

Plan de transformation : optimiser nos plateaux techniques – CME du 9/10/18



■ **Un bon fonctionnement essentiel pour le fonctionnement des services**

- ▶ Les blocs chirurgicaux = nombre de séjours en chirurgie
- ▶ La biologie et l'imagerie = orientation diagnostique + durée de séjour

■ **Une activité d'expertise, associée à de nouvelles techniques onéreuses**

- ▶ Chirurgie mini-invasive, par voie percutanée, robot-assistée...
- ▶ Imagerie interventionnelle, nouveaux appareils d'imagerie, télétransmission de données pour interprétation à distance
- ▶ Techniques diagnostiques en biologie moléculaire (spectrométrie de masse, séquençage).

■ **Des charges fixes importantes (comptabilité analytique 2016)**

- ▶ 432 M€ plateaux de biologie médicale et anatomo-cyto-pathologie (68% charges de personnel)
 - ▶ 300 M€ blocs chirurgicaux (57% charges de personnel)
 - ▶ 240 M€ imagerie médicale (67% charges de personnel)
- ⇒ Périmètre = 626 M€ de charges de personnel

⇒ ***3 objectifs : poursuivre les innovations, améliorer l'efficacité dans le circuit de prise en charge du patient, optimiser les charges fixes, mais hors restructurations supra GH compte tenu des investissements qui y seraient associés sans garantie d'un ROI suffisant.***

Optimiser les laboratoires de biologie médicale et l'anatomo-cyto-pathologie

■ Constats:

- ▶ Activité en mutation et de plus en plus orientée vers le NGS (Next Generation sequencing) et les techniques onéreuses (type spectrométrie de masse), qui nécessitent des investissements importants et une réflexion sur les choix technologiques
- ▶ Enjeu RH fort de recomposition des compétences nécessaires en biologie
- ▶ Processus de rationalisation engagé dans le cadre du plan stratégique 2015-2019 avec des opérations de travaux de concentration des plateaux : plusieurs opérations en cours: Bio-est sur HUEP (1^{ère} phase de regroupement de la microbiologie finalisée, un projet global de 26,5M€), plateforme de biologie de PSL (plus de 7M€), qui poursuivent le travail engagé dans le plan stratégique précédent.
- ▶ Accréditation COFRAC essentielle mais exigeante et dont la méthodologie devrait être adaptée pour accréditer les actes de recours et d'expertise (groupe de travail partagé à engager avec le COFRAC dans lequel l'AP-HP sera force de proposition)
- ▶ Besoin d'un système d'information performant pour permettre des connexions fluides au sein de l'AP-HP et, au-delà, pour proposer une offre compétitive (un des éléments majeurs de réussite des recompositions supra-GH et de l'ouverture aux GHT)
- ▶ Une problématique de financement majeur de la biologie innovante pour l'AP-HP

■ Objectifs :

- ▶ Poursuivre la démarche de lisibilité et de rationalisation de l'offre au sein de l'AP-HP
- ▶ Diminuer les charges par une optimisation des organisations (logistique, achat,...)
- ▶ Dégager des marges pour consolider la biologie innovante et la recherche

■ Plan d'actions :

- ▶ Travailler sur le dimensionnement pertinent de l'offre au sein de la nouvelle AP-HP: cible de sites par discipline à redéfinir
- ▶ Améliorer l'efficacité des organisations internes avec des objectifs et des indicateurs de suivi des actions (juste prescription, biologie délocalisée)
- ▶ Affiner le recensement de l'activité (clarifier la base de recueil de l'activité rémunérée par la suppression des listes obsolètes, consolider le circuit de facturation externe)
- ▶ Travailler sur la taille critique des activités au regard des indicateurs de coûts relatifs
- ▶ Valoriser et développer l'offre ainsi reconfigurée (déployer le manuel de prélèvement, proposer une offre en Ile-de-France en biologie et en anatomo-pathologie via la télé-expertise, travail en cours pour constituer une plateforme de télé-expertise)
- ▶ Accompagner les restructurations des plateaux d'anatomo-pathologie (Regroupement Saint-Louis-Lariboisière sur un même site, projet AP-HP.6 et RDB, mise à jour du SGL,...)

Optimiser les blocs opératoires

■ Importance des blocs chirurgicaux dans l'activité de l'AP-HP

- ▶ 21 hôpitaux chirurgicaux
- ▶ 50 blocs opératoires
- ▶ 316 salles d'activité opératoire programmé et d'urgences

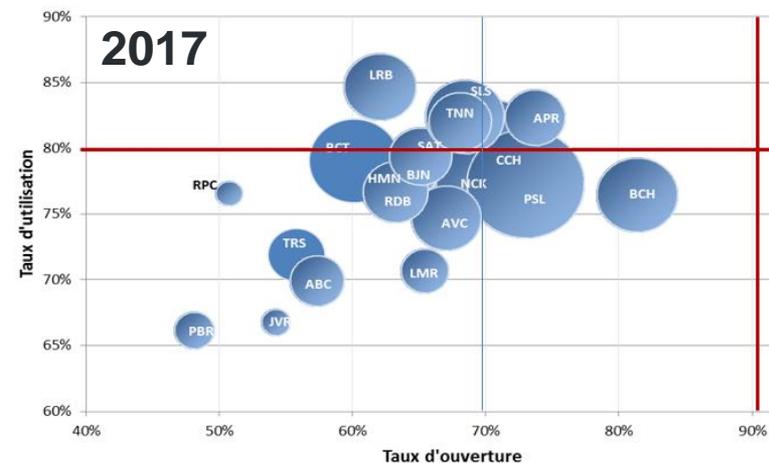
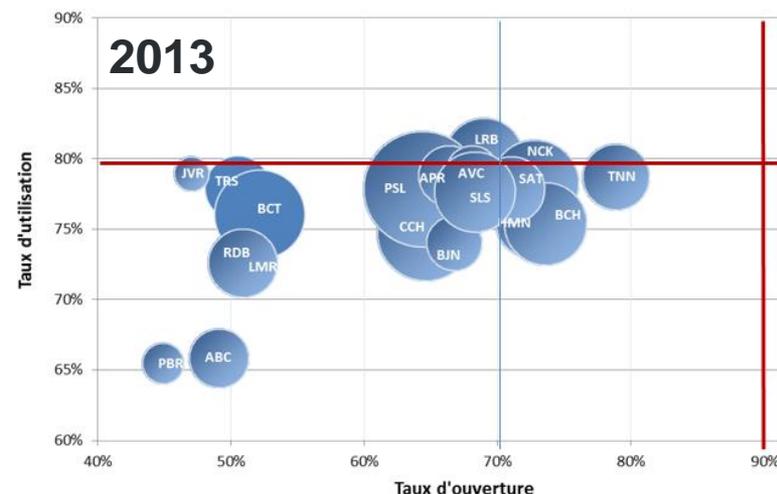
■ Projet prioritaire engagé depuis 2014

- ▶ Suivi d'indicateurs prioritaires : taux d'ouverture, taux d'utilisation, nombre d'utilisations par salle, nombre d'ICR par intervention, taux de débordement, délai de programmation de l'intervention
- ▶ Animation spécifique autour d'enjeux organisationnels (ex. concordance des temps)

■ Premiers résultats en 2017

- ▶ Légère progression entre 2013 et 2017 :
 - 80% de taux d'utilisation (+1,7 points)
 - Taux d'ouverture qui reste perfectible à 67% (+2,7 points)
- ▶ Des résultats qui restent hétérogènes, avec six établissements dont les indicateurs sont perfectibles :

JVD, RPC, ABC, TRS, PBR, LMR



■ Analyse des délais pour la programmation d'une intervention chirurgicale*

- ▶ Délai moyen estimé : 46 jours
- ▶ Délai moyen pour les adultes : 37 jours
- ▶ Délai moyen en pédiatrie : 76 jours

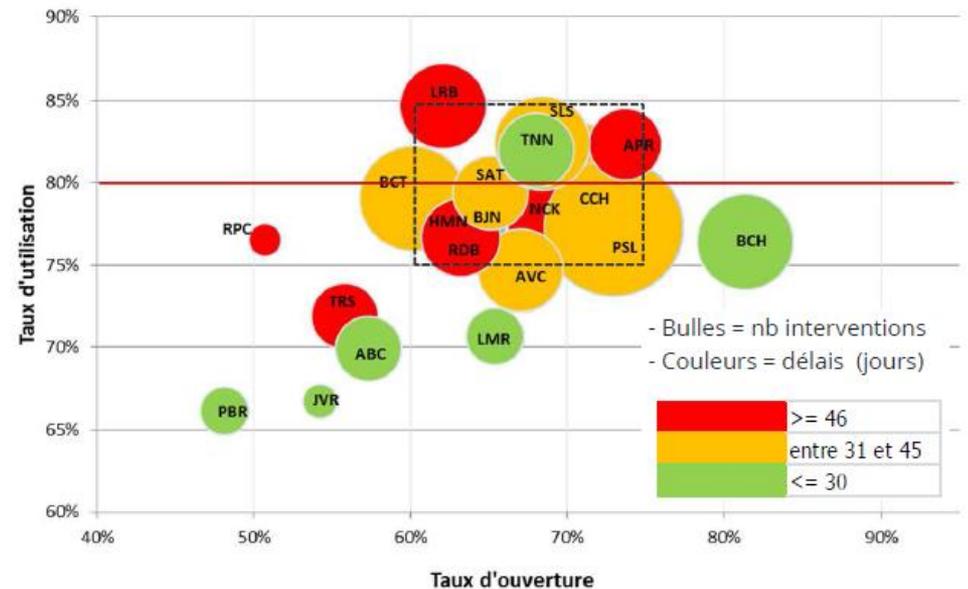
■ Des délais très variables selon les sites et les spécialités

- ▶ Pas de corrélation entre les indicateurs de performance des sites et le délai
- ▶ Besoin de distinguer les interventions contraintes (ex. cancérologie) de celles moins contraintes

Spécialité médicale	Délai moyen
Chirurgie cardio-vasculaire	18
Chirurgie thoraco-pulmonaire	19
Chirurgie vasculaire	21
Gynécologie-Obstétrique	25
Neuro-chirurgie	31
Chirurgie viscérale et digestive	33
Urologie	37
Chirurgie adulte multidisciplinaire	39
Chirurgie maxillo-faciale	49
Ophthalmologie pédiatrique	50
ORL	50
Chirurgie plastique et réparatrice	52
Orthopédie traumatologie	56
Chirurgie viscérale pédiatrique	66
Ophthalmologie pédiatrique	76
Chirurgie pédiatrique multidisciplinaire	82
Orthopédie pédiatrique	99
ORL pédiatrique	114
Chirurgie maxillo-faciale pédiatrique	152
Total général	46

Sites	Délai moyen
ANTOINE BECLERE	17
BICHAT	23
JEAN VERDIER	24
BEAUJON	24
TENON	25
LOUIS MOURIER	26
PAUL BROUSSE	28
SAINT ANTOINE	33
AVICENNE	36
PITIE-LA SALPETRIERE	37
SAINT LOUIS	39
COCHIN	39
BICETRE	45
H. MONDOR	47
TROUSSEAU	47
AMBROISE PARE*	64
RAYMOND POINCARE	66
LARIBOISIERE	68
ROBERT DEBRE	73
NECKER	104
Total général	46

*délai avant mise en place orbis



*Délai estimé : écart entre la date de planification par le chirurgien (per ou post consultation) de l'intervention dans le logiciel et la date à laquelle elle a été réalisée

■ Accompagnement des blocs pour optimiser leur organisation

- ▶ Focalisation sur la **fluidification des vacations** lorsque l'activité est moins forte dans une discipline et sur les processus pour **optimiser la planification opératoire** afin de réduire les délais
- ▶ Animation des cadres de blocs opératoires, les présidents de conseils de blocs et les directeurs en charge des blocs opératoires, pour l'analyse des indicateurs et l'adaptation de l'organisation du bloc, au travers de **formations-actions**
- ▶ **Mobiliser des investissements** à court terme pour optimiser le fonctionnement des blocs d'établissements (Mondor – RBI, Nouveau Lariboisière, Bicêtre – rénovation du bloc vétuste)
- ▶ Poursuite de l'enquête blocs un jour donné
- ▶ Identifier les spécificités liées à la chirurgie ambulatoire, aux urgences et aux explorations fonctionnelles (endoscopies)

■ Poursuite du déploiement d'Orbis-Blocs

- ▶ Bascules prochaines de Bicêtre et de la Pitié
- ▶ Production d'indicateurs communs, sur un référentiel commun
- ▶ Poursuite du « club utilisateurs » Orbis-Blocs sur les évolutions fonctionnelles du produit

■ Interroger les blocs les moins performants

- ▶ D'ores et déjà engagés : opérations globales sur Raymond Poincaré et Jean Verdier
- ▶ Réflexions complémentaires à engager sur la fermeture de salles / de blocs

■ Réduire le recours à l'intérim IADE / IBODE en développant la bi/tri-compétence sur plusieurs spécialités chirurgicales

- ▶ 6,7 M€ de dépenses d'intérim IADE / IBODE en 2017 (enquête DRH)
- ▶ Malgré le temps disponible du fait d'un taux d'ouverture réduit, tous les sites ne se sont pas engagés dans le développement une bi/tri-compétence entre professionnels d'un même bloc

■ Gains potentiels estimés

- ▶ **Soutien à l'objectif de relance d'activité chirurgicale**, notamment pour les disciplines chirurgicales faisant l'objet d'une focalisation spécifique dans le plan de transformation (traumato/ortho, cardiaque, ORL, etc.)
- ▶ Réduction des écarts de charges à la moyenne CAE pour 8 établissements : potentiel théorique de 6,5 M€ de réduction de charges, grâce à **l'adaptation du nombre de vacations à l'activité chirurgicale et à la fermeture de certaines salles**
- ▶ Soutien à titre complémentaire à l'objectif de **réduction des dépenses d'intérim et de remplacement**, notamment grâce au développement de la bi/tri-compétence

■ Des limites fortes

- ▶ Pénurie d'anesthésistes-réanimateurs
- ▶ Freins culturels importants sur le développement de la bi/tri-compétence des IADE et IBODE

■ Politique active de l'institution pour renforcer l'attractivité des postes IADE / IBODE = métiers en tension

▶ Promotion professionnelle :

- ✓ *Importance de la part de recrutement par la voie de la PP (IBODE: 67% ; IADE: 73%)*
- ✓ *Augmentation significative du cadrage budgétaire pour 2018 et 2019 (67 IADE et 43 IBODE - Financement de l'ensemble des candidats de l'AP-HP admis au concours d'entrée)*
- ✓ *Blocage des demandes de disponibilité pour convenance personnelle dès lors que l'agent est contractuellement lié par un engagement à servir (nécessités de service)*
- ✓ *En sortie d'école, fléchage des affectations sur les postes ciblés comme prioritaires par les GH*

▶ Déplafonnement des heures supplémentaires pour les IBODE et les IDE faisant - fonction

- *Intervention auprès de la DGOS mais limites liées la durée maximale de travail hebdomadaire*

▶ Orientation des dépenses d'intérim vers les fonctions IADE et IBODE lorsqu'aucune autre solution n'est possible

- *39,9% des dépenses d'intérim de l'AP-HP concernent des missions IADE et IBODE*

■ Plan de communication en cours destiné à promouvoir les actions institutionnelles autour du recrutement des métiers en tension

- ▶ Travail en cours sur un plan de communication sur les recrutements
- ▶ Partenariat lancé avec LinkedIn par une meilleure présence et une meilleure visibilité de nos offres sur les réseaux sociaux et professionnels.

Optimiser les plateaux-médicaux- techniques en imagerie: focus sur les TEP et les IRM

■ Un triple constat :

- ▶ Les activités des TEP et des IRM en externe sont bénéficiaires (source CAE APHP)
- ▶ Parmi les multiples modalités d'imagerie, les TEP et IRM sont celles qui paraissent permettre un développement vers l'externe
- ▶ L'analyse des indicateurs disponibles (niveaux d'activité, taux d'externe) permet d'identifier des possibilités d'évolution des activités de chaque site/équipement

■ Des activités en développement compte tenu:

- ▶ Du besoin croissant de l'image dans les parcours de soins (urgences, suivi oncologique, etc.)
- ▶ De l'utilisation croissante de l'imagerie en coupe non irradiante (IRM)
- ▶ Des évolutions technologiques des équipements (qualité et rapidité)
- ▶ Des mises en œuvre des orientations du PRS 2 Imagerie de l'ARSIF pour faciliter l'accès à ces équipements (proximité géographique, réduction des délais d'accès, mais aussi rapidité de mise en œuvre des autorisations)

■ Une tarification associant un forfait technique (frais de fonctionnement) et des actes CCAM (activité médicale) adaptée à l'externe et favorisant le renouvellement (et l'augmentation?) des équipements**■ *TEP et IRM participent, par leurs prestations d'imagerie, en réponse aux prescriptions des cliniciens, aux diagnostics et aux suivis des patients***

- ▶ Des activités financièrement intéressantes en externe, notamment si application du forfait technique plein, mais déjà majoritairement réalisée en externe, et attention aux règles des forfaits techniques réduits (exemple, IRM, application du forfait technique réduit dès l'atteinte des seuils, soit 4 500 actes en 3T et 4 750 en 1,5T)
- ▶ Des références internes et externes pouvant servir de cibles (organisation, etc.) du fait d'un parc conséquent et des remplacements envisagés (objectif de 15 examens/jour pour les TEP, par exemple)
- ▶ Mais des contraintes fortes à prendre en compte : ressources humaines (**situation particulière des MER**) et attractivité du secteur libéral (rémunérations), réglementation, approvisionnement marqueurs, coût des équipements, etc.
- ▶ Des références internes et externes pouvant servir de cibles (organisation, etc.) du fait d'un parc conséquent (mais parfois dédié, pédiatrie, neurologie en IRM).
- ▶ Mais des contraintes en matière d'organisation et de besoins RH compte tenu de l'importance de l'activité dans les parcours patients internes (HDJ comme HC)
- ▶ Existence de partenariats (GCS et conventions), et de filières d'orientations des patients
- ▶ Un secteur libéral développé et réactif (IRM...)

■ Proposition de plans d'action:

- ▶ Analyser la situation de chaque site équipé au travers des indicateurs pré-cités
- ▶ Définir des cibles d'activité à haut potentiel de recettes (développement de l'externe) avec identification des conditions à remplir (moyens...) pour chaque site en fonction de sa situation
- ▶ Davantage tenir compte des recettes dans la gestion du parc, y compris niveau et mode de financement (prise en compte de la limitation du forfait technique plein) et optimiser les modes de facturation
- ▶ Permettre l'utilisation optimale des outils de l'APHP (prises de rendez-vous, gestion des comptes-rendus, etc.)
- ▶ Compte tenu des exigences en ressources humaines, des contraintes techniques et réglementaires, des évolutions technologiques et de leur coût, favoriser les regroupements de services
- ▶ Associer à la construction du plan d'action des représentants de la Collégiale et de groupes hospitaliers et des cadres para-médicaux

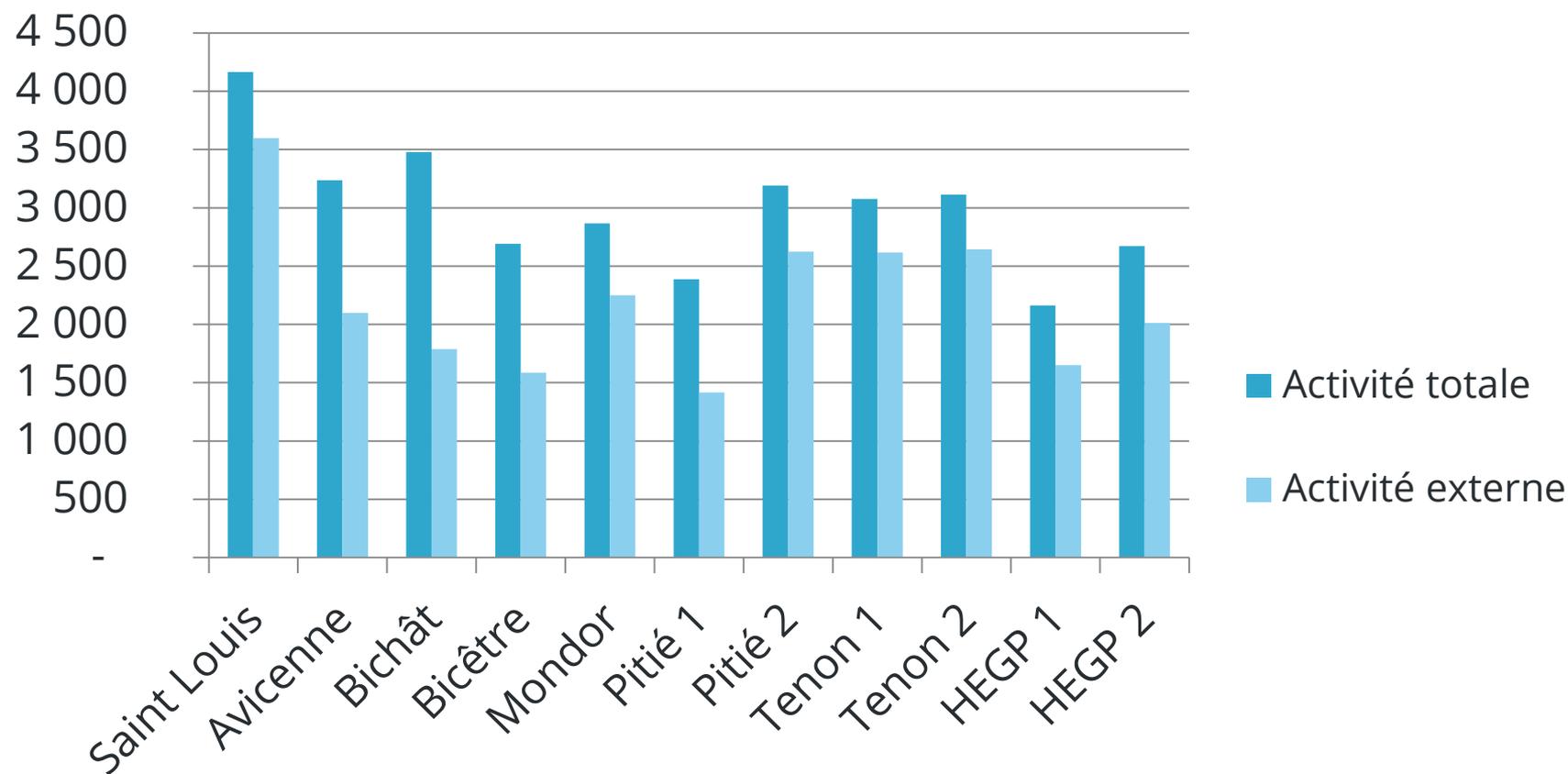
■ TEP

Estimation annuelle des recettes actuelles/activité externe	Indicateur cible	Impact financier
Valorisation Forfaits techniques et actes CCAM	Nombre cible d'examens par jour, avec priorisation de l'externe	L'impact financier par GH dépend de sa situation actuelle (activité et part d'externe) et de son écart par rapport à la cible
20 M€	15	4 à 5 M€

■ IRM

Estimation des recettes actuelles/activité externe	Indicateur cible	Impact financier
Valorisation Forfaits techniques et actes CCAM	Activité cible et Taux d'externe	L'impact financier par GH dépend de sa situation actuelle (activité et part d'externe) et de son écart par rapport à la cible
30 M€	5 000 / 65%	2 à 3 M€

- 14 TEP (dont 2 TEP IRM), 8 GH, 9 sites (dont 4 avec 2 TEP), projets Cochin et Saint Louis (2^{ème} TEP)
- 8 avec forfait technique plein (- 7 ans), 6 avec forfait technique réduit (+ 7 ans), impact facturation fort
- Une activité nécessitant des infrastructures complexes et fortement réglementées (laboratoire chaud) et des compétences médicales et non médicales spécifiques
- Une activité très intégrée à la prise en charge des patients APHP (oncologie en très grande majorité)
- Une activité essentiellement pratiquée en externe (75% en moyenne, entre 50% et 85% selon les sites)
- Une activité dépendante des marqueurs utilisés (circuit d'approvisionnement, durée de vie...)
- **Quelques données d'activité/indicateurs:**
 - ▶ une amplitude moyenne de fonctionnement de 9h45 (maximum 10h30)
 - ▶ avec en moyenne 1,26 acte par heure (0,96 à 1,76)
 - ▶ soit 12 à 13 patients par jour en moyenne (de 9 à 17)
 - ▶ des activités par TEP allant de 2 418 à 4 166),
 - ▶ une moyenne de 3 000 (cible retenue au CPOM et dans le suivi APHP/DOMU/SSEMIB)
 - ▶ ...mais avec des justifications de contextes dont il faut tenir compte



- **40 IRM (21 1,5 T et 19 3 T), sur 21 sites :**
 - ▶ 9 sites, avec 1 seul équipement
 - ▶ 8 sites, avec 2 équipements
 - ▶ 3 sites, avec 3 équipements
 - ▶ 1 site, avec 6 équipements
- **Mais :**
 - ▶ 3 sites pédiatriques (5 IRM)
 - ▶ 6 IRM dédiés neurologie
- **Un parc récent du fait du plan de remise à niveau :**
 - ▶ 6 IRM seulement en forfait amorti au 31 décembre 2017
 - ▶ Mais 13 au 31 décembre 2020...
- **Une activité externe déjà très majoritaire (63 %, 34% pour les hospitalisés, 3% pour les urgences), mais un impact majeur de l'IRM en matière de diagnostic (hospitalisés, urgences), et donc un risque de dégradation de durée d'attente, de séjour...**
- **Quelques partenariats de formes multiples (GCS, conventions...) à prendre en compte dans les évolutions possibles**
- **Quelques données d'activité/indicateurs (hors pédiatrie):**
 - ▶ Amplitude moyenne de 11 heures (maximum 14 heures)
 - ▶ 8 IRM ouverts aux rendez-vous le samedi
 - ▶ Des activités allant de 3 000 à 6 800 actes
 - ▶ Une moyenne de 5 007 actes (cible retenue au CPOM et dans le suivi DOMU/SSEMIB), en progression régulière
 - ▶ Utilisations majeures: système nerveux 41%, os articulations et tissus mous 28%

