc.) et leur permettre d'obtenir le diplôme d'assistant de soins en gérontologie (ASG) ;
   - améliorer l'accueil et la formation des élèves infirmiers qui doivent être accueillis dans les services de gériatrie de préférence en fin de cursus ;
   - développer la formation d'infirmières de pratiques avancées en gériatrie, appelées à jouer un rôle important dans les activités ambulatoires intra- et extra-hospitalières ;
   - augmenter le nombre d'internes formés en gériatrie et favoriser les nominations des praticiens hospitaliers gériatres dans cette spécialité en grande tension ;
   - faciliter la recherche clinique en gériatrie (voir ci-dessus).

2. Santé des enfants

Bien qu'impactée différemment des autres disciplines, la crise sanitaire actuelle est l'occasion pour la pédiatrie de l'AP-HP de s'interroger sur le volume et l'organisation de son offre de soins. Est-elle capable de faire face à une crise sanitaire majeure touchant les enfants ? Comment, partant d'une situation fragile, la pédiatrie et la pédopsychiatrie vont arriver à répondre à l'augmentation actuelle des souffrances physiques et psychologiques des enfants ? La pédiatrie universitaire a-t-elle bien les moyens de couvrir ses missions de formation et de recherche en Île-de-France dans tous les territoires ?

Par sa population dense, jeune (plus de 25 % de moins de 18 ans), avec un taux de précarité important, l'Île-de-France est difficilement comparable aux autres régions ou à d'autres pays. Les relations ville-

DOCUMENT DE TRAVAIL

hôpital sont particulièrement développées en pédiatrie du fait d'un lien fort avec la pédiatrie de ville, la médecine générale, d'une quasi absence d'alternative privée pour la chirurgie et l'hospitalisation. Les liens avec les services de protection maternelle et infantile sont particulièrement développés. L'importance des besoins facilite les démarches de recherche de complémentarité plus que de concurrence avec les hôpitaux publics des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et établissements de santé privés à intérêt collectif (ÉSPIC). Les hôpitaux généraux représentent une part majoritaire de l'offre de proximité pour les urgences pédiatriques, l'aval mais aussi la néonatalogie, y compris en niveau 3. Les services de pédiatrie générale inclus dans des hôpitaux non pédiatriques doivent renforcer leur expertise multidisciplinaire afin de répondre aux besoins de premier recours des territoires.

Les soins aigus sont une part importance de l'activité pédiatrique et en néonatalogie. Bien que source d'innovation permanente et de très fortes expertises, l'offre de soins en réanimation pédiatrique médico-chirurgicale est régulièrement insuffisante pour répondre aux besoins. Le besoin en personnels médicaux et non médicaux très bien formés rend particulièrement complexe la réactivité qui serait nécessaire à l'adaptation du capacitaire. Une augmentation du nombre de lits de soins critiques (avec les moyens en ressources humaines nécessaires) permettrait d'absorber les pics d'activité de façon plus sécuritaire et donnerait aux services la possibilité de mieux se former et de former les personnels des unités de soins critiques (USC) non adossées à une réanimation dans les périodes de plus faible activité. La poursuite du programme d'ouverture de lits d'USC non adossés à une réanimation (Louis-Mourier et Antoine-Béclère) est importante. La nécessité de maintenir un niveau de formation suffisant des personnels médicaux et non médicaux dans ce type de structure rend inopérant un mode de fonctionnement saisonnier. Une discussion sur le capacitaire en soins critiques (USC et réanimation) et sur la saisonnalité seront conduites, dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des enfants et de mieux former et fidéliser le personnel.

La réussite du projet de mise en place d'une régulation régionale des appels secondaires puis primaires au sein d'une fédération des SAMU-SMUR pédiatrique est un enjeu important. La mise en place de ratios ressources/activité dans les services d'accueil des urgences pédiatriques est une réussite sur l'attractivité qu'il faut pérenniser par des postes titulaires.

L'évaluation des situations des enfants et des adolescents ne se conçoit que globalement : somatique et psychosociale. Du fait de grandes difficultés depuis des années, l'offre de soins que la pédopsychiatrie peut proposer est très insuffisante. La pédiatrie ne peut et ne doit pas se substituer à la pédopsychiatrie mais le renforcement en pédopsychiatres de liaison, éducateurs et psychologues des services de pédiatrie et, en particulier, des unités de médecine de l'adolescent pourrait améliorer certains parcours de soins et changer la trajectoire de certains parcours de vie. La création d'équipes mobiles en protection de l'enfance va dans ce sens. L'ouverture de lits de pédopsychiatrie et de médecine de l'adolescent est une priorité.

Bien que l'AP-HP n'appartienne pas aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), le recours est assuré principalement par les services universitaires. Les capacités de formation y sont très importantes, ce qui doit permettre de relever le défi de renforcer la démographie des pédiatres salariés et libéraux tout en continuant à participer à la formation des DES de médecine générale et d'urgence. L'offre de soins de pédiatrie spécialisée est concentrée sur quatre hôpitaux pédiatriques (Necker, Robert-Debré, Trousseau et Bicêtre) ayant un rayonnement national et international et hébergeant de nombreux centres de référence maladies rares (CRMR). Si le maintien des quatre sites paraît nécessaire pour des raisons territoriales (populationnelles et universitaires), une répartition des missions de chaque discipline et la constitution de fédérations rendrait plus lisible l'excellence médicale et scientifique du

DOCUMENT DE TRAVAIL

CHU. La recherche en pédiatrie est éclatée dans de nombreuses structures, l'ensemble des universités, les 3 instituts hospitalo-universitaires (IHU) (même si l'institut *Imagine* a une place particulière), 6 des 11 fédérations hospitalo-universitaires (FHU) de l'AP-HP (les FHU *Child* et I2D2 [*early identification of individual trajectories in neurodevelopmental disorders*] sont dédiés à la pédiatrie). Une évaluation plus complète de l'activité de recherche clinique et translationnelle pédiatrique pourrait être un des objectifs du prochain plan stratégique.

Dans le contexte d'une offre de soins fragile sur le territoire francilien, que ce soit en médecine, chirurgie, soins aigus ou soins de suite, les services de l'AP-HP doivent être renforcés afin d'assurer la santé des enfants. Les sites pédiatriques doivent rester multidisciplinaires pour proposer une médecine interniste correspondant à la prise en charge des maladies chroniques souvent rares, complexes et avec des conséquences sociales importantes.

Au total, l'organisation de l'offre de soins pédiatrique de l'AP-HP s'appuie sur des équipes multidisciplinaires d'excellence, le plus souvent en collaboration avec les structures d'adultes ; elle devra s'appuyer sur des projets médicaux tenant compte à la fois des besoins des territoires et des missions d'excellence de l'AP-HP. Il est nécessaire de tenir compte des spécificités de la pédiatrie : les ratios ressources/activité sont nécessairement différents de ceux des services d'adultes, la formation des personnels est singulière, la valorisation des groupes homogènes de malades (GHM) est un enjeu important.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP se fixe donc pour objectifs principaux de :

- renforcer l'expertise multidisciplinaire des services de pédiatrie générale situés dans les hôpitaux non pédiatriques ;
- augmenter le nombre de lits de soins critiques (USC) pour absorber les pics d'activité dans de bonnes conditions de sécurité, poursuivre le programme d'ouverture de lits d'USC, en particulier ceux non adossés à une réanimation (Louis-Mourier, Antoine-Béclère) et maintenir le niveau de formation adéquat des personnels des USC ;
- renforcer les effectifs universitaires et non-universitaires en néonatalogie, créer et former des infirmières de pratique avancée dans cette discipline, envisager des regroupements de structures (département ou fédération associant des unités des trois types de centres périnatals), créer suffisamment de postes de docteurs juniors ;
- 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 ;
- s'engager dans la feuille de route régionale sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, notamment pour :
  - une meilleure organisation des liens entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie ;
  - la labellisation des dispositifs de prise en charge des situations de crise ;
  - un recours facilité à la formation des personnels de pédopsychiatrie ;
- renforcer la présence de pédopsychiatres de liaison, d'éducateurs et de psychologues les services de pédiatrie, en particulier dans les unités de médecine de l'adolescent, 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.

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

Les pathologies pouvant conduire à des situations de handicap sont très diverses. Les plus courantes sont les lésions neurologiques acquises et congénitales. Les besoins sont en augmentation sous l'effet conjugué de l'amélioration des soins en aigu, des recommandations internationales concernant l'intérêt des traitements non médicamenteux dans la plupart des affections, du vieillissement de la population et des personnes handicapées. Compte tenu de la complexité des patients soignés par l'AP-HP, les besoins de lits en hospitalisation complète resteront élevés, notamment pour les patients lourds (tétraplégiques ventilo-dépendants, en particulier) pour lesquels l'offre de soins en Île-de-France est insuffisante (manque de lits en unités de soins prolongés continus et en soins de suite et de réadaptation [SSR] neurologiques complexes, nécessité de développer la médecine physique et de réadaptation pédiatrique). Globalement, l'accès aux soins des personnes handicapées reste difficile.

Parallèlement, les solutions thérapeutiques sont de plus en plus complexes et multimodales d'un point de vue technologique (e-rééducation, rééducation robotisée), médical (accès aux biothérapies et thérapie génique) et chirurgical. L'objectif fonctionnel devient de plus en plus important pour l'évaluation du bénéfice de solutions thérapeutiques coûteuses et nécessitent des plateaux d'évaluation complexes (analyse du mouvement, évaluations mimant les situations écologiques…).

Face à ces enjeux, l'AP-HP dispose de nombreux atouts : services de médecine physique et de réadaptation (MPR) au sein d'hôpitaux d'aigu, exercice mixte en secteur aigu et en SSR, activités déjà structurées pour le suivi à long terme des patients, accès aux plateaux techniques. De plus, la plupart des services de chirurgie de recours pour les personnes handicapées sont à l'AP-HP et couvrent tous les domaines de la chirurgie. L'importance des plateaux techniques d'évaluation fonctionnelle est un atout pour la recherche et l'évaluation des bénéfices fonctionnels des nouvelles thérapeutiques (biothérapies en rhumatologie ou en neurologie pour les myopathies, par exemple).

Plusieurs enjeux sont à relever pour l'AP-HP :

- renforcer son positionnement en activité de recours, en intégrant davantage les services de MPR au sein des hôpitaux d'aigu à proximité des services de médecine intensive et réanimation, des spécialités d'organes et des plateaux techniques spécialisés ;
- développer les soins au long cours, en développant des collaborations régulières et structurées avec les spécialités d'organe telles que la neurologie, la rhumatologie, la psychiatrie, mais aussi les spécialités chirurgicales ainsi qu'avec le secteur médico-social à l'échelon régional ;
- rendre plus facilement accessible son expertise auprès de la ville et du secteur médico-social par la télé-expertise et le développement d'outils de suivi et de soins en e-santé à l'échelon régional.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP a les objectifs suivants :

- améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées :
  - déploiement de la plateforme « Handiconsult » de Pitié-Trousseau ;
  - réalisation d'un état des lieux de l'accessibilité des services dans les hôpitaux de l'AP-HP et programmation d'une mise à niveau ;
- mobiliser les équipes pour une meilleure prise en soin des personnes handicapées dans tous les services et hôpitaux de l'AP-HP en utilisant le levier de la certification V2020 ;
- mieux former les professionnels aux spécificités des personnes handicapées : pluridisciplinarité, infirmiers de pratique avancée (IPA) ;
- continuer le développement de la recherche, notamment dans les hôpitaux de la fédération du polyhandicap (San Salvadour, Hendaye, La Roche Guyon) ;
- faire évoluer notre offre pour répondre aux besoins des personnes handicapées

DOCUMENT DE TRAVAIL

- avec la réalisation du nouvel hôpital « Garches à Ambroise-Paré », qui alliera expertise en médecine physique et réadaptation (MPR) et accès aux soins somatiques des personnes handicapées,
- par le déploiement d'unités de soins prolongés complexes (USPC) en aval des SSR, structures expérimentales lieu de vie – lieu de soin.

4. Psychiatrie et santé mentale

La fréquence de nombreux troubles mentaux (maladies dépressives, psycho-traumatismes, troubles du comportement alimentaire, suicides, troubles addictifs, maladies liées au vieillissement…) est en augmentation et l'épidémie de Covid-19 induit et va induire pendant plusieurs années une hausse des demandes de prise en charge, à tous les âges de la vie, y compris parmi les soignants de l'AP-HP durement éprouvés par la crise. La situation alarmante de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie (saturation des lits d'hospitalisation, explosion du nombre de passages aux urgences, sous-dotation en effectifs et sous-universitarisation de la discipline, délais d'accès aux soins excessivement longs…) ont amené les pouvoirs publics à en faire une priorité avec la mise en place de plans territoriaux de santé mentale 2020-2025, tandis que le nouveau mode de financement des activités de psychiatrie doit entrer en vigueur prochainement.

L'AP-HP, acteur majeur de la psychiatrie en Île-de-France (outre ses activités de liaison, de secteur, de recours, et d'enseignement et de recherche en psychiatrie, elle reçoit 70 000 passages annuels dans ses services d'urgence et la quasi-totalité des tentatives de suicide), n'échappe pas à ces difficultés et connaît de fortes tensions sur les lits d'hospitalisation et les demandes de prise en charge ambulatoire, ainsi que d'importants problèmes d'attractivité, y compris par comparaison aux carrières proposées dans les autres structures publiques et privées d'Île-de-France.

Pour la période 2021-2025, les axes prioritaires de la politique de l'AP-HP consisteront à :

- Améliorer l'attractivité :
  - favoriser l'universitarisation de la discipline et la titularisation plus rapide des praticiens ;
  - évaluer les charges de travail des soignants (cf. projet social)
  - créer des postes d'infirmiers de pratiques avancées en psychiatrie et santé mentale ;
  - favoriser les démarches d'innovation thérapeutique, de recherche et d'enseignement ;
- Améliorer la réponse aux besoins :
  - renforcer les liens territoriaux avec les groupements hospitaliers de territoire pour le recours, améliorer la coordination avec les réseaux de santé ;
  - réduire les délais d'accès aux soins en renforçant les capacités d'hospitalisation et de soins ambulatoires, et en développant 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 heures 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'hospitalisation temps plein « adolescents et jeunes adultes ») ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- 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, « radicalisation », « transgenres », etc.
- Améliorer le phénotypage basé sur l'identification de biomarqueurs par intelligence artificielle : génétique, génomique, multi-*omics*, imagerie cérébrale ;
- Favoriser la recherche clinique et translationnelle : 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. Accompagner les patients polypathologiques et atteints de maladies chroniques

La fréquence des maladies chroniques sous les effets croisés du vieillissement de la population, du progrès médical et des modifications de l'environnement ne cesse d'augmenter. Pour la seule Île-de-France, l'agence régionale de santé estime à 2,5 millions le nombre de personnes ayant une maladie chronique. DE nombreuses spécialités sont concernées : endocrinologie, gériatrie, médecine interne, obésité, pneumologie, rhumatologie, gastro-entérologie, cardiologie, néphrologie, neurologie, prise en charge de la douleur… Les malades chroniques sont souvent polypathologiques et nécessitent des prises en charge complexes et mobilisant de nombreuses compétences professionnelles médicales, soignantes et sociales.

Les maladies chroniques nécessitent de réorganiser les prises en charge sous forme de parcours coopératifs entre la ville et l'hôpital. En effet, pour répondre à l'enjeu essentiel de ralentir autant que possible les évolutions d'une maladie chronique, la prise en charge doit associer, outre le respect des bonnes pratiques cliniques, la coordination des professionnels, la gestion prospective et la participation du patient. Les patients ayant des maladies chroniques doivent aussi pouvoir accéder facilement à l'hôpital quand ils en ont besoin, ce qui implique de travailler sur les freins actuels, notamment : difficulté pour joindre les services et difficulté de répondre à des demandes d'hospitalisation faute de places disponibles.

Pour la période 2021-2025, l'AP-HP se fixe pour objectifs de :

- évaluer les besoins non couverts et l'adaptation territoriale de son offre de soins, la prise en charge des patients chroniques devant être réalisée à proximité de leur lieu de vie ;
- mieux prendre en compte la charge en soin liée à la complexité des maladies chroniques ;
- anticiper les adaptations organisationnelles sur notre offre nécessitées par les innovations dans les prises en charge des maladies chroniques
- continuer à développer l'éducation thérapeutique du patient :
  - prioriser les pathologies concernées avec une attention aux publics précaires ;
  - développer l'éducation thérapeutique ambulatoire ;
  - favoriser des partenariats avec les centres municipaux de santé.
- 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 » permettant la prescription d'activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée (ALD) ;
- étendre la démarche parcours pour l'ensemble des maladies chroniques à partir des projets déjà initiés pendant le précédent plan stratégique, en particulier ceux conduits dans le cadre des

DOCUMENT DE TRAVAIL

expérimentations innovantes de « l'article 51 », notamment le parcours des insuffisants cardiaques sévères et le parcours obésité ;

- conduire des études médico-économiques sur l'extension de ces expérimentations dans la perspective de forfaits de financements pérennes ;
- repenser le rôle des paramédicaux (infirmiers de coordination, de pratique avancée, protocoles de coopération…) afin de mieux structurer une organisation pluri-professionnelle et pluri-disciplinaire ;
- déterminer et exploiter le potentiel des nouvelles technologies numériques et de l'intelligence artificielle au service des patients chroniques, tout en préservant la relation entre les patients et leurs soignants.

6. Soins non programmés, gestion de crise, adaptabilité

5.1. Améliorer la régulation des soins non programmés.

L'AP-HP est l'un des sites pilotes de l'expérimentation nationale du service d'accès aux soins (SAS) visant à améliorer la réponse aux urgences et soins non programmés. Ce service a pour objectifs :

- d'apporter une réponse à la saturation des services d'urgence : en associant les acteurs de ville à la régulation, le SAS a vocation à assurer une meilleure répartition des soins non programmés vers la ville ;
- de recentrer l'aide médicale urgente sur ses missions, en réorientant les appels pour des soins non programmés dès leur premier niveau de traitement.

Sur la période 2021-2015, l'AP-HP :

- participera à l'expérimentation du SAS au titre de « Paris et petite couronne » et fera valoir les spécificités de l'organisation de l'AP-HP dans la définition du modèle qui sera retenu pour la généralisation prévue en 2022 ;
- organisera et gérera une régulation téléphonique SAS de premier niveau dans les quatre centres de réception et de régulation des appels (CRRA) tout en assurant leur coordination fonctionnelle et technique au niveau supra-départemental ;
- s'efforcera de renforcer ses liens avec les acteurs de ville en :
  - proposant une plateforme de régulation téléphonique SAS supra-départementale co-pilotée avec les acteurs de ville autour d'un projet médical commun ;
  - élaborant une procédure commune de qualification de l'urgence et des soins non programmés ;
  - repensant les modalités d'accès de l'offre de soins des hôpitaux de l'AP-HP ;
  - identifiant des points de contacts dans les services de l'AP-HP pour les professionnels de ville ;
- soutiendra les services d'aval des SAU, notamment les services de médecine interne en :
  - favorisant les admissions directes ;
  - améliorant l'accès aux plateaux techniques ;
  - fluidifiant l'aval de ces services, retour à domicile ou en établissements sanitaires ou médico-sociaux ;
  - expérimentant des circuits de consultations rapides pour réévaluer un traitement prescrit par le SAU en ambulatoire ou hospitalisation de jour non programmée.

DOCUMENT DE TRAVAIL

5.2. Améliorer l'accueil aux urgences

L'AP-HP s'est engagée dans une démarche d'amélioration de la performance de ses services d'accueil des urgences. Des actions ont été conduites notamment pour améliorer la qualité de l'accueil, réduire le temps d'attente ou encore fluidifier la prise en charge gériatrique et les relations avec les maisons de retraite. Des investissements massifs ont été consentis tant sur le plan humain, matériel que de réfection et d'adaptation des structures pour optimiser et humaniser les parcours de soins. Ces efforts pour améliorer l'organisation des services d'accueil des urgences (SAU) doivent donc être poursuivis.

Les réflexions issues de la crise du coronavirus, du « Pacte de refondation des urgences » du 9 septembre 2019 et du « Ségur de la santé » (mise en place du service d'accès aux urgences » [SAS], notamment) amènent l'AP-HP à définir quatre axes principaux de travail pour la période 2021-2025 :

1. Travail sur le lien ville-hôpital :
   - réorienter des patients vers la ville via le SAS ;
   - organiser de consultations non programmées relevant de soins de premier recours au sein des SAU par des médecins généralistes ;
   - renforcer les liens de l'AP-HP avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) et l'interopérabilité des systèmes d'information avec le SAMU ;
2. Réduction des délais d'attente des patients des urgences en fonction de leur gravité :
   - adapter la gestion des flux en développant les circuits courts et repensant la répartition des zones dans les SAU dans un souci de fonctionnalité ;
   - améliorer la fluidité du circuit des malades : plages ou scanners dédiés, protocoles de coopération médecins-infirmiers pour la prescription des examens de biologie et de radiologie, biologie délocalisée ;
   - déployer les contrats « zéro brancard » ;
3. Meilleure gestion de l'hospitalisation :
   - pourvoir aux besoins d'hospitalisation non programmés (SAU et autres services), tous les jours, y compris le week-end en définissant des projets médicaux d'interface par site hospitalier entre le SAU et chaque service admettant des patients non programmés ;
   - évaluer les besoins capacitaires en premier et second aval des urgences (voir § « Capacitaire » p. XX)
   - achever le déploiement d'Orbis® urgences avec ses indicateurs de pilotage ;
4. Anticipation des tensions sanitaires prévisibles

Une adaptation du capacitaire dédié en cas de tension sanitaire prévisible doit être anticipée six mois à l'avance. Elle nécessite de savoir quels services seront impliqués et dans quelles conditions certains secteurs seront dédiés à ce besoin spécifique. Elle doit inclure un dimensionnement correct en personnels médicaux et non médicaux des unités hivernales pour limiter les déprogrammations. Elle doit s'accompagner d'une visibilité régionale des lits disponibles, d'une harmonisation des indications de recours aux services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et du renforcement des unités de surveillance continue (USC).

7. Parcours opératoire et interventionnel : bloc, innovation opératoire

L'AP-HP a une tradition d'excellence chirurgicale mondialement reconnue et elle constitue un centre de recours en France et à l'étranger. Elle est à l'origine de nombreuses innovations techniques. Ces dernières années, elle a beaucoup investi dans la chirurgie robotique, la constitution de filières et la

DOCUMENT DE TRAVAIL

recherche de masses critiques pour assurer la visibilité de la discipline et l'équilibre entre ses missions de recours, de proximité et d'urgence, mais aussi de formation.

La chirurgie est aujourd'hui en pleine évolution, avec des prises en charge de plus en plus multidisciplinaires (orthopédie et gériatrie, chirurgie digestive et endoscopie, par exemple), un interventionnel en plein essor dans de nombreux domaines médicaux (cancérologie, pathologie vasculaire, gastro-entérologie, ostéo-articulaire, gynécologie, urologie, sénologie, pathologie thoracique, pédiatrie, neurologie) et le développement des prises en charge ambulatoires.

L'excellence chirurgicale est indissociable d'une anesthésie-réanimation forte et innovante. Cette spécialité est en pleine expansion avec une reconnaissance officielle de la dimension péri-opératoire. L'implication des anesthésistes-réanimateurs est majeure dans l'évolution des parcours péri-opératoires et notamment dans la récupération accélérée après chirurgie (RAAC) et le fonctionnement des unités de soins critiques péri-interventionnels (unités de soins continus et réanimation) qui sont un maillon important de la filière de soins : 1) des patients à haut risque en raison de prévalence croissante de sujets âgés et de comorbidités, 2) des chirurgies lourdes, 3) des gestes interventionnels à risque. Le développement d'unités de soins de suite comme les services de réadaptation post-réanimation (SRPR) ou les soins de suite et de réadaptation post-opératoire (SSRP) est également un enjeu majeur dans le parcours des patients les plus fragiles. La plus-value de l'anesthésie réanimation réside également dans sa connaissance du parcours patients avant et après chirurgie, ainsi que son rôle clé dans l'anticipation et la prise en charge des problématiques de santé publique comme la chronicisation de la douleur post opératoire.

Face à ces profondes mutations de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation, le principal enjeu concerne l'attractivité de l'hôpital public pour ces deux disciplines, en raison notamment de la concurrence du secteur privé en matière de salaires, mais aussi de qualité de vie au travail. Il invite à accélérer l'intégration des nouvelles technologies, notamment l'interventionnel, et de bâtir un ambitieux projet d'enseignement et de recherche en chirurgie et en anesthésie-réanimation.

Sur la période 2021-2015, les objectifs de l'AP-HP seront :

- Poursuivre l'investissement pour moderniser les blocs opératoires, les adapter aux techniques de prises en charge (hyper-spécialisation, pluridisciplinarité, prises en charge ambulatoires, réhabilitation accélérée après chirurgie…) et faire converger les technologies innovantes autour de l'équipe chirurgicale (imagerie 2D et 3D peropératoire, robotique, navigation, assistance holographique, télé-*mentoring* et *monitoring* peropératoire, notamment neurologique) ;
- Permettre le développement de l'interventionnel (cardiologie, neurologie, orthopédie, gastroentérologie…) et coordonner opérationnellement les évolutions qui en découleront dans des disciplines chirurgicales comme la chirurgie cardiaque, digestive et orthopédique ;
- Poursuivre l'optimisation de l'organisation des blocs opératoires en favorisant l'ouverture des salles, la concordance des temps des professionnels exerçant au bloc opératoire, les taux d'occupation, etc., et en adaptant les effectifs aux besoins ;
- Poursuivre la réorganisation de l'offre de soin de l'AP-HP, sur la base de projets partagés en amont par les équipes, en veillant à sa cohérence globale par spécialité chirurgicale et en évitant les concurrences entre groupes hospitalo-universitaires, afin de favoriser l'attractivité des services de l'AP-HP (densification des moyens humains et technologiques) tout en garantissant un bon maillage territorial ;
- Généraliser les démarches de réhabilitation accélérée après chirurgie ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- Faciliter l'utilisation des outils de télé-consultation et télé-expertise en chirurgie ;
- S'efforcer de garantir un post-internat de qualité pour tous les internes, puis la possibilité d'une carrière hospitalo-universitaire (postes de chefs de clinique en adéquation avec le nombre d'internes en fin de cursus) ou d'une titularisation rapide ;
- Ouvrir la nouvelle école de chirurgie, commune à l'ensemble de l'AP-HP et aux universités franciliennes : voir partie « Attractivité », page XX.
- Innover avec l'introduction de la simulation comme outil de formation initiale et continue des professionnels permettant l'amélioration de la qualité du travail en équipe, le développement du rôle des facteurs humains et organisationnels.

8. Cancérologie

En 2020, près d'un tiers des Franciliens atteints d'un cancer sont suivis à l'AP-HP, qui accueille un nombre de patients en constante augmentation (depuis 2014 : + 7,5 % patients, dont + 6,3 % nouveaux patients et + 7,9 % patients opérés). Des innovations diagnostiques et thérapeutiques majeures sont en train de révolutionner les prises en charge. L'activité de cancérologie à l'AP-HP se caractérise par l'importance croissante de la multidisciplinarité impliquant des liens étroits entre les spécialités d'organes, l'oncologie médicale et la radiothérapie, ainsi que le développement d'onco-spécialités des prises en charge adaptées en pédiatrie, en gériatrie et pour les cancers rares.

L'AP-HP continuera à faire de la lutte contre le cancer une priorité, en lien avec la stratégie nationale de l'Institut national du cancer (INCA). Son objectif général est de permettre à toutes les personnes atteintes de cancer, indépendamment de leur situation sociale ou de leur niveau de ressources, de recevoir des soins de grande qualité, de bénéficier de soins innovants adaptés à leur état de santé, dans un délai rapide et au plus proche de leur domicile, en réduisant le plus possible les conséquences négatives de la maladie sur leur vie quotidienne.

Sur la période 2021-2015, l'AP-HP :

- Poursuivra la politique de labellisation régionale, nationale et européenne, avec un triple objectif : améliorer la qualité de la prise en charge des patients, structurer ses activités et donner une meilleure visibilité de l'offre de soins ;
- Poursuivra sa 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).
- Promouvra de nouveaux métiers : transferts de compétence (protocole de coopération pour la chimiothérapie orale), infirmiers coordinateurs et de pratique avancée en cancérologie ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- Garantira la qualité et la sécurité des soins, via notamment la mise en place de la méthode du patient-traceur et l'analyse des événements indésirables graves (ÉIG) ;
- Développera la recherche clinique et translationnelle, par :
  - la labellisation par l'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) ;
  - l'intégration des données de cancérologie dans l'entrepôt de données de santé (EDS) de l'AP-HP.

9. Soins palliatifs et douleur

8.1. Douleur

La douleur est le principal motif de consultation auprès des médecins, en particulier aux urgences. Son soulagement est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002 : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

La douleur aiguë post opératoire est le facteur le plus déterminant de la douleur chronique post chirurgicale. Elle concerne environ 30 % des opérés et impacte négativement la récupération post opératoire. La prévention de la douleur post-opératoire est un élément majeur de succès de la réhabilitation améliorée après chirurgie et de la chirurgie ambulatoire. La douleur chronique touche environ 30 % de la population, plus particulièrement les enfants, les adolescents, les femmes et la population âgée et est sévère dans un tiers des cas. Elle doit faire l'objet d'une attention particulière, afin d'éviter une sur- ou une sous-consommation d'opioïdes ou des mésusages. Elle impacte tous les aspects de la vie ainsi que le système de soins : augmentation des consultations, des admissions aux urgences, du taux d'hospitalisation et représente un surcoût important de soins de santé. L'impact sociétal est également considérable en nombre d'arrêts de travail, d'absentéisme et d'efficacité au travail.

À l'AP-HP, la prise en charge de la douleur concerne la douleur aiguë et la douleur chronique, cancéreuse ou non cancéreuse. Chacune nécessite des approches thérapeutiques distinctes. En intra-hospitalier comme en soins externes, la prise en charge comporte la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur. Elle nécessite une dynamique portée par l'encadrement médical et paramédical au plus près des patients.

Sur la période 2021-2025, sept axes de travail sont priorisés :

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.

DOCUMENT DE TRAVAIL

8.2. Médecine palliative

La médecine palliative vise à permettre la meilleure qualité de vie possible pour les patients atteints d'une maladie potentiellement mortelle et à accompagner leurs proches. Les soins qu'elle prodigue sont complémentaires et éventuellement concomitants des traitements spécifiques de la maladie Le patient doit avoir accès à ces soins ayant pour but et finalité de prévenir et soulager sa souffrance (physique, psychique, sociale ou spirituelle) tout au long de son parcours de soin :

- précocement dans les services de spécialité et en hôpital de jour ;
- lors d'un retour à domicile (libéraux, réseaux de santé/dispositifs d'appui à la coordination, hospitalisation à domicile) ;
- lors de sa fin de vie, chez lui ou en structure médico-sociale, dans son service de référence (éventuellement dans un lit identifié de soins palliatifs) ou dans une unité spécialisée (USP).

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP retient quatre orientations prioritaires visant à garantir un accès adapté de ses patients aux soins palliatifs :

1. Renforcer les équipes spécialisées en soins palliatifs en personnels médicaux, paramédicaux et médico-techniques, en améliorant son attractivité (qualité de vie au travail, projet professionnel, formation continue, simplification du recrutement et de la titularisation, encadrement, infirmiers de pratiques avancées…) ;
2. Renforcer la formation des personnels 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 première ligne auprès des patients en fin de vie ;
3. Penser « territoire » et parcours de soin intégré : l'AP-HP se doit d'avoir un rôle novateur, promoteur et fédérateur :
   - *Précocement dans le parcours de soin* : en favorisant l'intervention des équipes de soins palliatifs au sein des hôpitaux de jour intégrés aux spécialités, de façon à permettre une meilleure mise en place et l'optimisation de soins palliatifs précoces concomitamment à l'instauration des thérapeutiques spécifiques et au suivi de la maladie causale du patient ;
   - *En ambulatoire :*
     - en participant plus activement aux réseaux ville-hôpital de soins palliatifs ;
     - en permettant un exercice territorial (non exclusivement hospitalier) des équipes de soins palliatifs, orienté vers les structures médico-sociales, sanitaires et sociales, et le domicile ;
     - en mettant en place des hôpitaux de jour spécifiques de soins palliatifs, convenablement dotées, permettant d'adapter les soins (en relais et soutien des acteurs de l'ambulatoire) et de proposer un répit aux aidants naturels ;
     - en renforçant l'hospitalisation à domicile palliative ;
   - *Plus tardivement dans le parcours de soin :* en expérimentant des lits de soins de suite et de réadaptation spécifiques de 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.
4. Promouvoir une dynamique médico-universitaire.

Le plan national de soins palliatifs incite au développement d'une démarche universitaire de médecine palliative. Une sous-section du CNU (46-5) a été créée et des professeurs associés

DOCUMENT DE TRAVAIL

nommés. En lien avec l'Université, l'AP-HP, CHU d'Île-de-France, doit favoriser l'enseignement et la recherche dans le domaine des soins palliatifs :

- Pour l'enseignement : il s'agit de favoriser la formation des professionnels de santé actuels et en devenir. Cela passe par l'enseignement initial généraliste dans les instituts de formation des étudiants de santé, par l'enseignement spécialisé universitaire et post-universitaire, mais aussi par l'enseignement institutionnel de l'AP-HP et par la formation plus informelle lors de staff ou au lit du malade dans les services. L'accueil en stage de professionnels est aussi à promouvoir comme la création de postes attractifs pour les jeunes médecins souhaitant s'orienter vers la pratique des soins palliatifs ;
- Pour la recherche : il s'agit d'un levier important de changement et d'amélioration des pratiques de soins à l'échelle d'un CHU. Une recherche clinique et évaluative existe déjà. Elle est à renforcer, 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. Un enjeu important pour développer cette recherche consiste en une acculturation des structures de soutien à la recherche clinique aux principes d'une recherche de méthodologie mixte, articulant le cadre épistémologique classique de l'épidémiologie clinique avec celui des sciences humaines et sociales.

9. Maladies rares

Les maladies rares représentent un enjeu majeur de santé publique Dans la majorité des cas, elles sont associées à des variants génétiques. Ces pathologies, mal connues, sont souvent graves et difficiles à diagnostiquer et à soigner.

L'AP-HP compte 389 centres de maladies rares labellisés répartis sur 25 de ses hôpitaux : 66 centres coordonnateurs, 118 centres constitutifs, 199 centres de compétences maladies rares (CCMR) et 6 centres de ressources et de compétences (CRC), tous rattachés aux 23 filières de santé maladies rares nationales (FSMR). Les CRMR regroupent des compétences pluridisciplinaires hospitalières de diagnostic, de traitement et de prise en charge globale, organisées autour d'une équipe médicale hautement spécialisée ayant une expertise avérée pour ces maladies dans les domaines des soins, de la recherche et de la formation. Ils sont des centres experts et de recours exerçant une attractivité régionale, interrégionale, nationale, voire internationale.

Sur la période 2021-2025, l'AP-HP :

- Poursuivra l'animation de la banque nationale de données maladies rares (BNDMR)
- Mettra 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) ;
- S'engagera dans les 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 ;

10. Biologie

Toutes les spécialités de biologie ont en commun de réaliser des examens courants, spécialisés, voire très spécialisés, et les services sont souvent référents au niveau régional, national, voire international,

DOCUMENT DE TRAVAIL

tous soumis à un système d'assurance qualité accrédité. La biologie a une activité de recherche de très haut niveau et a contribué fortement aux grandes avancées thérapeutiques récentes. Pleinement intégrée à la pratique médicale, elle doit suivre au plus près les évolutions des prises en charge avec une médecine en demande de diagnostics rapides, performants et en augmentation régulière. Certaines spécialités traitent de grands volumes d'activité qui ont entraîné l'émergence de plateformes automatisées, d'autres traitent surtout des examens peu ou pas automatisables et donc consommateurs en personnels, équipements et formation. La démographie médicale des spécialités biologiques est préoccupante avec un nombre important de départs en retraite de praticiens titulaires d'ici 2025 très partiellement compensé par les recrutements de jeunes biologistes.

Pour la période 2021-2025, les principaux axes de la politique de l'AP-HP seront les suivants :

- 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 groupements hospitaliers de territoire (GHT), des communautés professionnelles territoriales de santé (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 ;

11. Santé publique, santé environnementale et prévention

Le 4e plan national santé-environnement rappelle que 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux (qualité de l'air intérieur et extérieur, qualité de l'eau, de l'alimentation, exposition aux produits chimiques, aux ondes, au bruit, etc.) et que le système de santé est un acteur majeur de la santé environnementale à plus d'un titre. L'activité de l'AP-HP est très développée en matière de dépistage, d'éducation à la santé, de prévention primaire, secondaire et tertiaire, tout particulièrement en cancérologie, en santé sexuelle et en addictologie. Mais beaucoup reste encore à faire.

Sur la période 2021-2015, l'AP-HP :

1. se donne pour objectif d'exploiter son entrepôt de données de santé à des fins de santé publique

Les déterminants sociaux et environnementaux jouent un rôle majeur sur la santé, ils sont pourtant insuffisamment pris en compte faute de moyens. L'analyse des liens entre certains facteurs environnementaux et leurs effets sur la santé permettent de mieux comprendre les maladies et surtout permettent de définir des actions de prévention. Notre environnement change, l'émergence de maladies infectieuse est de plus en plus liée au déclin de la biodiversité et aux modes de production agricole et d'élevage intensif. L'approche santé globale (*One Health*) est aujourd'hui considérée comme essentielle pour comprendre comment les nouvelles maladies infectieuses apparaissent et comment elles peuvent être liées à la santé animale, aux conditions d'élevage, au bouleversement des écosystèmes qui favorise l'apparition de nouvelles zoonoses. Une collaboration étroite avec la médecine vétérinaire s'impose.

DOCUMENT DE TRAVAIL

La génétique fait l'objet d'investissement important. Le plan « France génomique 2020-2025 » prévoit le séquençage à grande échelle ce qui devrait permettre d'identifier des déterminants génétiques des maladies, mais l'analyse de ceux-ci n'aura de sens qu'à condition de prendre en compte les autres déterminants sociaux, environnementaux, pharmacologiques.... Cette approche holistique est aujourd'hui facilitée par la collecte de données numériques, l'enjeu étant aujourd'hui de pouvoir croiser l'ensemble de ces données issues de sources variées. Nous disposons aujourd'hui à l'AP-HP d'un entrepôt de données de santé qui comporte l'ensemble des données cliniques, biologiques, radiologiques de tous les patients pris en charge en hospitalisation et en consultation. Les conditions de vie, les conditions de travail manquent souvent dans le dossier médical alors même que l'on décrit de plus en plus de liens entre l'exposition à des toxiques et l'augmentation du risque de certaines maladies. La qualité de l'alimentation, de l'eau de boisson, de l'air que l'on respire sont autant de facteurs qui entrent également en jeu en matière de santé environnementale. L'exposome introduit la notion d'une exposition de chacun à une multitude de substances chimiques et de facteurs physiques disséminés dans l'environnement. La spectrométrie de masse en détectant la présence de quantités extrêmement faibles de substances chimiques permet de repérer l'exposition à l'échelle individuelle sur des prélèvements des phanères par exemple ou à l'échelle populationnelle sur les eaux usées l'exposition à ces substances. L'analyse de ces données à l'échelle individuelle ou populationnelle, réalisée sur un grand nombre de personnes croisée avec les données cliniques de l'entrepôt de données de santé ouvre la possibilité de d'établir des corrélations intéressantes parfois inattendues. La détection de signaux faibles peut être pertinente si le nombre d'individus étudiés est important.

L'analyse de ces données devra faire appel à des compétences issues de diverses disciplines : médecins, généticiens, épidémiologiste, mais aussi *data-scientists*, chercheurs en sciences humaines (sociologue, anthropologues…) entre autres. L'enjeu principal est celui de la collecte et l'accès aux données issues de sources très variées et la possibilité de les croiser avec les données de l'entrepôt de données de l'AP-HP. Des partenariats doivent être envisagés probablement à l'échelle du territoire, en cohérence avec le 4e plan national santé et environnement 2020-2024 qui envisage la création d'un espace commun de données santé environnement.

2. développera le dépistage et la prévention :

- dans les soins :
  - un groupe d'experts définira un plan d'action annuel pour la prévention et le dépistage, en lien avec les priorités du plan régional de santé ;
  - des outils de prise en charge de certains grands facteurs de risque modifiables seront proposés aux patients ;
  - les informations transmises au public seront mises en cohérence en lien avec les soins primaires (message identique du médecin traitant jusqu'à l'établissement de santé) ;
  - la synergie des acteurs des filières de dépistage sera améliorée ;
  - l'intelligence artificielle et des objets connectés seront mis à profit dans le cadre de la prévention et du dépistage ;
  - des e-cohortes de malades chroniques seront développées ;
- dans l'enseignement et la communication :
  - l'enseignement de la médecine préventive sera développée auprès des étudiants et des médecins praticiens au titre de la formation initiale ou continue ;
  - des actions de communication seront déployées à destination de publics cibles (notamment dans le cadre du service sanitaire pour les étudiants en santé) et auprès du grand public ;

DOCUMENT DE TRAVAIL

- dans la recherche :
  - la prévention et le dépistage constitueront un axe de recherche valorisé dans le CHU ;
  - les appels à projets de l'ARS seront utilisés pour susciter des recherches nouvelles sur des thèmes de prévention et dépistage ciblés.

3. portera une attention particulière à la santé environnementale et s'engagera résolument dans le développement durable et la transition écologique :

Outre les actions prévues dans le projet d'établissement (voir pages XX), dans le cadre de son projet médical, l'AP-HP :

- travaillera en réseau avec ses partenaires régionaux (agence régionale de santé, réseau « Île-de-France santé environnement » (ISÉE), service parisien de santé environnementale de la Ville de Paris…) pour faciliter les échanges et mutualisations d'informations et formations ;
- développera une éducation préventive en santé environnementale ;
- formera les soignants pour devenir à leur tour des informateurs-prescripteurs de bonnes pratiques en matière de prévention de l'exposition aux polluants environnementaux (perturbateurs endocriniens, allergènes..) ;
- favorisera la formation initiale et continue en lien avec les doyens et responsables d'enseignement, de ses personnels aux problématiques du développement durable spécifiques au secteur de la santé ;
- promouvra la recherche pluridisciplinaire en santé environnementale et développement durable en santé (clinique, médicale et paramédicale, en sciences humaines et sociales…) et développera les liens internationaux dans ce domaine ;
- soutiendra les expériences engagées : maternités et blocs co-responsables, tri et valorisation des déchets d'activités de soins, intégration de critères de développement durable dans les achats de médicaments et dispositifs médicaux, limitation des plastiques et de l'usage unique pour certaines matériels.

12. Capacitaire

Le capacitaire doit être déterminé en fonction des besoins de la population dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, dans une configuration organisationnelle optimale.

Pour la période 2021-2025, 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 car elles sont un critère de qualité et de sécurité des soins, comme l'a confirmé la crise du coronavirus.

Ces évaluations doivent viser à désengorger les urgences (adultes, pédiatriques, psychiatriques), fluidifier le parcours des patients (délais d'hospitalisation, aval des services d'aigu et de l'hôpital), répondre à l'évolution des besoins (évolutions socio-démographiques, épidémiologiques, et géographiques, et évolution des modes de prise en charge), anticiper les variations saisonnières et les crises épidémiques, et 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, l'organisation du parcours de soins et du parcours patient. 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) et répartition

DOCUMENT DE TRAVAIL

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

L'objectif général est de mettre en place une politique des infrastructures permettant de disposer d'un système d'information performant tout en garantissant la confidentialité des données en continuant à promouvoir les actions de de sécurisation des infrastructures.

L'institution a pour ambition de développer l'informatique au service des patients en proposant un portail patient de l'AP-HP qui aura pour but d'améliorer la communication des informations médicales avec le patient et de simplifier les démarches administratives (préparation à une hospitalisation, prise de rendez-vous…) La volonté est également de mieux partager les informations médicales avec le médecin traitant en lui permettant d'accéder quel que soit leur mode d'exercice aux comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, aux résultats de biologie et d'imagerie (y compris les images). Le partage de données médicales entre les structures hospitalières, les laboratoires, les structures d'imagerie et l'AP-HP sera facilité dans le respect des habilitations et des réglementations.

Le développement continu du système d'information clinique institutionnel et des plateaux médicotechniques sera poursuivi pour couvrir les besoins de la communauté médicale au service des patients. Les évolutions devront permettre de disposer de dossiers adaptés à chaque spécialité, de logiciels adaptés aux besoins de la communauté des soignants avec un impact positif sur l'organisation des soins.

L'institution continuera à développer l'entrepôt de données de santé (EDS) en permettant à la communauté médicale de 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 de l'institution qui impacte tous les métiers doit se réaliser en accompagnement avec les personnels. Il doit permettre aux équipes médicales de disposer des évolutions de l'intelligence artificielle et tout particulièrement dans les domaines de la biologie, de l'anatomo-pathologie et de l'imagerie. Cette transformation aura un impact sur l'évolution des métiers aussi bien sur les activités de télémédecine et de télétravail et sur les relations de l'institution avec les territoires.

Un nouveau schéma directeur du système d'information sera élaboré en 2021, avec une réflexion sur le niveau d'investissement et sur l'empreinte environnementale.

*

Ici, figureront dans un second temps :

- **une synthèse du programme d'action 2021-2025 de la CME pour l'amélioration de la QSS & CAPCU 2021-2025 qui devrait normalement être soumis à l'avis de la CME du 6 avril 2021 ;**
- **une synthèse des grands projets médicaux des GHU qui seront arrêtés à la suite des conférences stratégiques de mars.**

DOCUMENT DE TRAVAIL

III. Projet recherche

En attente (DRCI / VP recherche / sous-commission recherche)

DOCUMENT DE TRAVAIL

Partie 2

Fiches des collégiales

DOCUMENT DE TRAVAIL