CME

10 novembre 2015 CPOM négocié de l'AP-HP (avenant 2)

> Direction de l'organisation médicale et Des relations avec les universités



RAPPEL DES **ENGAGEMENTS** Avenant 1



Virage ambulatoire

- Développer la médecine et la chirurgie ambulatoire
- Développer l'HDJ en SSR (avenant 2)

Implication de l'AP-HP et de ses GH dans leurs territoires

- Renforcer les coopérations
- Fluidifier les relations avec la médecine de ville



Améliorer l'efficience et la performance organisationnelle

- Renforcer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer la prise en charge dans les SAU adultes et pédiatriques (plan urgences)
- SSR : réduire la DMS en hospitalisation complète (avenant 2)
- Maintenir l'offre en orthogénie en adéquation avec le projet régional FRIDA
- Améliorer le parcours périnatalité (avenant 2)
- Améliorer les performances des plateaux médicotechniques : ouverture des blocs opératoires, regroupement d'activités de biologie, meilleure accessibilité aux IRM, TEP et scanners



CPOM négocié

Avenant 2



OBJECTIFS

- Compléter certains indicateurs de l'avenant 1
- Proposer de nouveaux indicateurs
- Faire un focus sur des parcours identifiés de prise en charge des patients
 - **AVC**
 - Cancérologie
 - Psychiatrie
 - Périnatalogie
 - Personne âgée



METHODE DE TRAVAIL

- Les référents thématiques de chaque administration ont été chargés de travailler ensemble pour proposer des objectifs avec indicateurs, cible et méthode de calcul.
- Pour certains indicateurs des groupes de travail ou experts ont été consultés.
- Un calendrier de travail a été arrêté et 6 réunions ont été organisées entre avril 2015 et cet automne, en présence de l'ARS et de la DOMU, pour prendre acte de l'état d'avancement des réflexions.



1 Engagements complémentaires

à l'avenant 1



Développer l'HDJ en SSR par substitution de l'HC

 Augmenter le volume d'activité réalisé en ambulatoire dans les établissements autorisés déjà en Hôpital de jour par spécialité (hors sites hors Ile-de-France) calcul du nombre de venues / nombre de journées

Locomoteur : 17.8% => 40%

Cardiologie : 32.9% => 50%

Polyvalent : 5.9% => 6%

Neurologie adultes : 15.8% => 30%

Neurologie pédiatrie : 92% => maintien

• Gériatrie : 2.9% => 6%

 Envisager la création d'un HDJ dans un établissement sur deux pour le SSR gériatrique

Exclusion des établissements n'ayant pas un recrutement de proximité : accessibilité difficile ou attractivité très large

Réduire la DMS en HC en SSR au regard de la moyenne régionale par spécialité

tendre vers la moyenne régionale



Plan urgences AP-HP

 Homogénéiser les échelles de tri IOA dans les services d'urgences adultes (5 niveaux)

Améliorer les performances des plateaux médicotechniques

 Augmenter le nombre d'examens réalisés en ambulatoire, sur les IRM, pour des patients externes/consultants de l'AP-HP par rapport aux patients hospitalisés

Fonctionnement des blocs opératoires

 100% des sites concernés effectuent un audit annuel sur l'usage de la check list



IVG

- Organiser la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville dans le cadre du réseau REVHO :
 - ▶ 9/11 sites => 11 / 11 sites
- Positionner l'APHP comme co-partenaire avec l'ARS, l'ANCIC et REVHO de l'organisation du programme régional de formation complémentaire à l'IVG à l'attention des médecins réalisant déjà des IVG dans un service hospitalier francilien
 - Accueillir et former des stagiaires
- Favoriser le développement de la pratique de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale, notamment par la mise à disposition des praticiens de salles d'interventions spécifiques dans les locaux du centre IVG ou à proximité



2 Engagements spécifiques à l'avenant 2



Greffes

- Mettre en place le programme Cristal Action (recensement de l'ensemble des patients pouvant être donneurs d'organes d'établissement notamment en réanimation)
 - Dernière valeur connue = 55%
 - **>** 2016 = 88%
 - ▶ 2017 = 100%
- Garantir la formation de l'ensemble des personnels de coordination de prélèvement d'organe : que ce soit les personnels médicaux et non médicaux
 - 100% du personnel formé
- Réduire la durée de l'ischémie froide pour la greffe du rein (inférieure ou = 18H)
 - ▶ 38% => 100% en 2017
- Réduire la durée de l'ischémie froide pour la greffe du foie chez les adultes (inférieure ou = 9H) 25% => 100% en 2017
- Augmenter le prélèvement des donneurs vivants pour greffes de rein en sites adultes de l'APHP: % de sites qui ont plus de 20% de leurs greffes réalisées après donneurs vivants objectif = 100% des sites en 2018



Précarité

- Développer les outils favorisant la communication entre les usagers et les professionnels (kit classeur pictogrammes handicap)
- Développer l'interprétariat professionnel au sein de l'AP-HP
- Renforcer les interventions des médiateurs santé et/ou volontaires du service civique
- Renforcer les collaborations des PASS avec les partenaires extérieurs dans le domaine de la santé (conventions)

Développer le taux de recours en HAD à l'AP-HP

- Augmenter le taux de recours à l'HAD en post MCO
- Mettre en œuvre un plan d'action par GH pour augmenter le taux de recours à l'HAD



3 L'implication de l'AP-HP dans ses territoires



5 parcours identifiés

- AVC
- Cancérologie
- Psychiatrie
- Périnatalogie
- Personne âgée



- Améliorer le maillage territorial des UNV de l'APHP, pour les établissements avec UNV et disposant sur leur site d'un service de neurochirurgie, et d'un service de neuroradiologie interventionnelle (service de territoire et de recours)
 - 100% des UNV ont signé au moins 3 conventions
- Améliorer le maillage territorial des UNV de l'APHP, pour les établissements ne disposant pas de NRI et NRC sur place (UNV de territoire). Ils devront conventionner avec une UNV disposant sur son site d'un service de neurochirurgie et d'un service de neuroradiologie interventionnelle
 - 100% des établissements ont signé au moins 1 convention
- Améliorer le maillage territorial des UNV de l'APHP, pour les établissements avec SAU et sans UNV doivent conventionner avec établissement disposant d'1 UNV de territoire et de recours
 - 100% des établissements ont signé au moins 1 convention
- Augmenter le nombre de séjours présentant un AVC et/ou un AIT pris en charge en UNV ou en réanimation
 - 65% => 80%
- Améliorer la filière de court séjour- soin de suite (réduction du délai d'arrivée en SSR)



Evolution du nombre de fiches PPS informatisées au fur et à mesure du développement d'Orbis

Améliorer les délais du parcours patient

- Réduction du délai entre le 1er appel téléphonique et le 1er RV (sces d'oncologie médicale et radiothérapie)
- Auditer le délai entre le 1er RV et la 1ère chirurgie du sein
 - Moyenne AP-HP inférieure ou égale à la moyenne nationale

Améliorer l'accès à la préservation de la fertilité

- Mise en place de la plateforme et élaboration de procédures
- Garantir la continuité de la prise en charge pour la préservation de la fertilité toute l'année
- Réaliser un audit annuel des délais de prise en charge

Anticiper la démarche palliative

- Améliorer le délai médian entre la première intervention de l'EMSP et le décès du patient
- Améliorer la prise en charge qualitative de la fin de vie : % de patients ayant eu une chimiothérapie dans les 14 derniers jours de vie



- Structurer la prise en charge des chimiothérapies orales
 - Réaliser un état des lieux des pratiques
 - 100% des sites ont sécurisé les chimiothérapies orales
- Identifier les territoires cancer de l'AP-HP avec la mise en œuvre d'une gouvernance identique dans chacun des territoires

 Assurer la structuration et la lisibilité des activités de recours et des activités innovantes

 Améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre de soins cancer de l'AP-HP (site internet AP-HP notamment)

- Améliorer l'accès aux soins ambulatoires (adultes et enfants)
 - Augmenter de 10% l'activité (actes en CMP et consultations externes)
- Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques
 - Finaliser la convention avec la CHT psychiatrie de Paris (2015)
- Améliorer la disponibilité des lits en aval direct des urgences, définir un schéma cible des Centre Renforcé d'Urgences Psychiatriques
 - 5 sites expérimentateurs (Mondor, L. Mourier, Lariboisière, Bichat, H. Dieu)
- Développer la coordination des parcours de soins en santé mentale à travers la psychiatrie de liaison
 - Réaliser une cartographie de l'organisation de la psychiatrie de liaison de l'AP-HP
 - Augmenter le nombre d'actes
- Améliorer la prise en charge psychiatrique du sujet âgé au travers du centre ressources régional de psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA)
 - Animer des réunions de RCP dès 2016.
 - Augmenter le nombre d'évaluations des cas complexes : 56 => + 30% / an



Améliorer le suivi des nouveau-nés vulnérables

- Participer activement au dispositif de suivi en lien avec les réseaux => 800 enfants inclus à partir d'un centre AP-HP
- Mettre en œuvre dans l'ensemble des maternités de l'AP-HP le programme de dépistage auditif des nouveau-nés et garantir la continuité du dépistage tout au long de l'année => 100%

Entretien prénatal précoce (EPP)

- ▶ Elaborer un questionnaire conjoint AP-HP et les réseaux de périnatalité permettant de vérifier la réalisation de l'EPP auprès des femmes (en ville ou au sein de la maternité)
- Disposer d'un item dans le dossier médical pour suivre la réalisation des EPP
- Élaborer une procédure impliquant l'ensemble de l'équipe médicale (médecins / sage-femmes)
- ▶ Augmenter le nombre de femmes accouchant à l'AP-HP ayant réalisé leur EPP => 30% d'EPP réalisés auprès de femmes accouchant à l'AP-HP



- Fluidifier la filière gériatrique sur les territoires MAIA
 - Augmenter la part des patients du territoire MAIA pris en charge en court séjour gériatrique
- Evolution de la part des patients du territoire MAIA pris en charge en SSR gériatrique
 - Augmenter la part des patients du territoire MAIA pris en charge en SSR gériatrique
- Réduire la DMS du court séjour gériatrique (hors site Paul Doumer)
 - DMS: 12,4 et médiane 11
- Favoriser le recours à une alternative à l'hospitalisation complète
 - Part de l'ambulatoire pour les + 75 ans
 - Valeur 2014 : AP-HP 5,30% (hors CHU AP-HP : 4%)
- Mettre en place une plage horaire réservée pour les consultations gériatriques généralistes (hors-mémoire) à moins de 5 jours



Calendrier de passage devant les instances

Directoire : 06/10

Bureau de tutelle : 08/10

• CME: 10/11

CTCE: 27/11

Conseil de surveillance : 10/12

