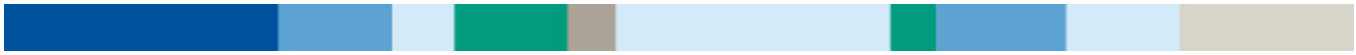
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Plan Stratégique 2010-2014



Sommaire

1. Introduction : l'AP-HP demain, une institution qui sait s'adapter aux évolutions des besoins et du système de santé

1.1. Les défis pour l'AP-HP de demain
1.2. Des valeurs et des missions réaffirmées, au cœur du projet médical
1.3. La création des GH, pour une offre plus lisible et mieux organisée
1.4. Un siège modernisé au service de toute l'institution

2. Un projet médical innovant, pour mieux adapter les prises en charge et mieux répondre aux attentes des patients

2.1. L'AP-HP demain, une institution mieux insérée dans son environnement, plus lisible dans son offre de soins, transformée dans ses organisations

2.1.1. Une offre de soins intégrée dans le paysage sanitaire de la région

2.1.2. Une offre de soins réorganisée en trois niveaux clairement définis, structurés par des thématiques prioritaires

2.1.2.1. Trois niveaux d'offre de soins, allant du «socle» présent dans chaque groupe hospitalier à des activités hyperspécialisées, « supra groupe hospitalier »
2.1.2.2. Des thématiques prioritaires de réorganisation, structurantes pour un ou plusieurs de ces niveaux

2.1.3. Une offre de soins comportant des projets spécifiques

2.1.3.1. La psychiatrie, une prise en charge qui appelle des articulations spécifiques dans l'environnement territorial et avec les autres acteurs de santé
2.1.3.2. La constitution d'une fédération entre les établissements prenant en charge le polyhandicap et le multihandicap à l'AP-HP
2.1.3.3. Le projet de développement des médecines complémentaires

2.2. Pour se transformer, l'AP-HP fait évoluer ses outils, ses organisations, ses métiers

2.2.1. Un nouveau système d'information patient, contribuant à améliorer la sécurité et la qualité des soins
2.2.2. Une approche rénovée de thématiques médicales transversales

2.2.2.1. Mieux assurer la sécurité et la qualité des soins
2.2.1.2. Mettre en œuvre une politique du médicament et des dispositifs médicaux
2.2.2.3. Mieux structurer la prise en charge des maladies chroniques

2.2.3. Des organisations profondément renouvelées

2.2.3.1. Des organisations intégrant l'approche "filière de soins" et « réseaux de santé »
2.2.3.2. Des organisations favorisant les formes d'hospitalisation non conventionnelles et l'utilisation des nouvelles technologies

2.2.4. De nouvelles coopérations entre professionnels

2.3. Un nouvel élan pour l'AP-HP dans ses missions universitaires et de recherche, ainsi que dans sa dimension internationale

2.3.1. Des relations avec les universités refondées

2.3.1.1. S'adapter à un contexte fortement évolutif
2.3.1.2. Prendre en compte la dimension territoriale
2.3.1.3. Repenser les formations et s'engager dans l'universitarisation de professions de santé
2.3.1.4. S'articuler pleinement avec les activités de recherche

2.3.2. Une politique de recherche rénovée, tant dans son organisation que dans ses thématiques

2.3.2.1. Améliorer la visibilité des activités de recherche et d'innovation réalisées au sein de l'institution
2.3.2.2. Définir les modalités d'un partenariat équilibré avec les acteurs de la recherche institutionnelle et de la recherche industrielle
2.3.2.3. Développer les sources de financement de l'activité de recherche
2.3.2.4. Mettre en place une organisation mieux structurée de la recherche

2.3. 3. Une AP-HP dotée d'une véritable visibilité internationale

3. Un projet de soins central, structuré autour de la qualité et de la sécurité des soins pour répondre aux besoins des malades et accompagner l'exercice des professionnels paramédicaux

3.1. Les points clefs du projet de soins

3.1. 1.Les objectifs
3.1.2. Placer le malade et ses proches au centre du projet de soins
3.1.3. Reconnaitre la place majeure des professionnels, acteurs du projet de soins
3.1.4. Valoriser l'encadrement paramédical, pivot de la mise en œuvre du projet de soins
3.1.5. Potentialiser la formation et la recherche au service des compétences des professionnels
3.1.6. Affirmer le rôle de l'institution dans l'accompagnement des professionnels

3.2. Un projet de soins décliné selon 4 axes d'orientations prioritaires

3.2.1. Un projet de soins élaboré à partir d'une méthode participative

3.2.2. Un projet de soins décliné en 4 axes :
Axe 1 : Philosophie - Principes - Valeurs
Axe 2 : Organisation et Management des soins
Axe 3 : Qualité et sécurité des soins / Prévention et gestion des risques
Axe 4 : Formation - Compétences - Métiers – Recherche

4. Un projet Ressources Humaines contribuant à la modernisation de l'institution

4.1. Un Projet Ressources Humaines en appui à la modernisation de l'institution

4.1.1 Un Projet Ressources Humaines transversal s'appuyant sur une méthodologie participative
4.1.2. Un Projet Ressources Humaines 2010-2014 axé sur des thématiques ciblées
4.1.3. Un Projet Ressources Humaines qui comprend des orientations, des objectifs, des critères d'évaluation et une traduction financière dans le cadrage financier du Plan Stratégique

4.2. Un Projet Ressources Humaines qui décline les orientations stratégiques de la politique Ressources Humaines pour les 5 années à venir

4.2.1. Anticiper les besoins en emploi pour répondre aux exigences d'excellence médicale et d'efficience
4.2.2. Accompagner l'évolution des compétences, fidéliser et promouvoir une politique de formation continue tout au long de la vie
4.2.3. Accompagner l'évolution du dispositif de formation initiale
4.2.4. Garantir aux personnels un accompagnement professionnel, collectif, individuel et social
4.2.5. Développer la politique de management et d'encadrement
4.2.6. Moderniser et garantir la qualité du dialogue social
4.2.7. Poursuivre les actions en faveur de la prévention des risques et de l'amélioration des conditions de travail
4.2.8. Mener une politique sociale volontariste

5. Un système d'information contribuant à la modernisation de l'institution

5.1. Améliorer la prise en charge des patients
5.2. Contribuer à l'efficience des fonctions administratives et de support
5.3. Développer les échanges et le travail collaboratif
5.4. Renforcer le pilotage institutionnel du système d'information
5.5. Garantir le maintien en condition opérationnelle du système d'information
5.6. Sécuriser le système d'information
5.7. Renforcer la gouvernance et le pilotage du système d'information

6. Un projet de développement de la qualité, de la gestion des risques, et des relations avec les usagers

6.1. Mettre en œuvre un management de la qualité et de la gestion des risques centré sur le patient

6.1.1. Faire des restructurations et réorganisations en GH et du plan stratégique un levier d'action pour améliorer la qualité et la gestion des risques à l'AP-HP.
6.1.2. Faire des obligations réglementaires et contractuelles Q-GdR des opportunités de manager la qualité et la sécurité des soins, en cohérence avec les objectifs institutionnels.
6.1.3. Organiser un management de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers lisible, éthique, responsable et durable
6.1.4. Intégrer systématiquement, à tous les niveaux du management les grandes orientations Q-GdR-RU

6.2. Renforcer la qualité des pratiques et la sécurité des soins

6.2.1. S'assurer que tous les projets médicaux prioritaires contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
6.2.2. Promouvoir dans tous les secteurs d'activité de l'hôpital des analyses de pratiques cliniques sous toutes ses formes en assurant le développement professionnel continu
6.2.3. Poursuivre les démarches ciblées d'analyse et de prévention des risques liés aux soins et développer des approches innovantes
6.2.3. Se donner la capacité de faire face à une crise sanitaire de grande ampleur

6.3. Renforcer la qualité de l'accueil, de l'information et des relations avec les usagers

6.3.1. Améliorer la qualité de l'information à toutes les étapes de la prise en charge
6.3.2. Faire de l'amélioration de l'organisation de l'accueil et du circuit du patient un axe majeur du projet de développement de la qualité.
6.3.3. Optimiser les conditions de séjour et le circuit du patient en assurant l'évaluation des prestations hôtelières et logistiques

6.4. Renforcer la sûreté de fonctionnement des installations et des prestations au service du soin

6.4.1. Mettre en sécurité le patrimoine des installations techniques
6.4.2. Contrôler la qualité et la sécurité des dispositifs et des équipements médicaux
6.4.3. Mettre en place dans chaque GH un schéma directeur pour la sécurité des personnes et des biens

6.5. Renforcer la politique Ressources Humaines autour de la qualité et de la sécurité

6.5.1. Répondre aux obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels
6.5.2. Accompagner les changements et restructurations on optimisant les organisations au travail

7. Un projet de ressources logistiques, patrimoniales et de prestations de service au bénéfice des soins et des équipes médico-soignantes

7.1. Piloter les ressources logistiques et patrimoniales au bénéfice du soin

7.1.1. Mieux maîtriser la connaissance de nos ressources
7.1.2. Mieux organiser nos ressources
7.1.3. Mieux contrôler l'emploi de nos ressources
7.1.4. Garantir la sureté de nos ressources
7.1.5. Valoriser le potentiel de nos ressources

7.2. Développer la plus value des prestations de service

7.2.1. Renforcer le partenariat avec les équipes médico-soignantes utilisatrices
7.2.2. Offrir des prestations à forte valeur ajoutée
7.2.3. Promouvoir et garantir des prestations hôtelières adaptées aux besoins

8. Un projet immobilier ambitieux

8.1. Les trajectoires immobilières

8.2. Une politique technique ambitieuse

8.2.1. La maintenance et l'exploitation
8.2.2. Les investissements techniques

8.3. Le développement durable

9. Un cadrage financier à même de garantir le retour à l'équilibre tout en dégageant des capacités d'investissement

10. Les principales orientations des projets médicaux des GH

11. Les axes d'orientations prioritaires du projet de soins central

12. Annexes

- les chiffres clé de l'AP-HP
- les cartes des GH et des universités
- liste des sigles et acronymes

1. Introduction : l'AP-HP demain, une institution qui sait s'adapter aux évolutions des besoins et du système de santé

Le plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP s'inscrit dans le cadre d'évolutions majeures qui concernent aussi bien notre système de santé, modifié par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), que l'organisation des universités et de la recherche, alors même que le monde hospitalier doit faire face à de fortes contraintes financières et démographiques.

C'est pourquoi ce plan stratégique a pour volonté de s'inscrire dans une dynamique nouvelle, à même de répondre aux défis de demain et faire de ces évolutions une opportunité de profonde transformation, renforçant ainsi son unicité.

1.1. Les défis pour l'AP-HP demain

Assurer la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche avec une ambition d'excellence reste la raison d'être de l'AP-HP. C'est la manière de parvenir à concilier ces missions dans un contexte de plus en plus complexe et rapidement évolutif qui doit être profondément repensée.

Les changements à promouvoir se situent essentiellement à quatre niveaux :

- l'AP-HP doit continuer à répondre à des besoins de santé publique en évolution, dominés par les questions liées aux maladies chroniques, **au premier rang desquelles les maladies cardio-vasculaires et les cancers, devenus la première cause de mortalité en France[1], au vieillissement**, mais aussi à la montée en charge de **problématiques spécifiques à des populations particulières** (précarité, migrants, adolescents).

Les réponses apportées par l'AP-HP à ces besoins en évolution doivent tenir compte des exigences et des attentes croissantes des personnes vis à vis du service public d'hospitalisation, garant d'un égal accès aux soins pour tous, tant du point de vue de la qualité et de la sécurité des prises en charge, que de l'information et de la transparence.

L'Ile de France n'échappe pas aux grandes tendances épidémiologiques, marquées par l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques. La région est cependant caractérisée par quelques spécificités : sa population est relativement jeune, et l'espérance de vie y est élevée (1er rang en France pour les hommes, 2ème rang pour les femmes). La mortalité générale y est moins élevée qu'au niveau national (de près de 15%)[2], et la mortalité par maladies cardio-vasculaires également (de près de 20%). Les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont en revanche parmi les moins favorables. D'autres pathologies y sont sur représentées, notamment l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, l'infection par le VIH, et les pathologies psychiatriques.

Enfin, les inégalités de santé demeurent importantes au sein de la région, les indicateurs les plus marquants concernant la Seine Saint Denis, avec notamment une mortalité néonatale de 3,6 décès pour 1000 naissances contre 2,3 en France.

- l'AP-HP doit mieux intégrer la dimension territoriale, tant pour tenir compte des spécificités de la région que des apports de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) : la mise en place de l'Agence régionale de santé d'Ile de France va profondément modifier les relations entre l'AP-HP et son environnement territorial. Il s'agit, en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS), de mieux positionner l'activité de l'AP-HP dans le tissu sanitaire régional, en l'articulant mieux avec le reste de

[1] http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/02-indicateurs.pdf
[2] suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile de France, document du programme d'Etudes et Statistiques du PRSP, décembre 2009.

l'offre hospitalière, de la médecine de ville, ou des secteurs médico-sociaux, notamment dans le domaine de la gériatrie. S'agissant des trois hôpitaux hors Ile-de-France, l'implication territoriale sera élaborée en liaison avec les ARS correspondantes. A ce titre, pour que l'AP-HP puisse s'inscrire dans des démarches de communautés hospitalières de territoire, une modification législative est nécessaire.

Cette évolution contribuera à une meilleure prise en compte des particularités des bassins de population desservis par l'AP-HP. L'institution a la volonté de s'engager dans de véritables partenariats avec d'autres établissements de santé, ceux qui participent au service public hospitalier, qu'il s'agisse de centre hospitaliers, d'établissements PSPH, ou de centres de lutte contre le cancer (CLCC), mais également avec les acteurs de soins privés et libéraux.

L'AP-HP compte faire de la loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* » (HPST) un levier pour mieux s'adapter à son environnement régional, coopérer avec les autres acteurs de santé, et moderniser sa gouvernance. La nouvelle loi prévoit en effet une organisation territoriale renforcée du système de santé, sous le pilotage des agences régionales de santé, véritables « clés de voûte » du dispositif. Celui-ci comportera un projet régional de santé, dans lequel l'AP-HP a vocation à s'intégrer pleinement.

La loi définit un nouveau mode d'organisation de l'offre de soins ambulatoires en fonction de niveaux de recours et des besoins de santé de la population. Dans ce cadre, les besoins de proximité correspondent au « premier recours », et nécessitent une présence resserrée sur le territoire. La prise en charge des besoins plus spécialisés, qui font appel à des ressources plus rares, doit en revanche s'organiser sur un maillage plus large, selon des modalités différentes, et correspond au second recours. C'est dans cette logique que l'AP-HP a conduit sa réflexion sur la restructuration de ses différents niveaux d'organisation de l'offre de soins.

La loi introduit des modalités de coopération nouvelles, le groupement de coopération sanitaire (GCS), et créé le cadre juridique des communautés hospitalières de territoire (CHT) afin de permettre aux établissements publics de santé de s'unir dans une stratégie commune d'organisation des soins. Ces dispositifs vont donner à l'AP-HP les outils contractuels confortant tant sa réorganisation interne en Groupe Hospitaliers (GH) que sa volonté de complémentarité accrue avec d'autres établissements.

L'extension des missions des établissements de santé vise à mieux prendre en compte la complexité des parcours de soins et leur coordination, et vient à l'appui du développement des prises en charge « non conventionnelles » que l'AP-HP entend développer.

Enfin, en termes de gouvernance, s'agissant de l'AP-HP, le conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement et sur les fonctions de contrôle, remplace le conseil d'administration ; un directoire resserré, à majorité médicale et à dimension véritablement hospitalo-universitaire, comprenant pour vice-présidents le président de la CME, le représentant des doyens et un responsable de la recherche se substitue au conseil exécutif ; le Directeur général, président du directoire, a la pleine responsabilité de l'établissement, tout en fondant ses décisions principales sur une concertation étroite avec le directoire. C'est dans cette perspective qu'a été élaboré le présent plan stratégique, avec la volonté de faire de ces nouvelles modalités de gouvernance un atout pour la conduite du changement.

- l'AP-HP s'engage à travailler, et donc à former, différemment : malgré les réformes organisationnelles mises en place au cours des dernières années, le système hospitalo-universitaire reste marqué par une rigidité et des éléments de cloisonnement, tant au niveau des structures

hospitalières (sites, pôles…), que des formations (initiales et continues ou des métiers (absence de passerelles et de véritable culture de l'interdisciplinarité).

Or la volonté de se moderniser et la nécessité d'anticiper les difficultés à venir liées à la démographie des professions médicales et paramédicales, la mise en place du LMD pour ces dernières, l'assouplissement, dans une certaine mesure, du cadre législatif et réglementaire d'emploi en lien avec la loi HPST, incitent l'institution à développer une nouvelle vision pour ses professionnels.

L'AP-HP, par la place qu'elle occupe en France, peut et doit jouer un rôle moteur dans l'expérimentation de nouvelles organisations, de nouvelles formations, et de nouvelles conceptions de l'articulation entre les métiers. C'est en réussissant ce pari qu'elle pourra se donner les moyens de mieux remplir ses missions tout en renforçant son attractivité.

L'AP-HP doit prendre en compte l'évolution de la démographie médicale et renforcer son attractivité. Dans le cadre de la préparation de ce plan stratégique, l' AP-HP a conduit une analyse de la démographie de sa population médicale s'appuyant sur la situation démographique régionale. Ce travail a permis de mieux estimer les perspectives de recrutement de l'AP-HP.

L'AP-HP, qui emploie environ 46% des spécialistes exerçant en Ile-de-France dont 24% environ ont une activité exclusive à l'AP-HP, aura bientôt à faire face à d'importantes difficultés de remplacement de ces praticiens. Seules quelques rares disciplines semblent aujourd'hui être assurées de renouveler leurs effectifs de titulaires (l'endocrinologie et métabolisme, la réanimation médicale, la chirurgie plastique, l'urologie, la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et l'hématologie clinique et biologique). Toutes les autres disciplines auront également des difficultés à renouveler leurs effectifs. En particulier, l'anesthésie réanimation renouvellerait au mieux un quart de ses départs, l'anatomie et cytologie pathologiques, la médecine nucléaire et biophysique et la radiologie environ la moitié. Ce sont ces disciplines transversales, structurantes des plateaux techniques, qui sont à risque démographique majeur à l'AP-HP à l'horizon 2015.

L'identification des ressources médicales actuelles et futures et leurs caractéristiques seront donc des critères importants pour apprécier la capacité de l'institution à s'adapter aux évolutions de la demande de soins et à mettre en œuvre ses orientations.

Pour devenir plus attractive, mieux former ses professionnels, promouvoir la pluridisciplinarité, les interfaces entre les soins, l'enseignement et la recherche, l'AP-HP a la volonté de coopérer différemment, de manière plus concertée, tripartite, avec ses partenaires (universités, établissements publics à caractère scientifique et technologique ou EPST) très en amont des décisions, en facilitant davantage la proximité entre les activités cliniques et les unités de recherche, et en travaillant de façon inter-universitaire à des projets emblématiques en termes de formation, d'innovation et d'excellence. Elle compte également jouer un rôle moteur dans la mise en place du « LMD »[3], élément essentiel pour faire évoluer les coopérations et les passerelles entre les professions de santé.

- l'AP-HP a la capacité de jouer un rôle déterminant dans la recherche et l'innovation : la prise de conscience de la nécessité de faire évoluer profondément les modes de financement et d'organisation de la recherche biomédicale, caractérisés en France, par comparaison avec d'autres pays, par leur complexité, leur lourdeur, et leur manque de transparence, a déjà fait l'objet de diagnostics détaillés et

[3] « Licence Master Doctorat »

de propositions pour l'avenir, notamment dans le cadre du rapport Zerhouni ou de la commission Marescaux. L'institution compte s'appuyer sur ces constats et ces propositions pour les traduire dans une organisation qui lui permette de valoriser son potentiel en termes de ressources humaines, de recrutement de patients et de bases de données.

L'AP-HP a pour ambition de développer sa stratégie en matière de recherche, de l'étendre au-delà des domaines biomédicaux, en développant également des axes de recherche en organisation hospitalière et une véritable vision du rôle de l'hôpital dans le système de santé de demain. Elle entend jouer un rôle moteur dans l'expérimentation de nouvelles organisations, souvent indispensables à l'évolution de thérapeutiques. Elle compte également, en lien avec ses partenaires universitaires et les Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST), élargir le champ des innovations technologiques en se dotant de plateformes biologiques de haut niveau ainsi que d'une plateforme d'enseignement par simulation.

1.2. Des valeurs et des missions réaffirmées, au cœur du projet médical

Les évolutions de la société et des exigences légitimes des patients, la nécessité de mieux prendre en compte la dimension éthique et humaine du soin dans un univers de grande technicité, qui tend trop souvent à faire passer ces aspects au second plan, appellent une politique volontariste, clairement définie, faisant partie intégrante des objectifs de l'institution dans des domaines tels que l'accueil des patients, le comportement des professionnels à leur égard, leur information, l'attention portée à l'entourage, et la prise en compte des personnes vulnérables à un titre ou un autre. Il s'agit non seulement d'une exigence éthique, mais d'un impératif en termes d'attractivité face à d'autres acteurs de l'offre de soins qui ont su accorder plus d'importance à ces aspects.

C'est pourquoi l'AP-HP a associé les usagers à ses groupes de travail au cours de l'élaboration de son plan stratégique et leurs points de vue ont été largement pris en compte. L'institution compte promouvoir un dialogue permanent, tant au niveau de l'institution que de ses établissements, afin de faire des usagers des partenaires à part entière du changement tout au long de ce plan stratégique.

Au regard des travaux conduits par les usagers, de la vision qu'ils ont porté au cours des travaux préparatoires du plan stratégique, l'institution s'attachera tout particulièrement, en lien avec les instances les représentant, et avec le projet de soins, à développer, mieux organiser, et professionnaliser ses prises en charge, avec pour axes prioritaires:

- le respect des personnes, les conditions d'accueil des patients et de leurs proches, en consultation ou en hospitalisation,
- la prise en compte des spécificités liées aux populations vulnérables (handicapés, situations de précarité, migrants),
- la participation et l'association des patients aux décisions thérapeutiques, ce d'autant que la loi HPST consacre l'importance de l'éducation thérapeutique,
- la conformité aux exigences réglementaires et professionnelles, en termes d'information, de consentement, de confidentialité,
- la prise en charge des personnes âgées, qui fera l'objet d'une grande vigilance tout le long de la filière de soins, du MCO au SSR gériatrique et au long séjour,

- l'accompagnement de la fin de vie et l'amélioration des conditions de décès à l'hôpital, qui feront l'objet d'une démarche professionnalisé, répondant sur l'ensemble des sites aux besoins des personnes et aux exigences éthiques

1.3. La création des Groupes Hospitaliers (GH), pour une offre plus lisible et mieux organisée

L'AP-HP s'était déjà engagée dans une démarche de transformation avec le plan stratégique 2005-2009, avec la mise en place des Groupes Hospitalo Universitaires (GHU), qui avait pour objectif de mieux coordonner les établissements entre eux et avec les universités, et de mieux prendre en compte les aspects territoriaux ; de définir des priorités ciblées sur une meilleure prise en charge de populations vulnérables, le développement de thématiques transversales, et d'aboutir à un début de recomposition de son offre de soins.

Le précédent plan comprenait ainsi 12 thématiques prioritaires[4], déclinées en plus de 500 projets constituant la « feuille de route » des hôpitaux pour la période choisie. Les actions engagées ont été de pair avec le lancement dans chaque GHU, d'opérations immobilières importantes, actuellement dans leur phase d'aboutissement.

Les axes prioritaires du présent plan stratégique, se situent, pour une bonne partie, en continuité avec ces thématiques, qui correspondaient déjà aux évolutions en termes de besoins et d'offre de soins hospitaliers. Ce plan a pour ambition de poursuivre ces axes de travail, tout en redessinant leur déclinaison et en mettant en place un dispositif de pilotage, de suivi et d'évaluation clairement définis.

En termes de réorganisation de ses établissements, c'est la réflexion initiée à la fin du précédent plan qui a conduit l'institution à proposer la mise en place les GH, support déterminant des restructurations à venir.

Cette organisation en un nombre réduit de groupes doit permettre un meilleur pilotage de l'institution, une meilleure visibilité pour la population et les professionnels de santé, une cohérence accrue sur le plan des filières de soins et de leur ancrage territorial. Enfin, elle doit faciliter une meilleure articulation avec les missions de recherche et d'enseignement.

1.4. Un siège modernisé au service de toute l'institution

En lien avec la mise en place des GH, le rôle du siège évoluera considérablement au cours de ce plan stratégique. Cette modernisation du siège marquera un tournant dans son positionnement au sein de l'institution. En phase avec sa nouvelle gouvernance issue de la loi HPST, l'AP-HP se dotera d'un siège stratège resserré, en mesure d'assurer de manière plus efficace ses fonctions de pilotage et de contrôle.

Le siège de l'AP-HP assume des fonctions classiques de définition, de pilotage et de contrôle des politiques médicales, administratives, financières, logistiques, d'investissement ou de gestion des

[4] Personnes âgées, Cancérologie, Personnes vulnérables, Périnatalité/pédiatrie, Urgences, Biologie, Imagerie, HAD et réseaux, Blocs opératoires, Transferts d'activité entre hôpitaux, Actions relatives à la qualité, à la sécurité et à l'efficience, Recherche médicale

ressources humaines. En outre, la mutualisation de moyens support est mise en œuvre, dans certains domaines, au profit de l'ensemble de l'institution, qu'il s'agisse de politiques d'achats centralisés, de l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux, du support des politiques de recherche, du blanchissage du linge ou de services d'ambulances.

A ce double titre, fonctions de stratégie et fonctions de gestion mutualisée, le siège de l'AP offre une valeur ajoutée à l'ensemble de l'institution. Il conviendra qu'il progresse encore dans l'efficacité et la qualité de son apport, tout en participant à l'effort collectif d'efficience. Parce que le siège est situé à la tête de l'institution, son action doit être exemplaire, sa plus value reconnue, ses activités justifiées, efficaces et économes en moyens.

Pour atteindre ces objectifs, le siège clarifiera d'abord ses activités, en distinguant d'un côté la stratégie et le contrôle, fortement resserrés et regroupés autour de la direction générale, et, de l'autre, l'ensemble des fonctions support mutualisées au bénéfice de l'institution. Il veillera à l'efficacité de son action. Les procédures de gestion seront optimisées, s'appuyant notamment sur les nouveaux progiciels de gestion intégrée. Certains processus de gestion seront également regroupés au niveau du siège, notamment dans le domaine des ressources humaines et de la facturation. L'optimisation des fonctions support sera facilitée, le siège assurant le pilotage de certaines filières, logistique, maintenance, investissement, recettes et dépenses, ressources humaines, notamment grâce à l'établissement de référentiels communs de gestion. S'agissant des fonctions supports mutualisées, la conclusion de contrats de type « client/fournisseur » sera recherchée chaque fois que possible.

Le siège allégera les charges qu'il fait peser sur l'institution, par une diminution sensible de ses coûts de fonctionnement : contribuer à l'équilibre financier de l'institution par une gestion économe participera de son exemplarité.

Enfin, les conditions de travail des personnels administratifs du siège seront fortement améliorées par le regroupement de plusieurs sites en un siège unique, favorisant ainsi la proximité des services, l'efficacité et la convivialité des liens professionnels, la qualité et l'ergonomie des lieux de travail, l'inscription dans une dynamique de développement durable.

Les fonctions supports mutualisées sont regroupées, tournées vers la satisfaction des groupes hospitaliers et plus économes dans leur fonctionnement. Le siège sera ainsi dans ses différentes missions en mesure d'accroître notablement son appui aux groupes hospitaliers et son apport à l'institution.

2. Un projet médical innovant, pour mieux adapter les prises en charge et mieux répondre aux attentes des patients

2.1. L'AP-HP demain, une institution mieux insérée dans son environnement, plus lisible dans son offre de soins, transformée dans ses organisations

L'AP-HP s'engage dans une recomposition de grande ampleur sur plusieurs dimensions : **une dimension territoriale**, avec le contexte de la mise en place, pour la première fois en France, d'une véritable autorité sanitaire régionale englobant l'ensemble des champs de la santé ; une dimension interne à l'AP-HP avec **la mise en place des GH,** regroupant de manière significative le nombre d'établissements ; enfin une dimension de **réorganisation des différents niveaux d'offre de soins**, avec une distinction clairement affichée entre les niveaux de recours et une politique volontariste de regroupement des activités hyperspécialisées, pour une meilleure qualité et une efficience accrue.

La préparation du projet médical, élément central de ce plan stratégique, s'est appuyée sur trois phases de travail, **associant largement les communautés hospitalières**, comprenant :

- Un état des lieux des évolutions prévisibles de la demande en soins à horizon 2015 (par les groupes de travail « évolution de la demande » juin-novembre 2008 qui ont réuni des experts provenant tant de l'AP-HP que d'autres institutions[5]). Durant cette même période, les différentes collégiales de l'AP-HP, ont rendu leurs recommandations sur l'évolution de leurs disciplines respectives en octobre 2008

- Le choix et l'approfondissement de thématiques identifiées comme décisives pour la réorganisation de l'offre de soins (par les groupes de travail « évolution de l'offre, février-septembre 2009, qui ont associé des professionnels de tous horizons, les différentes directions du siège, et ont également fait appel à des experts extérieurs à l'institution)

- L'articulation avec l'élaboration des projets médicaux des GH (avril-décembre 2010). Ces projets ont fait l'objet d'un processus itératif initié par l'élaboration, par la Direction de la politique médicale, d'éléments de cadrage, poursuivi par des échanges avec les GH d'une part, les autres directions d'autre part, pour aboutir à des projets présentés dans le cadre des conférences stratégiques de l'automne 2009. Ces conférences associaient pour la première fois la gouvernance des GH nouvellement formés et l'ensemble des directions du siège. Elles ont abouti à l'identification, pour chaque GH, d'axes ou de projets structurants pour leur évolution dans les années à venir, à la fois en termes de pertinence médicale, d'efficience, et de cohérence pour l'institution dans son ensemble[6].

2.1.1. Une offre de soins intégrée dans le paysage sanitaire de la région

La dimension territoriale, promue par la loi HPST, constitue un élément déterminant pour l'AP-HP, qui entend mieux adapter son offre de soins aux différents bassins de population qu'elle dessert. La volonté politique de mieux répondre aux besoins spécifiques de la petite couronne de Paris conduit par exemple l'AP-HP à développer des projets emblématiques tels que le développement d'un axe fort de cancérologie en Seine Saint Denis ou le développement de son offre en pédiatrie générale dans les départements limitrophes de Paris. En termes de partenariats avec d'autres établissements de santé, les synergies déjà existantes avec des établissements tels que Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) ou celles qui sont à créer ou développer, comme avec certains établissements de Seine Saint Denis, doivent concourir à une rationalisation et une amélioration de l'offre de soins.

[5] Les travaux de ces groupes, ainsi que l'ensemble des autres groupes de travail cités dans le projet médical, sont disponibles sur le site de la CME

[6] Les principales orientations des projets médicaux des GH font l'objet du chapitre 10

Parallèlement aux coopérations avec les autres établissements de santé, l'AP-HP, en lien avec l'ARS, fera évoluer ses modes de fonctionnement avec les autres acteurs du système de santé :

S'agissant des soins de proximité, la mise en place des GH constitue une opportunité pour développer des partenariats étroits avec les autres acteurs de santé. L'AP-HP s'emploiera tout particulièrement à mieux structurer ses relations avec la médecine de ville, dans le but d'améliorer la fluidité des filières et de diminuer le recours aux urgences, au profit d'une augmentation de la part des hospitalisations programmées.

S'agissant de leurs missions de recours et de référence, les GH en revanche doivent se positionner en tant que structures hospitalo-universitaires régionales, tout en veillant à ce que l'implantation de ces activités hyperspécialisées soit connue des différents partenaires du territoire et que leur accessibilité soit facilitée.

2.1.2. Une offre de soins réorganisée en trois niveaux clairement définis, structurés par des thématiques prioritaires

La mise en œuvre des GH a pour objectif essentiel de permettre à l'institution de mieux répondre aux missions qui sont les siennes, allant de l'hôpital de proximité jusque l'hôpital de référence et aux activités rares.

2.1.2.1. Trois niveaux d'offre de soins, allant du «socle» présent dans chaque groupe hospitalier à des activités hyperspécialisées, « supra groupe hospitalier »

Les principes généraux d'organisation qui ont guidé l'élaboration du projet médical des GH se sont largement appuyés sur les conclusions des groupes de travail sur « l'évolution de la demande en offre de soins » de décembre 2008. Ces groupes ont mis l'accent sur la nécessité **d'une différenciation bien plus affirmée entre les activités programmées et non programmées d'une part, entre les activités peu et très spécialisées d'autre part.**

Ce constat amène l'institution à s'engager dans une réorganisation de son offre de soins, sur la base des GH, en distinguant:

- En premier lieu, **un «socle» d'activités indispensables dans chaque groupe hospitalier** organisé **autour de :**

- **l'accueil des urgences et de leur aval dédié, jusqu'aux soins de suites et de réadaptation**

Ce «socle» doit également offrir, au niveau de chaque GH, les prises en charge suivantes :

- la réanimation, les soins intensifs, la surveillance continue
- l'anesthésie-réanimation
- la chirurgie générale et traumatologique
- les consultations externes.

Il a également à prendre en charge des missions relevant essentiellement du service public, telles que la prise en charge des personnes en situation de précarité, l'accueil de personnes en situation de

handicap, et une offre de soins accessible pour des activités telles que les IVG ou l'odontologie. Au niveau de cette offre de proximité, la coordination avec les autres acteurs du système de santé est essentielle.

- A un niveau intermédiaire, des **activités spécialisées mais ne relevant pas d'un niveau de recours régional ou inter régional**. Il s'agit d'un niveau de spécialités pour lesquelles la notion de proximité, pour le patient, n'intervient que partiellement et qui se développera ou non en fonction des atouts et des projets de chaque GH, l'objectif étant, à terme, une clarification et une visibilité accrues. L'exemple le plus emblématique en est **la cancérologie**, qui va donner lieu à une réorganisation de grande ampleur. Ces restructurations s'appuieront sur la prise en compte de « masses critiques » d'activité, la nécessité de ressources humaines suffisantes et de plateaux techniques adéquats, ainsi que la dimension hospitalo-universitaire. A ce niveau, la coordination doit se faire avec les intervenants du système de soins présents sur les mêmes thématiques (centres de lutte contre le cancer ou CLCC par exemple).

- Un troisième niveau, dit « supra GH » est constitué **de missions régionales ou inter régionales,** très spécialisées, la plupart soumises à autorisation, **et d'activités « rares » ou de référence**: un groupe hospitalier donné en est le site d'implantation ou de développement, selon des critères bien définis, car elles ne peuvent être présentes partout. Pour ces activités, la notion de proximité, pour le patient, n'intervient pas.

Enfin, la mise en œuvre d'activités transversales, telles que la promotion de la qualité et de la gestion des risques, la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs, la prise en compte des questions nutritionnelles, se retrouvent aux trois niveaux, qu'il s'agisse du «socle» », des activités intermédiaires, ou « supra GH ».

L'AP-HP demain, c'est donc une institution profondément réorganisée, autour d'une offre de soins graduée, complète, reposant sur des GH cohérents, insérés dans des territoires de santé, et coopérant avec les autres acteurs du système de santé.

2.1.2.2. Des thématiques prioritaires de réorganisation

L'institution a défini des thématiques prioritaires, à même de contribuer à la structuration de chacun de ces trois niveaux : chaque groupe hospitalier, dans son projet médical, a été amené à les prendre en compte.

Ces cinq thématiques sont les suivantes:

- **le SAU et son aval**, autour duquel se structurent l'ensemble des activités faisant partie du «socle», dont des activités presque exclusivement de service public
- **les SSR** (gériatriques et non gériatriques), parties intégrantes du «socle» pour la majeure partie d'entre eux, de niveau intermédiaire voire « supra GH » dans quelques domaines spécifiques
- **la pédiatrie**, au sein de laquelle on distingue des activités de proximité, autour de la pédiatrie générale, et des activités de recours, le plus souvent « supra GH »
- **la cancérologie**, activité intermédiaire par excellence, mais également « supra GH » dans certains cas (cancers rares) qui va faire l'objet de profondes transformations, passant d'une approche liée aux spécialités d'organes à une approche intégrée, centrée sur le parcours patient et la mutualisation des plateaux techniques, nouvelle pour l'institution
- **les plateaux médico-techniques,** éléments structurants pour les activités des trois niveaux, qui vont faire l'objet de réorganisations majeures, visant là aussi à clarifier les besoins à chaque

niveau et à distinguer les activités «socle» des activités hyperspécialisées. Ces dernières doivent faire l'objet de regroupements d'envergure, tant en raison de la nécessité d'optimiser les ressources humaines, les équipements, que de développer des pôles d'excellence et de recherche.

C'est donc à partir de ces deux objectifs, intégrer une réorganisation en trois niveaux de soins et y intégrer ces cinq thématiques, que se sont construits, selon un même fil conducteur, les projets médicaux des GH. Ces choix, fortement structurants pour l'ensemble de l'institution, sont à même de la faire progresser en termes de visibilité, d'excellence, de recherche, et de renforcer son positionnement vis-à-vis d'autres offreurs de soins.

2.1.2.2.1. Les activités «socle», réorganisées autour du SAU et son aval

L'amélioration de l'accueil des patients aux urgences et la continuité de leur prise en charge dans une filière d'aval clairement identifiée constituent l'élément essentiel du «socle» disponible dans chaque GH en tant qu'hôpital de proximité.

La réorganisation des SAU et de leur aval

Cette réorganisation a vocation à rompre avec l'intrication des filières programmées et non programmées, source majeure de dysfonctionnements, en évitant les séjours indument prolongés et les déprogrammations, et de mieux adapter les organisations et les moyens en conséquence. **L'objectif cible est de disposer en 2014 d'un SAU par GH,** avec, à terme, un regroupement architectural pour les hôpitaux proches, sauf exception due à un éloignement géographique. Cette organisation se construira autour de la mise en place dans chaque GH d'un **« département d'aval des urgences » (DAU),** notion nouvelle pour l'institution**,** dédié à la prise en charge des hospitalisations adultes[7] non programmées.

Chaque site d'accueil d'urgence sera ainsi organisé pour remplir les missions suivantes :

- **Une articulation efficace avec l'amont des urgences, c'est à dire un dispositif d'**orientation et d'accueil **lisible et accessible** pour la population et les professionnels de santé

- **Une prise en charge organisée pour répondre aux variations d'activité**, avec un accès fluide et H24 aux services médico-techniques. Dans cette organisation, la création **de nouvelles fonctions para médicales, à côté des infirmières d'orientation et d'accueil actuelles, auront un rôle déterminant.**

Concernant les urgences psychiatriques, il est prévu de mettre en acte les conventions entre les secteurs et les SAU de l'AP-HP.

La création d'un département d'aval des urgences (DAU)

La création d'un tel département a pour objectifs l'amélioration de la prise en charge des patients admis en urgence, et de façon plus générale, des admissions non programmées, tout en permettant d'organiser plus facilement l'activité programmée.

[7] la prise en charge en pédiatrie étant détaillée dans le chapitre consacré à la pédiatrie

La mise en place de cette organisation constituera une priorité pour l'ensemble des GH : elle reposera sur le regroupement physique d'activités non programmées dans un même secteur, condition d'une véritable organisation des circuits de prise en charge (services médico-techniques et filières) et coordonnée par une équipe dédiée**.**

Le DAU ne doit pas être un simple SAS d'accès aux disciplines, mais un service assurant une prise en charge de qualité, dont l'organisation et le positionnement seront précisés dans chaque GH: il pourra être à dominante médico-chirurgicale ou médicale et définira ses modalités de contractualisation avec les spécialités, les plateaux médico-techniques, et les filières du GH.

Le DAU comportera dans tous les cas :

- Des lits d'hospitalisation pour l'admission directe depuis le SAU et pour l'accueil de patients non programmés
- Des lits de court séjour gériatrique
- Des lits adaptés à l'aval d'urgences psychiatriques[8]
- L'organisation du recours à des spécialistes médicaux et chirurgicaux d'organes des autres structures cliniques du groupe hospitalier, et en particulier une prise en charge pour les patients atteints de cancer
- L'accès à des consultations de court délai
- Une interface opérationnelle, avec la médecine de ville, les réseaux, l'HAD, le SSR et le secteur médico-social

Cette organisation dédiée aux admissions non programmées permettra d'améliorer :

- la gestion prévisionnelle globalisée des lits d'hospitalisation, des consultations et de certains examens médico-techniques, dissociant les besoins des secteurs programmés et non-programmés
- la fluidité de fonctionnement du SAU et de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), où les séjours ne doivent pas dépasser 24h
- les durées de séjours en réduisant les délais d'accès aux services médico-techniques, aux avis spécialisés (possibilités de rendez vous de court délai) et aux filières d'aval
- l'implication précoce et rapide du service social

Enfin, les activités de réanimation et de surveillance continue, liées à l'activité non programmée mais également aux activités programmées, viendront s'articuler avec ces réorganisations.

Des missions de service public

L'AP-HP a également pour rôle d'assurer dans chaque GH des missions de service public en faveur de populations spécifiques (précarité, personnes en situation de handicap), dans des secteurs d'activité ne bénéficiant pas d'une offre publique accessible suffisante pour la population (IVG, odontologie), et enfin, au niveau institutionnel, la prise en charge des personnes détenues hospitalisées.

La prise en charge des personnes en situation de précarité

[8] mise en place d'une unité de lits de crise « de moins de 72 heures », offre de prestations somatiques pour les patients de l'hôpital psychiatrique

Des objectifs communs, correspondant à une politique institutionnelle, sont fixés pour l'ensemble des GH, ceux-ci devant par ailleurs tenir compte des spécificités des différents territoires de santé. Il s'agit de mettre en place :

- un dispositif de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) coordonné, par GH, avec une articulation clairement définie avec le SAU
- un dispositif associant une policlinique avec des consultations de médecine générale sans rendez vous, et un dispositif d'accès aux soins localisé dans les consultations ciblées, déterminées site par site
- un comité de pilotage de la précarité et de la PASS comprenant au moins un référent médical, social et administratif.

Un pilotage central sera mis en œuvre au niveau du siège afin d'assurer la cohérence de ces dispositifs d'un GH à l'autre, de mener la réflexion institutionnelle sur une répartition rationnelle et équitable des moyens en fonction de l'activité, d'évaluer et réajuster le dispositif. Les efforts porteront également sur l'actualisation des informations disponibles pour les professionnels et le grand public (sites internet, plaquettes d'information, etc).

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les efforts entamés lors du précédent plan stratégique, notamment en ce qui concerne l'accueil et la lisibilité de l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap, seront poursuivis et d'intensifiés au cours de ce plan stratégique.

L'accessibilité à l'hôpital, c'est à dire aux soins, pour les personnes en situation de handicap, passe nécessairement par une **prise en compte de leurs singularités,** à chaque étape de leur parcours. **L'accueil dans les services**, **et plus particulièrement aux urgences**, est capital, qu'il soit physique ou téléphonique. L'accessibilité englobe la mobilité, le repérage, le mode de communication à adapter selon les handicaps grâce aux aides humaines (formation/sensibilisation des personnels, interprètes,…) ou aux aides techniques (boucle magnétique, pictogrammes, …) mais également l'accès aux informations.

Il est indispensable de **rendre clairement lisible l'offre de soins** pour mieux orienter les personnes en situation de handicap. La prise en charge de certaines déficiences nécessite une **formation** des équipes, une **adaptation des locaux,** l'acquisition **d'équipements spécifiques.** Une cartographie des services qui ont développé une expertise dans la prise en charge de certains types de handicap ou qui disposent d'équipements adaptés (en radiologie, gynécologie obstétrique, …) sera établie, et disponible sur le site internet de l'AP-HP[9], afin de favoriser une meilleure orientation de ces patients.

Enfin, il est nécessaire que le personnel soignant dans son ensemble soit sensibilisé et formé aux singularités de certains handicaps (sensoriels, psychique, mental ou autisme) afin de mieux communiquer et mieux prendre en charge ces patients.

Afin d'améliorer l'accueil dans toutes les situations d'urgences l'AP-HP a créé un kit de communication composé de pictogrammes, permettant d'améliorer de dialogue entre les équipes soignantes et les patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension (personnes en situation de handicap, non francophones,…) Ce kit, traduit en 6 langues, a été diffusé dans tous les services d'urgences de France ainsi que dans chaque SAMU et véhicule du SMUR.

[9] http://www.AP-HP.fr/site/offre_soins/

L'accès aux interruptions volontaires de grossesse (IVG)

La demande concernant les IVG reste importante en Ile de France, et **l'offre de soins publique doit donc être maintenue au cours de ce plan stratégique par les établissements de l'AP-HP**, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, proposant un dispositif d'orientation et l'ensemble des techniques existantes.
Des centres liés à un service de gynéco-obstétrique ayant une activité se situant autour de 1000 actes par an, structurés en entités fonctionnelles sous la responsabilité de praticiens titulaires ont été retenus comme modèle. Certaines unités doivent développer leur activité quantitativement et pourront être redessinées dans le cadre de la restructuration en cours des GH. Enfin, certains centres développeront un rôle dans la formation, tandis que la mise en réseau de centres de l'AP-HP permettra de développer des projets de recherche clinique.

L'offre de soins en odontologie

La réunion des 2 UFR d'odontologie au sein du Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES) Paris Université va permettre de revoir l'organisation et la répartition des services d'odontologie de l'AP-HP, en répondant à un triple objectif :

- assurer les missions de soins destinées aux patients hospitalisés (imuno-déprimés, greffés, atteints de cancer), ou en institution, ou nécessitant une sédation par MEOPA[10] (patients atteints de handicap mental, enfants agités ou très jeunes), ou atteints de troubles congénitaux ou acquis de l'hémostase.
- assurer sa mission de service public d'offre de soins odontologiques aux populations précaires (dans le cadre notamment de Pass bucco-dentaires) et d'accueil des urgences d'Ile de France 24h/24 sur le site de la Pitié-Salpêtrière
- assurer les missions d'enseignement et de recherche.

La médecine en milieu pénitentiaire

La prise en charge des détenus malades relève du service public hospitalier et l'institution tient à assurer cette mission de façon exemplaire. L'amélioration de l'organisation, complexe, de ces structures, passera par la poursuite de la coordination institutionnelle des deux Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de l'AP-HP[11], en fonction du rééquilibrage des populations carcérales entre la prison de la Santé et celle de Fresnes, et de l'activité de chaque équipe. L'ouverture de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de 25 lits de la Pitié Salpêtrière fera l'objet d'une évaluation.

2.1.2.2.2. La réorganisation du SSR et des filières gériatriques, aval du «socle», mais également de certaines spécialités de niveau intermédiaire voire « supra GH »

Nécessaire aux trois niveaux d'offre de soins, **les SSR figurent parmi les priorités du présent plan stratégique** en raison de l'importance de la prise en charge des personnes âgées, en continuité avec le plan stratégique précédent, mais également avec la volonté d'améliorer les filières de soins et de mieux

[10] Mélange Équimoléculaire Oxygéne Protoxyde d'Azote
[11] Paris - La Santé et Fresnes

répondre aux besoins d'aval spécialisé de l'institution, en développant des SSR non gériatriques destinés à couvrir des besoins non satisfaits à ce jour.

Les objectifs poursuivis pour ce plan stratégique sont les suivants :

Pour les filières gériatriques :

- doter chaque GH d'une filière gériatrique complète labellisée
- rapprocher les patients de leur lieu de vie

Pour le SSR non gériatrique :

- créer une offre de SSR spécialisée non gériatrique répondant aux besoins d'aval des services de spécialités de court séjour
- optimiser l'offre de l'institution en termes de dimensionnement et de répartition géographique.

En termes d'organisation, il s'git de **structurer les différents niveaux de prise en charge** au sein du secteur SSR, dans une démarche similaire à celle concernant le MCO, à partir :

- **d'activités «socle» ou de proximité**, concernant essentiellement le SSR gériatrique mais également d'autres activités d'aval spécialisé courantes
- **d'activités de SSR spécialisé de niveau intermédiaire** (SSR cardiologique par exemple)
- **d'activités de SSR spécialisé** concernant des activités rares (pédiatrie par exemple): SSR « supra-GH ».

L'amélioration de la fluidité des filières entre les sites MCO et les SSR s'appuiera sur des réorganisations comportant :

- Le développement de liens forts avec les spécialités médicales d'amont
- La mise en place d'organisations améliorant la prise en charge des patients les plus lourds et/ou en situation de précarité sociale
- Des stratégies renforçant l'attractivité de ces activités pour les professionnels de l'AP-HP
- Le développement d'outils de management pour un pilotage d'ensemble du dispositif SSR

L'organisation de l'offre de soins d'aval dits de proximité sera développée **prioritairement par GH**, dans une perspective de continuité des filières de soins et de réponse individualisée aux besoins d'aval spécialisé.

L'organisation du SSR spécialisé, compte tenu de la nécessité de mutualiser les compétences rares et les plateaux techniques, en particulier, entre MCO et SSR, **sera variable selon le GH, l'objectif étant de développer une offre de SSR spécialisé non gériatrique répondant aux besoins des services MCO**, avec le cas échéant des coopérations entre GH.

Enfin, l'activité de SSR **« supra GH »** sera conçue comme une offre de soins de niveau régional, en coordination avec d'autres acteurs, pour une demande faible numériquement mais très spécialisée (hématologie adultes, pédiatrie, SLA, maladies neuromusculaires etc.).

2.1.2.2.2.1. La gériatrie

Contexte :

- L'existence à l'AP-HP, au sein des GH, d'hôpitaux gériatriques impose un lien fort avec les sites MCO du groupe en respectant une politique de prise en charge de proximité des malades âgés.

- Dans un souci de cohérence des prises en charge et d'efficience, chaque hôpital gériatrique doit comporter l'ensemble des activités médicales dédiées aux malades âgés à savoir : court séjour gériatrique (CSG), soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD).

2.1.2.2.2.2 Les filières gériatriques

Le précédent plan stratégique avait permis à l'AP-HP un développement important des services de gériatrie[12]. Cet effort doit être poursuivi et adapté, compte tenu de l'évolution des besoins et des difficultés croissantes de recrutement de soignants et de médecins. **Les enjeux consistent à améliorer la prise en charge** des personnes âgées dans le cadre des filières (lisibilité, accessibilité, continuité, fluidité), **à rendre la gériatrie attractive**, tant pour les médecins que pour les paramédicaux, et **à développer la dimension hospitalo-universitaire** de la discipline (enseignement et recherche).

Chaque GH mettra en place une filière gériatrique complète[13] , ayant pour partenaires des établissements de santé non AP-HP du territoire, dédiée aux soins des patients âgés polypathologiques, dimensionnée selon les besoins et composée :

- au niveau du SAU : d'une unité de court séjour gériatrique (CSG), d'une équipe d'intervention gériatrique (EIG) et d'un accès à des places d'hôpital de jour court séjour et SSR gériatrique
- d'unités de SSR pour « affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou « à risque de dépendance »
- d'unités de Soins de Longue Durée (SLD)
- de consultations gériatriques et mémoire avec accès à un hôpital de jour MCO.
- d'un dispositif de liaison avec la ville (médecins libéraux, services de soins et aide à domicile, Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD).

Ce dispositif vise à une labellisation par l'ARS de l'ensemble des filières AP-HP.

Les soins de suite et réadaptation gériatrique (SSRG)

Les SSRG devront répondre au cahier des charges des SSR prenant en charge des « affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance ». Au sein des SSR gériatriques, **des unités à orientation thématique** pourront se développer, **en lien avec les services de MCO** correspondants, permettant de mieux structurer certaines prises en charge. Il sera ainsi possible d'individualiser des unités de SSR gériatrique à orientation thématique (oncologie, cardiologie, appareil locomoteur, pneumologie, unités cognitivo-comportementales dans le cadre du Plan Alzheimer…) à condition qu'elles justifient d'un projet spécifique adapté aux besoins locaux.

Parallèlement à cette démarche, afin d'améliorer l'accessibilité géographique des filières de soins pour les patients parisiens[14], l'offre de SSR gériatrique sera développée dans Paris intra muros pour une prise en charge de proximité.

Les unités de Soins de longue durée (USLD) :

La filière gériatrique hospitalière disposera également d'une capacité d'accueil en USLD, aval du SSR pour des patients dépendants, sur site ou par convention. Elle permettra de renforcer l'accueil des

[12] implantation quasi achevée d'Unités de Gériatrie Aiguë au sein des SAU développement des Equipes Mobiles Gériatriques, augmentation de l'offre de SSR gériatriques, augmentation des moyens médicaux et paramédicaux en Gériatrie

[13] Pour les GH couvrant un territoire très étendu, plusieurs filières gériatriques peuvent être créées, articulées entre elles

[14] 1 patient parisien sur 5 est pris en charge dans les structures SSR de deuxième couronne

patients très dépendants et nécessitant des soins médicaux et techniques. Dans la continuité du plan stratégique précédent, l'AP-HP s'assurera de la prise en charge en EHPAD pour ces patients.

2.1.2.2.2.3 Le SSR non gériatrique

L'offre de SSR spécialisé non gériatrique de l'AP-HP doit évoluer pour s'adapter **aux besoins d'aval spécialisés** croissants dans de nombreuses disciplines (neurologie, pneumologie, cancérologie…), parfois à l'origine de dysfonctionnements des filières de soins MCO. Les contraintes externes (mise en place d'une tarification à l'activité dans ce secteur, limites quantitatives liées à la politique régionale en matière d'offre SSR) doivent être intégrées à la réflexion.

2.1.2.2.3. La réorganisation de la pédiatrie, depuis une prise en charge de proximité jusqu'aux spécialités, intégrant la prise en charge des adolescents

L'AP-HP doit impérativement s'adapter à une évolution particulièrement rapide des besoins et des prises en charge en pédiatrie, tout en intégrant davantage son offre dans l'environnement régional.

En effet, l'évolution rapide des modes de prise en charge en pédiatrie (évolution vers davantage de prises en charge ambulatoires ou de très courte durée, en consultations, développement des besoins en éducation thérapeutique, entrées fréquentes par les urgences avec prise en charge rapide en UHCD), les fluctuations saisonnières importantes, la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire et la gradation des soins, ont abouti ces dernières années pour la pédiatrie spécialisée et la chirurgie, à **une diminution des besoins d'hospitalisation traditionnelle et plaident pour une réduction du nombre de lits d'hospitalisation classique** au cours du prochain plan stratégique et une plus grande adaptabilité à la demande.

La réflexion a conduit à différencier les stratégies à mettre en œuvre pour la pédiatrie générale d'une part, pour la pédiatrie spécialisée d'autre part, en cohérence avec la réorganisation de l'ensemble de l'offre de soins en niveaux distincts, répondant à des objectifs différents et à des modes d'organisation différents.

Les objectifs de la réorganisation à terme visent donc à répondre de façon plus adaptée aux besoins pédiatriques en Ile de France, à moderniser les organisations et les prises en charge, en différenciant clairement la pédiatrie générale et les urgences en tant qu'activité intégrée dans le «socle» de chaque GH comportant un site pédiatrique, de la pédiatrie spécialisée située à un niveau « supraGH ».

Ceci implique une **amélioration de l'organisation des urgences, une meilleure prise en compte des variations saisonnières et une politique volontariste en termes de développement des prises en charges ambulatoires.**

Enfin, l'institution doit développer parallèlement des modalités de prise en charge adaptées pour les adolescents, insuffisantes actuellement.

2.1.2.2.3.1. La pédiatrie générale

Dans le domaine de la pédiatrie générale et des urgences, l'accent sera mis sur :

- Non seulement le maintien, mais le renforcement, des services de pédiatrie générale et des urgences existant à l'AP-HP (actuellement au nombre de huit[15]).

[15] Jean Verdier, Ambroise Paré, Kremlin Bicêtre, Louis Mourier, Trousseau, Necker Enfants Malades/Saint Vincent de Paul, Robert Debré

- L'amélioration de la prise en compte les fluctuations saisonnières en rendant les capacités des services « modulables », avec des organisations correspondantes pour le personnel médical et le personnel non médical.
- L'organisation de consultations avancées de spécialités pédiatriques : le principe d'une consultation pluridisciplinaire au sein, par exemple, d'une polyclinique, sera privilégié.
- La prise en charge de l'obésité et la cancérologie (réseau RIFHOP[16]) constitueront des exemples de ce type d'organisation, pour lesquelles les sites de pédiatrie générale jouent un rôle d'orientation ou de relais
- L'élaboration d'une cartographie lisible et diffusée des consultations de pédiatrie générale et spécialisée au sein de l'AP-HP

2.1.2.2.3.2. La pédiatrie spécialisée

Les principales orientations concernant l'évolution de la pédiatrie spécialisée ont fait l'objet de nombreux travaux de réflexion au cours de la préparation du plan stratégique, et d'un examen des différentes options de réorganisation possibles par un jury d'experts indépendants, mi juin 2010.

La pédiatrie spécialisée est répartie sur les sites hospitaliers dont trois dans Paris intra-muros. L'organisation de ces activités sera élaborée à partir d'un travail de la communauté des pédiatres permettant d'aboutir à un projet médical partagé sur la base des recommandations du jury d'experts. Elle devra également tenir compte des contraintes liées à la démographie médicale et à la permanence des soins ainsi qu'à des impératifs d'efficience économique. Ce projet doit être terminé au plus tard dans l'année 2010.
C'est dans ce contexte que pourront être précisées le devenir des différentes spécialités présentes sur le site.

Les investissements qui seraient nécessaires, seront programmés à partir du projet ainsi défini qui sera médicalement pertinent et réaliste sur le plan des ressources humaines, et économiquement adapté.

2.1.2.2.3.3. La prise en charge des adolescents

Les besoins croissants d'une prise en charge spécifique des adolescents, dans les domaines du soin, de la recherche, de la formation et de la prévention, conduisent l'AP-HP à développer activement cet axe, en lien avec les réorganisations de la pédiatrie et de certains services d'adulte, notamment ceux prenant en charge les urgences.

Les actions programmées dans le cadre du prochain plan stratégique s'articulent autour des points suivants :

- Le développement à l'AP-HP de **Maisons des adolescents**, multidisciplinaires, outil de décloisonnement des modes de prise en charge, et d'interface entre le sanitaire, le social, le médico-social, la médecine libérale, les mondes judiciaire, scolaire et associatif.
- L'identification d'une **expertise** en médecine de l'adolescent sur tous les sites ayant une structure de pédiatrie générale (**équipe d'intervention ou mobile**), voire au-delà.
- L'identification d'une ou deux **structures d'hospitalisations** supplémentaires dédiées à la prise en charge des adolescents pour améliorer l'accueil, la qualité des soins et les conditions d'hospitalisation des adolescents, avec des ressourcées universitaires dédiées, notamment axées sur les pathologies chroniques associées à des problèmes d'insertion, d'observance, ou des problématiques psycho-sociales.

[16] Réseau d'Ile-de-France d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique

- L'amélioration de la **transition** vers la médecine d'adultes au moyen de filières ou d'organisations de soins adaptées entre équipes pédiatriques et d'adultes
- L'amélioration du **repérage des problèmes psychiatriques, des conduites addictives, des troubles du comportement alimentaire**.

2.1.2.2.3.4. La pédopsychiatrie

Dans la prolongation du plan précédent, ce plan stratégique s'attachera à promouvoir et renforcer les activités spécialisées spécifiques de la pédopsychiatrie à l'AP-HP. En effet, la demande de soins en pédopsychiatrie auprès de l'AP-HP croit régulièrement, à la fois dans les services de pédopsychiatrie, dans les SAU de pédiatrie et dans les services de pédiatrie spécialisée et de maternité. Elle est associée à des pathologies de plus en plus complexes, associées à des co-morbidités médicales, dans une population de plus en plus jeune, et donnant lieu à une augmentation de la demande en urgence.

Des demandes de consultations psychiatriques spécialisées s'accroissent en particulier pour les troubles alimentaires, du sommeil, pour l'adoption précoce, l'hyperactivité, les troubles précoces de la relation parent enfant, les troubles autistiques et en périnatalité. La prévention du suicide des adolescents ainsi que la prévention des addictions sont des enjeux majeurs. Enfin, la recherche et l'universitarisation doivent être intégrées en pédopsychiatrie comme en psychiatrie adulte.

Les thèmes majeurs à développer s'organiseront autour des axes suivants:

- en termes de pathologies et comportements cibles : les troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent, les troubles anxieux, l'addictologie et la suicidologie, les troubles schizophréniques et bipolaires précoces, l'autisme et les troubles envahissants du développement, les troubles graves du comportement, les troubles de l'attachement.

- en termes de populations cibles: les intrications médico-psychiatriques chez les patients atteints de maladies somatiques lourdes et/ou chroniques (polytraumatismes, cancer, grands brûlés, obésité) ou bénéficiant de prises en charge médicales de pointe (greffes d'organe), ou encore encore porteurs de maladie organique à présentation psychiatrique (syndromes catatoniques)

Une différenciation en trois niveaux de soins en pédopsychiatrie est nécessaire pour mieux organiser la réponse aux besoins des patients de la part des professionnels et, le niveau 1 incluant la pédopsychiatrie générale, la consultation sectorisée et non sectorisée, le niveau 2 la psychiatrie spécifique avec l'hospitalisation temps plein, les urgences et la liaison, le niveau 3 la psychiatrie sur-spécialisée.

2.1.2.2.4. La réorganisation de la cancérologie, activité à prédominance intermédiaire, sur des bases nouvelles

L'amélioration de la prise en charge en cancérologie à l'AP-HP constituait déjà un axe prioritaire du précédent plan stratégique, un certain nombre de mesures mises en œuvre se situant dans le contexte de la mise en place du plan cancer 1.

De réels progrès ont été accomplis avec la mise en place des 3C, d'un dispositif d'annonce (DA), des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), etc…, mais la prise en charge des malades atteints de cancer peut et doit encore considérablement s'améliorer au sein de l'institution, en adéquation avec les exigences du plan cancer 2.

L'AP-HP est concernée par les cinq axes du plan cancer[17], mais au premier chef par la prise en charge des patients et la recherche.

Les mesures phares du plan cancer, sur lesquelles l'AP-HP compte s'appuyer, prévoient :

- **De personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant**
- **De renforcer la qualité de la prise en charge par la mise en place de critères de qualité et d'agrément**
- **De dynamiser la rechercher clinique et translationnelle, en augmentant sensiblement le taux d'inclusion des patients et en développant les plateformes de génétique moléculaire.**

Ces objectifs se déclineront à l'AP-HP avec **la volonté de faire de la réorganisation de la cancérologie un axe déterminant d'amélioration des soins et de restructuration en profondeur des activités de niveau « intermédiaire ».**

Les orientations prises ont fait l'objet d'un travail considérable de la Commission Cancer de l'AP-HP et de différents groupes d'experts. Elles s'appuieront sur le levier que constitue la mise en place des GH pour gagner en accessibilité et lisibilité, améliorer les organisations et gagner en efficience, et dynamiser la recherche.

Elles constituent véritablement une approche nouvelle pour l'institution, car elles doivent permettre de passer d'une médecine d'organe à une prise en charge globale, offrant au patient un parcours de soins personnalisé, d'excellence, intégré dans la dimension universitaire et de recherche. Sur ce dernier point, il s'agit de fédérer et de développer la recherche clinique, de transfert et fondamentale en cancérologie, ainsi que les innovations.

Ces objectifs se traduiront par:

- **la mise en place du parcours personnalisé de soins, visant à réduire les délais de prise en charge, à améliorer la fluidité et la coordination des parcours,** en mettant l'accent sur les aspects liés à l'accueil, **aux urgences en cancérologie**, aux soins de support, aux alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (HAD), et à l'articulation avec les réseaux en cancérologie, en soins palliatifs, …
- **le développement de l'accès aux plateformes de biopathologie** en vue de diagnostics et de traitements personnalisés.
- **l'augmentation de l'inclusion des patients dans des essais cliniques** pour répondre aux objectifs du plan cancer II[18].
- une mobilisation accrue pour **répondre à des appels d'offre nationaux ou internationaux.**

Les atouts propres à l'AP-HP, à savoir l'intégration de la cancérologie dans des établissements disposant d'un large éventail de spécialités médicales et chirurgicales, d'expertises hautement spécialisées, de plateaux techniques performants, et enfin d'un environnement universitaire et de recherche, doivent être mieux exploités. L'activité de recherche en cancérologie doit être développée dans des services ayant une forte activité, un environnement pluridisciplinaire, et des laboratoires de biologie de haut niveau.

[17] Recherche, observation, prévention et dépistage, soins, vie après le cancer

[18] 60% pour les cancers de l'enfant, 40% pour l'hématologie maligne, 10% pour les métastases de tumeurs solides, 5% en onco-gériatrie

Pour atteindre ces objectifs, la cancérologie à l'AP-HP sera réorganisée selon deux modalités, des **Centres Intégrés en Oncologie (C-IN-ONCO) et des Centres Experts en Oncologie (C-EX-ONCO**).

La prise en charge des **urgences cancérologiques** et des patients **en fin de parcours thérapeutique** fera l'objet d'une attention particulière, chaque équipe devant être à même d'assurer une continuité des soins quelle que soit la phase dans laquelle se trouve le patient.

La réorganisation intègrera pleinement le développement du rôle des métiers paramédicaux autour de la cancérologie fortement préconisés par le Plan Cancer 2 (infirmière d'annonce, infirmière référente, chargée de la coordination du parcours de soins, infirmière responsable de la consultation de sortie, etc).

Les définitions et les missions des centres intégrés et des centres experts en oncologie se résument ainsi [19]:

Le Centre INtégré d'ONCOlogie (C-IN-ONCO) **se structure autour de deux objectifs : la prise en charge précoce et globale du patient sur au moins trois « thématiques » et la qualité de l'organisation (incluant clarté et sécurité du parcours de soins, mutualisation, coordination ainsi que l'organisation de la recherche).**

Il bénéficiera d'une organisation administrative et fonctionnelle dédiée. Il comportera nécessairement la mutualisation des plateaux ambulatoires, des hôpitaux de jour, de la radiothérapie et des soins de suite. Il a vocation à s'inscrire dans une logique de mise en place d'un Département Hospitalo Universitaire (DHU).

Le Centre EXpert (C-EX-ONCO) ou « l'excellence dans la prise en charge d'un type de cancer» **se structure autour de deux objectifs: l'organisation de la prise en charge d'expertise du patient, tant du point de vue des soins que des innovations. Il mettra en place et coordonnera des programmes de recherche, clinique, translationnelle et fondamentale.**

S'il existe un centre intégré dans le GH, le centre expert devra en faire partie.

Des missions de formation, d'enseignement et de recherche seront nécessairement présentes dans les deux types de centres.

La mise en place des Centres experts ou des Centres intégrés passera par un processus de **labellisation, propre à l'AP-HP, mais répondant largement aux impératifs du plan cancer 2** des deux types de centres, sur la base d'un cahier des charges précis, aboutissant, pour chaque **groupe hospitalier,** à des regroupements. Il ne s'agira pas de **se limiter à** une **simple** mutualisation fonctionnelle mais de véritables **regroupements « physiques »** intégrés dans le schéma directeur 2010-2014.

2.1.2.2.5. La réorganisation des plateaux médico-techniques, sur la base de niveaux différenciés et cohérents avec les niveaux d'activités cliniques

Les plateaux médico-techniques (PMT) vont constituer un élément structurant décisif pour la plupart des GH. De même que l'offre de soins clinique peut être différenciée en plusieurs niveaux, de même l'objectif de ce plan stratégique est-il de mieux distinguer des activités «socle» des activités plus spécialisées voire « supra GH » pour les activités liées aux PMT.

[19] L'ensemble des travaux est disponible sur le site de la CME

Les réorganisations en fonction de masses critiques d'activité et d'organisations plus efficientes, seront déterminantes pour les années à venir. En effet, les PMT seront particulièrement concernées par les problèmes de démographie médicale et para médicale et appellent des réponses innovantes. **Les aspects organisation du travail et « nouveaux métiers » vont jouer un rôle majeur, nécessitant à la fois l'identification de nouvelles fonction, leur implantation dans l'institution, le recrutement, la formation, l'évolution des carrières et la mise en place de « passerelles ».**

2.1.2.2.5.1. L'évolution de la biologie

Les **missions** de la biologie, dans un CHU comme l'AP-HP, sont doubles :

- assurer la **prise en charge** des patients en réalisant et interprétant des examens biologiques à visée diagnostique ou pronostique (examens très standardisés ou au contraire très spécialisés au sein des nombreux laboratoires référents de l'AP-HP) : 60% des diagnostics sont assurés grâce à la biologie.
- développer **l'innovation** dans le champ de la biologie par la recherche translationnelle aboutissant à la mise en évidence, la validation et la mise en place de nouveaux **biomarqueurs contribuant au développement de la médecine personnalisée et pouvant** éventuellement aboutir à une valorisation.

La biologie à l'AP-HP se caractérise par une couverture de la quasi-totalité des besoins, grâce à la qualité des équipes, à leurs compétences techniques et biologiques, et à l'excellence de sa recherche[20]. L'offre est cependant trop dispersée, marquée par le cloisonnement des organisations et des sites, des redondances dans les GH et entre GH, un système d'information inadapté, une logistique « désuète », tandis que les démarches d'assurance qualité sont à développer. **Les orientations adoptées pour ce plan stratégique, déterminées par un large groupe de biologistes, s'appuient sur ces constats et sur la prise en compte d'un contexte évolutif, marqué par:**

- *la réforme de la biologie médicale définie par l'ordonnance du 13 janvier 2010, avec :*
    - une **médicalisation de la biologie** renforçant la responsabilité du « Biologiste » responsable de l'examen médical, du prélèvement à la validation des résultats, affirmant la nécessité du dialogue clinico-biologique et confortant la juste prescription.
    - une **organisation territoriale** sous l'égide de l'ARS, avec pour objectif de favoriser les complémentarités public/privé.
    - une **structure unique de biologie par GH** (laboratoire de biologie médicale, pôle) sera probablement nécessaire, permettant la continuité et la cohérence des activités sous l'égide du biologiste responsable.
    - **des exigences de qualité prouvée : l'accréditation** selon la Norme ISO 15189 désormais obligatoire pour tous les laboratoires d'ici 2016, avec un engagement formel dans la démarche avant novembre 2013.
- *des contraintes financières :*
    - les contraintes financières actuelles contraignent l'AP-HP à une réflexion approfondie sur l'optimisation de ses organisations.

[20] les biologistes sont concernés par la production d'un tiers des points SIGAPS de l'institution

- les réorganisations pourront se traduire par des projets immobiliers nécessairement soumis à **des choix et des arbitrages en termes d'investissements.**

Face à ces évolutions, l'institution entend faire preuve de sa volonté institutionnelle à maintenir et développer une **biologie hospitalo-universitaire innovante et de qualité. Les orientations retenues sont les suivantes :**

- Une organisation ayant pour objectif de répartir les activités biologiques pour répondre aux besoins cliniques de proximité et aux contraintes nouvelles de la biologie médicale, tout en assurant une utilisation rationnelle des moyens humains et des équipements, basée sur les principes suivants:

- chaque site MCO bénéficiera au minimum d'une structure minimale de biologie permettant une réponse rapide pour les examens nécessaires pour la biologie d'urgence locale.
- au niveau de chaque GH, voire en supra GH, le regroupement des activités automatisables non urgentes sera privilégié sur un plateau technique lourd et partagé. La possibilité de laboratoires multi-sites et la convergence public privé permettraient ainsi de rechercher la rentabilité des plates-formes très automatisées par de l'activité extérieure en bonne harmonie avec le secteur privé.
- les sur-spécialités biologiques le plus souvent liées à des activités cliniques très spécialisées et les plateformes technologiques doivent être regroupées dans **un ou quelques centres référents au niveau AP-HP**, et adossées à des laboratoires universitaires.

La mise en œuvre de cette organisation cible repose sur des préalables :

- le déploiement d'un système d'information de laboratoire (SGL) homogène et performant avec pour objectif un même Système de Gestion de Laboratoire (GLIMS), permettant d'accompagner les changements d'organisation : il devra répondre également aux critères définis par les biologistes.

- la mise en place d'une logistique adaptée et efficace (développement d'une organisation basée sur la sécurité et la rapidité des transports des prélèvements en inter-sites et intra-sites).

- une politique de gestion des ressources humaines dynamique, afin de permettre à la fois l'émergence de nouveaux métiers (particulièrement ceux nécessaires dans les domaines de l'innovation : ingénieurs, biostatisticiens) et l'accompagnement des mobilités générées par les restructurations en développant des filières de formation voire de reconversion.

Une articulation forte avec la recherche et un soutien affirmé à l'innovation font partie des priorités de ce plan stratégique : la part de la biologie dans la recherche à l'AP-HP est très importante. Elle doit être soutenue dans le cadre hospitalier tout en étant associée à une recherche fondamentale de qualité (universités, instituts), avec comme axes :

- la **recherche translationnelle**, à développer dans chaque GH, qui devra bénéficier des gains de productivité obtenus par les mutualisations (voir CIB);
- des **plates-formes** supra-GH, développées de façon coordonnée (« omiques » par exemple), une proposition de plate-forme unique pour l'AP-HP étant envisagée. Le séquençage haut débit devra être développé et organisé selon des modalités dépendantes de la technologie en très rapide évolution ;
- la politique globale du **médicament** nécessitera une association plus étroite entre les différents acteurs, du clinicien à l'infirmière, en passant par le pharmaco-vigilant, le pharmacien…

- globalement, la biologie prendra une large part dans le développement de la **médecine personnalisée** : découverte, validation, application et valorisation de nouveaux **biomarqueurs.**

2.1.2.2.5.2. L'évolution des plateaux d'imagerie et de radiothérapie

Comme pour les activités cliniques, les enjeux à venir amènent l'AP-HP à faire une distinction claire entre les activités «socle», les activités spécialisées par GH, et quelques thématiques « supra GH ». Parallèlement à cela, l'AP-HP doit améliorer ses organisations et l'efficience de ses plateaux techniques. Les priorités du prochain plan stratégique porteront donc sur l'optimisation des utilisations et des performances d'activité des équipements, dans un environnement marqué par la concurrence et la décroissance du nombre de radiologues et de médecins nucléaires.

Le précédent plan stratégique a permis à l'AP-HP d'améliorer son parc d'équipements, (lourds en particulier), de combler les postes vacants de médecins et manipulateurs, et de développer un système d'information en imagerie grâce au Pictures Archiving and Communication System (PACS).

Les objectifs de ce plan stratégique visent à développer encore ou améliorer, en cohérence avec la mise en place des GH :

- la politique d'équipement et essentiellement d'équipements lourds
- les organisations, visant à différencier activités programmées et non programmées, et ainsi à mieux répondre aux attentes des patients
- les aspects qualité et gestion des risques
- la réflexion sur l'évolution des métiers à l'hôpital, en particulier des métiers paramédicaux.

Répondre aux enjeux en matière d'équipements

Le nombre d'équipements lourds de l'AP-HP a déjà augmenté de manière significative au cours des dernières années. En médecine nucléaire, le nombre de gamma-caméras est resté stable, mais de nombreux remplacements ont été réalisés. Toutefois, il reste à répondre à deux enjeux dans le domaine de la qualité des équipements médicaux lourds : **l'évolutivité des appareils** (essentielle pour l'IRM[21]) et l**es équipements de recherche.** L'acquisition et l'utilisation de ces équipements sera à optimiser au cours de ce plan stratégique, notamment en ce qui concerne l'IRM.

En médecine nucléaire l'institution doit s'adapter aux évolutions, marquées par une stagnation de la demande de scintigraphie conventionnelle (TEMP[22]), et une forte augmentation de la demande de TEP[23] ces 2 dernières années.

Les mesures préconisées pour ce plan stratégique portent sur l'amélioration de l'utilisation des gamma-caméras, l'accompagnement de la mutation de la scintigraphie conventionnelle vers la TEP**,** et l'installation d'un TEP sur un site pédiatrique, justifiée par des besoins non couverts actuellement dans la région.

Le parc de **radiologie conventionnelle** a diminué très significativement, privilégiant les tables ayant une activité plutôt polyvalente. Pour les **échographes**, le développement de liens fonctionnels entre le

[21] Imagerie par résonance magnétique

[22] Tomographie d'émission monophotonique

[23] Tomographie par émission de positons

service de radiologie et d'autres utilisateurs (réanimation, blocs opératoires…) sera encouragé. Pour **les mammographes**, l'activité de mammographie sera amenée à se restructurer autour des pôles prenant en charge la sénologie ou ayant un projet de développement d'activité de dépistage systématique. Enfin le développement de **l'interventionnel,** s'intégrera dans celui des plateaux techniques mutualisés entre les différentes disciplines (radiologie, cardiologie…), sous la responsabilité des radiologues.

Les équipements logistiques feront l'objet d'efforts majeurs de modernisation (équipements téléphoniques particulièrement) et de réorganisation. Les efforts porteront également sur le développement de la télé radiologie.

Dans le domaine des systèmes d'information, le système RADOS est amené à être remplacé. Le développement du PACS de l'AP-HP constitue à ce jour une réussite qualitative et quantitative, mais reste à poursuivre.

Repenser les organisations pour optimiser l'utilisation des équipements et faire face aux difficultés démographiques

L'AP-HP doit envisager une réorganisation progressive mais profonde de l'imagerie, portant à la fois sur le fonctionnement des services et sur les tâches transversales, en s'appuyant sur deux éléments déterminants, la mise en place des GH et la réorganisation de la prise en charge des urgences.

Aujourd'hui, la majorité des services d'imagerie sont favorables au regroupement dans **un pôle d'imagerie inter hospitalier**, au sein du GH, des services de radiologie et de médecine nucléaire, et de certains services d'explorations fonctionnelles éventuellement. Cette organisation permettra de privilégier le partage et la complémentarité des spécialistes référents répartis dans le GH ou en supra GH.

La réorganisation de prise en charge des urgences constituera l'autre élément essentiel pour les réorganisations en imagerie. Les organisations seront adaptées aux schémas envisagés pour l'accueil des urgences, pour définir au mieux les besoins pour la permanence des soins. Ces réorganisations devront également tenir compte de la présence, outre les SAU, de nombreux services de réanimation et de médecine aiguë, générant une demande importante d'examens urgents pour des patients hospitalisés.

L'activité de médecine nucléaire est une activité supra GH qui fera l'objet d'une réorganisation en redistribuant les cartes d'implantation des matériels au sein de véritables Réseaux d'Imagerie en Médecine Nucléaire (RIMN). Pour **les explorations fonctionnelles** le regroupement d'équipes d'hôpitaux voisins sera recherché pour une efficience accrue.

Développer la démarche qualité et gestion des risques

Les services d'imagerie ont initié des démarches **d'amélioration continue de la qualité** à partir d'un référentiel spécifique, démarche désormais complémentaire et obligatoire dans le cadre du référentiel de certification HAS. **Pour la gestion des risques liés à la radioprotection,** une organisation par GH sera mise en place pour la radiophysique, s'appuyant sur un PORM (Plan d'Organisation de la Radiophysique Médicale). Cette démarche ira de pair avec une réflexion sur les tableaux de bord et les indicateurs, dont la fiabilité et la comparabilité sera facilitée par le déploiement du Nouveau Système d'Information (NSI) patient.

La réponse aux enjeux en termes de personnel, aussi bien médical que non médical

Les améliorations qualitatives, organisationnelles, ainsi que les regroupements d'équipes d'hôpitaux voisins peuvent contribuer à améliorer l'attractivité de l'institution pour les jeunes radiologues et médecins nucléaires.

Pour le personnel non médical, les efforts doivent porter sur l'attractivité des métiers, mais également sur des exigences accrues en termes de qualité de l'accueil, de secrétariat et d'organisation du transport (brancardage). La réflexion visera ainsi à mieux orienter le choix des agents affectés à ces tâches, mettre en place des formations adaptées, mieux organiser le transport des patients, et mettre en place une orientation efficace des appels téléphoniques

Les manipulateurs devront bénéficier, dans le cadre de la réflexion sur l'évolution des métiers para médicaux et de la mise en place du LMD, des expérimentations permises par la loi HPST, d'évolutions dans leurs responsabilités et leurs déroulements de carrière. Parmi elles, il faut envisager la possibilité, pour les manipulateurs de pratiquer **l'échographie,** comme cela se fait dans de nombreux autres pays, sous la responsabilité du radiologue. Les manipulateurs pourraient également jouer un rôle dans le recueil de l'information médicale et dans le management du système d'information radiologique, dans la dosimétrie, et être les correspondants privilégiés des ARC (Assistants de Recherche Clinique) pour le suivi des protocoles de recherche.

La Radiothérapie

Les axes majeurs pour ce plan stratégique dans le domaine de la radiothérapie visent à :

- Garantir la sécurité et la qualité des traitements
- Développer une politique attractive de recrutement de personnels hautement qualifiés
- Développer des plateformes performantes
- S'inscrire dans une réflexion régionale pour les équipements

Depuis plusieurs années l'AP-HP met en œuvre un programme de rénovation des équipements et d'adaptation aux nouvelles technologies en radiothérapie. L'AP-HP compte continuer à **s'adapter aux évolutions** de la radiothérapie, marquée par l'individualisation des traitements, des exigences accrues en matière de sécurité[24], et la nécessité d'une meilleure prise en compte des délais de prise en charge

Une réflexion sur le dimensionnement des plateaux techniques à l'AP-HP sera menée afin d'améliorer les délais de prise en charge trop long actuellement[25]. Les plateaux techniques de l'AP-HP pourraient disposer, à terme, de 4 machines, dont une machine de nouvelle génération. **Les investissements programmés pour 2010-2014 prennent en compte la nécessité que chaque site dispose de techniques innovantes.** Ainsi, début 2011 seront installés à la Pitié Salpétrière un GammaKnife, accessible aux radiothérapeutes et neurochirurgiens de l'Ile de France, un appareil de type Tomo Therapy ; un CyberKnife sera installé fin 2011 sur le site de l'HEGP et co-utilisé par tous les sites AP-HP.

2.1.2.2.6. La réorganisation des activités d'excellence, « supra GH », dans une logique institutionnelle

[24] Depuis les accidents de ces dernières années, une démarche plus contraignante a été mise en place afin d'assurer la sécurité des patients en terme de radioprotection

[25] exemple des Irradiations Corporelles Totales

Les activités « supra GH » font l'objet d'une profonde réorganisation dans le cadre de ce plan stratégique, sur la base d'une approche institutionnelle, visant pour l'essentiel à déterminer un nombre limité de sites d'implantation pour l'ensemble de l'AP-HP, sur des critères liés :

- **aux besoins** de la population au niveau régional
- à la détermination de **seuils, et** donc de masses critiques, **d'activité**
- **à des exigences fortes en termes de qualité**, donc de concentration de compétences humaines et de plateaux techniques
- **au développement de la dimension recherche.**

L'AP-HP intègre bien entendu en même temps, pour les activités supra GH régies par des schémas inter régionaux d'organisation sanitaires (SIOS), la dimension régionale, avec des procédures d'autorisation à renouveler courant 2010 pour les activités de greffes, chirurgie cardiaque, neurochirurgie et neuroradiologie, et le traitement des grands brûlés. Les choix des sites d'implantation feront l'objet dans certains cas d'une méthodologie **d'appel à projet**.

2.1.2.2.6.1. Les greffes

Les greffes d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques (CSH) constituent des activités de haute technicité, à forte composante pluridisciplinaire et de recherche, **s'exerçant principalement dans des CHU**.

L'AP-HP joue un rôle majeur au plan national dans l'activité de prélèvement et de greffe[26], tant en termes d'activité que de recherche et d'innovation. Elle compte poursuivre le développement de ces activités, qui répondent à des progrès médicaux et à des besoins de santé croissants dans certains domaines (greffes rénales et allogreffes de cellules souche pédiatriques en particulier).

La greffe de cellules souches hématopoïétiques doit être nécessairement adossée à un service d'hématologie. La recomposition, en cours, de l'offre en hématologie à l'AP-HP, tant adulte que pédiatrique, doit permettre de mieux répondre à des besoins en augmentation (extension des indications en onco-hématologie, en hématologie pédiatrique non maligne, prise en charge de patients plus âgés qui n'auraient pas été greffés dans le passé, etc).

Dans ce domaine de pointe, l'AP-HP joue pleinement son rôle d'innovation et d'excellence, développant également **les greffes de sang de cordon**, dont la première a été réalisée à l'hôpital Saint Louis en 1989. Cet hôpital, dont l'hématologie constitue l'un des pôles d'excellence, s'engage au cours de ce plan stratégique à développer cette activité.

La greffe d'organes constitue un excellent exemple d'activité « supra GH » structurante, au carrefour de plusieurs activités médico-chirurgicales, dotée de spécificités médicales et organisationnelles à respecter. Ses besoins en termes d'environnement médical (soins de haute technicité) de plateaux techniques (notamment en immunologie, microbiologie et anatomopathologie) et de recherche clinique doivent être pris en compte. Si la qualité des résultats n'est pas systématiquement dépendante du nombre de greffes effectuées pour tous les organes, l'intérêt d'une « masse critique » d'activité est multiple : taille suffisante des équipes médicales et paramédicales, meilleure réactivité, évaluation des pratiques, capacités de recherche et de formation.

D'autre part, l'augmentation régulière des **cohortes de patients** à suivre est de plus en plus consommatrice de temps médical et exige **des réponses nouvelles** : mutualisation des structures

[26] L'AP-HP en France représente 12% des prélèvements, 30% de la liste nationale d'attente 30% de l'activité de greffes d'organes et 54% de l'activité de greffe de donneur vivant.

d'hôpital de jour et de consultations impliquées dans le suivi des patients transplantés, rationalisation de la réalisation d'examens complémentaires et développement de « pratiques avancées » (rôle des infirmières coordinatrices de transplantation), suivi alterné avec les médecins spécialistes publics et libéraux.

L'offre de greffons est le facteur déterminant le nombre de greffes d'organes réalisées : l'AP-HP contribue pour 60% aux prélèvements réalisés en Ile de France, mais dispose encore de marges de progression. Les principaux axes à développer sont les suivants :

- une meilleure organisation de l'activité de prélèvement chirurgical (à terme avec un regroupement des gardes)
- un renforcement et une professionnalisation de la coordination de prélèvement, allant de pair avec des mutualisations
- la mise en place d'actions permettant de développer le recensement des donneurs potentiels[27]
- la mise en place de moyens spécifiques pour développer la greffe de rein de donneur vivant
- le développement du prélèvement sur arrêt cardiaque[28]
- la mise en œuvre de techniques de conditionnement des greffons.

Enfin, le développement des **greffes de tissus** doit également être pris en compte au cours du présent plan stratégique : ces activités, moins complexes que les greffes d'organes et de CSH, sont pratiquées tant dans le public que dans le privé. Mais le prélèvement des greffons tissulaires repose exclusivement sur le secteur public : or l'activité de prélèvement et de conservation des tissus à l'AP-HP ne permet pas, actuellement, de satisfaire les besoins, c'est pourquoi elle doit être développée et rationalisée, avec à terme un regroupement des sites de conservation.

2.1.2.2.6.2. La cardiologie spécialisée et la chirurgie cardiaque

La prise en charge cardiologique médicale non interventionnelle qu'elle soit ou non programmée constitue une activité faisant partie du «socle» et intègre dans chaque GH, la présence d'une unité d'Urgences et Soins Intensifs de Cardiologie (USIC).

La cardiologie interventionnelle[29], est désormais soumise aux seuils d'activité fixés par les décrets encadrant cette activité. Dans un contexte par ailleurs très concurrentiel, elle ne pourra exister que sur un seul site du GH et seulement dans certains GH, pour des raisons de masses critiques, d'expertises particulières à développer (y compris la disponibilité d'un chirurgien cardiaque), de spécialisation du plateau technique (électrophysiologie interventionnelle en rythmologie par exemple). A terme il est prévu que cette activité soit pratiquée dans quelques services d'adultes et un service pédiatrique.

Pour ce qui est des centres lourds réunissant cardiologie, chirurgie cardiaque et activités interventionnelles, l'organisation qui va se mettre en place chez l'adulte entre 2010 et 2014 reposera sur :

- **3 ou 4 pôles lourds « supra GH » médico-chirurgicaux** où se pratiqueront :

[27] Le programme « Cristal Action » en particulier, assurant un recensement exhaustif des donneurs potentiels, dans le cadre d'une démarche qualité, sera déployé sur les sites concernés de l'AP-HP
[28] De tels programmes ont été mis en place dans trois centres parisiens
[29] actuellement pratiquée dans 9 services de cardiologie adulte et dans 1 seul service de cardiologie pédiatrique (Necker)

- l'ensemble des actes interventionnels (angioplasties coronaires et rythmologie, y compris l'électrophysiologie interventionnelle, pose de défibrillateurs cardiaques et de stimulateurs cardiaques multi sites et pose de valves aortiques par voie percutanée)
- tous les actes de chirurgie cardiaque, (la greffe cardiaque et les actes interventionnels pour cardiopathies congénitales étant optionnels),
- des prises en charge cardiologique non interventionnelle programmée ou non ;

- **les autres implantations de cardiologie interventionnelle seront précisées après la définition du prochain schéma régional,** (angioplasties coronaires et primo-implantations de stimulateurs cardiaques) assurant comme les pôles lourds la prise en charge cardiologique non interventionnelle programmée ou non.

2.1.2.2.6.3. Les centres lourds de neurologie médicale, chirurgicale et interventionelle

La prise en charge neurologique médicale qu'elle soit ou non programmée constitue une activité faisant partie du « socle» et doit en particulier se traduire par une activité neurologique de liaison et de présence dans le SAU de chaque GH et son aval. Par ailleurs, les activités de neurologie médicale consacrées aux pathologies neurovasculaires doivent être prises en charge au sein de structures dédiées (unités neurovasculaires comportant des lits de soins intensifs).

Pour les activités de neurologie médicale spécialisée, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle endovasculaire, l'objectif pour l'AP-HP est de mettre en place, pour la prise en charge des adultes, 3 à 4 pôles lourds « supra GH » médico-chirurgicaux où se pratiqueront :

- l'ensemble des actes de neuroradiologie interventionnelle,
- l'ensemble des actes de neurochirurgie avec concentration sur certains centres des segments très spécialisés comme la neurochirurgie fonctionnelle,
- des prises en charge neurologiques médicales spécialisées, qu'il s'agisse de certains aspects des pathologies neuro-vasculaires ou d'autres pathologies neurologiques.

Ce regroupement d'activités est justifié:

- Par le fait que certains actes de neuroradiologie interventionnelle devant être effectués dans un établissement comportant un service de neurochirurgie pour des raisons réglementaires

- Par la nécessite d'une prise en charge commune de certaines pathologies nécessitant l'intervention d'au moins deux disciplines (pathologie vasculaires relevant de la neurochirurgie et de la neuroradiologie interventionnelle, ou de la neurologie médicale et de la neuroradiologie interventionnelle ; pathologies neurodégénératives relevant de la neurologie médicale et de la neurochirurgie)

- Par les contraintes démographiques qui imposent d'utiliser au mieux les ressources médicales, dont l'évolution prévisible est préoccupante, en particulier en NRI et à un moindre degré en neurochirurgie, notamment pour assurer la permanence des soins.

2.1.2.2.6.4. La prise en charge de grands brûlés

La prise en charge des grands brûlés constitue une activité hyperspécialisée, organisée au niveau national en 5 inter-régions, comportant un nombre limité de Centres de Traitement des Brulés (CTB). **La région Ile de France disposait jusque récemment de 4 CTB**, dont 3 CTB civils, situés à l'AP-HP (2 adultes, Cochin et St Antoine-Rothschild, et 1 pédiatrique à Trousseau), et 1 CTB militaire à Clamart.

Pour les CTB adulte, l'AP-HP a décidé de regrouper l'ensemble des activités adultes à l'hôpital Saint Louis, dans le CTB nouvellement construit, auquel sont associés les lits de chirurgie plastique transférés depuis l'hôpital Rothschild. Ce regroupement permettra d'assurer une plus grande cohérence et une meilleure qualité de prise en charge, tout en maîtrisant les coûts importants de telles structures. Le principe d'un seul centre référent a également vocation à faciliter la permanence des soins, l'attractivité des métiers médicaux dans ce secteur hyperspécialisé, et enfin d'améliorer le niveau de la recherche dans ce domaine. De ce point de vue, l'association sur le même site avec la dermatologie et des unités de recherche constituera un atout.

2.1.2.2.6.5. La périnatalité et l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

Les activités liées à la périnatalité s'exercent dans différents types de maternités, définies par le niveau de soins pédiatrique[30]. L'AP-HP joue un rôle majeur dans la région pour la prise en charge des grossesses à risque grâce à ses maternités de type III.

La périnatalité a fait l'objet d'importantes réorganisations et d'investissements dans les plans stratégiques précédents, avec les mises aux normes, restructurations et constructions de nouvelles maternités (Louis Mourier, Trousseau, Bicêtre, Bichat, Antoine Béclère). Des opérations de modernisation ont été conduites à Lariboisière, Saint-Antoine, Robert Debré, Jean Verdier et Pitié-Salpêtrière. Deux nouvelles maternités sont en cours de construction à Cochin et Necker.

L'activité à l'AP-HP a augmenté constamment depuis 15 ans passant de près de 31 000 naissances en 1993 à 37 000 naissances en 2009. Cependant, la part de l'AP-HP au sein de la région est restée constante, autour de 20 %. Les évolutions des autres acteurs de santé indiquent une baisse de l'activité des établissements privés et une part plus importante prise par les établissements publics non AP-HP.

Les objectifs d'activité des différents établissements conduisent à prévoir **une augmentation des capacités d'accueil de l'AP-HP au cours de ce plan stratégique pouvant atteindre 39 000 à 42 000 naissances, soit une augmentation se situant entre 5 et 10 %, en fonction de l'évolution des demandes,** sachant qu'au sein des GH, certains abritent une à trois maternités. Cet engagement sera conditionné en partie par les évolutions des autres offreurs de soins et par l'éventuel désengagement de certains d'entre eux.

Dans le domaine de la néonatalogie, les capacités d'accueil se sont accrues depuis 10 ans mais cette progression reste à compléter, avec l'ouverture à venir de certains sites disposant d'importantes capacités en néonatalogie (Cochin et Necker).

Les questions qui feront l'objet d'une attention particulière au cours de ce plan stratégique sont les difficultés d'accueil des mères et des nouveaux nés à certaines périodes de l'année, l'amélioration des réseaux de périnatalité, l'accès aux soins et l'orientation des patientes. Ces aspects pourraient être améliorés par l'éventuelle centralisation d'une partie des inscriptions**.** Enfin, la collaboration avec les PMI, dans les départements où des conventions existent, fera également l'objet d'une attention particulière.

[30] type I sans structure pédiatrique adossée, type IIA avec néonatalogie, type IIB avec néonatalogie et soins intensifs, type III avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale

L'offre de l'AP-HP dans le domaine de l'AMP, activité « supra GH », est actuellement suffisante, présente dans six GH. Cependant, la masse critique nécessaire et la proximité géographique de certains sites, ainsi que les recommandations du groupe de travail sur la gynécologie médicale, tendent à préconiser une offre regroupée sur 5 centres de référence, avec pour objectif de réaliser autour de 1000 prises en charge par centre. Chaque centre devra avoir un lien organique fort avec des structures de recherche et ses résultats devront faire l'objet d'un suivi.

2.1.2.2.6.6. Les centres de prise en charge des Maladies Rares

Les centres maladies rares qui constituent des activités de recours ont vocation à rester insérés dans les services qui les ont créés et à maintenir leurs liens avec les plateaux techniques qui ont contribué à leur labellisation.

Les centres de référence de l'AP-HP, dans le cadre des évolutions induites par le second plan Maladies rares, s'inscriront dans des filières les unissant aux plateaux médico-techniques, aux centres de compétence et aux structures médico-sociales correspondantes.

L'AP-HP compte 70 centres de référence maladies rares labellisés, soit plus de la moitié des centres français. Un quart de ces centres prennent en charge des pathologies rares neurologiques. Au cours de ce plan stratégique, l'institution compte poursuivre sa mission dans le domaine de ces maladies rares, en développant aussi bien les axes de recherche que les collaborations avec les structures médico-sociales qui prennent en charge ces patients afin de s'inscrire dans les filières thématiques nationales.

2.1.2.2.6.7. Les centres de référence « Obésité »

Le plan stratégique 2004-2009 de l'AP-HP avait déjà pris en compte l'évolution de l'épidémiologie de l'obésité en désignant des centres de référence dans la prise en charge de l'obésité. Selon une procédure de type « appel à projets », sur la base d'un cahier des charges institutionnel, 11 centres de référence ont ainsi été labellisés par un jury AP-HP et hors AP-HP, en 2005, au sein de 10 hôpitaux, en cohérence avec le Plan national nutrition santé: 6 centres médico-chirurgicaux pour l'obésité adulte et 5 centres médicaux pour l'obésité infantile.

Les centres de référence ont des missions de soins, de recherche, d'enseignement et de formation. Ils sont en relation en amont avec la médecine de ville et les réseaux de santé, en aval avec des structures de type SSR. En chirurgie bariatrique, l'AP-HP prend en charge un nombre plus important de patients avec co-morbidités que la moyenne française et les interventions complexes y sont plus nombreuses.

Un centre intégré Obésité associe un Centre de référence médico-chirurgical de l'obésité adulte, un Centre de référence médical de l'obésité infantile, et a contractualisé avec une structure d'aval de type SSR. La prise en charge est multidisciplinaire, de type RCP adulte ou RCP adulte et pédiatrique pour les adolescents.

L'AP-HP va faire évoluer son schéma institutionnel au cours de ce plan stratégique avec les objectifs suivants:

- **la prise en charge de l'obésité devra se faire dans des centres intégrés, répondant aux critères définis par l'appel à projets de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), prenant en charge des enfants, des adultes, ou les deux, et assurant le relais pédiatrie-médecine adulte :**
    - ce centre aura contractualisé avec **une structure d'aval de type SSR**
    - il aura à développer une activité de **recherche, d'enseignement et de formation**
    - un seul de ces centres intégrés aura une activité dédiée à la **chirurgie bariatrique de l'adolescent** (12-18 ans) qui reste exceptionnelle
    - une attention particulière sera portée à des **situations plus à risque** (précarité, adolescents)
    - **les enfants ne devront être hospitalisés qu'exceptionnellement**, mais suivis en hôpital de jour et au mieux en consultation, un dispositif d'orientation étant mis en place dans l'ensemble des sites de pédiatrie générale (SAU pédiatriques et consultations)

- **un dispositif d'accueil et d'orientation** pour enfants dans tous les centres de pédiatrie générale (avec SAU).

2.1.2.2.6.8. L'implantologie cochléaire

Cette activité, portée par des services d'ORL (Beaujon, et Avicenne pour l'adulte, Robert Debré, Trousseau, Necker pour l'activité pédiatrique) a fait l'objet d'un **appel à projet qui a conclu au regroupement de l'**activité d'implantologie cochléaire adulte, sur un site, Beaujon. Cette implantation se justifie par une activité déjà importante de ce site, dans un hôpital dans lequel les neurosciences sont présentes et avec une forte valence recherche.

Un centre de réglage et de suivi sera mis en place pour assurer la prise en charge adulte/enfant. Pour les enfants de 3 mois à un an, le site chirurgical pédiatrique assurera le suivi précoce, tandis que le suivi à long terme se fera dans le centre commun adulte/enfant.

2.1.2.2.6.9. Les centres mémoire de ressources et de recherche Alzheimer (CMRR)

En Ile de France, deux CMRR, dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, le CMRR Sud (Pitié-Salpêtrière/Broca) et le CMRR Nord (Lariboisière-Fernand Widal avec des consultations de recours multiculturelle à Avicenne) animent le réseau régional des consultations mémoire et assurent des missions de recours, d 'enseignement et de recherche. Ces centres vont bien entendu poursuivre leur activité au cours du prochain plan stratégique.

La Pitié Salpêtrière développe par ailleurs un Institut Alzheimer, centre d'expertise dans le domaine du diagnostic précoce, de la prévention et de la recherche clinique pour la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés regroupant le CMRR, le centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes nouvellement créé (en partenariat avec les CHRU de Lille et Rouen) et le centre de référence national pour les démences fronto-temporales.

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées à l'AP-HP

La maladie d'Alzheimer touche, avec les troubles apparentés, 850 000 personnes en France, dont environ 160 000 en Ile-de-France. L'AP-HP dispose d'une offre importante pour la prise en charge de cette pathologie, avec 20 consultations mémoire, 2 CMRR (CMRR Sud Ile de France Pitié-Salpêtrière-Broca et CMRR Nord Ile de France Lariboisière – Fernand Widal), le centre national de référence « démences rares » (Pitié-Salpêtrière) et le centre national de référence « démences jeunes » (Pitié-Salpêtrière).
Près de 19 000 patients sont déjà accueillis en consultations dédiées pour un diagnostic, plus de 40% des séjours en court séjour gériatrique et 48% des journées d'hospitalisation en SSR gériatrique correspondent à des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.
L'AP-HP est très présente dans le domaine de la recherche, avec environ 22 % des publications françaises signées par au moins un auteur de l'AP-HP.

L'institution se donne pour objectifs 2010-2014, en cohérence avec le plan national Alzheimer :
- De mieux adapter son offre de prise en charge, par la création d'un Institut de la Mémoire et de la Maladie d'Alzheimer à la Pitié-Salpêtrière, la création de 8 Unités cognitivo comportementales en SSR d'ici 2012 et l'identification d'Unités d'hébergement renforcées en SLD ou UHPAD.
- D'améliorer la fluidité de la filière en lien avec le médecin traitant et les structures médico-sociales
- De promouvoir des bonnes pratiques professionnelles pour une meilleure prise en charge et accompagnement des patients atteints par la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
- De développer les actions de recherche multicentrique sur ce thème, que ce soit dans les domaines de la thérapeutique, de la recherche fondamentale, ou des sciences sociales.

2.1.3. Une offre de soins comportant des projets spécifiques

2.1.3.1. La psychiatrie, une prise en charge qui appelle des articulations spécifiques dans l'environnement territorial et avec les autres acteurs de santé

La psychiatre constituera, au cours de ce plan stratégique, un des domaines pour lesquels l'ouverture à nos partenaires extérieurs, qu'ils soient hospitaliers ou de ville, sera essentielle pour améliorer la prise en charge des patients en Ile de France. La discipline doit en effet se réorganiser autour de réseaux structurés au niveau des territoires de santé, au sein desquels chaque acteur de soins a sa place, que ce soit le psychiatre hospitalier, le psychiatre libéral, le psychothérapeute, le psychologue clinicien, l'infirmier, le travailleur social ou l'éducateur spécialisé.

Les divers types de prise en charge et les niveaux de soins devront faire l'objet d'une démarche volontariste, qu'il s'agisse des urgences, prises en compte dans la réorganisation des SAU[31], des consultations, de la psychiatrie de liaison ou de l'hospitalisation. L'articulation et la complémentarité entre les différents intervenants sera d'autant plus importante que les difficultés à venir en termes de démographie médicale nécessiteront des organisations plus efficientes et le développement du rôle des professionnels paramédicaux (IDE, psychologues).

La psychiatrie à l'AP-HP développera en même temps sa dimension universitaire et le lien privilégié qu'elle peut avoir avec les disciplines somatiques. L'alliance avec les neurosciences mènera à la création de plates-formes de recherche, rapprochant la recherche fondamentale et la recherche

[31] 50.000 passages par an environ aux SAU de l'AP-HP

clinique, facilitée par le regroupement des ressources hospitalo-universitaires autour de masses critiques d'activité. Les atouts propres à l'institution concernent également l'imagerie cérébrale, les techniques de stimulation cérébrale, la pharmacogénétique, etc.

2.1.3.2. La constitution d'une fédération entre les établissements prenant en charge le polyhandicap et le multihandicap à l'AP-HP

En complément de ses différents axes prioritaires et des projets spécifiques à chaque GH l'institution compte développer des projets novateurs dans des domaines insuffisamment valorisés jusqu'ici : parmi eux, le projet qui se construit autour de la prise en charge du polyhandicap et du multihandicap acquis.

La prise en charge du polyhandicap lourd et multihandicap acquis a fait l'objet d'une réflexion spécifique dans le cadre de la préparation de ce plan stratégique. La mise en commun des problématiques et des expériences dans le cadre d'un groupe de travail a abouti à la mise en place, à l'AP-HP, d'une fédération fonctionnelle entre ces sites.

L'AP-HP comprend quatre sites accueillant des patients très particuliers, nécessitant une prise en charge lourde, multidisciplinaire, médicalisée, pour des séjours de très longue durée. Ces quatre établissements (La Roche Guyon, Berck, San Salvadour, Hendaye) accueillent près de 600 patients de ce type.

La constitution d'une Fédération, démarche nouvelle, va permettre de renforcer la visibilité et la cohérence de ces sites, de donner à leurs missions une dimension réellement hospitalo-universitaire, et enfin de faire reconnaître au niveau national la nécessité d'une prise en compte spécifique de ces patients, notamment en termes de tarification.

La Fédération constituée entre les quatre sites de La Roche Guyon, Berck, San Salvadour, Hendaye, a pour objectifs de :

- Mettre en place une « cellule d'orientation » centralisée, médicalisée, pluridisciplinaire destinée à optimiser l'orientation des patients
- Mettre en place des projets collaboratifs dans le domaine de la formation, des nouveaux métiers, regrouper les compétences dans les domaines de la qualité des soins et de la définition de « nouveaux métiers ».
- Développer des projets communs de recherche et d'innovation technologique
- Mettre en place des partages d'expériences réguliers entre les sites, avec au minimum une journée annuelle commune de réflexion
- Travailler ensemble sur les aspects concernant la caractérisation médicale et médico-économique des patients
- Fonder les projets présentés dans le cadre du projet médical de chaque établissement sur un «socle» commun pour assurer une prise en charge de qualité des patients
- Mettre en commun de la réflexion éthique et de la prise en charge de la fin de vie dans le contexte du polyhandicap.

2.1.3.3. Le projet de développement des médecines complémentaires

L'AP-HP compte définir au cours de ce plan stratégique une politique de développement dans le domaine des « médecines complémentaires ».

Une offre de « traitements complémentaires » existe en effet déjà dans l'institution. Il s'agit le plus souvent de consultations ambulatoires (acupuncture, hypnose), les domaines les plus concernés étant la douleur et plus généralement la prise en charge de pathologies chroniques. Par ailleurs, des pratiques soignantes fondées sur les médecines complémentaires sont utilisées pour des patients hospitalisés, souvent dans les services de gérontologie.

Des enseignements universitaires de 3ème cycle sont organisés par les universités partenaires de l'AP-HP. Le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) national comporte depuis 2008 un appel dans ce domaine, en recherche clinique et en recherche en soin.

La politique de l'AP-HP en matière de « médecines complémentaires », comportera 4 volets :

- un volet « offre et bonnes pratiques » destiné à établir des recommandations, qui s'appuieront sur l'expérience développée dans les hôpitaux par les équipes qui ont joué un rôle précurseur. En accord avec les partenaires universitaires, ces équipes pourront également être des lieux de stage hospitalier pour les formations diplômantes.

- un volet « recherche» en médecines complémentaires : les projets de recherche clinique et de recherche en soins, préparés avec l'aide méthodologique des Unités de Recherche Clinique, seront soumis chaque année au Programme Hospitalier de Recherche Clinique et au Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI).

- un volet « Médecine Traditionnelle Chinoise » (MTC), qui intègre ses différentes dimensions (approche diagnostique de la personne malade, pharmacopée, acupuncture, massage, activité physique adaptée). Ce volet prend appui sur un protocole de coopération intergouvernementale entre la France et la Chine, ainsi que sur un accord entre l'AP-HP et des partenaires hospitaliers et universitaires hongkongais. L'objectif est d'intégrer, dans la prise en charge conventionnelle des maladies chroniques, des traitements traditionnels dont l'usage est établi et dont l'efficacité clinique est démontrée. Une unité de soins et de recherche en Médecine Traditionnelle Chinoise est en cours de constitution à la Pitié-Salpêtrière et plusieurs projets de recherche clinique sont à l'étude.

-un volet « médecine du travail », débuté par une étude sur la place de la MTC dans la prise en charge des troubles musculo-squelettiques en milieu professionnel. L'objectif est d'intégrer l'apport des médecines complémentaires dans la prévention des risques professionnels et dans la promotion de la santé des personnels de l'AP-HP.

2.2. Pour se transformer, l'AP-HP fait évoluer ses outils, ses organisations, ses métiers

Le développement des axes prioritaires de ce plan stratégique va s'appuyer sur la mise en place du nouveau système d'information (NSI patient), sur une approche rénovée des activités « transversales », et sur des évolutions fortes des organisations et des métiers.

2.2.1. Un nouveau système d'information patient (NSI patient), contribuant à améliorer la sécurité et la qualité des soins

Le Système d'information Patient (SI-Patient) a pour objectif de mettre en place un **outil informatique intégré à la pratique quotidienne** de l'ensemble des personnels participant au soin du patient et **permettant une aide à l'action médicale**. Il doit ainsi permettre d'accroître la qualité et l'efficience de la prise en charge du patient tout en sécurisant les soins pour les patients et les professionnels.

Le SI Patient est basé sur 3 composants majeurs: le système d'information clinique, le système de gestion des plateaux médico-techniques (laboratoires, anatomo-pathologie, médecine nucléaire, radiothérapie) et le système de stockage et de diffusion de l'image (PACS) ainsi qu'un composant de traitement de l'information (Pilotage, Qualité, aide à l'enseignement et à la recherche). Le SI Patient comporte des relations fonctionnelles avec les autres composants du SI de l'AP-HP[32], que ce soit pour alimenter les structures ou adresser les éléments de facturation vers le SI Gestion. De même, le SI Patient est ouvert vers l'extérieur et devra ainsi permettre le partage et l'échange d'informations avec les outils institutionnels comme le Dossier Médical Personnel ou le Dossier Commun de Cancérologie.

Le Système d'information clinique, basé sur un système intégré, est composé (1) d'un **dossier patient** permanent, unique, dans le respect des règles de confidentialité, permettant l'accès à l'image et le partage de l'information entre les acteurs de l'hôpital, des différents hôpitaux et avec l'extérieur, (2) d'une informatisation des **prescriptions**, du **plan de soins** et de la **gestion des ressources prestataires** (3), d'un échange d'informations de et vers les sous-systèmes de gestion de laboratoires et de stockage des images et (4) d'une production de données médico-économiques nécessaires à l'établissement des recettes de l'institution.

Le Système d'information des laboratoires a permis de bâtir en partenariat avec l'industriel un référentiel commun basé sur la nomenclature internationale et un noyau commun intégrant les matériels, les procédures et les analyses. Il doit ainsi permettre de répondre aux objectifs du plan stratégique de la biologie ainsi qu'aux critères nécessaires à l'accréditation des laboratoires.

Le système de stockage et diffusion de l'image (PACS) déployé lors du précédent plan stratégique se poursuit par :

- le partage de l'image entre les hôpitaux de l'AP-HP mais également l'échange d'images avec l'extérieur.
- l'extension du PACS aux autres plateaux médico-techniques diffuseurs d'images (endoscopie, ophtalmologie, explorations fonctionnelles).

La mise en œuvre du SI Patient repose ainsi sur un le partage d'une information sécurisée et fiable et son échange avec l'extérieur. La mise en place d'un tel système d'information partagé conduit à :

- un partage des bonnes pratiques nécessitant une évolution des organisations
- l'élaboration d'un dictionnaire commun aux hôpitaux de l'AP-HP associant chaque fois que possible un code issu de la nomenclature internationale
- la mise en place d'échanges entre les applications basées sur des normes en privilégiant dans la mesure du possible les normes internationales
- la mutualisation des ressources, des serveurs, des données et des compétences.

[32] Développées dans le chapitre 5 consacré au système d'information

La construction d'un tel Système d'information Patient s'inscrit dans le plan stratégique, en cohérence avec la création des GH et les restructurations l'accompagnant. Ainsi, le regroupement des plateaux médico-techniques est rendue possible par le déploiement d'un PACS et d'un Système de Gestion de laboratoire unique à l'AP-HP. De même, les restructurations accompagnant le plan stratégique nécessiteront l'accès au dossier du patient quelle que soit la localisation de ce dernier mais aussi du clinicien au sein du Groupe Hospitalier. Seul, un tel système d'information unique et partagé peut répondre à cet objectif. Enfin sur le plan national, ce dossier hospitalier patient en cours d'élaboration à partir de l'application Orbis s'inscrit en cohérence avec les travaux menés par l' Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP), en particulier le redémarrage du **dossier médical personnel** (DMP).

2.2.2. Une approche rénovée des thématiques médicales « transversales »

2.2.2.1. Mieux assurer la sécurité et la qualité des soins

2.2.2.1.1. Une dynamique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

Les **orientations** stratégiques 2010-2014 de la politique qualité et gestion des risques découlent de valeurs communes qui sont d'assurer collectivement, au sein du service public et des spécificités de l'AP-HP, une médecine de qualité, c'est-à-dire **« des soins dont l'efficacité est démontrée, dispensés quand ils sont nécessaires, délivrés de façon compétente et diligente, au moment opportun, au moindre coût et au moindre risque ».** Ces valeurs, centrées sur le patient impliquent transparence et éthique, bientraitance du patient et des professionnels, écoute et échange favorisant la relation soignant-soigné, efficacité collective et efficience. Les usagers y sont pleinement associés. **Elles comportent cinq grands axes :**

- Dans le domaine du management de la qualité et de la gestion des risques, l'objectif est de développer une culture qualité et sécurité pour l'ensemble des professionnels, en utilisant l'évaluation comme un outil de management et de décision. Le déploiement des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles dans l'ensemble des secteurs d'activités, attendu également dans la certification V2010, représente un levier d'amélioration collective. La réponse aux différentes obligations réglementaires croissantes en matière de qualité et de gestion des risques devra s'articuler avec les objectifs de l'institution et en faire des opportunités de progrès.

- Pour ce faire, les réorganisations à l'AP-HP devront assurer les conditions d'un pilotage et d'une coordination de la qualité et de la gestion des risques, efficientes et médicalisées.

- Le projet médical assure une large place en matière de qualité des pratiques et de sécurité des soins, par la mise en œuvre de programmes d'analyse des pratiques, en lien avec le développement professionnel continu. Les actions seront menées en priorité sur les activités les plus à risques, en intégrant les recommandations des plans nationaux de prévention des risques : prévention des infections associées aux soins, gestion de l'opéré, prise en charge médicamenteuse, etc. Elles se feront en cohérence avec l'ensemble des démarches de certification, accréditation, labellisation ou toute autre dynamique qualité des secteurs de soins. Le retour d'expérience sur les événements indésirables, quelle que soient leurs sources (RMM, OSIRIS, plaintes…), fera l'objet d'une meilleure formalisation et sera complétée par des analyses à priori des risques.

- Pour améliorer la qualité de l'accueil, de l'information et les relations avec les usagers, les GH s'attacheront à travailler à la simplification des parcours patients, à la réduction des temps d'attente, à la gestion des plaintes et des réclamations.

- Le dispositif de mesure de la performance médicale continue à s'organiser autour de six domaines touchant aux soins : accessibilité, continuité, pertinence des soins, fluidité des soins, sécurité des soins et résultats. Le tableau de bord général des indicateurs qualité gestion des risques intégrera les différentes obligations, orientations et attentes de la certification V2010.

La prochaine démarche de certification HAS sera développée sur l'ensemble de l'institution et constituera un élément structurant du management de la qualité et de la gestion des risques des GH. L'ensemble des axes d'amélioration identifiés en V2/V2007 par la HAS pour chaque site du GH devra être assuré, de même que les attendus de la V2010, en particulier les pratiques exigibles prioritaires (PEP).

2.2.2.1.2. Une politique renforcée de la prévention des infections nosocomiales

Dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales L'AP-HP poursuivra son engagement institutionnel, constant depuis plus de 20 ans, pour maîtriser les risques infectieux liés à la résistance bactérienne, à la transmission croisée, à la iatrogénie et à l'environnement.

Chaque GH s'appuiera sur un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et sur la présence, dans chaque site hospitalier, d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) constituée de médecins, infirmières, techniciens bio-hygiéniste et secrétaires.

L'EOH travaillera en synergie avec les services cliniques, en particulier ceux à haut risque infectieux, le laboratoire de microbiologie, la pharmacie à usage intérieur, le référent en anti-infectieux et les services techniques. Elle sera pour le CLIN du GH une force de proposition d'actions et d'objectifs, hiérarchisés en fonction des activités médico-chirurgicales et des caractéristiques architecturales du site et elle participera à l'élaboration du programme d'actions qualité et sécurité des soins du GH.

Le travail en réseau des EOH de chaque site favorisera la mise en œuvre des objectifs de lutte contre les infections nosocomiales du GH, la complémentarité des compétences et l'élaboration de projets de recherche clinique.

2.2.2.1.3. La capacité à faire face à des crises sanitaires

Le dispositif de gestion de crise est déjà très structuré à l'AP-HP : il est placé sous l'autorité du Directeur général et du Secrétaire général, associe les directions fonctionnelles du siège pour le pilotage général et l'interface avec les autorités sanitaires et civiles de l'Etat. Cette organisation va s'adapter à la mise en place des GH, en prenant appui sur le dispositif quotidien d'offre de soins pour l'accueil des patients en urgence, et sur les capacités collectives de l'institution d'adaptation, d'anticipation et d'organisation pour gérer des situations inhabituelles, voire exceptionnelles. Ces organisations seront régulièrement actualisées en cohésion avec les autres acteurs de santé de la région, hospitaliers et libéraux, et les autorités de l'Etat.

Plusieurs documents de référence constituent la trame du dispositif de gestion de crise AP-HP, qui associe organisation de gestion de crise et « Plan Blanc » :

- Plan Blanc d'établissement de l'AP-HP (février 2009)

- Organisation du système de gestion de crises au niveau du siège (juillet 2008)
- Plan de mobilisation de l'AP-HP pour faire face à une pandémie grippale à nouveau virus (novembre 2006)

Une attention particulière sera apportée par chaque site et GH suite à la refonte du Plan Blanc d'établissement en février 2009 à la gestion des ressources humaines, à l'identification des capacités en lits et à la gestion des listes de victimes. L'objectif sera d'actualiser en permanence les procédures, de veiller à la disponibilité et à l'opérationnalité des matériels ou des approvisionnements nécessaires pour mettre en œuvre sans délai le Plan Blanc de chaque site.

L'exemple de la gestion d'une situation de pandémie grippale à l'AP-HP

L'AP-HP dispose d'un plan « pandémie grippale », initialement conçu (2006) pour faire face à la grippe aviaire, qui a fait ses preuves en 2009 pour la grippe H1N1. L'AP-HP s'est conformée sans difficulté aux demandes des autorités responsables au niveau ministériel et déconcentré, avec :

- une 1ère phase avant l'été 2009 (prise en charge hospitalière des cas suspects)
- une 2ème phase à partir de l'été (consultations hospitalières dédiées, prise en charge en ville, sauf cas graves, adaptation des capacités de prise en charge hospitalière : virologie, réanimations, déprogrammations éventuelles, plans de continuité d'activité..) ;
- une 3ème phase à l'automne (implication de plus en plus forte dans les campagnes de vaccination des personnels hospitaliers puis de la population générale)

La mobilisation a été maintenue pendant toute la durée de la gestion de crise, reposant sur une cellule centrale de gestion de crise, assurant l'animation du réseau des référents hospitaliers (logistique de crise, vaccination, réanimation), s'appuyant sur des conférences téléphoniques assurant la veille et la coordination de l'activité hospitalière.

L'adaptation du dispositif hospitalier lui-même a été opérée sans tension excessive :

- les SAMU SMUR ont su s'adapter face à l'augmentation des appels et des prises en charge
- les laboratoires de virologie ont été soumis à des tensions plus vives, ce point devra être amélioré pour anticiper une nouvelle situation de ce type
-la mise en place d'un réseau de consultations dédiées hospitalières dans les hôpitaux référents et dans les hôpitaux de 2ème ligne s'est faite de façon efficace
- une attention forte a été portée à la préparation des déprogrammations éventuelles
- l'AGEPS a fait la preuve de sa capacité à remplir son rôle d'approvisionnent et de distribution en médicaments et produits sans rupture

Les enseignements liés à la mise en œuvre de ce dispositif permettront à l'AP-HP de l'améliorer encore et de se préparer efficacement à la prise en charge d'autres crises à venir.

2.2.2.1.4. Une politique de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, partie intégrante des missions des équipes soignantes

La prise en charge de la douleur, ainsi que les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie font partie intégrante des missions des équipes médicales et soignantes des services. A ce titre, l'objectif, existant déjà dans les plans précédents, de développer parmi l'ensemble des professionnels concernés une culture de prise en charge de la douleur et une culture de prise en charge de la fin de vie est réaffirmée dans le plan stratégique 2010-2014.

Dans chaque GH, les services peuvent avoir recours à **l'expertise d'équipes et de structures spécialisées :**

Dans le domaine de la prise en charge de la douleur, ce sont :

- les médecins anesthésistes pour la douleur post-opératoire,
- les médecins des consultations de douleur chronique – lorsqu'il existe deux structures de ce type dans un même GH, leur regroupement pourra s'envisager et dans tous les cas un projet médical commun sera élaboré.

Et dans celui des soins palliatifs :

- Les équipes mobiles de soins palliatifs : elles ont pour mission de fournir aux services un appui pour les prises en charge palliatives. Il importera de maintenir des équipes sur chacun des sites d'un GH en veillant à leur composition pluri-professionnelle et en mutualisant au niveau de chaque GH certains aspects de leur fonctionnement (groupes de parole, actions de formation, …).
- Les lits identifiés de soins palliatifs, mis en place en MCO au cours du plan précédent, font l'objet d'un suivi dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens. Le plan 2010-2014 permettra, d'une part d'ajuster les capacités en fonction de l'activité identifiée dans le PMSI, d'autre part de développer en SSR des prises en charge identifiées soins palliatifs.
- Les unités de soins palliatifs (USP) : les GH, surtout s'ils ont un centre intégré de cancérologie, doivent pouvoir prendre en charge les malades requérant des soins palliatifs, même dans les situations les plus complexes. Lorsqu'ils ne disposent pas d'une USP dans leur périmètre, ces GH devront au moins passer convention avec une USP hors GH.

Dans le cadre des orientations stratégiques 2010-2014 de la politique qualité et gestion des risques, l'objectif de l'AP-HP sur les deux thématiques, douleur, soins palliatifs, est de progresser dans l'amélioration de la qualité des prises en charge. Un programme comprenant dix axes d'amélioration, élaboré par le Comité central de Lutte contre la Douleur (CLUD), sera mis en œuvre avec l'aide des CLUD locaux dans l'ensemble des GH et décliné au sein de chacun d'eux par pôles et par services.

Les objectifs poursuivis concernent :

- **Le développement dans tous les services cliniques d'une culture de prise en charge de la douleur**, avec la mise en place dans chaque service d'un binôme de référents douleur (médical, paramédical) et la reconnaissance d'une fonction d'infirmière ressource douleur pour une activité transversale aux services.

- **L'amélioration de la prise en charge des malades douloureux** avec l'évaluation systématique de la douleur à l'aide d'une échelle validée et la prévention et la prise en charge de la douleur induite par les soins et les actes douloureux.

- **L'amélioration des pratiques cliniques à travers quatre objectifs ciblés** sur les services d'anesthésie et les services de chirurgie pour la douleur post-opératoire, sur les services d'urgences pour l'accueil des patients douloureux, sur les pôles et unités de SSR et de SLD pour la prise en charge de la douleur et celle de la fin de vie, sur les sites dédiés au polyhandicap et aux handicaps lourds.

- **Le renforcement de la démarche palliative dans les pratiques professionnelles de prise en charge de la fin de vie** avec l'application de la loi du 22 avril 2005 et une meilleure prise en compte des droits du patient, avec l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des lits identifiés soins palliatifs. La continuité des prises en charge palliatives avec le domicile sera assurée grâce aux réseaux de soins palliatifs et à l'HAD.

Un indicateur de suivi défini pour chaque axe d'amélioration permettre d'évaluer sur la durée du plan stratégique la mise en œuvre de ce programme au niveau des sites, des GH et de l'institution. La démarche rejoint celle de la HAS dans les pratiques exigibles prioritaires de la procédure de certification V2010.

2.2.2.1.5. Une politique systématique de prise en compte des questions nutritionnelles

L'identification et le traitement de patients dénutris ou à risque de dénutrition concernent toutes les spécialités médicales. Le dépistage de l'état nutritionnel à l'admission est une exigence réglementaire: elle permet d'évaluer le risque nutritionnel et de réaliser un diagnostic et d'établir un projet thérapeutique adapté au patient, à la pathologie et aux traitements qui auront une influence sur le succès thérapeutique, la qualité de vie. Dans les années à venir, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques respiratoires, rénales, cardiovasculaires, de cancers, constituent des facteurs de risque nutritionnel.

Afin d'optimiser la prise en charge de soins nutritionnels, **chaque groupe hospitalier se dotera d'une Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC), unité opérationnelle du Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN).**

Destinée à répondre aux soins nutritionnels des patients hospitalisés, l'UTNC est organisée avec les compétences et les ressources existantes et définie par **une équipe minimale** : un médecin référent, un diététicien, une infirmière, un support secrétariat.

Cette unité est aussi référente pour la médecine d'amont (médecins libéraux, autres établissements de santé) et d'aval (SSR, SLD, EHPAD, HAD). Le développement des liens avec la ville se fera notamment au travers des réseaux de santé et de soins.

2.2.1.2 La volonté de mettre en œuvre une politique du médicament et des dispositifs médicaux

L'ambition de l'AP-HP dans le domaine des médicaments et des dispositifs médicaux stériles à l'horizon de 2014 est celle d'une maîtrise complète, dans toutes ses dimensions, médicale, pharmaceutique, soignante, logistique, économique et exhaustive, pour tous les sites hospitaliers, toutes les activités, et tous les produits.

Cette ambition tient compte des éléments de complexité inhérents à la structure du CHU francilien. D'une part, la nature des activités de l'AP-HP nécessite souvent une prescription proche de la recherche et de l'innovation, ce qui nécessite d'autant plus de s'appuyer sur des référentiels et sur un

dialogue médico-pharmaceutique; d'autre part, la taille de l'AP-HP a généré des circuits d'approvisionnement et d'administration complexes, qui doivent être mieux coordonnés et sécurisés.

C'est donc une démarche globale et cohérente qui sera mise en œuvre au cours des prochaines années, en s'appuyant sur l'expérience importante de l'AP-HP en matière de référentiels de juste prescription, sur les possibilités offertes par son nouveau système d'information et sur l'élargissement de la réflexion organisationnelle au périmètre des GH.

Deux axes majeurs de cette stratégie peuvent être définis :

- **Une prescription réfléchie et argumentée**

    - La systématisation de la prescription nominative et informatisée, grâce au déploiement du système d'information clinique, sera le pré-requis et le support technique de cette évolution ;
    - Une validation pharmaceutique plus systématisée sécurisera la prescription ;
    - Cette validation pharmaceutique s'accompagnera d'un dialogue renforcé entre cliniciens et pharmaciens, aux travers des outils comme dans les Commissions du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) locales et centrale;
    - L'actualisation des référentiels de juste prescription, mais aussi leur élargissement à de nouveaux médicaments, doivent conduire à une démarche d'aide à la prescription ;
    - Le partage d'informations relatives au patient et à sa prescription, la formalisation d'un dialogue médico-pharmaceutique, l'élaboration de protocoles et de référentiels porteurs d'aide à la prescription permettront de garantir le maintien d'une prescription adaptée à l'activité universitaire de l'AP-HP, c'est-à-dire ambitieuse et innovante, tout en sécurisant fortement cette étape sensible du processus de soins au bénéfice du patient ;
    - L'ensemble de ce programme d'action conduira à une meilleure visibilité médico-économique sur la prescription et à une plus grande maîtrise de ce poste de dépenses.

- **Une organisation de l'approvisionnement et de l'administration mieux structurée et sécurisée**

    - Les GH conduiront une réflexion coordonnée sur l'organisation de leurs circuits d'approvisionnement et leur structuration administrative. L'AP-HP s'engage à une simplification et une meilleure coordination ce ces circuits ;
    - La structuration des circuits d'approvisionnement s'appuiera pour beaucoup sur les innovations technologiques : déploiement des systèmes d'information cliniques et de gestion, armoires sécurisées et informatisées, etc.
    - L'administration fera l'objet d'une démarche attentive s'appuyant fortement sur les personnels soignants.

2.2.2.3.1. Mieux structurer la prise en charge des maladies chroniques

2.2.2.3.1.1. L'élaboration d'une politique d'éducation thérapeutique adaptée aux prises en charge hospitalières

L'éducation thérapeutique contribue à la diminution des complications et à l'amélioration de la qualité de vie. **Elle vient d'être consacrée par la loi HPST**, qui donne une impulsion majeure à son développement.

Dans le cadre de ce plan stratégique, l'AP-HP a la volonté de promouvoir et de développer cette dimension et de se donner des orientations cohérentes avec celles fixées par les pouvoirs publics.

Un savoir faire existe déjà à l'AP-HP, chez l'adulte et chez l'enfant notamment dans les domaines du diabète, de l'asthme, de l'obésité, du VIH et des hépatites ou en pédiatrie mais aussi dans de l'insuffisance cardiaque et les affections rhumatismales. A ces principales pathologies, il faut ajouter une offre pour les patients atteints de maladies rares, pour les patients stomisés et laryngectomisés, ainsi que pour d'autres pathologies. Vingt-deux hôpitaux sont déjà impliqués dans l'éducation thérapeutique de l'adulte et/ou de l'enfant.

Il est cependant indispensable que l'AP-HP intègre désormais l'éducation thérapeutique dans ses missions et définisse plus précisément son rôle dans ce domaine pour les 5 ans à venir.

Les axes retenus sont les suivants :

- La mobilisation des acteurs de l'ensemble des groupements hospitaliers de l'AP-HP, avec en premier lieu la désignation par chaque GH de référents « Education thérapeutique » pour préparer les dossiers d'autorisation de programmes d'éducation thérapeutique pour les ARS (à déposer avant le 1er janvier 2011).

- La constitution d'une offre d'éducation thérapeutique structurée et organisée dans les six domaines pour lesquels il existe le maximum de preuves d'efficacité pour les adultes et les enfants : le diabète, l'obésité, l'insuffisance cardiaque, l'asthme, les Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO), le VIH. Dans ces domaines, l'engagement de l'AP-HP doit devenir lisible pour le grand public et la médecine de ville.

- L'attribution de crédits complémentaires au sein des établissements avec la possibilité de financer des emplois nouveaux (assorti d'une autorisation) et le lancement d'un appel à projet AP-HP concernant à la fois les priorités précitées, les programmes insuffisamment financés et les programmes émergents qui restent importants à soutenir.

- La mise en place d'une politique de formation

- La constitution d'une cellule méthodologique AP-HP pour répondre aux demandes d'appui des équipes de terrain notamment dans les champs de l'évaluation et du recueil d'activités et pour formaliser les indicateurs d'activité et d'évaluation.

2.2.2.3.2. L'exemple de l'accueil et de la prise en charge des personnes infectées par le VIH

La France compte, en 2009, entre 120.000 et 145.000 patients infectés par le VIH, dont environ 45.000 en Ile de France. Cette infection présente des caractéristiques qu'il est important de prendre en compte pour l'organisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La population des PVVIH va s'accroître significativement dans les prochaines années : environ 3 000 nouvelles infections sont diagnostiquées chaque année en Ile de France et l'espérance de vie des patients augmente.
L'infection par le VIH est une pathologie chronique, quasi exclusivement prise en charge par le système hospitalier public, qui concerne souvent des populations vulnérables ou rendues vulnérables par la maladie. Un tiers des nouveaux cas sont découverts à un stade très tardif de la maladie, pouvant justifier d'emblée une hospitalisation dans un service spécialisé. Les PVVIH sont exposées à un risque accru, par rapport à la population générale de même âge, de pathologies notamment cardio-

vasculaires, hépatiques, néoplasiques et neurologiques, ce qui impose une prise en charge multidisciplinaire.

L'organisation de la prise en charge à l'AP-HP au cours du prochain plan stratégique devra également prendre en compte l'évolution déclinante de la démographie médicale et s'inscrire dans un cadre régional, organisé autour des 5 COREVIH qui comprennent de nombreux établissements de santé hors AP-HP. Cette prise en charge aura pour objectifs :

1. D'assurer aux PVVIH des consultations spécialisées de proximité tenant compte des spécificités locales de la population ainsi que de l'augmentation attendue de la prévalence :
- assurer ces consultations de proximité dans un délai de moins de 2 semaines (hors urgences), et garantir une organisation offrant un temps de consultation suffisant, notamment à l'occasion des étapes-clé du suivi des patients : annonce du diagnostic, première mise au traitement, désir d'enfant, échec thérapeutique.
- assurer également une prise en charge en urgence des accidents d'exposition au VIH sur le territoire du GH et de la COREVIH, ainsi qu'un accès aux consultations d'observance et d'éducation thérapeutique, un soutien social et psychologique, compte tenu de la précarité et de la vulnérabilité fréquemment observées chez les PVVIH.

2. De garantir, dans chaque groupe hospitalier (GH), une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire aux PVVIH, à la fois préventive et thérapeutique :
- un accès, à la demande du médecin référent VIH, aux autres spécialités notamment : cardiologie, neurologie, hépatologie, addictologie et psychiatrie, gynécologie, proctologie, endocrinologie et nutrition,
- le temps de coordination nécessaire assurée par le médecin référent VIH entre ces diverses spécialités et avec le médecin traitant de ville, partie intégrante du réseau COREVIH.
La prise en charge spécifique des enfants, des adolescents des PVVIH en désir d'enfants et des femmes enceintes séropositives pour le VIH doit s'envisager au niveau du COREVIH.

3. De garantir, dans chaque GH, les conditions d'un bilan annuel de l'infection VIH en cohérence avec les recommandations nationales en assurant la faisabilité d'une hospitalisation de jour dite de synthèse annuelle au cours de laquelle les bilans clinique, biologique et radiologique, pourront être assurés sur le même site en une journée, ainsi que l'accès à une consultation au moins annuelle à un médecin hospitalier spécialiste de l'infection VIH.

Si l'état de santé des patients le justifie :

- D'assurer **l'hospitalisation rapide dans un service spécialisé du GH**
- D'optimiser et promouvoir **l'accueil en SSR** des patients dont l'état de santé ou les caractéristiques sociales ou psychologiques ne permettent pas un retour à domicile, au sein de l'AP-HP ou par convention avec un établissement hors AP-HP.

4. De solliciter les COREVIH pour l'aide à l'organisation, pour l'évaluation annuelle, de la prise en charge des PVVIH, ainsi qu'en cas de projet de restructuration hospitalière susceptible d'affecter la prise en charge de ces patients.

5. De faciliter l'accès des associations de patients aux sites de prise en charge des PVVIH, et le fonctionnement de ces associations en partenariat avec les services cliniques; les informer des projets de restructuration hospitalière concernant les PVVIH.

Les GH veilleront à la bonne utilisation des crédits MIGAC dédiés à chaque COREVIH ainsi qu'à faciliter l'utilisation de ces crédits pour la réalisation des missions prévues par les textes réglementaires

et pour la formation des acteurs du COREVIH. Ces missions s'exerceront sur l'ensemble du territoire du COREVIH, y compris pour les établissements hors AP-HP.

2.2.3. Des organisations profondément renouvelées

La mise en œuvre des axes stratégiques de l'AP-HP nécessitera des changements majeurs dans ses organisations. En complément de celles qui sont liées aux grandes thématiques structurantes, déjà évoquées, l'institution a la volonté de promouvoir une meilleure organisation des filières de soins, en continuité avec le plan stratégique précédent, ainsi que les modalités de prise en charge non conventionnelles.

2.2.3.1. Des organisations intégrant l'approche « filières de soins » et « réseaux de soins »

Une organisation répondant à une logique « filières de soins » sera proposée par chaque GH pour améliorer la coopération avec les autres acteurs de santé, en amont et en aval de l'épisode hospitalier (médecine de ville, secteur médico-social, établissements d'aval), ainsi que dans son organisation interne (urgences, consultations, Hôpitaux de jour, chirurgie ambulatoire, Hospitalisation à domicile).

Les réorganisations auront pour objectifs de répondre aux quatre qualités indispensables attendues par les correspondants de la ville :

- La lisibilité (numéro unique, missions claires…)
- La réactivité (délais de réponse rapides)
- L'accessibilité (trouver rapidement le bon chemin pour le patient)
- La réciprocité (renvoyer le patient et l'information aux correspondants)

Cela implique pour chaque groupe hospitalier la mise à jour **effective** de l'information sur son offre (site internet notamment) et la mise à disposition de numéros de téléphone opérationnels (numéros directement accessibles aux médecins traitants). **Le développement et la professionnalisation de tout ce qui a trait à la réponse téléphonique feront l'objet d'un effort soutenu.**

Le développement d'une prise en charge mieux partagée entre la ville et l'hôpital passe également par l'élargissement de créneaux de consultations pour avis ou pré- admission hospitalière, la mise en place de consultations ou d'HDJ de court délai, voire d'HAD initiées d'emblée sans hospitalisation classique.

Les consultations externes

Les consultations externes font partie intégrante du «socle» d'activités dans chaque GH. Une attention particulière sera consacrée à l'amélioration de leur organisation et de leur fonctionnement pour assurer les 3 missions de l'institution, à savoir assurer à la fois:

- des consultations de proximité, notamment pour les populations en situation de précarité

- l'orientation vers des consultations d'avis spécialisé, répondant à une demande d'expertise
- l'orientation vers une consultation de suivi très spécialisé pour des pathologies rares et/ou complexes.

Dans ces deux derniers cas, s'agissant de soins de niveau intermédiaire voire « supra GH », le GH, en fonction de ses spécificités, doit être en mesure d'assurer la bonne orientation du patient.

Les améliorations attendues au cours de ce plan stratégique doivent permettre :

- de mieux adapter l'offre et l'utilisation du temps médical pour renforcer la continuité avec la ville et l'accès aux consultations des nouveaux patients, des urgences et des seconds avis, quitte à limiter les consultations de suivi de patients qui peuvent être suivis en ville (suivi alterné par exemple).
- d'améliorer l'accessibilité aux consultations en protocolisant le circuit d'entrée, en définissant les délais, la notion d'urgence, les bilans standardisés chez des patients connus, et en identifiant les relais de proximité (réseaux de santé en particulier).

La coordination avec les autres acteurs du système de santé

Les GH devront proposer des dispositifs anticipant la sortie des patients à préparer dès leur arrivée dans l'hôpital, et ce d'autant plus qu'ils présentent des problèmes complexes, que ce soit sur le plan médical ou médico-social, avec des exigences portant sur :

- **La formalisation de la sortie** : Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) envoyé rapidement au médecin traitant et éventuellement remis au patient, plan personnalisé de soins, prise du rendez-vous à venir, remise de brochures d'information et de numéros utiles, procédures pour que le généraliste puisse facilement joindre l'équipe ;
- **Le renforcement des relations structurées** (protocoles, conventions, suivi, évaluation…) avec l'HAD, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les réseaux de santé, les SSR, les associations de malades.

En lien avec la logique des « filières de soins », l'AP-HP poursuivra et renforcera ses coopérations avec **les réseaux de santé territoriaux**, initiées au cours du plan stratégique précédent, notamment dans les **thématiques suivantes :** cancer, soins palliatifs, personnes âgées, maladies chroniques, périnatalité. L'institution est ainsi présente dans 59 des 88 réseaux d'Ile de France. De plus, l'évolution des réseaux de santé vers des réseaux territoriaux de proximité va dans le sens des réorganisations en GH et en niveaux de soins.

Les orientations et les objectifs du prochain plan stratégique sont les suivantes:

- Reconnaître les réseaux de santé comme des centres « ressource » pour la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques (soins de proximité, prévention, éducation thérapeutique)
- Renforcer les liens entre les GH et leur(s) territoire(s) de proximité et impliquer l'institution dans la définition de l'offre de soins territoriale

- Favoriser la prévention, l'éducation thérapeutique et le développement de suivis alternés entre la ville et l'hôpital pour les pathologies chroniques dans lesquelles l'AP-HP est en situation de référence (maladies rares, cancer, obésité, greffes).

Il s'agit de promouvoir l'orientation des patients vers les réseaux de santé territoriaux, de fournir aux professionnels hospitaliers des relais en médecine de ville, dans le secteur médico-social et dans le secteur social. Pour ce faire, l'institution a prévu de:

- faire figurer les réseaux de santé sur le site web institutionnel[33]
- signer une convention de partenariat avec les 25 réseaux de santé situés dans des territoires dans lesquels l'AP-HP n'est pas présente (Yvelines, Seine et Marne) ou peu présente (Essonne, Val d'Oise)
- créer des liens opérationnels entre les GH et leurs réseaux de proximité
- renforcer les liens avec les réseaux « thématiques », notamment en lien avec les actions d'éducation thérapeutique et des prises en charge alternées entre ville- hôpital.

2.2.3.2. Des organisations favorisant le développement des formes d'hospitalisation non conventionnelles et l'utilisation des nouvelles technologies

Le développement de prises en charge non conventionnelles concourt à une meilleure prise en charge du patient, à une fluidité accrue, et correspond désormais dans certains domaines à des standards de soins et à des exigences réglementaires (chirurgie ambulatoire). L'AP-HP entend promouvoir ces alternatives, y compris dans leurs aspects hospitalo-universitaires et de recherche.

2.2.3.2.1. L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD s'inscrit dans un système gradué et permet de poursuivre une prise en charge de qualité, pour des patients complexes, qui nécessitent une compétence spécifique et une charge en soins lourde. Elle est cependant insuffisamment utilisée à ce jour à l'AP-HP, alors qu'elle peut permettre à l'hôpital une meilleure fluidité de sa filière (diminution de la DMS), une coordination de situations complexes et un retour au domicile. Elle doit avoir un positionnement charnière dans l'offre de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques, renforçant l'ancrage territorial et jouant un véritable rôle d'interface entre le monde hospitalier et la prise en charge de ville.

Dans ce but, quatre grandes orientations seront mises en œuvre :

- **Renforcer la présence de l'HAD sur des segments où elle est déjà présente pour une part importante de son activité** : la filière cancérologique et hématologique, la gériatrie, les pansements complexes, la nutrition…
- **Mieux identifier les raisons pour lesquelles certains hôpitaux ne sollicitent pas, ou peu l'HAD, ou ont diminué leur recours à cette filière et les pistes permettant d'y remédier**
- **Réorganiser la prise en charge dans certains domaines où l'HAD est déjà présente, mais peut envisager des développements importants** : les soins palliatifs, la pédiatrie, le neuro-handicap, la rééducation…
- **Investir de nouveaux segments d'activité** peu pratiqués, mais pour lesquels, en partenariat étroit avec des équipes de prescripteurs, des champs de développement sont possibles : HAD post-chirurgicale, analgésie, éducation thérapeutique…

[33] www.AP-HP.fr

Ces développements s'accompagneront notamment de la mise en place de **modalités opérationnelles de gestion anticipée et pluridisciplinaire de la sortie**, permettant d'intégrer la réponse de l'HAD et la définition d'objectifs de **partenariat entre services prescripteurs et HAD** sur des filières déterminées.

2.2.3.2.2. Les Hôpitaux de jour (HDJ) et les Hôpitaux de semaine (HDS)

Le développement de l'hospitalisation de jour et de semaine, fondée sur une organisation de l'offre de soins, plus efficiente, plus souple et adaptée à des prises en charge personnalisées constitue un objectif à poursuivre et à approfondir au sein de tous les GH au cours de ce plan stratégique.

Ayant un rôle déterminant à jouer à l'intersection de l'hôpital et du domicile, dans le cadre d'une relation renforcée avec la médecine de ville, l'hospitalisation de jour a vocation à se développer, en réponse à l'évolution des techniques et des thérapeutiques. Sa place dans les missions d'évaluation et d'expertise des spécialités hospitalo-universitaires doit contribuer à conforter leur rôle de recours. Sa mission de réadaptation et de suivi notamment des malades atteints de pathologies chroniques a également été réaffirmée lors de la récente réforme du SSR dont la mise en œuvre est une des priorités de ce plan stratégique.

A cet effet, les organisations seront revues au sein des GH afin d'identifier une « plateforme » d'hospitalisation de jour, regroupée géographiquement dans la mesure du possible et disposant de la masse critique d'activité suffisante (capacité minimale de 10 places). La programmation des admissions (y compris en lien avec le service des urgences), l'organisation de l'accueil soignant et administratif, la coordination avec les plateaux techniques, feront l'objet de protocoles de qualité et de chartes internes. La création d'hôpitaux de jour dédiés à une activité sera envisagée dès lors que la spécificité des soins le justifie (exemple oncologie). Dans le cas contraire, la création de structures communes à plusieurs disciplines médicales doit être privilégiée.

L'hospitalisation de semaine constitue également une opportunité en termes d'optimisation de l'offre de soins. La gestion des lits et des admissions et la préparation en amont des sorties, en lien avec le service social doit permettre de concentrer les séjours sur la semaine, cette organisation se prêtant bien à certaines spécialités à forte programmation ou à des séjours organisés pour l'éducation thérapeutique des patients. Là aussi, la réflexion se fera en identifiant les effets d'efficience importants attendus sur le plan des ressources humaines, en privilégiant autant que possible les mutualisations.

2.2.3.2.3. La chirurgie ambulatoire

L'AP-HP a pour objectifs de combler son retard et d'être promoteur dans ce domaine, y compris sur des actes qui ne sont pas ciblés par la Caisse d'Assurance maladie. Certaines expériences novatrices à l'AP-HP existent déjà et doivent se développer..

Le taux de chirurgie ambulatoire d'actes spécifiques (les 17 gestes traceurs suivis par la caisse nationale d'assurance maladie) est certes en progression à l'AP-HP depuis 2007 (+6%), ainsi que le nombre de séjours (+16%), mais des disparités subsistent entre hôpitaux et au sein d'une même discipline entre actes identiques. Les raisons en sont multiples et tiennent au faible volume de certains actes « simples » en regard des prises en charges plus lourdes effectuées à l'hôpital, au découragement face à des tarifs peu incitatifs, à la multiplicité des acteurs intervenant dans ce champ.

Dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale 2008, un dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) a été mis en place par l'Assurance Maladie et les Agences Régionales de santé pour

cinq actes élargis à 12 actes supplémentaires en 2009. Ce dispositif incitatif devrait lever certains freins liés à la tarification.

Au cours de ce plan stratégique, l'AP-HP encouragera les initiatives prises par des acteurs de terrain dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, qui constitueront un atout en termes de qualité pour les patients comme pour le personnel. Son développement passera par la mise en place de structures et d'organisations adaptées, qui favoriseront également les relations de confiance entre la ville et l'hôpital.

2.2.3.2.4. L'utilisation de la télémédecine

Les activités de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance) se mettent désormais en place au niveau national et prennent une importance croissante. Elles sont susceptibles de contribuer à répondre à des difficultés liées à la démographie médicale ou paramédicale, à améliorer le confort des patients, et, en définitive, la qualité des soins. L'ARS va coordonner le déploiement d'outils et d'activités de télémédecine régionales. L'AP-HP, pionnière sur certains réseaux, participe déjà à de nombreux réseaux de télémédecine régionaux et nationaux.

Les activités de télémédecine de l'AP-HP devront se développer dans les domaines prioritaires, sur la base de recommandations et de bonnes pratiques professionnelles. Elles peuvent constituer un levier fort pour expérimenter de nouvelles organisations et améliorer la continuité des soins. Chaque GH sera incité à se doter d'un projet de télémédecine ou à participer à un projet plus large.

Les domaines concernés en priorité seront :

- ceux répondant aux difficultés de déplacement, ou d'accès aux soins : Unité de Consultation et Soins Ambulatoires (UCSA), personnes âgées, personnes handicapées, urgences.
- ceux palliant à la rareté des experts ou spécialistes : anatomie pathologie, radiologie, neurochirurgie, accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- ceux facilitant la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

Le réseau OPHDIAT pour le dépistage de la rétinopathie diabétique par télémédecine
Le réseau OPHDIAT mis en place à l'initiative du service d'ophtalmologie de Lariboisière fonctionne en routine depuis 2004 en Ile-de-France.
Des sites de dépistage de la rétinopathie diabétique s'ouvrent dans des centres d'examens de santé, centres municipaux, établissements pénitentiaires (UCSA) ainsi qu'au sein de services de diabétologie hospitaliers. Le personnel non médical (orthoptistes et infirmières) transmet des photographies rétiniennes associées à des données médicales vers le centre de lecture. Les ophtalmologistes du centre de lecture établissent un diagnostic pour 45 patients par demi- journées. Les procédures d'assurances qualité mises en place assurent le maintien de la qualité du dépistage.
Cette nouvelle organisation du dépistage partagé entre la ville et l'hôpital s'étend progressivement en Ile-de-France. Elle désengorge les consultations d'ophtalmologie en libérant du temps médical, et améliore l'accès aux soins des patients diabétiques.
OPHDIAT fonctionne en partenariat avec l'ARSIF et en étroite collaboration avec des associations de patients, associations de lutte contre la cécité ainsi que les réseaux de santé[34].

2.2.4. De nouvelles coopérations entre professionnels

[34] Site web http://reseau-OPHDIAT.AP-HP.fr/

Les changements culturels et organisationnels de ces dernières années, le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les problèmes de démographie médicale, la tension sur les effectifs paramédicaux et les difficultés à recruter ou fidéliser certaines catégories de professionnels, contribuent à faire évoluer les organisations du travail au sein de professions médicales et para médicales, et les frontières des métiers médicaux et paramédicaux.

Ces évolutions concernent à la fois les médecins de différentes spécialités entre eux, les métiers paramédicaux entre eux, et les interactions entre professions médicales et professions paramédicales. Elles sont à même de favoriser l'émergence de nouvelles cultures, partagées, au sein d'équipes qui seront nécessairement toujours plus multidisciplinaires.

La loi HPST va permettre des évolutions dans la gestion des ressources humaines médicales, à même de favoriser des changements dans les organisations.

Ces évolutions concernent principalement :

- un assouplissement de la gestion statutaire (par exemple l'assouplissement des règles d'affectation des praticiens hospitaliers, la réduction de la durée d'indisponibilité pendant laquelle un poste ne peut pas être déclaré vacant à l'issue d'un détachement)
- une plus grande proximité dans la gestion des médecins par le biais d'une véritable délégation de gestion accordée aux praticiens chefs de pôle, dont les compétences élargies en matière d'affectation des ressources médicales, de définition des profils de postes permettront d'adapter plus rapidement le fonctionnement du pôle aux nécessités du terrain.

Parallèlement, les structures de gestion de l'AP-HP évoluent dans le sens d'une plus grande fluidité des organisations. La constitution des GH permettra en effet d'envisager des pôles d'activité homogènes, potentiellement multi-sites, d'une masse critique suffisante permettant l'optimisation de certains processus par des mutualisations permettant de gagner en temps médical et para médical (permanence des soins, fonctionnement des secrétariats, des consultations).

Le décloisonnement des modes de prise en charge sera conforté par l'organisation, au niveau de ces nouveaux pôles, d'organisations à développer, telles que les consultations avancées, les équipes mobiles, etc.

L'AP-HP, par sa taille, par les enjeux auxquels elle est confrontée, peut et doit être un terrain privilégié d'expérimentations et d'innovations dans le domaine des nouvelles coopérations entre professionnels. Des expériences parfois trop peu connues au sein même de l'institution existent déjà, ont fait leurs preuves, et méritent d'être diffusées.

Une bonne partie d'entre elles peuvent s'inscrire dans le cadre réglementaire actuel, en particulier ce qui relève de la coordination des parcours et des intervenants. D'autres en revanche devront se mettre en place dans le cadre défini par la loi HPST. Un appel à projets déterminera chaque année les projets à soumettre au dispositif prévu, sous l'égide des ARS et de l'HAS.

Dans le cadre de la préparation du plan stratégique, un groupe de travail a déterminé les lignes directrices de la politique à suivre pour l'institution, en prenant en compte tant les besoins, que la faisabilité des actions à mettre en œuvre[35].

Les domaines prioritaires à privilégier à court terme pour le développement ou la mise en place d'expérimentations sont identifiés et sont les suivants :

[35] Le rapport du groupe de travail « nouveaux métiers » est disponible sur le site de la CME

1. La coordination des parcours de soins et des intervenants, particulièrement dans le domaine des pathologies chroniques (cancérologie, gériatrie, chirurgie ambulatoire…) et des filières de soins (« bed manager », coordination des parcours dans le contexte des consultations externes, de l'ambulatoire,…)

2. Les thématiques transversales (douleur, plaies, nutrition, diabétologie**,** gériatrie**,** soins palliatifs**,** pédiatrie**,** recherche paramédicale**,** éducation thérapeutique**,** etc)

3. Les pratiques avancées soignantes et les transferts de compétences

Ces stratégies doivent être développées en priorité là où il existe un risque réel de déficit démographique, ainsi que des compétences paramédicales quantitatives et qualitatives susceptibles de répondre et des besoins identifiés (demandes de soins). Cela concernera tout particulièrement, mais non exclusivement les radiologues / manipulateurs, les MAR / IADE, les chirurgiens / IBODE, les urgentistes / IOA, les gynécologues/ obstétriciens / SF, les médecins du travail / IDE, les psychiatres / IDE / psychologues, les pharmaciens / préparateurs en pharmacie, les médecins / nutritionnistes/ diététiciennes.

La politique de l'AP-HP pour promouvoir les initiatives autour des nouvelles coopérations et de leur diffusions passera par :

- Un recensement systématique des expériences ou pratiques déjà mises en œuvre au niveau de chaque groupe hospitalier

- L'intégration systématique d'un volet « coopérations » dans les projets médicaux et projets de soins des GH

- Une concertation avec les collégiales concernées

- Un appel à projets annuel, dont le cahier des charges impliquera que les expériences répondent à des besoins identifiés, améliorent le service rendu, favorisent l'attractivité et la fidélisation des professionnels et soient porteuses d'efficience pour l'institution, en cohérence avec les orientations du plan stratégique. Dans des domaines précis, par exemple la cancérologie, elles devront également répondre aux exigences des grands programmes nationaux (plan cancer 2). Elles devront reposer sur les compétences médico-soignantes existantes, complétées autant que nécessaire par des formations habilitées et reconnues. Les coopérations seront organisées et planifiées pour être pérennes, et non « personnes dépendantes ». Celles qui s'inscriront dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST seront soumises à l'ARS et à l'HAS de manière institutionnalisée.

2.3. Un nouvel élan pour l'AP-HP dans ses missions universitaires et de recherche, ainsi que dans sa dimension internationale

2.3.1. Des relations avec les universités refondées

2.3.1.1. S'adapter à un contexte institutionnel fortement évolutif

Le contexte dans lequel le monde universitaire a évolué ces dernières années s'est déjà profondément modifié et va continuer à changer au cours de ce plan stratégique.

L'autonomie de la loi LRU a voulu donner aux universités des marges de manœuvre qui en font des interlocuteurs à part entière des établissements publics hospitaliers. Déjà gestionnaires d'une grande partie de leurs ressources humaines, demain les universités gèreront leur patrimoine ; elles n'en seront plus simplement « affectataires » mais « propriétaires ». Sur ces bases nouvelles, marquées par un plus grand volontarisme des acteurs, les relations avec les hôpitaux s'en trouveront dynamisées et clarifiées.

La gouvernance des universités sera également amenée à trouver, à cette occasion, un nouvel équilibre grâce à la définition d'une articulation des compétences entre les présidences et les directions d'UFR. Sur ce point, l'AP-HP maintiendra sa politique de dialogue entre les deux partenaires, même si pour le traitement de certains sujets, l'approche technique, est, dans un premier temps, plus particulièrement conduite avec l'un ou l'autre des interlocuteurs.

De la même manière, la mise en œuvre de la loi HPST va modifier la gouvernance hospitalière en organisant une plus grande interpénétration entre l'université et l'hôpital, en lien avec la composition du directoire, qui comprendra désormais un vice président doyen (désigné par l'ensemble des doyens des UFR) et un vice président recherche, nommé par le directeur général sur proposition conjointe du président de l'INSERM, des présidents d'universités à composante médicale et du vice-président doyen.

Les universités sont également appelées, à moyen ou long terme, à devenir des opérateurs plus exclusifs de la recherche, tandis que les EPST se positionneront davantage sur un rôle d'agences de moyens. Dans le même temps, ces EPST connaissent un mouvement confédératif qui va dans sens d'une simplification louable du paysage français de la recherche. La création de « l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé» devrait, en ce sens, faciliter les termes d'un dialogue hospitalo-universitaire désormais tri partite : Université, Hôpital, Institut de recherche. Enfin, les PRES forment incontestablement un facteur d'évolution extrêmement positif.

L'AP-HP va être amenée à travailler plus étroitement avec ses multiples partenaires universitaires et à trouver, avec chacun d'eux et avec l'ensemble, des consensus sur des évolutions à même de dynamiser l'association hospitalo-universitaire. Elle s'attachera particulièrement à promouvoir une approche plus interuniversitaire, et à mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalo-universitaire pour répondre aux nouvelles structures qui sont appelées à voir le jour : Instituts hospitalo-universitaire (IHU), Pôles hospitalo-universitaire (PHU). L'AP-HP développera des projets de Départements hospitalo-universitaires (DHU) en lien étroit avec les sept universités et les EPST, cohérents avec les territoires universitaires.
Les CHR et les universités disposent de deux documents prospectifs qui doivent en théorie se faire écho : d'un côté, les plans stratégiques de l'AP-HP, quinquennaux, et, de l'autre, les plans quadriennaux des universités. Outre qu'ils sont réglementairement incontournables, ces documents

sont des outils essentiels dans la mesure où ils fixent les grandes lignes de développement et les priorités de ces établissements publics s'assignent. Ils doivent, donc être, en toute logique, concordants. Autrement dit, la préparation de ces documents ne peut se faire sans la participation croisée des uns et des autres.

Cette préparation doit se dérouler, très en amont, par des rencontres périodiques à l'exemple de ce qui a été conduit à deux reprises en 2009 en vu du présent plan stratégique. De plus, son plan stratégique adopté, l'AP-HP s'engage au cours des cinq ans à venir à informer, très régulièrement ses partenaires universitaires et de recherche de son avancement.

Les conventions constitutives de CH et U actuelles ont fait leurs preuves, restent indispensables et doivent s'étendre aux universités qui ne les ont pas signées. Il apparaît cependant que les enjeux nouveaux auxquels est confrontée l'association de l'hospitalier et de l'universitaire ne sauraient se satisfaire de ces seules conventions.

Pour aller plus loin, les contrats d'objectifs stratégiques hospitalo-universitaires seront les instruments indispensables d'une meilleure articulation des politiques. Fin 2009, un contrat de ce type a déjà été signé avec l'université Paris XII. Un second est en préparation avec Paris Descartes ; un troisième est souhaité par l'université Pierre et Marie Curie.

L'AP-HP s'assigne ainsi pour objectif pendant la durée de l'actuel plan stratégique de proposer aux sept universités à composantes santé qui sont ses partenaires de compléter le dispositif des conventions constitutives de CH et U en veillant, chaque fois, à trouver une articulation avec les hôpitaux n'appartenant pas à l'AP-HP. Elle s'engage aussi à passer au moins quatre contrats d'objectifs stratégiques hospitalo-universitaires.

2.3.1.2. Prendre en compte la dimension territoriale

La meilleure prise en compte des problématiques hospitalières sous l'angle du « territoire » doit s'accompagner d'une approche universitaire pertinente.

Ainsi, l'ouverture des CH et U franciliens à des hôpitaux n'appartenant pas à l'AP-HP est rendue nécessaire tant par la philosophie de la loi HPST que par les besoins propres des universités : multiplication et diversification des stages.

Des évolutions patrimoniales devront s'opérer dans les prochaines années : les universités parisiennes sont incitées vivement à rationaliser leur implantation patrimoniale par les pouvoirs publics. Pour sa part, l'AP-HP se trouve dans l'obligation de valoriser son patrimoine pour financer la modernisation de ses sites, le renouvellement de ses équipements, et pour construire de nouveaux bâtiments nécessaires aux restructurations indispensables.

L'ensemble hospitalo-universitaire francilien héberge déjà des structures originales qui sont, soit des fondations, soit des Centre Thématiques de Recherche et de Soins (CTRS) ou des Réseaux Thématiques de Recherche Avancée (RTRA). L'actuel Institut universitaire d'Hématologie de Saint Louis, ou l'Institut du cerveau et de la moelle, ou encore la Fondation IMAGINE pour la recherche sur les maladies génétiques qui doivent entrer en fonctionnement dans la première partie de ce plan stratégique en sont l'illustration et constituent une des composantes essentielles et un moteur des futurs IHU.

La région Ile-de-France connaît d'autre part des ambitions nouvelles qui la conduisent à essayer de programmer plus rationnellement son développement territorial en l'abordant sous l'angle plus d'un « Grand Paris » ou d'un « Paris Métropole ».

Ces développements se traduisent par des projets liés aux pôles de compétitivité, à la création d'un pôle universitaire dans le Sud francilien et plus particulièrement sur le Plateau-de-Saclay, à de grands projets d'aménagement fondés sur la recherche : Vallée-de-la-Bièvres, création de bio-clusters, pépinières (Campus cancer, projet de la Ville d'Ivry (94), extension de Paris Biotech), requêtes de l'industrie pharmaceutique pour constituer dans le périmètre hospitalier des laboratoires de transfert - notamment en pharmaco-oncologie (projet Cochin / HEGP avec Paris Descartes et l'Inserm) ou dans le domaine des cellules souches (Paul Brousse avec Paris Sud et le CNRS), etc…

En lien avec ces projets, l'AP-HP entend apporter, au cours de ce plan stratégique, son soutien aux initiatives de ses partenaires universitaires à compter du moment où celles-ci s'inscrivent dans la logique d'un programme concerté interuniversitaire.

2.3.1.3. Repenser les formations, et s'engager dans l'universitarisation des professions de santé

Dans le contexte d'une démographie médicale inquiétante dans les années à venir, tout particulièrement dans des spécialités clé pour une institution hospitalo-universitaire (anesthésie réanimation, chirurgie, pédiatrie, radiologie, certains segments de la biologie), et, dans le même temps, des besoins de formation initiale de médecins qui s'accroît avec le desserrement du *numerus clausus*, les intérêts respectifs des partenaires convergent. L'hôpital a besoin, pour continuer à remplir sa mission, de praticiens formés. L'Université a besoin de terrains de stages en nombre suffisant, formateurs, diversifiés et qui préservent la formation « au lit du malade ».

Face à ces enjeux et aux impératifs de réorganisation de son offre de soins notamment sur la base des compétences médicales à venir et de masses critiques d'activité, les frontières universitaires devront évoluer. A l'inverse, l'AP-HP s'engage à permettre à ses partenaires universitaires de préserver un équilibre d'ensemble, tant pour répondre à leurs missions de formation que de recherche. Pour cela, les échanges de terrains de stages pour praticiens en formation devront s'organiser sur une plus grande échelle.

L'« universitarisation » de certaines professions de santé, et notamment des professions paramédicales, qui permettra à la France de se mettre en conformité avec la réglementation européenne, constitue un atout majeur pour les années à venir : le passage de la formation des infirmiers dans un cursus «LMD » qui s'impose désormais à l'ensemble des partenaires, ouvre la voie de la pluridisciplinarité des formations, et, à terme, de nouvelles répartitions des tâches, entre médecins et autres professions de santé. Elle peut également contribuer à surmonter le problème de l'échec massif des étudiants de PCM1 en leur offrant un plus large éventail de possibilités d'inscrire un parcours professionnel dans le champ de la santé.

Un projet hospitalier et inter universitaire pour la formation initiale et continue des professionnels de demain

La maîtrise des nouvelles technologies devient nécessaire à l'exercice d'un grand nombre de spécialités au premier plan desquelles on trouve la chirurgie, l'anesthésie et la radiologie. Leur enseignement, aujourd'hui réalisé « sur le terrain » doit se situer en amont de la pratique clinique sur un modèle de gestion des risques et d'optimisation de la sécurité des patients et des soignants.

La formation par l'emploi de simulateurs permettant la répétition des procédures préalables au geste sur le malade et l'apprentissage de situations diverses, le transfert de technologie par la coopération pluridisciplinaire et d'interlocuteurs de l'industrie (imagerie, navigation, robotique), l'apprentissage des nouvelles techniques « invasives » « mini invasives » non chirurgicales et/ou à l'interface de la chirurgie et de techniques d'imagerie ou d'endoscopie, l'apprentissage des comportements par des mises en situation (gestion du stress, travail en équipe, prise en charge de patients et de familles dans un contexte de crise) et enfin la recherche.

Une institution comme l'AP-HP ne peut rester à l'écart de tels outils de formation, d'innovation, et de recherche d'autant que tout porte à penser que des préconisations de la Haute autorité en santé (HAS) rendront obligatoires dans un proche avenir ce passage par de telles séquences d'apprentissage ou d'évaluation pour les professionnels déjà en exercice. Il appartient aux universités et au CHR d'être pro-actifs en la matière. Ainsi l'AP-HP a-t-elle proposé, dans le cadre du « Grand emprunt », un investissement lui permettant de créer un centre de formation par simulation, complet, intégré, tel qu'on en trouve dans les pays anglo-saxons et dans certains pays d'Europe. Ce centre aura pour vocation d'assurer des formations initiales, spécialisées, et continues, tant de médecins que de para médicaux et d'attirer, par l'excellence de l'environnement et des services fournis, des projets internationaux et des scientifiques de renom.

Il sera créé en lien avec les pôles de compétitivité du secteur - Médicen, Lyon Biopôle, Alsace Biovalley, EuroBiomed, Nutrition Santé Longévité, Cancer Bio-Santé, Atlantic Biothérapies et Prod'Innov, des partenaires publics nationaux dont bien entendu l'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé, les universités et les hôpitaux. La création d'une telle structure à l'AP-HP permettrait de mettre en synergie des projets en cours d'étude, celui de la création d'un Institut des Techniques Interventionnelles à l'HEGP et le projet de Laboratoire Universitaire Médical d'Enseignement Basé sur les technologies Numériques et de Simulation (I-lumens) de Cochin soutenu par Paris Descartes, tout en intégrant l'actuelle Ecole de chirurgie.

2.3.1.4. S'articuler pleinement avec les activités de recherche

La recherche est au cœur des missions de l'université et de leurs partenaires EPST. Elle est aussi au centre des préoccupations de l'hôpital lorsqu'il aspire légitimement à maintenir son rang de CHU, à développer sa visibilité internationale et son attractivité. Face au morcellement et à la multiplicité des acteurs qui caractérisent le CH et U parisien ou francilien, l'AP-HP s'engage pendant ce plan stratégique à rechercher, avec tous ses partenaires universitaires et instituts de recherche, les moyens juridiques, financiers, de mutualisation, de labellisation, de communication qui permettent de surmonter ces obstacles.

Il s'agit de permettre à la recherche à l'AP-HP de trouver les conditions nécessaires à son développement, avec une attention particulière pour :
- le développement de plateformes techniques de haut niveau ;

- des implantations qui autorisent une proximité entre chercheurs et cliniciens,
- la mise en œuvre de moyens financiers pour les investissements, l'amorçage et surtout pour la viabilité durable des structures de recherche dans un contexte où les allocations de ressources vont se faire de plus en plus sur le fondement des évaluations et des résultats.

Pour promouvoir cette ambitieuse politique de recherche l'AP-HP entend être un partenaire actif, tant de l'université que des instituts de recherche. Elle a déjà démontré au cours de son plan stratégique précédent qu'elle savait déployer sur ses ressources propres des moyens substantiels pour répondre aux pré-requis techniques de cette recherche de haut niveau[36].

2.3.2. Une politique de recherche rénovée, tant dans son organisation que dans ses thématiques

La recherche, mission essentielle des établissements de santé, est au cœur de l'activité de l'AP-HP. Le développement de la recherche biomédicale et en santé constitue un objectif stratégique pour notre institution.

La mise en place des GH doit ainsi permettre de faire évoluer le schéma organisationnel de la recherche au sein de l'AP-HP, en apportant des pistes innovantes favorisant la lisibilité, la visibilité des activités de recherche. Il s'agit de développer la performance de notre institution en ce domaine, en réduisant considérablement les délais de mise en œuvre et de réalisation des projets de recherche et en poursuivant la professionnalisation de la fonction « recherche ».

L'objectif est également de disposer d'une vision la plus complète possible de l'ensemble des recherches conduites à l'AP-HP : recherches institutionnelle, industrielle et académique hors AP-HP. Cet objectif nécessitera la mise en œuvre d'un système d'information « recherche » efficient, afin d'améliorer la gestion et le pilotage de la recherche au sein de l'institution, dans un contexte caractérisé par une forte croissance des activités de recherche.

Le développement de la recherche et de sa valorisation au sein de l'AP-HP nécessite d'identifier des axes thématiques prioritaires, en appui du projet médical, de faire évoluer le schéma organisationnel de la fonction « recherche et innovation » pour une meilleure connaissance et une plus grande visibilité des activités de recherche et d'innovation réalisées dans l'institution, d'identifier les modalités d'un partenariat équilibré avec les principaux acteurs de la recherche institutionnelle et de la recherche industrielle, et de clarifier et diversifier les sources de financement.

2.3.2.1. Améliorer la visibilité des activités de recherche et d'innovation réalisées au sein de l'institution

Premier promoteur d'essais clinique en France, premier centre de recherche clinique en Europe, l'AP-HP occupe une place centrale dans le dispositif national de la recherche clinique et apparaît comme un partenaire privilégié des industries de santé, des universités et des organismes de recherche.

[36] Plus 43 M€ ont été investis par elle dans deux plateformes de recherche (celles de l'HEGP et de Tenon) ; ainsi, 12 000 m² de surfaces « utiles », nouvelles ont-elles été mises à disposition de projets de recherche.

2.3.2.1.1. Définir des axes thématiques de recherche devant bénéficier d'un soutien spécifique

En lien avec ses partenaires académiques, l'AP-HP entend poursuivre le développement d'une recherche clinique et translationnelle de qualité, couvrant toutes les disciplines et spécialités médicales, afin d'assurer son rôle de leader dans ce domaine et de répondre aux objectifs de la politique nationale de santé. Chaque GH devra identifier des thématiques prioritaires de recherche au sein de son projet médical, afin de rendre plus lisibles les axes de développement stratégique de sa politique de recherche.

Certaines thématiques, insuffisamment développées, doivent toutefois pouvoir bénéficier d'un soutien institutionnel spécifique. Dans cet objectif, les actions suivantes seront mises en œuvre :

- mieux structurer la recherche clinique en gériatrie ;
- développer la recherche en pédiatrie et concernant les adolescents ;
- promouvoir la recherche dans les domaines du handicap et polyhandicap.

Il convient par ailleurs d'accompagner la mise en œuvre du plan national « Alzheimer et maladies apparentées » (2008-2012) et du plan « cancer » II (2009-2013) impliquant la labellisation de centres intégrés et de centres experts en oncologie, par le développement des activités de recherche clinique et translationnelle dans ces domaines.

2.3.2.1.2. Développer les dimensions internationale et régionale de la recherche

La recherche clinique revêt de plus en plus une dimension européenne et internationale qu'il convient de mieux prendre en compte. Parallèlement, il est nécessaire de favoriser la coopération en matière de recherche entre les établissements de santé au sein de la région Ile-de-France. A ce titre, trois actions seront poursuivies :

- développer le pôle « Europe » du département de la recherche clinique et du développement (DRCD) afin d'améliorer la participation de l'AP-HP aux programmes de recherche européens (7ème PCRD[37], DG SANCO[38]) ;
- créer un pôle « promotion internationale » au sein du DRCD ;
- favoriser la coopération avec les établissements de santé de la région, en renforçant le rôle de l'AP-HP dans l'animation régionale de la recherche clinique, au travers de la délégation interrégionale à la recherche clinique (DIRC) d'Ile-de-France.

2.3.2.1.3. Proposer une organisation permettant de disposer d'une vision la plus complète possible des activités de recherche réalisées au sein de l'institution

Un guichet unique destiné à suivre les projets de recherche à promotion académique hors AP-HP (projets actuellement non suivis au niveau central) sera mis en place à partir de 2010.

[37] Programme cadre de recherche et développement

[38] Direction générale de la santé et de la protection du consommateur

2.3.2.1.4. Mettre en place un pôle « innovation et veille technologique » s'appuyant sur l'expertise du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT)

Ce pôle sera chargé d'apporter une aide à la décision sur des choix stratégiques en lien avec les innovations technologiques à destination du directoire, et d'anticiper l'arrivée de technologies médicales innovantes à forts impacts sur l'hôpital grâce à l'analyse d'informations provenant de sources identifiées et fiables.

2.3.2.1.5. Identifier des indicateurs et des outils de pilotage fiables permettant de rendre compte de la performance de l'organisation de la fonction « recherche »

Cet objectif nécessitera de mettre en place un véritable système d'information de la recherche, notamment dans la perspective de l'évaluation des activités de recherche par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES).

2.3.2.2. Définir les modalités d'un partenariat équilibré avec les acteurs de la recherche institutionnelle et de la recherche industrielle

Le développement de la recherche biomédicale et en santé implique de développer des synergies, tant avec les partenaires institutionnels (organismes de recherche, universités) qu'avec les partenaires industriels et privés de l'AP-HP. A ce titre, les objectifs suivants seront poursuivis :

2.3.2.2.1. Mettre en place une relation mieux coordonnées entre l'AP-HP, l'université et les organismes de recherche

- En renouvelant les accords-cadres avec les organismes de recherche et en définissant des axes stratégiques de coopération avec les universités au sein des conventions constitutives du centre hospitalier et universitaire ;
- en affirmant le rôle du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique, comme instance privilégiée de concertation entre l'AP-HP, les universités et les organismes de recherche, et notamment l'Inserm.

Rénover les relations avec nos partenaires académiques : à cet effet, l'expérimentation de nouvelles structures de coopération constituera une orientation privilégiée, permettant de refonder les liens entre l'AP-HP et ses principaux partenaires. En complément de la mise en place des pôles hospitalo-universitaires prévue par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et de la création de quelques grands instituts hospitalo-universitaires (IHU) sous l'égide de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), financés par le « grand emprunt national » et auxquels l'AP-HP a vocation à participer, il est proposé de créer un nouveau type de structure hospitalo-universitaire. Afin de développer la coopération hospitalo-universitaire sur certaines thématiques prioritaires, des départements hospitalo-universitaires (DHU) seront identifiés, correspondant à des domaines d'excellence en matière de soin, de recherche et d'innovation.

2.3.2.2.2. Développer les collaborations avec les partenaires industriels

L'AP-HP entend faciliter la mise en œuvre des essais cliniques industriels et encourager les partenariats avec des organismes privés afin de diversifier et d'augmenter les financements consacrés à la recherche. Cet objectif impliquera de :

- conforter le rôle du guichet unique pour les essais cliniques à promotion industrielle ;
- soutenir la réalisation des essais industriels grâce aux moyens attribués par le GIP CeNGEPS (centre national de gestion des essais de produits de santé) ;
- accélérer et sécuriser le montage des conventions de partenariat avec les acteurs privés ;
- contribuer au développement du pôle de compétitivité MEDICEN Paris – Région ;
- développer l'expertise de l'AP-HP dans l'évaluation clinique des dispositifs médicaux, au travers de l'action du centre d'évaluation du dispositif médical (CEDM) ;
- créer un centre de pharmaco-épidémiologie.

Conforter la politique de valorisation : la politique de valorisation et de transfert de technologie de l'AP-HP sera développée dans l'objectif d'augmenter les recettes liées à l'innovation et au savoir-faire de l'institution.

2.3.2.3. Développer les sources de financement de l'activité de recherche

Diversifier les sources de financement, mieux cibler les crédits consacrés au développement de la recherche et rationaliser la sélection des projets de recherche gérés par l'AP-HP, apparaissent comme des objectifs prioritaires, qui nécessitent de Redéfinir les appels d'offres internes et assurer leur cohérence avec les appels d'offres externes et assurer un meilleur financement des activités de recherche.

Le développement de la recherche impose ainsi de :

- mieux cibler les financements et dynamiser la gestion de l'enveloppe MERRI ;
- veiller à diversifier les sources de financement des projets, notamment en améliorant la participation de l'institution aux appels à projets européens et en faisant plus appel aux fonds privés.

Dans cet objectif, et conformément aux dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires[39], l'AP-HP créera une fondation hospitalière afin de concourir aux missions de recherche. Cette fondation pour la recherche devra attirer des fonds privés afin de contribuer au développement de la recherche clinique à l'hôpital.

2.3.2.4. Mettre en place une organisation mieux structurée de la recherche

La mise en place des GH devra permettre de mieux structurer l'organisation de la recherche et de professionnaliser la fonction « recherche » au sein de l'AP-HP. L'amélioration de l'organisation de la recherche implique de poursuivre trois grands objectifs :

2.3.2.4.1. Faire évoluer l'organisation de la recherche dans les GH

Au niveau institutionnel, l'organisation de la recherche s'appuie en particulier sur les éléments suivants :

[39] article L. 6141-7-3 du code de la santé publique

- **Le département de la recherche clinique et du développement**

Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) est chargé de développer la recherche à promotion institutionnelle et de mettre en œuvre l'ensemble des règles de promotion au sens des dispositions des articles L. 1121 et suivants du code de la santé publique. Il veille dans ce cadre à la réalisation, à la surveillance et au contrôle de la qualité (« monitoring ») des protocoles de recherche dont l'AP-HP assure la promotion. En raison du nombre important de protocoles de recherche gérés ou suivis par l'AP-HP, le DRCD a créé des unités de recherche clinique (URC) pour la gestion déconcentrée de certaines de ses missions (assistance méthodologique, monitoring des projets, aide à la publication). L'activité du DRCD, structure centrale, sera repositionnée sur quatre grandes fonctions : fonction stratégique, de pilotage et d'expertise, fonction de promotion, fonction d'évaluation et de contrôle, fonction de support.

- **Une unité de recherche clinique par GH**

Une unité de recherche clinique (URC) sera identifiée ou créée au sein de chaque Groupe Hospitalier par le DRCD. Les URC (dont les responsables sont nommés par le représentant légal du promoteur) s'analysent comme des unités déconcentrées du DRCD (DPM). A ce titre elles ne constituent pas des unités fonctionnelles (UF) et ne peuvent donc pas apparaître comme des éléments constitutifs de pôles d'activité clinique, auxquels elles peuvent toutefois être liées par le biais de conventions (des contrats tripartites DRCD/URC, pôle et GH sont envisageables).

L'organisation de la recherche au sein des GH s'appuie également sur des structures de soutien à l'investigation clinique :

- les centres d'investigation clinique (CIC) et les centres de recherche clinique (CRC) ;
- les centres d'investigation biomédicale (CIB) ;
- les centres de ressources biologiques (CRB) ;
- les pôles de recherche clinique, qui peuvent permettre d'offrir une meilleure lisibilité à l'activité de recherche développée par le GH en fédérant l'ensemble des moyens opérationnels dédiés aux activités d'investigation clinique (CIC, CRC, CIB, CRB…).

Une organisation optimisée de la recherche dans chaque GH impliquera par ailleurs :

- la mise en place d'un comité local de la recherche biomédicale et en santé : sur le modèle du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique, instance centrale du centre hospitalier et universitaire d'Ile-de-France, avec lequel il sera en liaison, ce comité permettra de faire vivre le partenariat nécessaire, au sein du périmètre hospitalo-universitaire local, entre le (ou les) GH, les organismes de recherche et l'université ;
- la professionnalisation de la fonction « recherche » au sein des GH : la réalisation de l'objectif essentiel de développement de la recherche affiché par le projet médical devra s'accompagner de la professionnalisation de la fonction « recherche » au sein des GH, devant se traduire par l'identification d'un cadre de direction référent « recherche » et devant permettre d'améliorer significativement les processus de gestion des activités de recherche (fonctions « ressources humaines » et « économat » notamment). La constitution, au sein de chaque GH, d'une cellule de gestion administrative de la recherche devra en ce sens être privilégiée.

2.3.2.1.2. Poursuivre l'amélioration des règles de gestion des personnels spécifiquement dédiés à la recherche

L'organisation de la recherche clinique à l'hôpital repose sur un personnel hospitalier spécifiquement dédié aux activités de recherche, désormais reconnu. L'amélioration de la qualité et le développement de la recherche effectuée à l'hôpital, ainsi que la complexité croissante de la mise en œuvre des protocoles, supposent de poursuivre résolument la professionnalisation de la recherche clinique hospitalière.

2.3.2.1.3. Renforcer la gestion pharmaceutique des essais cliniques

Le nombre et la complexité des essais cliniques réalisés au sein de l'AP-HP sont en constante progression. Ces essais impliquent une gestion pharmaceutique (réception des produits de santé, dispensation, gestion des stocks, gestion des retours, destruction, voire préparation pour certains produits) au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI) des GH.

Afin d'améliorer la gestion pharmaceutique des essais cliniques, chaque GH devra mettre en place une plateforme spécialisée au sein de la ou d'une des PUI du GH. A cet effet, le DRCD a attribué des moyens spécifiques dès 2009 afin de renforcer les effectifs des PUI les plus impliquées dans la gestion pharmaceutique des essais cliniques. Le renforcement des moyens dédiés à la gestion pharmaceutique des essais cliniques au sein des PUI devrait permettre d'améliorer sensiblement la réalisation des projets de recherche au sein de notre institution.

2.3.3. Une AP-HP dotée d'une véritable dimension internationale

L'AP-HP constitue une institution unique en Europe par sa taille, son histoire, et la place qu'elle occupe dans le système de soins française, et bien sûr, de la région Ile de France. Elle est présente sur le plan international, mais de façon morcelée, tantôt par ses aspects universitaire ou par ses chercheurs, tantôt par des actions ponctuelles dans le domaine des coopérations. Elle partage avec la plupart des institutions publiques françaises un déficit de « culture » internationale, et prend le risque de « rater le train » en marche depuis plusieurs années dans d'autres pays européens: celui du brassage universitaire, professionnel, culturel, linguistique…qui prépare le CHU de demain dans un monde transformé par les modes de communication et la circulation des personnes et des idées.

Or, l'apport de la dimension internationale n'est plus à démontrer, que ce soit **sur le plan intellectuel, scientifique, ou humain. Dans le domaine de la recherche,** les équipes les plus performantes ne se conçoivent plus qu'internationales. **Dans le domaine universitaire**, l'obligation de mobilité, récente en France, existe de fait traditionnellement depuis longtemps dans bien des pays. La **participation à des actions internationales est valorisante, attractive, motivante pour les individus, y compris pour leur travail en France, et source de notoriété et d'amélioration de l'image de marque pour l'institution.**

La capacité à répondre à des appels d'offres des grands bailleurs de fonds nationaux ou internationaux, publics ou privés, devient un atout pour développer des projets.

Aussi l'AP-HP se donne-t-elle pour objectifs, au cours de ce plan stratégique, de se doter d'une politique internationale réaliste, non dispersée, économe de ressources, mais embrassant l'ensemble des champs, qu'il s'agisse des relations « Nord-Nord », « Nord-Sud », des échanges entre professionnels français et étrangers à tous les niveaux, ou de la formation de professionnels des pays caractérisés par des liens forts avec le nôtre.

Les grandes lignes de cette politique internationale pour le plan stratégique 2010-2014 s'organiseront autour de quelques fils conducteurs :

- **l'élaboration de priorités géographiques**, qui permettent une action à la fois plus efficace, car moins dispersée, et plus lisible,

- **l'élaboration de priorités thématiques dans les trois domaines des soins, de l'enseignement et de la recherche,**

- **l'élaboration d'une politique d'échange de personnels médicaux et para médicaux** constitue un sujet en soi, à resituer dans le contexte de l'européanisation des diplômes, du LMD et de la libre circulation des professionnels y compris dans les différentes fonctions publiques,

- **enfin, l'élaboration d'une politique d'accueil de patients étrangers constituera un sujet spécifique** sur le plan politique et organisationnel.

3. Un projet de soins central, structuré autour de la qualité et de la sécurité des soins, pour répondre aux besoins des malades et accompagner l'exercice des professionnels paramédicaux

3.1. Les points clefs du projet de soins

Le Projet de Soins de l'AP-HP s'inscrit en complémentarité avec le projet médical et en relation étroite avec le Projet RH de l'institution. Ce projet intervient dans un contexte de transformations externes et internes importantes, parmi lesquelles on peut citer plus spécifiquement :

a) **L'universitarisation des études** infirmières en cours et des autres professions paramédicales à venir qui facilitera les coopérations médico-soignantes et permettra de répondre à la demande de soins, malgré les tensions démographiques affectant certaines spécialités.

b) **La conformité aux normes réglementaires**, recommandations et règles de bonnes pratiques émanant des sociétés savantes, doit être recherchée pour garantir une qualité des soins répondant aux standards nationaux et internationaux

c) L'évolution vers une meilleure **rationalisation** de l'offre de soins, de son organisation et de son management à l'échelle des groupes hospitaliers doit permettre de réduire le déficit budgétaire en mutualisant les compétences et en simplifiant les parcours de soins jusqu'au retour à l'équilibre.

d) **Le déploiement du nouveau système d'information -** dont le dossier patient unique - impactera fortement l'exercice des équipes soignantes, impliquant des réorganisations.

3.1. 1.Les objectifs

Fruit d'une réflexion collective associant professionnels médico-soignants et usagers, le projet de soins et des activités paramédicales de l'AP-HP 2010/2014 signe l'engagement de la communauté paramédicale vis-à-vis de la personne soignée et de ses proches. Il s'agit de réaffirmer les « fondamentaux » et actions prioritaires au bénéfice des malades, usagers, des professionnels, de contribuer aux évolutions prospectives nécessaires ainsi qu'à la prise en charge de nouveaux risques.

Le projet de soins constitue un cadre de référence qui structure l'organisation des soins et la prise en charge des patients et de leurs proches. C'est le fil conducteur, l'élément fédérateur de l'exercice des paramédicaux.

Les grandes orientations du Projet de Soins Central seront déclinées au regard des projets médicaux des groupes hospitaliers, des hôpitaux et des pôles qui les adapteront en intégrant leurs spécificités médico-soignantes, sociales, géographiques, organisationnelles et historiques, quel que soit le secteur d'activité (MCO, psychiatrie, SSR, SLD et HAD, adultes et enfants), pour optimiser l'offre de soins au niveau du territoire.

La Direction Centrale des Soins suivra avec les coordinations de soins des groupes hospitaliers le calendrier de mise en œuvre des priorités institutionnelles du projet de soins dans les GH.

Les rapports d'activité annuels intègreront les éléments de suivi du projet de soins et certains indicateurs.

3.1.2. Placer le malade et ses proches au centre du projet de soins

Le projet de soins, fondé sur des valeurs d'humanité, de respect, de tolérance et de bientraitance doit répondre aux attentes de la personne soignée, de ses proches et des professionnels de l'institution.

- **La personne soignée est accueillie et traitée** avec égard par les soignants dans les actes, les comportements et les propos.

- **L'organisation des soins et des prestations**, qui répond aux impératifs de la charte du patient et à la Charte européenne, est respectueuse des besoins, attentes et droits des usagers associés aux décisions qui les concernent.

- **La continuité du service public** est assurée, son accessibilité à tous et en particulier aux personnes vulnérables est facilitée.

- **En SLD et dans le domaine du polyhandicap, un projet de vie individualisé** est élaboré avec le résident et ses proches.

- **La prise en charge de la douleur et de la souffrance** sont renforcées par l'évaluation systématique, la réactivité et l'efficacité des réponses médicamenteuses et non médicamenteuses apportées. Les coopérations entre médecins et paramédicaux doivent permettre d'apporter un soulagement en temps réel.

- **La réponse aux droits et besoins des patients en fin de vie** et la dispensation des soins palliatifs sont assurés. Les recours à une équipe dédiée mobile ou non est organisée à l'échelle du groupe.

- **L'hygiène** constitue une composante intégrée au quotidien à chaque pratique de soins.

- **La prise en compte du risque de dénutrition,** inhérent à la maladie et à l'hospitalisation, est assurée. Le rôle des diététiciennes est généralisé et recentré sur la clinique.

- **La prévention des évènements indésirables évitables liés aux soins « E.I.S »** est développée (erreurs d'administration de traitement, chûtes, escarres…) et leur déclaration est systématisée. La pédagogie de l'erreur, l'analyse de pratiques et le retour d'expérience sont utilisés pour améliorer la sécurité des pratiques soignantes.

- **L'éducation thérapeutique des patients porteurs de pathologies chroniques, par les paramédicaux** est développée.

- **Les consultations paramédicales** dont le dispositif d'annonce et le dispositif de sortie du plan cancer sont généralisées.

- **L'information du patient et de ses proches** fait l'objet d'une attention particulière et d'un travail en équipe médico-soignante, pour être accessible, loyale, adaptée à la demande, et tracée dans le dossier du patient.

- **Le circuit du patient** à l'intérieur de l'AP-HP, entre sites de l'AP-HP et à l'extérieur de l'AP-HP est facilité, de même que la transmission des informations nécessaires à la prise en charge. Des professionnels paramédicaux dédiés assurent la coordination des parcours de soins et des intervenants.

- **Chaque personne soignée bénéficie** (durant son hospitalisation ou sa consultation) **d'une prise en charge globale et personnalisée** lui garantissant la continuité, la qualité, la sécurité , la confidentialité et la traçabilité des soins dispensés par des professionnels qualifiés, attentifs et bienveillants.

- **Les soignants sont particulièrement attentifs aux spécificités de la prise en charge des enfants, des adolescents et des personnes âgées** en termes de qualité et sécurité des soins. Les dimensions sociales et psychologiques des soins ainsi que l'écoute et l'accompagnement des familles sont privilégiés.

3.1.3. Reconnaitre la place majeure des professionnels, acteurs du projet de soins

- **L'exercice des équipes paramédicales,** régi par le code de la santé publique, repose sur le respect des règles professionnelles dont la déontologie, et sur l'utilisation de protocoles de prise en charge et de standards de soins formalisés de type « evidence based nursing » ([40]).

- **La démarche qualité et la prévention des risques évitables liés aux soins** sont intégrées à la pratique quotidienne, chaque soignant assurant son travail et ses responsabilités dans la chaîne du soin.

- Les professionnels intègrent à leur exercice **l'évaluation des pratiques professionnelles** et leurs évolutions dans un souci d'efficience et de « juste soin ».

- **La prévention de la banalisation des soins** pouvant générer de la maltraitance et/ou des erreurs doit être assurée au quotidien, le travail d'équipe et le décloisonnement sont favorisés.

- **Les processus de production de soins sont formalisés et leurs interfaces identifiées et sécurisées.**

- **La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse** du patient constitue une priorité collective et individuelle impliquant au quotidien l'ensemble des acteurs hospitaliers.

- **La coordination entre les intervenants** et le travail pluri-professionnel sont favorisés.

- **Les coopérations et transferts de compétences** entre professions médicales et paramédicales sont organisés pour répondre aux enjeux démographiques, aux besoins des usagers et aux désirs d'évolution des professionnels.

- **La transmission des savoirs professionnels** techniques et relationnels est assurée. L'encadrement des stagiaires et des nouveaux professionnels, confié à des pairs expérimentés, bénéficie d'un temps dédié et est évalué.

- **La participation des paramédicaux à la recherche clinique** est valorisée, et le **développement de la recherche paramédicale, des innovations et des publications** sont soutenus.

- **La coopération dans le cadre de missions humanitaires** (via l'Institution, l'EPRUS ou les ONG), l'ouverture aux échanges européens (programme Léonardo) et internationaux sont favorisées.

[40] evidence based nursing : le juste soin, au bon malade, au bon moment, dans de bonnes conditions, par le bon professionnel

3.1.4. Valoriser l'encadrement paramédical, pivot de la mise en œuvre du projet de soins

Les cadres doivent être associés à l'évolution des organisations de travail, aux choix et décisions au niveau des pôles, du GH, et de l'institution. Leur activité parfois peu visible doit être reconnue et valorisée. **L'encadrement est soutenu par sa hiérarchie et ses partenaires médicaux dans son exercice quotidien et ses décisions, afin d'être en capacité d'assurer ses missions.**

L'encadrement :

- **Assure l'adéquation activité / ressources selon les variations de flux.**
- **Contribue à l'optimisation de la gestion des lits « bed management ([41])»** en particulier pour assurer la fluidité de l'aval des urgences.
- **Permet les transformations requises en accompagnant le changement** pour optimiser l'organisation des soins (mutualisation d'équipes, d'équipements, de plateaux techniques, de blocs opératoires…) dans les limites des métiers et des compétences professionnelles.
- **Collabore à l'organisation et à l'évaluation des structure**s de soins et plateaux médico-techniques.
- **Contribue à garantir la permanence des soins paramédicaux** y compris lors de crises sanitaires.
- **Contrôle la qualité, la sécurité et la prévention des risques liés aux soins** dispensés aux malades par leurs équipes.
- **Garantit le respect des valeurs, de la bientraitance, de l'éthique et de la déontologie**, part intégrante de la prise en charge des usagers et en assure le contrôle.
- **Coordonne la fluidité, la continuité et la sécurité des parcours de soins** (filières et chemins cliniques).
- **Organise notamment la prise en charge des malades dans les centres intégrés et centres experts en cancérologie** au sein des groupes hospitaliers.
- **Contribue au développement de la prise en charge ambulatoire** via une organisation adaptée.

3.1.5. Potentialiser la formation et la recherche au service des compétences des professionnels

- **La formation initiale et continue des professionnels tout au long de la vie** permet de répondre aux enjeux démographiques, aux évolutions des pratiques et métiers, au développement des coopérations et transferts de compétences entre professionnels.

- **L'universitarisation et la réingénierie de la formation paramédicale** sont soutenues par la structuration de l'enseignement au sein des pôles (tutorat dédié).

[41] gestion des lits

- **La formation continue permet d'assurer des prises en charge conformes aux priorités et plans de santé publique** : cancer, gériatrie, Alzheimer, obésité, psychiatrie…et aux évolutions médicales en cours et à venir (télémédecine, médecine micro-invasive, robotisation…)

- **L'entretien d'évaluation et de formation permet d'assurer le suivi individuel de chaque professionnel**.

3.1.6. Affirmer le rôle de l'institution dans l'accompagnement des professionnels

- **L'institution développe des conditions propices à l'attractivité et à la fidélisation** des professionnels de type « magnet hospital ([42])» par une collaboration étroite entre direction médicale, direction des soins et direction des ressources humaines.

- Elle privilégie les organisations permettant aux **équipes soignantes et aux cadres de santé de se centrer sur leur cœur de métier -** soins techniques et relationnels (préventifs, éducatifs, curatifs, palliatifs…) - au bénéfice direct des malades et de leurs proches en les dégageant d'activités « non soignantes ».

- **Elle s'attache à promouvoir l'innovation, les savoirs faire, l'excellence et la complémentarité des professionnels** en facilitant leur participation à des congrès, publications et recherches. Les pratiques innovantes, les coopérations, les pratiques avancées et la recherche paramédicale sont favorisées.

- **Le rôle de la Commission Centrale des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est développé** en complément de la CME pour rendre visible l'implication et la contribution des paramédicaux dans la production de soins.

- **Les échanges professionnels** « Benchmarking ([43]) », en interne, en externe et à l'international, propices à l'évolution des pratiques, à la bientraitance et à l'épanouissement des professionnels sont développés.

- **L'institution optimise les conditions et l'organisation du travail**, l'ergonomie du matériel et des locaux. **Elle s'attache à promouvoir un climat de travail serein** garantissant des relations interprofessionnelles adaptées pour éviter la souffrance au travail et le « burn-out[44] » dans un contexte en forte évolution. **Elle assure l'écoute et le soutien des professionnels** exposés à des situations difficiles et leur propose un accompagnement adapté y compris face à la juridiciarisation si nécessaire.

➔ « Prendre soin des équipes soignantes pour qu'elles puissent prendre soin des malades »

[42] Hôpitaux magnétiques attractifs sachant fidéliser leur personnel
[43] Etude de l'organisation d'une autre entreprise afin d'en retirer le meilleur
[44] Syndrome d'épuisement professionnel

3.2. Décliner le projet de soins selon 4 axes d'orientations prioritaires[45]

3.2.1. Un projet de soins élaboré à partir d'une méthode participative

Les actions déclinées dans le projet de soins et des activités paramédicales de l'AP-HP s'articulent autour de 4 axes :

AXE 1 : Philosophie - Principes - Valeurs

AXE 2 : Organisation et Management des soins

AXE 3 : Qualité et sécurité des soins / Prévention et gestion des risques

AXE 4 : Formation - Compétences - Métiers – Recherche

- Elles résultent du travail concerté de quatre groupes pluridisciplinaires associant des professionnels médico-soignants dont des représentants de la commission centrale des soins et des usagers.
- Ces travaux pilotés par quatre Coordonnateurs Généraux des Soins ont été coordonnés par un comité de pilotage.
- Les orientations proposées ont été validées et synthétisées lors du séminaire des Directeurs de Soins en juin 2009.
- L'élaboration et la rédaction du projet de soins central se sont échelonnées de fin mars à novembre 2009.
- Le standard de soin ou niveau de prestations pour lequel l'institution s'engage a été choisi comme fil conducteur des réflexions.
- Chaque axe resitué dans son contexte comporte un ou des objectifs quantifiables, des actions à mettre en œuvre et au moins un indicateur permettant d'en assurer le suivi et l'évaluation. Certains indicateurs sont assortis d'un taux ou niveau attendu.
- Pour faciliter la lecture, chaque axe, sa mise en œuvre opérationnelle et son indicateur de suivi sont présentés dans des tableaux synoptiques.
- Certains objectifs et actions peuvent avoir été déclinés de façon itérative par les sous-groupes de travail dans plusieurs axes. En raison de l'importance des thèmes traités nous avons volontairement choisi de conserver ces répétitions.

Les groupes hospitaliers retiendront parmi les actions et indicateurs proposés les plus pertinents dans leur contexte.

Le suivi du projet de soins

La Direction Centrale des Soins, assurera le suivi du projet de soins à partir des indicateurs suivants :

- Résultat de l'évaluation annuelle du dossier de soins des GH

[45] Le contenu détaillé de ces 4 axes est décliné dans le chapitre 11

- Nombre de projets de recherche paramédicale et ETP dédiés
- Taux de prévalence annuel d'escarres
- Nombre d'EPP avec participation paramédicale par groupe hospitalier
- Nombre de consultations paramédicales
- Cartographie et criticité des risques évitables liés aux soins par pôle

D'autres indicateurs seront suivis conjointement :

Avec la **DPM** :

- Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)
- Indicateur de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière (IPAQ)
- Dispositif standardisé d'enquêtes de satisfaction des patients hospitalisés en court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique (SAPHORA)
- Suivi des rapports de certification des GH

Avec la **DRH** :

- Taux d'encadrement par GH
- Taux d'absentéisme par GH
- Turn over par catégorie professionnelle et par GH
- Taux de formations par GH
- Nombre d'agents formés au tutorat

Avec la **DAJ** :

- Suivi des plaintes et de la satisfaction

3.2.2. Un projet de soins décliné en 4 axes

AXE 1 : Philosophie - Principes - Valeurs

- **Les missions de l'hôpital s'appuient sur les valeurs du service public**, sur les valeurs humaines du respect du malade et de ses droits.

- Les équipes paramédicales exercent leurs activités dans ce cadre, dans le respect des **règles de déontologie professionnelle et de l'éthique.**

- **La solidarité entre professionnels** est un élément essentiel à la continuité et à la qualité de prise en charge des patients.

- Il appartient à l'encadrement des équipes paramédicales de promouvoir la mise en œuvre de ces **valeurs communes de bientraitance**, pour éviter la banalisation et préserver le sens du soin au quotidien.

AXE 2 : Organisation et management des soins

- **La qualité du management des équipes paramédicales** est déterminante pour la qualité de la prise en charge des patients et de leurs proches. Il convient donc d'associer l'encadrement aux choix et décisions au niveau des pôles, des GH et de l'institution.

- **L'encadrement, garant de la continuité, de la sécurité et de la qualité des soins** doit affecter la bonne compétence au bon endroit au bon moment et assurer la conformité des soins aux bonnes pratiques. Les cadres organisent le remplacement des équipes au sein des pôles en veillant à l'adéquation quantitative et qualitative des effectifs à l'activité.

- **L'encadrement doit concourir à créer un climat propice** à l'épanouissement professionnel des équipes pour stabiliser le turn over et prévenir le burn out.

- **La prise en charge des malades nécessite l'organisation des équipes**, le développement continu de leurs compétences, dans un contexte d'efficience et d'évolution technique et organisationnelle.

- **Il faut partir du « bénéficiaire », le malade usager et ses proches**, pour dérouler les processus de prise en charge en sécurisant les interfaces et en assurant la mise à disposition du matériel et des informations requises.

- **Les professionnels médico-soignants doivent pouvoir se centrer sur la prise en charge** directe des patients et de leurs accompagnants.

- **La logistique et les autres fonctions supports, dont l'information et la communication, concourent à cette prise en charge** en apportant aux équipes les prestations nécessaires.

- **L'écoute et le soutien de l'encadrement doivent être assurés.**

AXE 3 : Qualité et sécurité des soins / Prévention et gestion des risques

- **La qualité est partie intégrante du soin** et de la prise en charge des patients. L'ensemble des professionnels de santé y contribue.

- **Les caractéristiques physiopathologiques des malades imposent la réalisation du bon geste au bon moment.** Pour y parvenir, il faut déterminer ce qui est nécessaire et réaliser des gestes professionnels maitrisés. **Pour ce faire, la quantité et la qualité des professionnels sont déterminantes.**

- **L'évolution des droits, attentes et comportements des patients et de leurs proches doivent être intégrés à l'organisation des soins.** Il faut se prémunir des ruptures de la chaîne de soins et sécuriser les interfaces. Cela nécessite :
  - la connaissance des lieux et risques potentiels
  - une réflexion relative aux pratiques
  - l'utilisation de procédures validées et l'évaluation de leur mise en œuvre
  - le traitement des EI, la reconnaissance des erreurs et la mise en œuvre de mesures correctives (pédagogie de l'erreur).

- **La sécurité des soins doit être garantie aux malades et à leurs proches,** son coût optimisé en conjuguant l'étude des risques à priori (élément précurseur) et à postériori grâce à l'élaboration d'une cartographie des risques. L'analyse de leur criticité permet de déterminer des priorités et de formaliser les protocoles et EPP nécessaires.

- **La qualité des soins passe par le renforcement de l'attractivité des pôles et le développement des compétences des professionnels.**

- **L'émergence de nouvelles pratiques professionnelles, le vieillissement de certaines professions et les tensions démographiques impactent l'organisation et l'exercice professionnel.**

- **Le rôle des cadres de santé doit être renforcé dans leur mission centrale de qualité, sécurité et prévention des risques liés aux soins et contrôle.** Il s'exerce au plus près des malades et des équipes médico-soignantes. Les fonctions supports doivent être organisées en conséquence.

AXE 4 : Formation - Compétences - Métiers - Recherche

- La complexité et l'évolution rapide des prises en charge et des thérapeutiques, la baisse de la DMS, imposent aux paramédicaux **l'acquisition de nouvelles compétences**.

- **La formation, tout au long de la vie professionnelle doit accompagner l'évolution des métiers.**

- **La réingénierie des métiers paramédicaux et l'universitarisation** faciliteront les évolutions des professions, les passerelles et coopérations entre métiers médicaux et paramédicaux et permettront de répondre à la demande de soins.

- La **mise en œuvre de pratiques avancées et les prises en charge innovantes**, dans un contexte démographique affectant certaines professions, permettra de développer l'expertise soignante en répondant aux aspirations des professionnels.

- **La recherche paramédicale**, structurée à l'échelle du groupe hospitalier, doit être développée dans le cadre de l'enrichissement des soins, au bénéfice des malades, des professionnels et de l'Institution.

- **La valorisation des innovations paramédicales** favorisera la qualité des soins, participera à la reconnaissance des professionnels et à l'attractivité de l'Institution.

Les objectifs, actions et indicateurs de suivi de ces axes sont déclinés sous forme de tableaux en fin de document au chapitre 11.

4. Un projet Ressources Humaines contribuant à la modernisation de l'institution

Le projet Ressources Humaines (RH) s'inscrit lui aussi dans un contexte de modernisation de l'institution en vue d'améliorer la prise en charge des patients sur le territoire de santé et l'offre de soins au regard des besoins. Il a pour objet d'accompagner la mobilisation de l'ensemble des ressources humaines dans la mise en œuvre des orientations médicales, de soins et de recherche.

Ainsi, la politique de ressources humaines pilotée par la Direction des Ressources Humaines (DRH) de l'AP-HP en lien avec les GH, et par la Direction de la Politique Médicale (DPM) pour les questions spécifiques au personnel médical, vise-t-elle à soutenir la stratégie institutionnelle, à accompagner les changements et répondre aux enjeux managériaux et sociaux. L'importance du développement de ces missions est renforcée par la nécessité d'améliorer encore l'efficience de notre système de santé tout en intégrant les évolutions législatives, organisationnelles, technologiques et sociétales.

En tant qu'élément constitutif du plan stratégique de l'AP-HP (organisation des activités médicales, projets d'efficience, mise en place des GH, modernisation du siège, Nouveau Système d'Information…), le projet RH présente une approche globale et des orientations novatrices fondées sur des propositions d'actions qualitatives et quantitatives. Par ailleurs, sa méthodologie d'élaboration participative en fait un projet concerté avec l'ensemble des acteurs institutionnels, à l'attention de l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux exerçant à l'AP-HP.

4.1. Un projet RH en appui à la modernisation de l'institution

4.1.1 Un projet RH transversal s'appuyant sur une méthodologie participative

Un projet RH qui s'articule avec le projet médical et le projet de soins central

Le projet RH concerne l'ensemble des personnels de l'AP-HP médicaux et non médicaux, pour lesquels des orientations communes sont définies. Il a vocation à accompagner et à soutenir la mise en œuvre du projet médical, en cohérence avec les priorités du projet de soins central.

Parmi les thématiques transversales à ces 3 projets, les coopérations entre professionnels de santé, la mise en place du système Licence Master Doctorat (LMD) pour le cursus de formation infirmière et son extension progressive aux autres professions de santé, ainsi que la politique d'attractivité et de fidélisation en gériatrie, feront l'objet d'un travail plus particulièrement concerté.

Un projet RH relayé et construit au sein de chaque GH

Les orientations du projet RH central sont déclinées auprès des GH pour garantir la cohérence de la politique ressources humaines sur l'ensemble de l'AP-HP et réaffirmer son unicité. Les projets RH des groupes, élaborés sur la base des orientations institutionnelles transmises par la DRH de l'AP-HP au printemps 2009, sont soumis à l'avis des instances locales, dans chaque site du groupe hospitalier. L'ensemble de ces projets constitue un élément fondateur de la politique institutionnelle et seront structurants dans la dynamique de mise en œuvre du plan stratégique au niveau des GH.

Les principales thématiques RH, notamment l'emploi, les conditions de travail, la prise en charge de la mobilité, le dialogue social et la politique sociale (crèches, logement) ont fait partie des échanges avec les groupes hospitaliers en vue des conférences stratégiques qui ont eu lieu d'octobre 2009 à janvier 2010.

Cette logique d'analyse transversale des problématiques et de dialogue entre les groupes hospitaliers et les acteurs centraux (Direction de la Politique Médicale, Direction économique et financière, Mission efficience, Direction Centrale des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique, DRH) se poursuivra tout au long du plan stratégique.

Un projet RH concerté avec les organisations syndicales

Au niveau central, les principales thématiques du projet RH ont fait l'objet de réunions de concertation depuis mars 2009. En complément, des présentations régulières de l'état d'avancement des travaux ont eu lieu en Comité Technique d'Etablissement Central.

Parallèlement, le dialogue social a été engagé au sein des groupes de travail et des instances de chaque site et groupe hospitalier pour traiter les problématiques et les projets spécifiques à chaque groupe hospitalier.

Ainsi, l'élaboration et la mise en œuvre du projet RH, selon la volonté de la Direction Générale, constituent des leviers de développement du dialogue social avec les organisations syndicales, tant au niveau central qu'au niveau local.

Le projet RH du plan stratégique prévoit :

- d'anticiper les besoins en emploi pour répondre aux exigences d'excellence médicale et d'efficience
- d'accompagner l'évolution des compétences, fidéliser et promouvoir une politique de formation continue tout au long de la vie
- d'accompagner l'évolution du dispositif de formation initiale
- de garantir aux personnels un accompagnement professionnel collectif, individuel et social
- de développer la politique de management et d'encadrement
- de moderniser et garantir la qualité du dialogue social
- de poursuivre les actions en faveur de la prévention des risques et de l'amélioration des conditions de travail
- de mener une politique sociale volontariste.

Il intègre les principes, les valeurs, les orientations de gestion et de management des ressources humaines et sociales, pour participer à la construction de l'AP-HP de demain.

4.1.2. Un projet RH 2010-2014 axé sur des thématiques ciblées

Le projet RH pour les 5 années à venir se situe dans la continuité du Projet Social et Professionnel 2005-2009. Le volet social et professionnel complète les axes relatifs à l'emploi, à la politique de promotion professionnelle et au développement des compétences.

Ainsi, le projet RH identifie 8 thématiques transversales, déclinées en 26 orientations stratégiques. L'objectif du projet RH est de développer une politique de ressources humaines orientée vers la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences, l'accompagnement collectif et individuel, la formation tout au long de la vie, l'amélioration des conditions de travail, la modernisation du dialogue social et la politique sociale. Il intègre des axes forts en termes de politique managériale, notamment à l'attention de l'encadrement et met l'accent sur la responsabilité des gestionnaires de ressources humaines en matière de développement durable.

4.1.3. Un projet RH qui comprend des orientations, des objectifs, des critères d'évaluation et une traduction financière dans le cadrage financier du plan stratégique

Le projet RH comprend des orientations, des objectifs, des critères d'évaluation et un chiffrage. L'évolution de l'emploi en lien avec les projets médicaux et de fonctions support sur la durée du plan est soutenu par un engagement institutionnel dans les domaines de la formation continue (dont la promotion professionnelle) et initiale, de l'amélioration des conditions de travail et de la politique sociale.

Cet investissement est essentiel pour les personnels de l'AP-HP. Il constitue un enjeu majeur de mise en œuvre de la politique ressources humaines pour les 5 prochaines années, fortement liée aux restructurations prévues dans le plan stratégique.

Ce dispositif consolidé et argumenté dans le contexte de maîtrise de la masse salariale sur la durée du plan, permettra la mise en œuvre de la politique sociale institutionnelle, s'appuyant sur un dialogue social de qualité, et accompagnera les évolutions organisationnelles issues du plan stratégique. La constitution des groupes hospitaliers et leurs évolutions organisationnelles cliniques ou support conduiront à engager un processus d'harmonisation et d'adaptation des règles de gestion du temps de travail qui permettra par ailleurs de réduire les jours dus aux personnels.

4.2. Un projet RH qui décline les orientations stratégiques de la politique de ressources humaines pour les 5 années à venir.

4.2.1. Anticiper les besoins en emploi pour répondre aux exigences d'excellence médicale et d'efficience

La politique de l'emploi a pour objectif de déterminer les besoins en ressources humaines médicales et non médicales de l'AP-HP, au regard des orientations structurantes du projet médical et des projets d'efficience prévus à l'horizon 2010-2014. Elle intervient dans un contexte marqué par un écart de convergence de plus de 300 millions d'euros qui rend nécessaire un retour à l'équilibre budgétaire dès 2012 et une maîtrise de la masse salariale.

Ainsi l'évolution de l'emploi sera appréhendée de manière qualitative et prospective, mais aussi quantitative au regard des projets 2010-2014 des GH, du siège et des données de démographie professionnelle.

Cette approche prendra en compte les projets médicaux, de soins et de recherche déployés à l'AP-HP sur 2010-2014 pour améliorer la prise en charge et l'efficience. Les projets de restructuration de l'offre de soins induits par la mise en place des groupes hospitaliers et leurs investissements modifieront le schéma d'emploi de l'institution et les compétences à mobiliser.

Ces travaux s'intègrent dans les perspectives de départs à la retraite. Pour les personnels non médicaux, 16 500 départs en retraite sont prévus d'ici 2016, soit 22 % des effectifs. Pour le personnel médical, il s'agit d'anticiper les effets d'une très forte contrainte démographique, en particulier pour certaines spécialités (l'anesthésie-réanimation, l'anatomie et la cytologie pathologique, la médecine nucléaire, la biophysique et la radiologie).

Le schéma d'emploi s'attachera à garantir la meilleure adéquation des effectifs et des compétences à l'activité de l'AP-HP sur la base d'une gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences qui sera optimisée et renforcée. La politique de recrutement, tenant compte notamment de la promotion professionnelle pour le personnel non médical, sera anticipée et adaptée en conséquence.

Dans la même dynamique et dans le respect de la réglementation, une réflexion suivie d'une négociation sera menée sur les organisations de travail et la gestion du temps afin d'optimiser l'offre de soins, dans l'objectif d'une répartition plus équitable des ressources et d'une réduction des jours dus au personnel non médical .

L'objectif pour les années à venir est également d'attirer et de conserver les richesses humaines qui font l'excellence de l'AP-HP. A ce titre, les parcours professionnels et la politique sociale (accessibilité aux logements, aux crèches…) seront renforcés. Dans un contexte concurrentiel, la promotion des talents et des compétences rares des personnels feront l'objet d'une attention particulière.

Preuve de son engagement dans les évolutions de compétences qui se dessinent pour l'hôpital de demain, l'AP-HP sera un lieu privilégié d'expérimentations pour les « pratiques avancées » et les nouvelles coopérations entre professionnels de santé.

Thématique 1 : Emploi		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°1-1 : Emploi du personnel non médical	1) Adapter l'emploi à la mise en œuvre de l'ensemble des projets des groupes hospitaliers et du siège, dans le cadre des objectifs du Plan Stratégique 2) Optimiser les ressources dans un contexte financier contraint 3) Tenir compte des évolutions démographiques dans la politique de recrutement 4) Développer la gestion prévisionnelle des compétences et la fidélisation	- Exhaustivité des données métiers et effectifs - Mise en œuvre du schéma d'emploi - Respect du TPER - Evolution du turn-over à l'AP-HP
Orientation n°1-2 : Emploi du personnel médical	1) Développer une politique de recrutement dynamique 2) Développer les compétences médicales 3) Politique de gestion efficiente des ressources humaines et du temps médical	- Mise en œuvre du schéma d'emploi - Respect du TPER personnel médical (en considérant que ce TPER soumis à validation médicale procède d'une adaptation constante de l'offre de soins au besoin)

4.2.2. Accompagner l'évolution des compétences, fidéliser et promouvoir une politique de formation continue tout au long de la vie

La politique de formation est un outil central pour le développement des compétences. Elle constitue un facteur clé pour l'accompagnement des personnels dans l'évolution des organisations et pour la fidélisation des professionnels médicaux et non médicaux.

L'investissement de l'AP-HP dans le domaine de la Formation continue du personnel non médical est un atout majeur pour ses personnels et pour l'institution. En 2009 l'effort de financement s'élève à 5,42% de la masse salariale (incluant la cotisation congé de formation professionnelle).
La politique pluriannuelle de formation prendra en compte le contenu des grands axes du plan stratégique. Elle mettra en œuvre la réforme de la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (Droit Individuel à la Formation, passeport, période de professionnalisation…). Elle intègrera la politique de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et de Promotion Professionnelle.

La politique de formation a pour objectif de développer l'employabilité des personnels au cours de leur vie professionnelle. Les orientations stratégiques de formation continue seront définies en concertation avec les organisations syndicales. Un des objectifs sera de favoriser l'accès des personnels les moins qualifiés aux formations.

La promotion professionnelle occupe une place essentielle dans la gestion des compétences et constitue un élément important de l'attractivité des personnels non médicaux à l'AP-HP. Le montant des dépenses consacrées à la promotion professionnelle représente à lui seul plus de 3 % de la masse salariale. L'engagement institutionnel en ce sens représente un effort de plus de 70 Millions d'€ en 2010. Ce dispositif sera adapté en 2010-2014 en fonction des données de gestion prévisionnelle et des besoins en compétences mais aussi dans le respect du plan global de financement pluriannuel de l'AP-HP pour le plan stratégique 2010-2014. L'effort de financement, tout en restant au-delà de l'obligation réglementaire de 0.6% de la masse salariale, devra être adapté afin de participer à l'effort de convergence financier de l'AP-HP.

Pour les autres actions de formation continue du personnel non médical, l'engagement financier de l'institution sera maintenu sur l'ensemble de la durée du plan stratégique y compris sur la cotisation congé de formation professionnelle.

Le Développement Professionnel Continu Médical permettra à l'AP-HP de maintenir son rôle de leader dans l'innovation médicale, la recherche clinique et la qualité des soins. La politique de formation médicale poursuivra la logique engagée d'attractivité et de développement des compétences tant médicales que managériales. La gestion des ressources humaines médicales permettra une meilleure prise en charge des situations individuelles, des mobilités professionnelles et des parcours professionnels.

Par ailleurs, l'objectif de fidélisation des personnels concerne plus particulièrement les équipes des services de gériatrie. Ainsi, la Politique d'attractivité et de fidélisation du personnel en gériatrie constitue un axe essentiel du Projet 2010-2014, compte tenu du vieillissement de la population et de la prise en charge hospitalière croissante de personnes âgés. Elle se traduira par un plan d'action visant aussi bien la formation, la certification des personnels en gérontologie, que les investissements relatifs aux conditions de travail (matériels ergonomiques) et les régimes indemnitaires (nouvelles bonifications indiciaires, primes…). Ce plan d'action sera financé dans le cadre des crédits consacrés aux contrats locaux santé sécurité (CLASS).

Thématique 2 : Employabilité et Développement des compétences		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°2-1 : Formation continue du PNM	1) Elaborer des orientations pluriannuelles de formation et de développement des compétences 2010-2014 2) Mettre en place la réforme de la Formation Tout au Long de la Vie (FTLV) 3) Adapter la Promotion Professionnelle 4) Accompagner la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) 5) Faire évoluer le dispositif de formation	- Evaluation de l'impact de la formation sur les compétences - Nombre d'agents suivant une formation - Taux de réussite aux épreuves d'entrée aux études promotionnelles
Orientation n°2-2 : Développement professionnel continu médical	1) Renforcer l'organisation de la veille réglementaire sur l'exercice médical au sein du Département du Développement Professionnel Continu Médical (DRH de l'AP-HP) 2) Renforcer le financement des séjours d'études et de recherche 3) Renforcer la politique documentaire médicale institutionnelle 4) Structurer les plans de formation annuels	- Nombre de séjours d'études et de recherche financés - Montant des crédits attribués par médecins
Orientation n°2-3 : Politique d'attractivité et de fidélisation du personnel en gériatrie	1) Valoriser l'image de la gériatrie en CHU 2) Développer le Projet Médical et les nouvelles organisations du travail 3) Améliorer les conditions de travail 4) Améliorer le parcours des professionnels de gériatrie 5) Poursuivre les actions avec les centres de formation initiale et continue 6) Rendre attractif et avantageux l'emploi en gériatrie	- Taux d'absentéisme et turn-over en gériatrie - Nombre de certifications internes des compétences en gériatrie - Evaluation des formations dispensées - Nombre de logements et de places de crèche attribués aux personnels exerçant en gériatrie

4.2.3. Accompagner l'évolution du dispositif de formation initiale

L'AP-HP dispose d'un dispositif de formation initiale des professions de santé exceptionnel par sa dimension et sa diversité. Il comprend 17 Instituts de Formation en Soins Infirmiers / Aides-Soignants, un Institut de Formation des Cadres de Santé, 3 écoles spécialisées (Infirmier de Bloc Opératoire, Infirmier Anesthésiste, Puéricultrices et Auxiliaires de puériculture), 3 écoles médico-techniques (Techniciens de laboratoire en Analyses Biomédicales/Préparateurs en Pharmacie Hospitalière, Manipulateurs en Electroradiologie Médicale, Masseurs Kinésithérapeutes), 2 écoles de sages-femmes et un Institut de Formation en Travail Social. Ces écoles et instituts accueillent plus de 8000 étudiants par an.

Dans le cadre de l'Evolution du dispositif de formation initiale, l'AP-HP accompagnera l'ensemble des structures de formation existantes pour répondre aux besoins des futurs professionnels de santé pour la Région Ile-de-France, en partenariat avec le Conseil Régional. En effet, le déploiement du système Licence Master Doctorat (LMD) dans le cursus de formation infirmière et la diversification des voies

d'accès aux diplômes (Apprentissage, VAE,…) nécessite une adaptation de l'organisation pédagogique et de l'enseignement, sur la base de conventions avec l'Université.

L'AP-HP devra accompagner les fortes exigences de professionnalisation qu'implique la réingénierie des diplômes des personnels paramédicaux, sociaux et sages-femmes, pour maintenir la qualité des soins prodigués aux malades accueillis et pris en charge par les groupes hospitaliers.

En vue de moderniser le dispositif de formation et d'augmenter les capacités d'accueil, un projet de regroupement des activités de formation initiale dans un petit nombre de structures de type « campus » , situées sur des sites hospitaliers et universitaires, fera l'objet d'une étude en lien avec la région Ile de France et les Universités .

Dans l'attente de la réalisation de ce projet, il importe de réaliser les investissements minimum afin de maintenir, d'adapter et de mettre aux normes les locaux des écoles .

Parallèlement, le dispositif de formation des personnels médicaux permettra d'adapter les stages aux besoins de formation (accueil général des étudiants hospitaliers, des internes et des praticiens étrangers) ; ainsi que de développer et coordonner, en collaboration avec les universités, le post-internat. Enfin, la formation des futurs médecins sera adaptée aux réformes en cours du troisième cycle des études médicales prévues dans le cadre de la loi HPST.

Thématique 3 : Formation Initiale		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°3-1 : Evolution du dispositif de formation initiale des personnels non médicaux	1) Réussir la mise en place du LMD pour les études infirmières 2) Adapter le dispositif de formation à l'évolution de l'AP-HP 3) Contribuer à améliorer l'attractivité de l'AP-HP	- Evolution détaillée du nombre et du pourcentage d'étudiants par filière à l'entrée - Evolution détaillée du nombre et du pourcentage d'étudiants diplômés par filière - Nombre de formateurs titulaires d'un Master et engagés dans cette formation - Conventions signées avec les Universités - Evolution de la capacité d'accueil en IFSI et pour les autres filière - Evolution du nombre de places de stages pour les étudiants des instituts de formation de l'AP-HP - Situation des procédures de mise en œuvre du campus - Levée de tous les avis défavorables des commissions de sécurité
Orientation n°3-2 : Dispositif de formation initiale des personnels médicaux	1) Adapter les stages aux besoins de formation (accueil général des étudiants hospitaliers, des internes et des praticiens étrangers) 2) Développer et coordonner en collaboration avec les universités le post-internat 3) Adapter le dispositif aux réformes en cours (3ème cycle des études médicales cf loi HPST)	- Adaptation des stages - Mise en œuvre des clés de répartition par discipline et spécialité

4.2.4. Garantir aux personnels un accompagnement professionnel, collectif, individuel et social

L'AP-HP s'engage à accompagner collectivement et individuellement ses personnels dans leur projet professionnel et dans les évolutions de notre institution afin qu'ils se les approprient. En effet, la mise en œuvre du plan stratégique implique des évolutions de métiers et de parcours, avec un impact variable selon les secteurs concernés.

L'accompagnement professionnel du personnel non médical sera assuré grâce à la mise en place de dispositifs spécifiques pour lesquels l'association des personnels et le dialogue social seront permanents. Ces dispositifs, qui reposent en partie sur des cellules dédiées au niveau des DRH des groupes hospitaliers, constituent une garantie institutionnelle de prise en charge. L'objectif est d'assurer à tout personnel titulaire ou en contrat à durée indéterminée concerné par une mobilité un emploi et un traitement équitable. Pour chacun, l'adéquation entre le projet professionnel et les besoins de l'institution sera recherchée. La démarche prendra en compte la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, l'amélioration des conditions de travail, l'interaction entre vie professionnelle et vie personnelle. En complément, l'AP-HP s'engage à un effort particulier en matière de formation et de politique sociale pour les intéressés.

Des mesures financières dédiées sont prévues pour les groupes hospitaliers, le siège et les personnels de l'AP-HP. Ils pourront jusqu'en 2014, dans le cadre d'un dispositif conventionnel avec l'Agence Régionale de Santé Ile de France, bénéficier de crédits du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). A cet effet, 928 500 € ont été accordés à l'AP-HP en 2009. La convention d'agrément prévoit l'attribution de 82 millions d'€ sur l'ensemble de la durée du plan stratégique : ces crédits seront accordés au vu de la passation d'avenants annuels qui préciseront les opérations de restructurations concernées par le dispositif FMESPP.

L'accompagnement du personnel médical dans la mise en œuvre du plan stratégique fera l'objet de modalités spécifiques. Ces actions prendront en compte les facteurs de risques inhérents à l'exercice médical (programmes de prévention, actions de formations ciblées), la prise en charge du développement professionnels et des mobilités (unité et structures de promotion de la mobilité professionnelle, règles de gestion des parcours, référentiel d'outils innovants adaptés aux situations individuelles...). Ces démarches seront assurées par des compétences en ressources humaines de haut niveau couplées à un statut médical, avec une approche déontologique. Elles seront engagées en lien étroit avec les dispositifs existants au niveau national. Ces travaux devront intégrer la politique de rémunération prévue dans la loi HPST et s'articuler avec des études plus larges portant sur la démographie médicale ainsi que sur la politique sociale (logements, accès aux crèches et centres de loisirs…).

Thématique 4 : Accompagnement des mobilités professionnelles liées aux organisations		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°4-1 : Accompagnement pour le PNM	1) Proposer à chaque agent titulaire ou en CDI concerné par une mobilité professionnelle et/ou géographique induite par la réorganisation de l'AP-HP une gestion personnalisée garantissant : - un emploi et une prise en charge individuelle - un traitement équitable - une recherche d'adéquation entre son projet professionnel et les besoins institutionnels	- Nombre de situations de mobilités traitées et/ou résolues - Nombres d'indemnités FMES PP versées aux agents - Fréquentation des cellules d'accompagnement

	2) Coordonner avec les directions locales l'application du dispositif et assurer sa mise en œuvre en conformité avec les principes institutionnels définis par la DRH de l'AP-HP : - Garantir une mise en œuvre homogène et équitable pour toute l'AP-HP - Organiser en lien avec les directions locales la communication sur le dispositif	
Orientation n°4-2 : Accompagnement pour le PM	- Prendre en compte les modalités spécifiques concernant les PM : - Facteurs de risques inhérents à l'exercice médical - Développement professionnel et accompagnement aux mobilités	- Nombre de dossiers traités - Amélioration du taux de mobilité

4.2.5. Développer la politique de management et d'encadrement

La politique d'encadrement du personnel non médical s'attachera à faire évoluer le management des cadres au regard des nouvelles exigences législatives (loi HPST), organisationnelles et des préconisations tant nationales (mission cadres hospitaliers) qu'internes à l'AP-HP (rapports sur les personnels ouvriers, techniques et soignants).

L'AP-HP compte 4500 personnels d'encadrement toutes filières confondues et un pourcentage significatif de cadres de plus de 50 ans (52% des cadres de santé et cadres supérieurs, 59% des attachés d'administration, 62% des adjoints des cadres...).

Dans ce contexte, l'institution doit anticiper les évolutions démographiques, définir les besoins en encadrement pour les années à venir. La politique de recrutement, de fidélisation et de valorisation du métier sera élaborée en conséquence. L'objectif est également d'optimiser l'organisation, d'harmoniser la gestion du temps de travail et d'améliorer les conditions de travail des cadres. Au sein des pôles, la ligne managériale sera clarifiée. La formation initiale et continue des cadres s'adaptera aux nouveaux enjeux et sera accentuée dans le domaine managérial.

La mise en place **d'un nouveau dispositif réglementaire d'évaluation professionnelle** en substitution avec la traditionnelle notation administrative induira un plan d'action pour :

- la formation de l'ensemble des cadres à l'entretien d'évaluation ;
- l'adaptation du système d'attribution des primes de service.

En cohérence avec les actions conduites à l'attention du personnel non médical, la politique d'encadrement du personnel médical permettra de clarifier les règles de la gouvernance médicale des structures de soins, de mettre en place une réelle délégation de gestion et de préciser les missions d'un management médical de haut niveau. La loi HPST mettant l'accent sur le rôle des « chefs de pôle », les compétences des futurs managers seront valorisées.

La constitution des groupes hospitaliers, l'impact de la modernisation du siège et du NSI, auront des conséquences sur le dimensionnement et la qualification des équipes de direction (resserrement des équipes, nouvelles configurations d'organigrammes, niveaux de responsabilité accrus, évolution des compétences requises). Le management des cadres de direction s'appuiera sur le développement

d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (notamment en fonction des départs naturels) et un dispositif d'accompagnement des cadres dirigeants dans leurs évolutions professionnelles (formations, coaching…).

Par ailleurs, afin de favoriser le taux d'emploi des plus de 55 ans en lien avec les mesures nationales, l'AP-HP souhaite mettre en place une politique à l'attention de l'emploi des seniors. Actuellement, environ 8 % des personnels non médicaux employés dans l'institution ont entre 55 et 60 ans. L'évolution dans l'emploi tout au long de la vie sera appréhendée au regard de la nécessité d'anticiper l'évolution professionnelle et de développer les compétences pour une 2ème partie de carrière. L'objectif est de prévenir les situations de pénibilité et d'améliorer les conditions de travail (adaptation des postes). Les fins de carrières pourront être aménagées (temps partiel, remplacement des comptes épargne temps...) et le maintien dans l'emploi des métiers « sensibles » sera favorisé par des modalités de gestion innovantes. La transmission des savoirs sera organisée dans le cadre du développement du tutorat (notamment grâce à la reconnaissance d'équivalents temps plein dédiés à la formation et à l'accompagnement des nouveaux infirmiers) et du développement du management intergénérationnel.

Concernant les personnels médicaux, le contexte démographique, le vieillissement et la raréfaction des ressources humaines médicales amènent l'AP-HP à renforcer sa Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC), à fidéliser mais également à favoriser le maintien en activité des praticiens jusqu'à 65 ans par l'adaptation des postes en fin de carrière, notamment dans les disciplines à risque démographique.

Enfin, pour mieux préparer l'avenir, le volet management durable contribue à prendre en compte cette démarche citoyenne dans la gouvernance et la gestion de l'institution (gestion économe des ressources, relations à l'environnement,...). Ce volet intègre la prévention des risques professionnels, la mise en place d'actions de prévention et de sensibilisation aux priorités de santé publique (cancer, nutrition…). L'objectif est de développer le capital humain, d'associer les personnels aux réflexions sur les organisations (dialogue social, choix de matériels, gestion des déchets) et d'intégrer la dimension développement durable pour la formation et les instances (dématérialisation des supports). Inclus dans cette orientation, le Plan de Déplacement Entreprise (PDE) étudie l'ensemble des modalités de déplacements des personnels de l'AP-HP (risques routiers, conditions de circulation...) et propose des modes alternatifs (concept multimodal,…), comme le co-voiturage qui sera soutenu par l'institution.

Thématique 5 : Politique de management et d'encadrement		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°5-1 : Politique d'encadrement du PNM	1) Moderniser le management des cadres 2) Anticiper l'évolution démographique et définir les besoins en effectifs 3) Adapter la formation initiale et continue des cadres à l'évolution de leur métier 4) Améliorer les conditions et l'organisation du travail des cadres	- Existence et évaluation du Projet Managérial par GH - Turn-over des cadres et propositions d'actions en fonction de l'analyse réalisée -Taux de réussite en sortie d'IFCS, au concours sur titre et au Master - Nombre de CAP et CPP - Nombre de FFC et durée de mise en situation de Faisant Fonction - Nombre de jour de formation des cadres et nature des formations suivies (notamment management)
Orientation n°5-2 : Politique d'encadrement du PM	1) Clarifier les règles de la gouvernance médicale des structures de soins 2) Développer et valoriser les compétences managériales des futurs managers médicaux	- Nombre de contrats de pôle signés - Existence d'une démarche d'évaluation des contrats de pôle - Identification d'une offre de formation (interne ou externe) adaptée

Orientation n°5-3 : Management des cadres de direction	1) Mobiliser les cadres dirigeants sur les évolutions en cours et à venir ; 2) Mettre en place les actions d'accompagnement nécessaires : Pour favoriser les mobilités Pour la prise de postes sensibles Pour développer les compétences managériales Pour créer des viviers d'expertise 3) Accompagner les cadres dirigeants dans leur évolution professionnelle ; 4) Développer l'évaluation des pratiques managériales ; 5) Préparer les plans de succession sur les postes sensibles	- Document formalisant les nouvelles trajectoires et les prérequis pour l'accès aux postes de direction - Actions de communication sur ce document - Schéma directeur des emplois d'ingénieur général réalisé en 2010 - Introduction d'objectifs liés aux pratiques managériales pour l'évaluation des cadres dirigeants - Plan d'action annuel pour les formations de haut niveau managérial et d'expertise - Réunions régulières, supervision, actions de formation des coachs - Nombre coachings individuels et d'équipe - CEREMA : taux de participation des cadres dirigeants / actions organisées
Orientation n°5-4 : Politique des seniors à l'AP-HP	1) Prévenir les situations de pénibilité et améliorer les conditions de travail 2) Anticiper l'évolution des carrières et développer les compétences 3) Aménager les fins de carrières et la transition entre carrière et retraite 4) Transmettre les savoirs et les compétences et développer le tutorat 5) Favoriser le maintien dans l'emploi pour les métiers sensibles	- Nombre de salariés par filière de plus de 55 ans - Nombre de demandes et d'acceptations de reports des départs en retraite - Nombre de formations suivies par les personnels de plus de 50 ans - Cf Indicateurs fiches Prévention risques professionnels, Prévention des discriminations et promotion de l'égalité
Orientation n°5-5 : Management durable	1) Elargir la prévention des risques 2) Politique de développement du capital humain 3) Associer les personnels aux réflexions sur les réorganisations 4) Intégrer la dimension développement durable pour la formation et les instances 5) Elaboration du Plan de Déplacement Entreprise (PDE)	- Cf critères des fiches politique des seniors à l'AP-HP et prévention des risques professionnels - Nombre de formations spécifiques opérationnelles

4.2.6. Moderniser et garantir la qualité du dialogue social

Dans un contexte de forts changements (modifications de la démocratie sociale et de la représentativité syndicale (Accords de Bercy), mise en place de la loi HPST, transformations…) et d'augmentation des mouvements sociaux, la veille sociale et la prévention des conflits constituent des enjeux majeurs.

L'objectif pour le personnel non médical est de construire une stratégie de veille sociale en appui des politiques de dialogue social et d'amélioration des conditions de travail. Ce dispositif d'observation sociale devra permettre d'éviter les conflits en informant et en négociant si nécessaire en amont des projets. Afin de faciliter l'accès à des informations sensibles, le réseau des correspondants « relations sociale » sera consolidé pour alerter, prévenir et rendre compte des évolutions au sein du groupe hospitalier et en central (tableaux de bords sociaux). Un diagnostic (baromètre social) est également prévu afin de connaître les aspirations du personnel et d'apporter des solutions.

Cette veille préventive est complétée d'un dispositif d'alarme sociale. Il vise à faciliter la détection des conflits, les éviter autant que possible ou en réduire l'impact par l'impulsion d'un processus de

négociation préalable au dépôt de préavis. Cette démarche permet une réflexion et une négociation avec les partenaires sociaux en amont de tout événement potentiellement conflictuel.

Les actions de veille sociale et de prévention des conflits pour le Personnel Médical, prendront en compte la diversité des formes de dialogue avec le corps médical. L'objectif est d'instituer un dialogue social avec les organisations représentatives des personnels médicaux au sein de l'institution et non plus uniquement au niveau national. Les enjeux sont directement liés à la disponibilité et à l'efficience des ressources médicales, dans un contexte de tarification à l'activité, de raréfaction (forte concurrence) ; et dans la perspective de l'informatisation du temps de travail du personnel médical au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP. L'organisation de cette veille permettra de prévenir au mieux les situations qui nécessitent un dialogue anticipé.

Par ailleurs, le contexte actuel rappelle la nécessité d'engager des actions en faveur de la reconnaissance du parcours syndical et des reconversions. En effet, le travail syndical constitue une activité professionnelle inhérente aux avancées sociales et la dynamique syndicale doit être garantie avec une participation renouvelée. Les représentants syndicaux doivent pouvoir valoriser les compétences acquises, leurs parcours professionnels et actualiser en permanence les connaissances liées au métier d'origine.

L'évolution de l'organisation de l'AP-HP et par voie de conséquence des instances représentatives, le souci d'un dialogue social de qualité élargi au-delà des seules instances, conduiront à une négociation sur les moyens accordés aux organisations syndicales ainsi que sur les règles d'utilisation des NTIC. Par ailleurs, l'institution s'engagera sur une enveloppe financière destinée à faciliter la reconversion des permanents syndicaux.

Thématique 6 : Modernisation du dialogue social		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°6-1 : Prévention des conflits, veille sociale pour le PNM	1) Développer un dispositif de veille sociale : collecter et analyser les informations sociales permettant d'anticiper et de mieux appréhender l'état et le climat social 2) Créer un dispositif de prévention des conflits (central / local) qui interviendrait en amont du dépôt de préavis : l'alarme sociale	- Disponibilité d'un tableau de bord social mensuel par GH - Evolution du nombre de jours de grève/an**.**
Orientation n°6-2 : Prévention des conflits, veille sociale pour le PM	1) Prendre en compte la diversité des formes de dialogue avec le corps médical 2) Instituer un dialogue social avec les organisations représentatives des personnels médicaux complémentaire au dispositif national	- Evolution de la conflictualité
Orientation n°6-3 : Reconnaissance du parcours syndical et reconversion	1) Définir une procédure de reconversion des permanents syndicaux s'inscrivant dans le cadre de la GPEC 2) Proposer annuellement aux permanents syndicaux des sessions de formation ou des stages pratiques d'actualisation des connaissances professionnelles liées au métier d'origine	- Réduction du délai entre fin de mandat et reprise d'activité sur poste de travail - Nombre d'entretiens et de formations suivis

	3) Permettre une reprise de l'activité professionnelle avec étapes : • formations de remise à niveau • stages d'adaptation au poste avec tutorat 4) Mettre en œuvre un entretien annuel : projet professionnel de chaque permanent syndical (formations, évolution professionnelle …).	
Orientation n°6-4 : Utilisation des NTIC par les OS et les représentants élus du PM	1) Définir une charte d'utilisation de la messagerie électronique spécifique aux OS et représentants du personnel (médical / non médical) : utilisateurs, contenus, sécurisation / confidentialité, propriété des listes de diffusion, droit d'opposition des destinataires 2) Favoriser l'accès des organisations syndicales et représentants du personnel aux NTIC : matériel adapté, intranet / internet, attribution systématique d'une adresse Email, formations de mise à niveau …	- Taux de diffusion de la nouvelle charte Internet

4.2.7. Poursuivre les actions en faveur de la prévention des risques et de l'amélioration des conditions de travail

En réponse à la nécessité de mieux prendre en compte les conditions de travail (exigence sociale et européenne (directive-cadre)), l'AP-HP développe une « culture de prévention des risques professionnels, de santé et sécurité au travail » pour l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux. Cette politique doit couvrir la diversité des métiers et des activités de l'hôpital.

La prise en compte des effets physiques et psychiques du travail liés à l'exposition à des risques et aux conditions de réalisations est essentielle au regard des réorganisations de l'AP-HP. Elle implique un dialogue social accru dans les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) central et locaux intégrant les expertises réalisées dans ces domaines. Ces actions doivent permettre un exercice professionnel sécurisé dans un contexte d'allongement de la durée de vie au travail et s'inscrire dans une politique volontariste de prévention de l'inaptitude.

Ainsi, les équipes de prévention et de santé au travail des groupes hospitaliers seront professionnalisées pour agir et sensibiliser aux risques professionnels (acquisition de compétences en prévention et santé au travail). L'institution se montrera particulièrement vigilante sur la production dans tous les sites des documents réglementaires concernant la sécurité et la prévention des risques et en premier lieu sur la production du document unique.

En complément des actions de terrain, l'accompagnement central dans le cadre du Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIPACT) sera ciblé sur les domaines suivants :

- renforcement de la maîtrise des risques liés à l'exposition aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques et des risques chimiques
- poursuite des programmes de prévention des troubles musculo-squelettique
- diminution des chutes et glissades et choc et des accidents du travail liés à la manutention

- actions pour favoriser les conditions de reprise du travail (protocole inaptitude) et éviter la chronicisation des pathologies musculo-squelettique
- promotion de la prévention des risques psychosociaux
- évaluation des conséquences des organisations de travail sur la santé physique et morale des personnels
- mobilisation autour de la mise en place sur tous les sites, des documents réglementaires concernant la sécurité et la prévention des risques.

Pour l'intégration des personnes handicapées, l'ambition de l'AP-HP est d'assurer, en concertation avec les organisations syndicales, l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté. Ainsi, l'engagement institutionnel en matière de Politique du handicap s'est traduit par une évolution croissante du taux d'emploi des travailleurs handicapés de 1,87% en 2005 à 3,69 % en 2008, même si le taux actuel est encore inférieur à l'obligation de 6%.

Pour accompagner ces différentes actions sur la durée du plan stratégique, entre 45 et 51 millions d'€ de crédits seront mobilisés dont une partie financée par le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique. Un suivi associant les organisations syndicales sera organisé annuellement.

Des démarches actives (mission FIDES) sont réaffirmées en direction de la Prévention et prise en charge des addictions des personnels de l'AP-HP, médicaux et non médicaux, qui rencontrent des difficultés liées à des comportements addictifs dans l'exercice de leurs fonctions (alcool, cannabis, psychotropes sans prescription). L'amélioration de la prévention, l'acquisition de compétences en

ce domaine permet de mieux gérer les situations à risques dans le respect du secret médical. Ainsi, les ressources existantes seront fédérées dans une logique de réseau.
Afin d'accompagner ces actions de prévention, le budget consacré par l'AP-HP pour la campagne de communication et la formation d'une équipe dédiée s'élève à 25 000 €/an sur 4 ans.

Par ailleurs, la Prévention des discriminations et promotion de l'égalité, inscrite dans la « Charte pour la promotion de l'égalité dans la fonction publique », (Fonction Publique - Halde) et ses principes sont renforcés dans la période actuelle de réorganisation. Ainsi, les travaux engagés avec les organisations syndicales sous l'impulsion de la Direction Générale ont identifié les principaux processus et donné lieu à un plan d'action pour l'AP-HP. Il prévoit la mise en place d'un observatoire central et local des discriminations et d'un réseau de référents au niveau des groupes hospitaliers pour développer la médiation locale. Des pratiques seront analysées (recrutement, commission de sélection, bilan de formation…) en vue d'évaluer et de garantir l'égalité d'accès. Les règles du jeu de l'institution seront clarifiées (guides de bonnes pratiques), communiquées et des actions de formation seront mises en place dans un esprit d'équité.

Thématique 7 : prévention des risques et de l'amélioration des conditions de travail		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°7-1 : Prévention des risques professionnels	1) Cibler des objectifs en lien avec le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIPACT) 2) Renforcer les compétences en matière de Sécurité et de santé au travail 3) Développer la sensibilisation aux risques professionnels 4) Cibler les actions centrales de	- Bilan d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (BHSCT) - Plan d'action consécutif au recensement des risques dans le D.U. - Suivi de la mise en œuvre du PAPRIPACT

	prévention	
Orientation n°7-2 : Politique du handicap	1) Veiller à l'intégration effective des travailleurs handicapés dans le milieu de travail 2) Mettre en œuvre les protocoles handicap et inaptitude 3) Accompagner les Travailleurs Handicapés au titre du maintien dans l'emploi et ceux qui seront recrutés dans les 3 ans (effet différé), grâce aux actions des Protocoles et aux moyens de la convention Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) 4) Mobiliser l'ensemble des sites, et en particulier ceux dont la sensibilisation est moindre, grâce aux moyens institutionnels et à l'appui financier du FIPHFP.	- Nombre de situations individuelles traitées par la Mission Handicap et Travail, avec une répartition par site et par typologie (actions) - Nombre d'actions engagées par site pour rendre accessible l'environnement de travail aux Travailleurs Handicapés (cheminements, locaux d'intérêt général) - Evolution du taux de Travailleurs handicapés par site et prévision de recrutement - Amélioration du taux de recensement des Travailleurs handicapés dans les sites, répartition de ce taux au titre du maintien dans l'emploi et du recrutement, par filière professionnelle - Nombre d'agents sensibilisés et formés par site, à la problématique du handicap, aux spécificités du recrutement, aux outils d'accessibilité.
Orientation n°7-3 : Prévention des discriminations et promotion de l'égalité	1) Evaluation des phénomènes de discrimination, diffusion de recommandations de bonnes pratiques et mise en place d'actions correctives 2) Mise en place d'une organisation permettant un traitement systématique de toute doléance par une médiation locale 3) Actions d'information/ sensibilisation des DRH, collaborateurs, DS, responsables de pôles médicaux, soignants et administratifs, cadres de proximité et de l'ensemble des PM et PNM 4) Développement de projets ciblés autour de la notion d'entreprise socialement responsable dans le cadre des marchés publics et de partenariats avec les principaux acteurs de l'insertion professionnelle dans les zones urbaines sensibles.	- Intégration d'indicateurs d'évaluation au sein du bilan social - Evaluation périodique de l'évolution d'indicateurs retenus à l'issue de l'étape d'analyse des pratiques
Orientation n°7-4 : Prévention et prise en charge des addictions des personnels de l'AP-HP	1) Faire de la prévention, entre autre en développant par la formation les compétences individuelles et collectives 2) Gérer les situations à risques 3) Favoriser l'implication, la mobilisation des acteurs centraux et locaux de l'AP-HP dans le respect du secret médical : les partenaires sociaux et les instances représentatives du personnel participent activement à la mission de prévention des addictions pour les personnels de l'AP-HP (FIDES) au travers des CHSCT central et locaux. Renforcer les présentations de la mission FIDES lors des CCM.	- Actions menées (création groupe de travail local, mise en œuvre) - Nombre de formations mises en place (type de formations, personnels formés) - Impact sur l'absentéisme

4.2.8. Mener une politique sociale volontariste

L'accès au logement et à l'accueil de la petite enfance sont un enjeu social institutionnel, tant pour les médecins que pour les personnels non médicaux. Ces questions sont une préoccupation centrale pour l'AP-HP. Elles sont un atout essentiel pour le recrutement, la fidélisation et la prise en compte de l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle.

L'AP-HP poursuit la mobilisation de moyens dédiés à la Politique de logement en vue de répondre à l'augmentation des demandes, mais aussi de disposer de logements d'urgence en accompagnement des personnels les plus en difficulté. Elle doit concilier la complexité et la multiplicité des demandes (situation d'urgence, prise en compte du handicap, difficultés sociales cumulatives,…) avec une offre diversifiée (domaine privé-public, baux emphytéotiques -réservations, logements sur sites…). Des actions ciblées permettront de mieux mettre en adéquation l'offre et la demande (localisation, système d'échange, accès aux informations, recherche de logements adaptés aux revenus modestes) : 15 millions d'€ sont prévus sur la durée du plan stratégique pour les travaux d'investissement dans les logements de l'AP-HP (200 logements rénovés ou restructurés par an). Par ailleurs, 100 nouveaux droits de réservation par an seront prévus dans les parcs hors AP pour les salariés de l'institution, ce qui représente un engagement en crédits d'exploitation à hauteur de 13,5 millions d'€ sur la durée du plan stratégique.

Dans le cadre de l'Accueil de la petite enfance, l'AP-HP dispose aujourd'hui d'une capacité totale d'environ 4100 places en crèches et de 23 centres de loisirs qui proposent environ 1260 places. Les efforts de l'AP-HP pour favoriser cet accueil seront poursuivis.

S'agissant des crèches qui sont un outil important de conciliation de la vie professionnelles et familiale, l'AP-HP augmentera les capacités d'accueil en fonction des projets des groupes hospitaliers. S'agissant des accueils de loisirs, l'AP-HP s'engage à une stabilisation des capacités existantes et soutiendra les projets de mutualisation dans les groupes hospitaliers.

La politique petite enfance de l'institution vise à répondre aux demandes de l'ensemble des catégories professionnelles de l'AP-HP, tout en tenant compte des conventions passées avec d'autres institutions (Ministère de l'Intérieur, CAF et ville de Paris). Dans cette optique, une réflexion RH sera menée pour faciliter le recrutement des agents titulaires d'un CAP petite enfance et ainsi accroître la fidélisation des professionnels.

Ainsi, les efforts pour augmenter la qualité de l'accueil et optimiser les capacités disponibles seront confortés par les projets d'investissement immobiliers au sein des groupes hospitaliers. Le montant de ces investissement est évalué à 10,2 millions d'€ sur la durée du plan stratégique. En complément, la mise en œuvre du CESU à l'AP-HP par l'intermédiaire de la convention avec l'AGOSPAP, prévoit une montée en charge progressive des financements de 1 à 2 M€ jusqu'à la fin du Plan Stratégique afin de diversifier les réponses et permettre aux enfants d'être accueillis à proximité de leur domicile.

La révision de la politique tarifaire sera conduite en partenariat avec les Caisses d'Allocations familiales et en concertation avec les organisations syndicales. L'objectif est un alignement des tarifs AP-HP sur les tarifs de la CNAF, car c'est une des 3 conditions nécessaires au versement par les CAF de la Prestation de Service Unique (PSU).

Au travers du partenariat avec l'AGOSPAP (convention signée pour 5 ans à compter du 17 janvier 2010), l'AP-HP entend proposer des Prestations sociales de qualité et adapter les réponses aux besoins exprimés par les personnels en difficulté. La participation de l'AP-HP au budget de l'AGOSPAP représente 0,5% de la masse salariale soit plus de 17 millions d'€ sur 2010.

Enfin, dans le contexte actuel de crise économique, l'AP-HP attache une importance particulière à la veille et prise en charge de la précarité. Ainsi, le réseau des assistants sociaux interviendra pour adapter l'action sociale de l'AP-HP aux difficultés rencontrées par ses personnels (en particulier pour le logement), identifier et prévenir les situations les plus sensibles.

Thématique 8: Politique sociale		
Orientations	**Objectifs**	**Critères d'évaluation**
Orientation n°8-1 : Politique du logement	1) Le logement adapté aux agents aux revenus modestes 2) Le logement pour faciliter le recrutement et la continuité de la vie professionnelle 3) La mise en adéquation de l'offre et de la demande de logement 4) Le logement d'urgence : traitement spécifique des demandes 5) Le logement des personnes en situation de handicap 6) Etude des possibilités d'octroi de prêts d'accession à la propriété 7) Etudier avec l'AGOSPAP la possibilité de la mise en place d'une garantie des impayés locatifs destinée aux bailleurs publics 8) Anticiper et accompagner les mises à la retraite de personnels logés par l'AP-HP	- Nombre de logements d'urgence attribués - Nombre de logements adaptés aux situations de handicap - Investissement réalisé pour le logement (rénovation, construction)
Orientation n°8-2 : Accueil de la petite enfance	1) Demandes de place en crèche : répondre à l'ensemble des catégories professionnelles et atteindre le zéro refus tout en poursuivant la mise en œuvre des conventions - cadres signées (AP-HP/Ministère de l'Intérieur, AP-HP / CAF-Ville Paris) 2) Accueil de proximité et diversification des réponses apportées : mettre en œuvre le CESU 3) Architecture et environnement des crèches : définir des choix, des priorités et dégager des moyens pour une maîtrise des modalités d'aménagement de l'espace. 4) Révision de la politique tarifaire en partenariat avec les CAF et en concertation avec les organisations syndicales.	- Nombre de refus en crèches - Nombre de places nouvelles créées - Taux d'absentéisme des agents
Orientation n°8-3: Prestations sociales	1) Confirmer le partenariat avec l'AGOSPAP pour renforcer et améliorer la politique à caractère social 2) Rendre plus humain et plus solidaire l'hôpital par la politique culturelle et sportive 3) Favoriser l'accès de l'ensemble des prestations sociales aux agents de l'AP-HP par une meilleure information/communication	- Satisfaction des personnels (Cf. enquête de satisfaction pour l'ensemble des prestations) - Bilan annuel DRH AP-HP/AGOSPAP - Bilan de réalisation présenté aux instances - Intégration d'indicateurs dans le bilan social.
Orientation n°8-4: Veille et prise en charge des situations de précarité	1) Prévenir les difficultés financières 2) Renforcer et améliorer la politique sociale 3) Favoriser la réinsertion professionnelle 4) Répondre aux besoins en logement d'urgence 5) Agrandir le parc de logements adaptés aux agents aux revenus modestes 6) Etudier avec l'AGOSPAP la possibilité de la mise en place d'une garantie des impayés locatifs destinée aux bailleurs publics	- Nombre de ruptures de paie - Nombre d'aides accordées - Nombre de logement d'urgence attribués

5. Un système d'information contribuant à la modernisation de l'institution

La transformation du Système d'Information (SI) de l'AP-HP fait partie intégrante du plan stratégique de l'institution.

Dans la continuité des orientations du précédent plan stratégique, l'ambition du nouveau SI est de tendre vers un système d'information commun et partagé, accessible et fiable, ouvert et sécurisé, contribuant à renforcer l'unicité de l'institution et l'excellence des pratiques.

La responsabilité du pilotage stratégique et opérationnel du SI est définie dans un nouveau cadre de gouvernance partagée. L'ampleur des programmes de modernisation du SI justifie en effet de mettre en place des ensembles de compétences cohérents dédiés au pilotage des projets du nouveau SI, disposant de moyens et de capacités adaptés, et d'améliorer les pratiques et les organisations, pour assurer efficacement et durablement le bon fonctionnement du SI. Les 4 Centres de Compétences et de Services ont ainsi la charge d'assurer le déploiement sur l'ensemble des hôpitaux, des nouveaux progiciels intégrés choisis lors du précédent plan stratégique, et de garantir leur cycle de vie.

L'Agence Technique Informatique (ATI) est, pour sa part, responsable de l'évolution des infrastructures techniques et de la production dans les règles de l'art, pour l'ensemble des utilisateurs de l'AP-HP.

En phase avec ses orientations stratégiques, l'AP-HP a engagé une profonde évolution de son système d'Information, qui sera poursuivie au cours du plan stratégique 2010-2014.

5.1. Améliorer la prise en charge des patients

5.1.1. Les enjeux du SI Patient sont majeurs et constituent une des lignes directrices de ce plan stratégique

Cet investissement doit être mesuré au regard des bénéfices attendus :

- Eviter le recours au dossier papier dont les lacunes ont été largement décrites,
- Accroître la qualité et l'efficience de la prise en charge du patient par un accès immédiat et fiable à l'ensemble du dossier,
- Améliorer l'accessibilité aux soins, la réduction des délais d'attente, optimiser la planification des rendez-vous, l'utilisation des ressources humaines, et les moyens des plateaux techniques,
- Renforcer la collaboration entre les hôpitaux de l'AP-HP avec les autres établissements de soins et avec la ville, par un meilleur partage de l'information, et aussi organiser la communication avec le Dossier Médical Partagé (DMP) et le Dossier Commun de Cancérologie (DCC),
- Améliorer la qualité de travail des personnels par la mise en place d'un outil de travail moderne et sécurisé, leur permettant de se centrer sur leurs missions de soins,
- Accroître l'activité et réduire les coûts par l'amélioration de la qualité des soins, l'optimisation de la prise en charge des patients, conduisant à la baisse de la durée de séjour et la maîtrise des ressources mises en jeu pour le soin.
- La mise en place d'un tel SI partagé implique une évolution des cultures et nécessite une réflexion sur les organisations et l'accompagnement du changement.

5.1.2. Les objectifs du SI Patient

Les objectifs de qualité, d'efficience et de sécurité pour les patients et les professionnels, justifient le développement d'un SI basé sur un dossier patient hospitalier unique, partagé et ouvert sur la ville intégrant :

- Un dossier patient permanent, unique, dans le respect des règles de confidentialité, permettant le partage de l'information entre les acteurs de l'hôpital des différents hôpitaux et avec l'extérieur; il implique la mise en place d'un identifiant unique,
- L'informatisation des prescriptions (médicaments, actes et examens) du plan de soins et de la gestion des ressources prestataires (rendez-vous, blocs et lits), favorisant l'utilisation de protocoles et la mise en œuvre des bonnes pratiques,
- L'échange d'informations de et vers les sous-systèmes de gestion de laboratoires et de stockage des images,
- La production de données médico-économiques nécessaires à l'établissement des recettes de l'Institution.

5.1.3. Les trois composants majeurs du SI Patient

Le plan stratégique vise à mettre en place ou poursuivre l'informatisation de trois composants majeurs de production du SI-Patient : le Système d'Information Clinique (SIC), le système de gestion des plateaux médico-techniques (laboratoires, anatomo-pathologie, médecine nucléaire, radiothérapie) et le système de stockage et de diffusion de l'image (PACS), ainsi qu'un composant de traitement de l'information (Pilotage, Qualité, aide à l'enseignement et à la recherche).

Dans le cadre de ce présent plan, des travaux seront également poursuivis dans le domaine de la e-santé en particulier, pour ce qui concerne la télé pathologie, ou la télé consultation. De même, l'AP-HP continuera à être moteur de différents projets régionaux, menés dans le cadre du GCS Ile de France, en particulier pour ce qui concerne les projets Cerveau, SMUR, répertoire opérationnel des ressources.

5.1.4. Le Système d'Information Clinique

Le SIC couvre les processus métiers suivants :

- L'identification du patient,
- La prise en charge administrative,
- La gestion du dossier patient partagé, qui permet la constitution du dossier de synthèse ainsi que le suivi de l'activité, la prise en charge médicale qui traite l'ensemble des activités,
- La gestion optimisée des rendez-vous et la réservation de ressources,
- Le codage des actes et la collecte des données nécessaires à la facturation au fil de l'eau par le SI financier, économique et logistique et vers le SI du domaine pilotage,
- La gestion des référentiels de données et de connaissances,
- L'aide à la recherche et à l'enseignement.

Pour chacun de ces processus fonctionnels, la solution garantit la sécurité et le respect de la confidentialité, notamment par la traçabilité des actions de chaque utilisateur.

5.1.5. La trajectoire du SIC

L'objectif est d'obtenir une solution métier (ensemble intégré à partir d'un ou plusieurs progiciels), déployée en big bang par hôpital à partir de l'été 2010, pour ce qui concerne l'identité/mouvement, et progressivement à partir du 1er trimestre 2011 par unité de soins, pour ce qui concerne les autres fonctions.

La généralisation sera menée en parallèle par GH et en associant les hôpitaux au groupe le plus proche, constituant ainsi 10 vagues parallèles de déploiement. Cette généralisation se fera à partir du quatrième trimestre 2011 pour une durée de 3 ans.

Le déploiement type sur un hôpital de 450 lits, implique la mise en place d'outils d'industrialisation du déploiement, qui seront évalués sur le second et le troisième hôpital pilote. Dans cette perspective, un accompagnement à la conduite du changement est essentiel.

5.1.6. Le Système de Gestion des Laboratoires (SGL)

Dans le cadre du précédent plan stratégique, l'AP-HP a souhaité moderniser le SI de ses laboratoires, basé sur le partage de l'information et son intégration au SI de l'Institution. Elle a engagé dans ce cadre, une politique de renouvellement des Systèmes de Gestion de Laboratoire (SGL) qui équipent ses hôpitaux, avec pour objectifs :

- De partager les bonnes pratiques nécessitant une évolution des organisations,
- D'élaborer un dictionnaire de biologie commun aux hôpitaux de l'AP-HP, associant chaque fois que possible, un code issu de la nomenclature internationale,
- De mettre en place des échanges normalisés entre le SGL et les autres applications, en particulier le projet SIC,
- De mutualiser les ressources, les serveurs, les données et les compétences.

5.1.7. Les enjeux du projet du projet SGL

Ce projet doit intégrer l'outil informatique à la pratique quotidienne de l'ensemble des personnels de laboratoires, mais également participer aux soins du patient. Il doit ainsi permettre une diminution des tâches répétitives et de ressaisie au profit d'un partage de l'information sécurisée. Ce projet doit ainsi :

- Améliorer la qualité de travail des personnels par la mise en place d'un outil de travail moderne et sécurisé, disposant de la richesse fonctionnelle attendue,
- Conduire au partage 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, d'une information fiable et non redondante. Un tel partage doit favoriser le décloisonnement des services et la coordination des acteurs, évolution cruciale dans le contexte des réformes de la nouvelle gouvernance, de la création des Groupes Hospitaliers et de la tarification à l'activité. La solution permet de s'adapter aux évolutions organisationnelles et techniques (Robotisation, prescription connectée, mutualisation de la réception de certains automates),
- Renforcer la collaboration entre les hôpitaux de l'AP-HP, en particulier dans le cadre des GH, mais également avec les autres hôpitaux de l'AP-HP et la ville,

- Permettre le fonctionnement d'un laboratoire de CHU, avec les qualités de performance correspondantes,
- Faciliter et fiabiliser le codage des actes pour la facturation et le pilotage de l'activité.

5.1.8. Les grandes orientations et la trajectoire du projet SGL

Tous les hôpitaux et laboratoires du projet disposeront, sauf contrainte majeure, de la même application, installée sur un serveur mutualisé sur le site de production informatique de l'AP-HP, avec une base par GH.

Le projet s'appuie sur le développement d'un noyau commun à chaque discipline, et en particulier d'un dictionnaire d'analyses biologiques commun à tous les laboratoires.

Le déploiement de l'outil est mené par Groupe hospitalier. Le déploiement pour un laboratoire est estimé à 27 à 30 semaines. Basé sur ce modèle, l'ensemble des 15 hôpitaux et 121 laboratoires seront équipés d'ici fin 2011.

5.1.9. L'informatisation des images non radiologiques

La première étape du projet PACS consistant à informatiser les images des services de radiologie et à les diffuser dans les services cliniques, est aujourd'hui achevée.

La seconde étape du projet PACS vise à informatiser les images autres que celles de radiologie, permettant de contribuer à la constitution du dossier unique du patient au travers du futur SIC.

5.2. Contribuer à l'efficience des fonctions administratives et de support

Le SI Gestion s'inscrit dans le cadre de l'enjeu d'amélioration de la performance du plan stratégique de l'AP-HP et ; dans la continuité des projets Economie, Investissements, Finance et Logistique (EIFEL) et Système d'Information de Gestion des Ressources Humaines (SIRH) lancés au cours de la période précédente.

Le déploiement des Progiciels de Gestion Intégrés (PGI) sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP se poursuivra en 2010 et 2011, et contribuera aux objectifs d'efficience attendus.

5.2.1. Les enjeux du SI Gestion

Les solutions applicatives PGI des domaines Finances et Logistique et Ressources Humaines visent à :

- Améliorer et transformer les processus et fonctions support,
- Répondre aux grandes évolutions institutionnelles,
- Doter l'AP-HP d'outils de gestion et de pilotage métier plus adaptés, et notamment de :
    - Donner aux GH le moyen de connaître en permanence leur situation budgétaire en dépenses et en recettes,
    - Automatiser la comptabilisation des engagements de dépenses et des recettes,

- Mettre en place des référentiels uniques et partagés entre les métiers,
- Améliorer les outils de gestion du patrimoine et des équipements,

- Rendre plus efficace la collaboration entre l'AP-HP et la trésorerie Générale.

Le projet EIFEL pour les domaines Finances et Logistique permet en particulier de :

- Donner un socle unique en matière de comptabilité en intégrant les comptabilités de l'ordonnateur et du comptable,
- Développer le suivi comptable par établissement dans le cadre d'une comptabilité générale unique sur l'ensemble de l'AP-HP,
- Moderniser et simplifier les chaînes de la dépense avec un objectif de mise en place d'un service facturier,
- Optimiser la chaîne de la recette, du fait générateur jusqu'au recouvrement,
- Responsabiliser et valoriser les gestionnaires des établissements,
- Développer le contrôle interne et le contrôle partenarial,
- Favoriser l'évolutivité de la solution.

Pour le domaine des Ressources Humaines, la DRH, la Direction de la Politique Médicale et la Direction du Service Central de Soins ont retenu 3 enjeux majeurs :

- Développer une gestion efficiente des ressources humaines pour accompagner les transformations de l'hôpital, en particulier au plan organisationnel,
- Prévoir, maîtriser et optimiser l'utilisation des ressources humaines et l'adéquation avec l'activité, en liaison étroite avec le SI Patient,
- Renforcer l'efficience de la gestion individuelle, tant au plan des parcours professionnels, de la santé au travail qu'au plan statutaire.

Le projet SIRH a pour ambitions de :

- Placer l'agent au cœur du SIRH, dans une démarche de gestion des compétences, en offrant un suivi unique et personnalisé (dossier de l'agent, accès direct par un self service),
- Développer les grandes fonctions RH manquantes ou insuffisantes (santé et sécurité, gestion des compétences et du recrutement, parcours de l'agent, pilotage et gestion prévisionnelle),
- Partager l'information dans la stricte conformité des règles de sécurité,
- Développer des outils communs pour les personnels médicaux et non médicaux,
- Mettre en place des référentiels communs de gestion des métiers et des compétences,
- Alléger les tâches des personnels par la dématérialisation et la saisie à la source des informations.

5.2.2. Le dispositif de pilotage de la performance

Les bénéfices des déploiements des PGI et de la mise en œuvre des nouveaux processus s'apprécient sur le moyen terme dans le cadre d'une action d'amélioration continue, mesurée et maîtrisée.

Les directions fonctionnelles auront défini des Indicateurs Clés de Performance (ICP) pour suivre l'efficience et l'efficacité des processus qui leur incombent. A chaque processus, un propriétaire de processus sera nommé. Il fera évoluer et rendra compte de la performance du processus dont il a la charge.

Le CCS Gestion accompagnera les propriétaires de processus, et au delà les directions fonctionnelles, et les aidera à utiliser méthodes, ressources et outils appropriés et nécessaires à la mise en œuvre et au suivi périodique au travers du dispositif de pilotage de la performance.

5.3. Développer les échanges et le travail collaboratif

Au cours du plan stratégique 2005-2009, l'AP-HP a normé, professionnalisé et développé sa communication interne au travers de la mise à disposition auprès des agents d'un portail intranet unique d'accès au Système d'Information. En cours de déploiement, ce portail permet à chaque agent d'accéder, en interne, aussi bien à des informations personnelles, qu'à des informations de communication interne créées et mises à disposition sous un même éditorial sur toute l'AP-HP.

En complément à cette mise en place, l'ensemble des agents ont été identifiés et leurs accès respectifs sécurisés et simplifiés. Ceci s'est concrétisé par la mise en place d'un annuaire d'entreprise (RIGAP).

Prenant en compte l'émergence de plus en plus mature des technologies « Web », le Plan Stratégique 2010-2014 se traduit non seulement par une amélioration progressive, soutenue et déterminée du travail collaboratif et de la communication interne, mais également par le renforcement de la communication de l'AP-HP vers l'extérieur.

Les bénéfices attendus sont de doter l'AP-HP d'une véritable image internet sur la toile pouvant intégrer des communications interactives entre patients et professionnels de santé, et entre professionnels de santé. Notamment, cela peut prendre la forme de :

- Un accès facilité à des applications e-services extranet, permettant en toute sécurité aux patients ou aux usagers de prendre rendez-vous et d'accéder à distance aux informations qui les concernent et qui sont détenues par l'AP-HP (Dossier Patient). Ceci constitue un réel défi technique et de sécurité,
- Une croissance de l'attractivité de l'AP-HP et un soutien de ses activités par une revalorisation de l'offre de soins, de l'image de l'AP-HP et de l'excellence de son savoir-faire,
- Une meilleure communication sociale en interne, au sein de l'offre d'informations Ressources Humaines, comme en externe au travers de l'offre d'emplois, des concours, …
- La rénovation de grands chantiers collaboratifs tels que la messagerie et l'agenda partagé.

Par ailleurs, un outillage métier mutualisé, partagé par toute la filière communication de l'AP-HP sera mis en œuvre. Une suite collaborative de communication sera acquise, permettant aux maîtrises d'ouvrage de travailler sur une plate-forme de gestion de contenus, avec publication multi-support (web, papier), intégrant la gestion d'une base de données et de documents multi-média.

5.4. Renforcer le pilotage institutionnel

Lors du dernier Plan Stratégique, un effort particulier a été opéré en termes d'outillage du SI visant à renforcer le pilotage institutionnel de l'AP-HP, en mettant à disposition auprès des décideurs des tableaux de bord de suivi et de consolidation des activités aux différents niveaux de structure.

Le CCS Pilotage est chargé de poursuivre la montée en charge de ce dispositif en phase avec le déploiement des applications intégrées des domaines gestion et patient notamment.

5.4.1. Extension fonctionnelle d'OPALE (Outil de Pilotage de l'Assistance Publique des établissements et des pôles)

Le nouvel entrepôt de données OPALE mis en production en 2009, reprend les données issues de la précédente application EDP et des différents infocentres locaux et centraux de l'AP-HP pour les données d'activité et de dépenses. OPALE devient le réceptacle aval de toutes les données issues du Nouveau SI, à partir des PGI du domaine Gestion SAP et HRA, et ultérieurement du domaine Patient avec le SIC.

5.4.2. Mise à niveau de SIRIUS dans le cadre de la mise en place des Groupes Hospitaliers et du nouveau SI Patient

Le serveur unique de référentiel des structures de l'AP-HP, Système Informatisé du Référentiel Unique des Structures (SIRIUS) récemment mis en place décrit l'organisation médicale, de gestion et géographique de l'AP-HP, en pôles d'activités, services, unités de gestion, unités de recueil de l'activité. Il alimente en amont les applications du Nouveau SI (SAP, HR Access,…), ainsi que les anciennes applications encore en fonctionnement.

Au cours de ce plan stratégique, SIRIUS devra prendre en compte les nouveaux besoins du SI Patient et du SI Gestion, intégrer l'axe de localisation dans le cadre de la normalisation géographique de l'ensemble des locaux de l'AP-HP, ainsi que les transformations nécessaires aux règles de gestion liées à la mise en place des nouveaux GH.

5.4.3. Mise en place d'une cellule de pilotage de la performance

Une cellule de pilotage de la performance sera mise en place dans le cadre du projet MOSI (Modernisation du Siège) avec le support du CCS Pilotage.Dans la lignée du tableau de bord « 4 cadrans », elle sera particulièrement chargée de construire un outillage permettant de suivre les projets du plan stratégique.

5.5. Garantir le maintien en condition opérationnelle du SI

Le SI de l'AP-HP doit être supporté par une infrastructure technique et un réseau à l'état de l'art, capable de répondre aux enjeux institutionnels de manière sécurisée et performante, dont la mise en œuvre est confiée à l'ATI, qui est chargée de :

- Préparer la mise en production et accompagner le déploiement des PGI et des applications institutionnelles des domaines au niveau des GH,

- Maintenir en condition opérationnelle ces infrastructures techniques en délivrant des services d'exploitation de qualité, avec des taux de disponibilités adaptés, une maintenance efficiente compte tenu de ces contraintes,
- Rationaliser et optimiser les infrastructures techniques en mettant en œuvre des systèmes mutualisés et banalisés qui permettent des déploiements rapides et sécurisés,
- Aider et mettre en œuvre les infrastructures nécessaires à la montée en puissance du travail collaboratif et des échanges de données synchrones ou asynchrones entre professionnels hospitaliers, en interne et avec l'extérieur de l'AP-HP,
- Faire face au besoin des professionnels hospitaliers d'accéder en toute sécurité au SI de l'AP-HP, en tout lieu, à toute heure, et sur tout type de poste de travail.
- L'ATI se construit et s'identifie comme un centre de services orienté vers ses clients que sont les CCS et les GH. Elle élabore l'ensemble de ses processus de fonctionnement sur les normes et les bonnes pratiques internationalement reconnues (COBIT et ITIL). Elle s'engage sur des contrats de services avec les CCS et les GH, en suit l'exécution tout en conduisant sa propre feuille de route pluriannuelle réactualisée annuellement.

Dans le cadre du plan stratégique, cette feuille de route contient les principales orientations des Technologies de l'Information et des Télécommunications (TIC) à mettre en œuvre ou à améliorer sur l'ensemble du Système d'Information de l'AP-HP. Elle s'articule autour des projets stratégiques suivants, qui une fois déployés, permettront à l'ATI, non seulement d'atteindre ses engagements vis à vis des CCS et des GH, mais aussi de réaliser d'importantes économies de fonctionnement :

5.5.1. Virtualiser le poste de travail

Associé à des architectures techniques virtualisées, ce projet permettra de favoriser la mobilité, de fournir une diffusion rapide et sécurisée des logiciels, une exploitation et une maintenance plus performante et sensiblement moins onéreuse des infrastructures, ainsi qu'une meilleure disponibilité des données.

5.5.2. Moderniser l'architecture de communication

Ce projet renouvellera les capacités de la messagerie actuelle, permettra d'en étendre les fonctionnalités vers de nouveaux services (Messagerie instantanée, Web conférences,…) et renforcera les échanges entre l'AP-HP et ses partenaires externes.

5.5.3. Mutualiser et fiabiliser les salles informatiques

Après une étude d'opportunités, de faisabilité et des risques encourus, les enjeux de ce projet sont non seulement d'améliorer et de sécuriser la performance des infrastructures, mais également de rationaliser leurs utilisations et de dégager des économies en termes de maintenance et d'exploitation.

5.5.4. Industrialiser les outils de production

En liaison avec la virtualisation du poste de travail et la fiabilisation des salles informatiques, ce projet vise à mettre en place des dispositifs techniques permettant d'améliorer et faciliter le pilotage et l'exploitation des infrastructures et des réseaux tout en délivrant périodiquement un reporting consolidé et accessible par tout un chacun.

5.5.5. Mutualiser les autocommutateurs

Dans la continuité du précédent plan stratégique, le renouvellement des autocommutateurs obsolètes sera poursuivi avec un fort enjeu d'efficience et de nouveaux services dans le cadre de la mutualisation des équipements au niveau des GH.

5.5.6. Sécuriser les infrastructures et les accès

La sécurité est présente dans tous les projets stratégiques de l'ATI. Le projet de sécurisation opérationnelle des infrastructures vise à améliorer la continuité des activités par la mise en œuvre d'un Plan de Continuité Informatique (PCI) des infrastructures et des réseaux ainsi qu'une sécurisation de la gestion des accès au SI.

5.6. Sécuriser le système d'information

Au cours des dernières années, l'essor de la numérisation des données de santé à caractère personnel, de leur usage électronique et des échanges a considérablement renforcé la sensibilité de ces données, à la fois dans le cadre de leur manipulation quotidienne et opérationnelle, mais aussi en terme d'exigences réglementaires.

5.6.1. Les enjeux et les objectifs

Les données de santé numérisées sont devenues plus volatiles, plus accessibles, mais aussi plus vulnérables. L'usage des technologies de l'information et de la communication offre à l'AP-HP des perspectives de développement mais ces technologies induisent des risques accrus.

Les atteintes à la sécurité de notre SI peuvent donc avoir des impacts importants pour notre Institution car les données RH, financières, Patient, Produits de santé sont des données clés pour l'AP-HP. Elles sont fortement encadrées réglementairement et leurs criticités doivent être appréciées selon les critères de sécurité que sont, la disponibilité, la confidentialité, l'intégrité et la traçabilité.

Afin de réduire les risques et de permettre de garantir un niveau de confiance, les objectifs à poursuivre pour la sécurité du SI sont de :

- S'assurer de la disponibilité des données et des traitements informatiques (continuité de service),
- Garantir l'intégrité des données,
- Garantir la confidentialité des données (secret médical),
- Améliorer la sécurisation des accès au SI et suivre l'imputabilité des transactions (identification, authentification, non répudiation…),
- Etre conforme aux exigences législatives et réglementaires,
- Assurer la pérennité des données (archivages techniques et réglementaires).

5.6.2. Les responsabilités de la sécurité de l'information

La mise en œuvre de la sécurité du SI relève de chaque collaborateur en fonction de son niveau de responsabilité et des principes de gouvernance assurés par la Direction Générale. Au-delà des acteurs

de la fonction SI, l'engagement de tous les agents de l'AP-HP est indispensable pour garantir l'efficacité de nos mesures dans la protection de nos informations.

5.6.3. Le plan d'actions

Un diagnostic « flash » conduit en 2009, a permis de disposer d'un état des lieux de la sécurité du SI, d'apprécier les risques majeurs, de les évaluer et de construire un plan d'actions prioritaires à court, moyen et long termes, répondant aux besoins de sécurité du SI et aux exigences réglementaires..

La démarche doit être progressive, concrète et pérenne, sur la durée de ce plan stratégique 2010 – 2014 et sur le suivant. 4 chantiers majeurs sont à conduire :

- **Renforcer la gouvernance de la Sécurité**
  - Mettre en place une fonction de Responsable de la Sécurité du Système d'Information de l'AP-HP (RSSI),
  - Adopter un document à jour de Politique Générale de Sécurité du SI, et élaborer une charte utilisateurs intégrée au règlement intérieur de l'AP-HP,
  - Insérer la dimension de sécurité en amont des projets,
  - Sensibiliser les utilisateurs du SI aux enjeux et aux différentes dimensions de la sécurité de l'information,
  - Mettre en œuvre le système de management de la sécurité comme un plan d'amélioration continue (définition d'objectifs, mise en œuvre des actions, revue périodique des projets sur la base d'audits et d'indicateurs).
- **Améliorer la continuité informatique**
  - A court terme, définir une stratégie de secours et d'organisation de crise SI, et auditer les applications les plus critiques déterminées par les CCS,
  - A moyen terme, mettre en œuvre la stratégie de secours et de maintien en conditions opérationnelles des applications critiques et pérennes.
- **Structurer la gestion des identités des utilisateurs et des accès au SI**
  - A court terme, définir une stratégie globale et transverse de gestion des identités et des accès, réaliser un bilan des briques logicielles disponibles et maîtriser le circuit des utilisateurs dans une approche transversale,
  - A moyen terme, renforcer l'authentification et la traçabilité pour les usages critiques.
- **Augmenter le niveau de sécurité des réseaux et des systèmes**
  - L'évolution des technologies, l'interconnexion des systèmes et l'essor du « sans fil » justifient de renforcer la sécurité des réseaux filaires et sans fil, dans le respect de la diversité des usages,

- Les règles d'architecture et d'interconnexion des réseaux doivent être définies notamment pour les systèmes bio-médicaux et les usages du « sans fil ».

5.7. Renforcer la gouvernance et le pilotage du SI

5.7.1. Renforcer le pilotage stratégique du système d'information

La Direction Générale est fortement impliquée dans le pilotage stratégique du Système d'Information. Le Secrétaire Général préside le COmité de PILotage du SI de l'AP-HP (COPIL SI), qui valide les orientations stratégiques et en suit la mise en œuvre. Il est assisté d'une Cellule de Pilotage Stratégique (CPS), chargée de s'assurer de la cohérence des actions transversales, de la réalisation des engagements majeurs, notamment en matière de déploiement des projets, de politique de sécurité et d'appréciation des risques.

5.7.2. Conforter les 4 Centres de Compétences et de Services, pleinement responsables de leur domaine métier

4 centres de compétences et de services (CCS) ont été créés :

- Le **CCS du domaine « Patient »** rattaché à la Direction de la Politique Médicale,
- Le **CCS du domaine « Gestion »** rattaché à la Direction des Ressources Humaines et à la Direction Economique et Financière,
- Le **CCS du domaine « Pilotage »** rattaché à la Direction Générale,
- Le **CCS du domaine « Travail Collaboratif et Communication** (TCC) **»** rattaché à la Direction des Ressources Humaines.

Ils ont la responsabilité de la conduite de bout en bout des projets de leur domaine.

Ils exercent la maîtrise d'ouvrage opérationnelle du domaine concerné, par délégation de la ou des direction(s) fonctionnelle(s), ainsi que la maîtrise d'œuvre.

Ils maintiennent en condition opérationnelle leur SI respectif, assurent le déploiement des applications, la conduite du changement et le support aux utilisateurs en lien avec les Directions Informatiques des Groupes Hospitaliers.

Les CCS délèguent à l'ATI, les responsabilités et les activités liées à l'infrastructure technique de bout en bout et en suivent la réalisation.

5.7.3. Renforcer l'ATI, responsable de l'infrastructure technique de bout en bout

Rattachée au Secrétaire Général, l'ATI a pour mission de garantir dans la durée, une infrastructure technique et de réseau, conformément aux objectifs fixés par les CCS.

Son organisation est orientée vers le service rendu aux CCS, aux GH, et aux utilisateurs, en privilégiant les objectifs de sécurité et de disponibilité des applications. Cet engagement doit se matérialiser par un contrat de services passé avec chaque CCS et par des feuilles de route formalisées avec chaque GH.

L'ATI couvre le cycle de vie de l'infrastructure technique de bout en bout jusqu'au poste de travail. Elle définit une architecture technique globale, veille à sa mise en œuvre, s'assure du respect des standards

techniques pour les infrastructures des GH, assure les activités de pré-production, de production et de support technique, et contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique de sécurité du SI.

Elle anime la communauté technique des Directions Informatiques des GH. Elle les associe à la production des normes d'ingénierie, et leur confie des directions de projet.

5.7.4. Intégrer les Services Informatiques des Etablissements dans la gouvernance du SI

Les missions des Directions Informatiques des Hôpitaux évoluent fortement dans le cadre de la nouvelle gouvernance du SI. Elles doivent aussi se réorganiser au sein des GH, en mutualisant les compétences et les moyens de manière à garantir une expertise de proximité.

Les Directeurs Informatiques de GH assurent :

- La planification annuelle des projets de SI au niveau du GH et le suivi opérationnel des déploiements,
- La participation aux projets et à l'élaboration des normes techniques de l'ATI et à la boucle d'amélioration fonctionnelle des CCS,
- L'organisation du support utilisateurs partagé avec les CCS et l'ATI, dans leur GH,
- La gestion des métiers et des compétences de la filière informatique dans le contexte des nouvelles missions des différentes entités du SI.

5.7.5. Améliorer les relations entre les différentes entités du SI

Pour garantir la cohérence globale des missions des entités du SI et organiser la mise en œuvre opérationnelle de leurs responsabilités respectives, les engagements sont formalisés au travers de contrats de services et de feuilles de routes stratégiques.

Les directions fonctionnelles et les CCS élaborent une feuille de route stratégique pluriannuelle. Elles définissent les priorités stratégiques, les plannings, les contraintes et les indicateurs de performance à atteindre.

Un contrat de service est établi entre chaque CCS et l'ATI. Il définit les rôles et les responsabilités respectifs du CCS et de l'ATI, le catalogue des services de l'ATI, les indicateurs de performance, les objectifs annuels ainsi que les modalités de suivi et d'évolution du contrat.

Une feuille de route est également établie entre chaque GH, les CCS et l'ATI. Elle définit les plans pluriannuels et annuels des projets de SI au niveau du GH.

5.7.6. Mettre en place une organisation de service partagé pour le support aux utilisateurs

Le déploiement du nouveau SI nécessite, que soit mise en place une organisation performante de support aux utilisateurs, contribuant à la meilleure disponibilité des applications et à l'efficience de son utilisation.

L'organisation du service de support est partagée entre les GH, l'ATI et les CCS, responsables de bout en bout des applicatifs de leur domaine, et les Directions Informatiques des GH, qui assurent par délégation le support de premier niveau, point d'entrée unique pour les utilisateurs.

6. Un projet de développement de la qualité, de la gestion des risques, et des relations avec les usagers

L'enjeu du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP est d'afficher pour les usagers des orientations lisibles, ambitieuses et innovantes en termes de qualité, gestion des risques et relations avec les usagers (Q-GdR-U) et de construire avec les directions fonctionnelles et les GH des démarches cohérentes, coordonnées et efficaces.

La politique qualité gestion des risques et relations avec les usagers AP-HP fait partie intégrante du projet médical et du projet de soins. Elle répond aux programmes nationaux de santé publique et intègre les obligations réglementaires en matière de qualité et sécurité de prise en charge des patients, de vigilances, de gestion des risques techniques, environnementaux et de prévention des risques professionnels. Elle prévoit le pilotage et le suivi de la politique de certification des établissements et des différentes démarches qualité sectorielles (accréditation des laboratoires…).

Prenant en compte les attentes et la satisfaction des usagers, elle aborde en toute transparence les enjeux de qualité de l'accueil, de sécurité des soins, de bientraitance et porte une attention toute particulière, comme le demande la loi HPST, à la mise en œuvre de programmes d'amélioration, d'actions de prévention et de traitement des événements indésirables, de lutte contre les infections associées aux soins et la iatrogénie ainsi qu'au développement professionnel continu (DPC).

Il a été retenu, en lien avec les instances concernées, de traduire l'ensemble de ces orientations dans une politique qualité gestion des risques et relations avec les usagers autour de cinq grands axes :

1. Mettre en œuvre un management de la qualité et de la gestion des risques centré patient
2. Renforcer la qualité des pratiques et la sécurité des soins
3. Renforcer la qualité de l'accueil, de l'information et des relations avec les usagers
4. Renforcer la sûreté de fonctionnement des installations et des prestations au service du soin
5. Renforcer la politique Ressources Humaines autour de la qualité et de la sécurité

Cette politique sera déclinée annuellement en programme d'actions priorisées au niveau des groupes hospitaliers et hôpitaux :

6.1. Mettre en œuvre un management de la qualité et de la gestion des risques centré patient

Les orientations du plan stratégique précédent, traduites dans les projets institutionnels et programmes d'action ont donné des résultats. Les équipes se sont mobilisées, de nombreuses actions ont été menées, la création d'un comité central de pilotage Q-GdR-U et les différents comités qualité, sécurité des soins en ont facilité la coordination et la diffusion. Le contexte évoluant, des adaptations sont nécessaires.

6.1.1. Faire des restructurations et réorganisations en GH et du plan stratégique un levier d'action pour améliorer la qualité et la gestion des risques à l'AP-HP

Le contexte de réorganisation de l'offre de soins se traduit par une réallocation des ressources hospitalières pour mieux répondre aux nouveaux besoins sanitaires de la population. La démarche qualité s'inscrit dans cette réorganisation et cherche à en faire une opportunité.
Toutes les composantes du plan stratégique (projet médical, de soins, RH, logistique…) intègrent une dimension qualité gestion des risques. Celle-ci doit devenir un élément du pilotage hospitalier et se traduire dans une contractualisation avec les GH, pôles…, suivie par des tableaux de bord.

6.1.2. Faire des obligations réglementaires et contractuelles des opportunités de manager la qualité et la sécurité des soins, en cohérence avec les objectifs institutionnels

Les différents engagements pris par l'institution au travers des contrats signés avec l'Agence régionale de santé, des autorisations d'activités et labellisations reçues ou encore de certaines réglementations sectorielles (contrat de bon usage des produits de santé, contrat d'objectifs et de moyens, démarche de contractualisation avec l'assurance maladie sur les dépenses de ville d'antibiotiques et de transports sanitaires, labellisation des centres de maladies rares, réglementation ASN sur la radiothérapie…) doivent trouver leur déclinaison dans ces objectifs, dans un souci de cohérence et de facilitation pour les acteurs.

L'AP-HP a souhaité faire de la certification par GH un point de rencontre structurant des réorganisations et de la démarche Q-GdR-U. En effet, cette dernière crée du lien en fédérant les objectifs et les acteurs. Les résultats de la certification V2/V2007 avec le suivi des décisions et les pratiques exigibles prioritaires (PEP) de la V2010 constituent le cadre prioritaire dans lequel s'inscrivent les projets qualité des équipes hospitalières.

6.1.3. Organiser un management de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers lisible, éthique, responsable et durable

La première orientation s'appuie sur des organisations qui assurent la coordination efficace entre qualité gestion des risques et relation avec les usagers. Cela passe par un renforcement des compétences tout spécialement en gestion de risques et leur médicalisation. Pour ce faire, l'AP-HP doit mobiliser toutes ses ressources, telles que le réseau des médecins de santé publique et les DIM, et assurer du lien notamment par des instances identifiées dans son nouveau règlement intérieur.

Pour renforcer l'écoute des usagers, intégrer au mieux leurs attentes et leurs droits, l'AP-HP s'engage à diversifier les méthodes, les relais et les lieux d'échanges avec les usagers et développer des projets opérationnels, tels que assurer le respect de leur dignité et de la confidentialité, la promotion de la bientraitance ou encore l'accompagnement de la fin de vie et du décès.

Les démarches de lisibilité et d'ouverture vers le grand public se traduiront, au-delà des obligations de publication des indicateurs, par une politique active en matière de communication sur ces sujets, et sous des formes variées (site internet…). Cette démarche est importante pour maintenir et développer l'implication de l'ensemble des professionnels et entraîner l'adhésion des usagers.

La deuxième orientation est de disposer d'un système d'information fiable, incluant un système de gestion documentaire partagé, facilement accessible aux acteurs de santé et aux usagers. Le développement de l'informatisation du dossier patient et de la prescription d'une part, et l'intégration dans ce système d'information des plaintes et réclamations reçues par la CRUCQPC, par la direction de l'établissement ou les services, d'autre part, constituent pour ces prochaines années un facteur majeur de qualité et de sécurité, par ailleurs essentiel pour en mesurer les résultats.

6.1.4. Intégrer systématiquement, à tous les niveaux du management les grandes orientations Q-GdR-RU

Au-delà des organisations, l'enjeu est aussi culturel. Il concerne à la fois les pré-requis de la démarche de qualité et gestion des risques et la promotion systématique d'une politique d'évaluation.

L'ambition de la politique Q-GDR-U de l'AP-HP est de contribuer à la transformation des mentalités en matière de gestion des risques et de construire un climat de confiance et des organisations propices au développement de l'analyse collective des « évènements indésirables ». Il s'agit de faciliter le signalement, l'analyse et la prévention des incidents et des erreurs, sans recherche de culpabilité d'un individu ou d'une équipe, mais sans déresponsabiliser les acteurs. Cette approche relève d'un double engagement de l'institution et des équipes, qu'il importe de mieux formaliser. Par ailleurs, la politique active de promotion des revues de morbi-mortalité (RMM) et de transparence vis-à vis des patients et de leurs proches en cas d'événement indésirable grave doit être poursuivie et complétée pour décliner de façon plus opérationnelle l'écoute et le soutien des équipes ainsi que des patients et de leurs proches lors de telles situations. Les patients ou leur famille, et, dans certains cas, des associations de patients ou familles concernées pourront utilement contribuer à l'analyse de ces situations sous forme d'entretiens et de contributions aux recueils de données.

Enfin, l'AP-HP s'attachera à promouvoir une politique de développement des projets hospitalo-universitaires dans le domaine de la Q-GdR-U via des publications, des projets de recherche, des programmes de formation, des plans de gestion de crise, des collaborations régionales, nationales et internationales mais aussi par la création de plateformes de simulation ou le développement de la télémédecine.

6.2. Renforcer la qualité des pratiques et la sécurité des soins

La communauté soignante s'est engagée dans une double démarche d'analyse et de prévention des risques et de développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les résultats de l'enquête sur les revues de morbi-mortalité sont encourageants et la base de données EPP AP-HP témoigne du dynamisme en la matière. Mais les pratiques sont encore éparses, peu lisibles, insuffisamment valorisées et évaluées, et surtout l'intégration dans la pratique quotidienne des équipes est encore insuffisante.

6.2.1. S'assurer que tous les projets médicaux prioritaires contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

L'enjeu est de valoriser les dimensions qualité gestion des risques et relations avec les usagers, dans tous les projets médicaux et de soins. Il s'agit d'évaluer leur valeur ajoutée et d'en organiser un suivi régulier par des mesures d'impact, des éléments de mesure spécifiques incluant les indicateurs nationaux déjà répertoriés.

Les réorganisations selon les axes prioritaires du projet médical (urgences, cancérologie, gériatrie, pédiatrie..), l'informatisation du dossier et de la prescription sont des opportunités de développer des environnements plus sécurisés mais sont aussi générateurs de risque. Il importe donc, à la fois de répertorier, de cartographier ces situations à risque à la fois par des analyses *a priori* et par des retours d'expérience et de mettre en place un suivi des mesures prises. Les pratiques innovantes comme les méthodes de sélection des priorités doivent être testées.

6.2.2. Promouvoir dans tous les secteurs d'activité de l'hôpital des analyses de pratiques cliniques sous toutes ses formes en assurant le développement professionnel continu

Le passage d'une obligation de moyens à une obligation de résultats nécessite d'identifier des actions prioritaires en tenant compte de leur impact en terme de résultat, clinique, médico économique, organisationnel ou encore en termes de satisfaction des usagers et des professionnels. Ces actions doivent découler d'une analyse objective des pratiques, au regard des recommandations existantes, au travers de programmes assurant un suivi des actions d'amélioration et la mesure de leurs impacts. C'est l'un des aspects majeurs du développement professionnel continu sur lequel l'AP-HP s'engage avec l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances indispensable en rapport.

La promotion de ces actions d'amélioration des pratiques médico-soignantes doit favoriser la fédération des acteurs du soin autour de toutes formes de programmes pluri professionnels et pluridisciplinaires favorisant les temps collectifs de réflexion partagée *(RMM, RCP : Revue de Concertation Pluridisciplinaires, analyse des registres et indicateurs, check-list, staffs EPP, partages et retours d'expériences…)*. L'objectif est d'améliorer les comportements collectifs autour d'une analyse de données objectives favorisant le décloisonnement. La mutualisation des moyens utilisés et leur valorisation seront traduites et lisibles par tous les acteurs dans la base de données EPP AP-HP adaptée, optimisée et facilitatrice.

Les thèmes à privilégier seront issus des programmes institutionnels[46], mais aussi régionaux, nationaux ou en rapport avec les pratiques exigibles prioritaires de la certification. La maitrise des dépenses de santé et qualité des soins *(pertinence des hospitalisations…)* et l'évaluation de la performance des itinéraires cliniques ou des parcours de soins seront des réflexions à mener dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du projet médical.

De même, l'AP-HP, en promouvant des standards de soins choisis au niveau institutionnel sur des sujets transversaux ou plus spécifiques par type de prise en charge ou par spécialité, facilitera leurs mises en œuvre, améliorations et résultats.

Toutes ces démarches permettront ainsi d'afficher la qualité prouvée et de reconnaitre l'excellence des compétences et de leur mise en œuvre. C'est également dans ce principe que s'inscrit l'ensemble des démarches de labellisation, certification, accréditation ou toute autre dynamique qualité sectorielle qu'il est nécessaire de reconnaitre, accompagner, favoriser et valoriser au mieux.

6.2.3. Poursuivre les démarches ciblées d'analyse et de prévention des risques liés aux soins et développer des approches innovantes

Il s'agit d'aller plus loin dans la diffusion et l'évaluation des mesures ciblées de prévention des risques liés aux soins. Les obligations et les méthodes se précisent : obligations d'organisation, valorisation de la fonction « gestionnaire de risque lié aux soins » ou « équipe de gestion des risques », nombreuses pratiques exigibles prioritaires de la certification ciblées exclusivement ou partiellement sur la sécurité des patients.

---

[46] La CME s'est engagée en mai 2006 dans la promotion de quatre thèmes institutionnels d'évaluation des pratiques professionnelles : *juste prescription des produits de santé et examens complémentaires, revue de morbidité-mortalité dans les services cliniques dits « à risque », prise en charge de la fin de vie, mise en place et évaluation des RCP dans les services prenant en charge le cancer.* Cette démarche sera donc poursuivie, adaptée et complétée.

Des plans nationaux spécifiques - prise en charge médicamenteuse, gestion de l'opéré - prenant modèle sur ce qui a été développé dans le champ de la lutte contre les infections nosocomiales et incluant des méthodes a priori et a posteriori sont en cours d'élaboration. Un plan spécifique à l'AP-HP relatif à l'accès aux soins est à développer pour évaluer notamment le délai de prise en charge des patients à compter du diagnostic pour les pathologies les plus graves. Tous ces plans et programmes viennent compléter les programmes institutionnels de prévention des risques déjà engagés - prévention des infections associées aux soins, bonne identification des patients, prévention des escarres acquis à l'hôpital.

L'AP-HP s'engage à développer, dans tous ces domaines un programme, des méthodes, des outils et des indicateurs communs à l'ensemble des groupes hospitaliers, en s'appuyant sur l'expérience des équipes les plus avancées. Dans cette perspective, le développement des analyses processus et des analyses de risques *à priori* viendra enrichir la démarche déjà engagée de retour d'expérience. Ce dernier sera systématisé à tous les niveaux pertinents (spécialités, GH, AP-HP…). Ce déploiement ne pourra se faire sans un renforcement des actions de formations « analyse systémique » et approche « processus » déjà engagées.

Enfin, la multiplication des systèmes de signalement des événements indésirables liés aux soins (événements graves, événements porteurs de risque) conduit à développer une approche coordonnée pour limiter les redondances. Elle doit être aussi incitative pour engager les équipes médicales dans l'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité dite "à risques".

6.2.3. Se donner la capacité de faire face à une crise sanitaire de grande ampleur

Les plans d'urgence, les organisations de crise sont présents dans tous les hôpitaux. Il existe aussi des liens fonctionnels et organisationnels dans la gestion des risques ordinaires et des risques exceptionnels, de façon à se mobiliser au juste niveau, en évitant toute sur-mobilisation non justifiée par l'évènement à gérer, de façon cohérente et coordonnée, notamment sur le plan médiatique[47].

6.3. Renforcer la qualité de l'accueil, de l'information et des relations avec les usagers

L'accueil constitue une thématique prioritaire de la politique Q-GdR-U de l'AP-HP.

6.3.1. Améliorer la qualité de l'information à toutes les étapes de la prise en charge

L'information des patients et de leur proches, conditionne l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie. L'amélioration de cette information, très nette ces dernières années comme le confirment les enquêtes de satisfaction et les audits du dossier patient, peut encore progresser.

L'institution doit assurer aux patients et aux médecins que l'hôpital met en œuvre tous les moyens pour leur offrir les meilleures pratiques médicales et de soins.

L'AP-HP s'attachera à mieux organiser la promotion de la démarche qualité et de ses résultats en interne et en externe, en développant et en maintenant un bon niveau de dialogue institutionnel avec

[47] Le dispositif de gestion de crise est détaillé dans le chapitre 2

les réseaux professionnels, les médecins traitants et spécialistes et les usagers. Elle doit se mobiliser pour permettre aux patients et aux familles d'accéder facilement à une information partagée et expliquée aussi bien sur l'offre de soins que sur les parcours de soins, la sortie et les programmes d'éducation thérapeutique.

Pour ce faire, L'AP-HP entend enrichir la collaboration avec les patients et leur entourage, notamment :

- en modernisant le dispositif de présentation et de repérage de l'offre de soins grâce à la refonte du site Internet,
- en affichant, au fur-et-à-mesure de leur formalisation, les parcours de soins sur ses outils de communication,
- en développant la pratique de l'information systématique du patient et de son entourage sur la sortie de l'hôpital,
- en informant le patient de l'existence de programmes d'éducation thérapeutique au sein de ses établissements,
- en faisant connaître les dispositifs de soins destinés à l'accueil des usagers les plus précaires
- en développant les « Maisons d'Information en Santé » (MIS),
- en raccourcissant les délais d'accès du patient à son dossier.

L'AP-HP s'engage à perfectionner ses procédures d'écoute et d'information des usagers et de leurs représentants. La place institutionnelle de l'usager dans l'hôpital sera renforcée en particulier par le biais des CRUQPC, et la construction d'articulations et de liens étroits avec les directions qualité et les gestionnaires de risques, pour favoriser le dialogue avec un usager/patient de l'hôpital mieux informé.

6.3.2. Faire de l'amélioration de l'organisation de l'accueil et du circuit du patient un axe majeur du projet de développement de la qualité.

L'AP-HP renforcera la professionnalisation des agents de l'accueil sur des missions précises et valorisées, afin que ces professionnels, à l'écoute des patients, puissent faciliter le travail des services, veiller à la fiabilisation des données dès l'entrée, tout particulièrement de l'identification du patient, élément essentiel de la sécurité des soins, tout en assurant la confidentialité des données.

Un meilleur accueil implique de simplifier les démarches et d'assurer l'accessibilité, la fluidité des circulations et espaces, notamment pour les personnes en situation de handicap. Cela oblige enfin à réfléchir lors des travaux de réorganisation et de restructuration des structures au service du patient, tenant compte du point de vue des patients. Il est essentiel aussi d'optimiser les circuits de prise en charge et rendre efficace la signalétique.

6.3.3. Optimiser les conditions de séjour et le circuit du patient en assurant l'évaluation des prestations hôtelières et logistiques

Depuis plusieurs années le déploiement du projet « marQue AP » a permis l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques dans le domaine de l'accueil et de l'hôtellerie, et la mise en place d'un réseau de référents qui déclinent le projet au niveau des hôpitaux et groupes hospitaliers en étroite collaboration avec les associations des usagers.

Cependant sur ses aspects hôtellerie, l'accueil des patients reste l'une des marges de progression les plus importantes de notre institution. Les résultats des enquêtes Saphora confirment une dégradation de la satisfaction globale des patients concernant la restauration et le confort des chambres.

Une attention particulière sera donc portée à l'amélioration des conditions d'accueil et d'hôtellerie. L'AP-HP s'engage à renforcer les actions déclinées de la « Marque AP », en assurant son déploiement et son suivi dans tous les sites, en lien avec les représentants des usagers. Les priorités seront la propreté des locaux, notamment les chambres et les lieux publics de plus haute fréquentation et la proposition d'une alimentation équilibrée avec un service adapté à la personne.
Le respect et la sécurisation du circuit des déchets sont un des axes incontournables du projet d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'AP-HP.

Pour répondre aux attentes de nos usagers en matière de prestations hôtelières et assurer un environnement apaisant et rassurant, l'AP-HP s'engage à inscrire la qualité de l'accueil en tant qu'impératif dans les opérations de construction ou de rénovation des locaux le nécessitant, en assurant l'application des normes en matière d'accessibilité des personnes handicapées, de fluidité de circulation en fauteuil roulant, de signalétique, de température, d'éclairage et d'insonorisation.

6.4. Renforcer la sûreté de fonctionnement des installations et des prestations au service du soin

La sureté de fonctionnement des installations et des prestations au service du soin s'impose à l'AP-HP. Cet impératif ainsi que l'évolution des techniques et matériaux nécessitent d'identifier les nouveaux métiers en rapport avec l'amélioration des fonctions techniques et logistiques au service du soin.

6.4.1. Mettre en sécurité le patrimoine des installations techniques

En 2009, l'AP-HP s'est attachée à connaitre son patrimoine et à évaluer les risques sanitaires par site, l'enjeu étant d'investir à « bon escient » là où cela est nécessaire, étant entendu que la sûreté de fonctionnement des infrastructures et équipements est un incontournable pour l'AP-HP.

La mise en sécurité du patrimoine bâti et des installations techniques porte essentiellement sur l'électricité, l'eau, le thermique et le risque incendie en mettant en œuvre les actions jugées prioritaires pour chaque site.
Il faudra pour ce faire renforcer les démarches d'évaluation des fonctions techniques et logistiques et améliorer le retour d'expérience sur les problèmes techniques, en prenant en compte l'impact potentiel sur les patients, les professionnels et le public.

Les actions de sûreté technique au service du soin en particulier la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement et l'utilisation des matériaux adaptés aux nettoyages efficaces seront renforcées. De même, la mise en conformité sanitaire des cuisines et des installations de stockage des déchets constitue une priorité pour l'AP-HP.

6.4.2. Contrôler la qualité et la sécurité des dispositifs et des équipements médicaux

En matière de dispositifs et d'équipement médicaux, si continuer à assurer les contrôles qualité réglementaires selon les référentiels nationaux est évidemment prioritaire, l'AP-HP s'engage à organiser et suivre la maintenance préventive pour les dispositifs et équipements soumis à obligation mais aussi pour les dispositifs et équipements médicaux non soumis à obligation de maintenance, mais de criticité élevée pour les patients et les utilisateurs. Le développement de la mise en commun de bonnes pratiques de maintenance pour les dispositifs et équipements médicaux non soumis à obligation de maintenance facilitera cette démarche.

6.4.3. Mettre en place dans chaque GH un schéma directeur pour la sécurité des personnes et des biens

Un schéma directeur pour la sécurité des personnes et des biens sera mis en place dans chaque GH. S'inscrivant dans la continuité de celui de 2005 - 2009, le schéma directeur pour la période 2010 - 2014 établira un bilan de la sécurité par établissement et planifiera pour les cinq années à venir les mesures de sécurité actives et passives estimées nécessaires. Les priorités seront définies au niveau du groupe hospitalier.

6.5. Renforcer la politique RH autour de la qualité et de la sécurité :

Deux enjeux majeurs du projet RH, en termes de qualité et de gestion des risques mobiliseront l'institution dans les prochaines années :

6.5.1. Répondre aux obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels :

Les hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP ont répondu à l'obligation concernant le document unique, il s'agit pour tous d'en tirer un plan de prévention des risques professionnels et d'en assurer le suivi. Ces plans de prévention prévoiront l'intégration de la démarche de prévention du risque professionnel dans la démarche de gestion globale des risques à l'hôpital et la professionnalisation des équipes de prévention et santé au travail (une équipe par groupe hospitalier). L'AP-HP portera ses efforts en particulier sur la prévention des risques psycho sociaux , ainsi que sur la prévention du risque chimique.

6.5.2. Accompagner les changements et restructurations on optimisant les organisations au travail

L'institution rentre dans une période de changements et de restructurations importantes, qui nécessitent un accompagnement pour préserver le bien être au travail.

L'AP-HP portera une attention toute particulière à l'accompagnement des mobilités. Elle s'attachera à optimiser les organisations au travail, en impliquant tous les acteurs du soin pour éviter tout climat d'insécurité, promouvoir des organisations de soins qui favorisent la prévention du « burn out » des professionnels et la promotion de la bientraitance pour les patients.

L'AP-HP s'engage aussi à développer les facteurs d'attractivité au travail tels que le développement des métiers et des compétences, la formation professionnelle, l'encouragement et la valorisation des

initiatives et actions le méritant. Dans ce sens, elle assurera un suivi de l'absentéisme, indicateur clé de la qualité, par des actions d'analyse collective et d'amélioration en rapport.

7. Un projet des ressources logistiques, patrimoniales et de prestations de service, au bénéfice des soins et des équipes médico-soignantes

L'activité hospitalière mobilise de nombreuses ressources matérielles et intellectuelles qui doivent concourir activement à la prise en charge des patients.

Les ressources patrimoniales sont composées de biens fonciers (terrains, terres agricoles, forêts) et immobiliers. Au sein des ressources immobilières, on distinguera : les biens affectés à l'activité hospitalière, les logements à l'attention des personnels de l'AP-HP (logements de fonction, logements au titre de soutien socio-professionnel), les biens divers issus de dons et legs et enfin des biens loués au titre d'activités du secteur marchand (commerces) et non marchand (associations, organismes publics extérieurs).

La stratégie patrimoniale au cours de ce plan stratégique visera d'une part à opérer des réallocations de ressources au bénéfice de l'activité médicale et d'autre part à faire des arbitrages sur la pérennité et la cession des actifs. Parallèlement, une démarche volontariste sera poursuivie pour optimiser la valorisation des activités locatives du domaine privé.

Les ressources logistiques couvrent un vaste périmètre décliné en filières : restauration et nutrition, approvisionnement, transports, déchets, nettoyage, maintenance. En support du soin, la logistique valorise ces ressources par une recherche continue de la performance. L'approche logistique sera globale, pour garantir aux différents intervenants hospitaliers, la maîtrise et la sécurité des biens et flux d'information.

A l'échelle de l'AP-HP, la logistique vise par l'organisation, à optimiser la production de soins au juste coût. Cependant, cette approche se double d'une autre mission : offrir aux équipes médico-soignantes des prestations de service à forte plus value dans l'objectif du meilleur soin dispensé au patient. De même, prendre soin du malade imposera à la logistique de mieux répondre aux besoins de proximité exprimés par le patient et ses proches. **La logistique hôtelière** visera donc à offrir aux usagers un environnement apaisé, rassurant et ergonomique

7.1. Piloter les ressources logistiques et patrimoniales au bénéfice du soin

7.1.1. Mieux maîtriser la connaissance de nos ressources

Le pilotage logistique requiert à une connaissance exhaustive et actualisée. Le nouveau système d'information (NSI) de l'Institution constituera un levier essentiel pour :

- **Généraliser la pratique de l'inventaire à tous les secteurs d'activité** (patrimoine, approvisionnement, transport).
- **Optimiser la politique de recouvrement des activités locatives,** notamment la poursuite des régularisations de charges locatives
- **Renforcer le contrôle des baux** emphytéotiques et les comptes d'exploitation des bâtiments sous bail emphytéotique.

7.1.2. Mieux organiser nos ressources

L'élargissement du périmètre d'activités issu de la constitution des groupes hospitaliers ouvre à la logistique un nouvel horizon organisationnel. La taille critique des groupes, dont plusieurs sont comparables identique à d'autres CHU français, doit conduire à dégager des économies d'échelle et à opérer des réallocations de ressources logistiques : les consommables hôteliers, le

linge, les produits de santé, le transport et la production alimentaire seront plus particulièrement impactés.

Quelques principes directeurs forment le socle de cette nécessaire modernisation :

- **L'harmonisation des référentiels produits** (plan alimentaire, consommables hôteliers, dispositifs médicaux) et **des pratiques professionnelles** (tri des déchets, techniques de bio-nettoyage, usage du linge) ;
- **La centralisation des ressources**, notamment pour les activités de production et de préparation de commandes (production alimentaire, imprimerie, reprographie, cytotoxiques, médicaments) ;
- **La mutualisation**, à savoir une répartition économiquement avantageuse des ressources entre plusieurs partenaires et la possibilité d'approvisionner un site hospitalier à partir d'une structure localisée dans un autre établissement (magasins, lingerie, cuisine) ;
- **La régulation du besoin exprimé**, notamment par le recours à des logiciels de gestion dans le domaine du transport sanitaire et de biens ;
- **L'extension ou l'introduction de nouveaux équipements** devra être favorisée sous réserve d'une juste évaluation du retour sur investissement.

7.1.3. Mieux contrôler l'emploi de nos ressources

Qu'il s'agisse de prestataires agissant pour le compte de l'AP-HP ou d'équipes internes, ce contrôle doit être renforcé :

- d'une part, pour atteindre les objectifs qualitatifs définis par l'Institution ;
- d'autre part, pour assurer la sécurité juridique d'opérations qui engagent la responsabilité de l'AP-HP.

Des contrôles terrain des prestataires devront être généralisés dans les domaines d'activité des transports sanitaires, des déchets et du nettoyage. Pour les équipes internes, **les démarches d'audit** devront être amplifiées pour mesurer des écarts vis-à-vis des référentiels de bonnes pratiques (déchets et nettoyage).

Dans le domaine du patrimoine, le contrôle portera sur le bon usage des ouvrages mis à disposition. L'objectif est d'assurer une gestion maîtrisée du risque : d'une part, par la définition des règles d'occupation (notamment des tiers) ; d'autre part, en réduisant l'incertitude sur les opportunités de construction ou de réaffectation des locaux.

En matière de logements, une gestion active des recettes sera poursuivie et associée à une politique de prévention des retards de paiement et impayés, en association avec la Direction des Ressources Humaines de l'Institution, et en collaboration avec la Trésorerie Générale,

7.1.4. Garantir la sûreté de nos ressources

La sûreté de nos ressources exige de mettre en conformité et de renforcer la sécurité de nos installations. La démarche est intimement liée à une politique de réduction du risque dans des activités fortement réglementées ou soumises à autorisation : outils de production (cuisine, blanchisserie, stérilisation) ou lieux de stockage (déchets, archives). La sûreté des ouvrages logistiques sera utilement doublée d'une politique active de maintenance.

Pôle de compétences rares en ce domaine (secours électrique, génie thermique, gestion des réseaux vapeur, équipements de restauration), **SMS** (Sécurité, Maintenance et Services) contribuera à cette mission en synergie avec les équipes des groupes hospitaliers.

La sécurisation des opérations logistiques impose également de **renforcer la politique de traçabilité**, singulièrement dans les domaines des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux stériles et/ou implantables) et de l'alimentation.

7.1.5. Valoriser le potentiel de nos ressources

La valorisation de nos ressources recouvre deux aspects : une approche financière et une approche plus économique centrée sur la recherche de la performance.

En premier lieu, la valorisation financière de nos ressources vise à dégager des recettes (patrimoine et activités locatives) ou réduire les coûts (logistiques).

Dans le domaine du patrimoine, une politique active et cadencée de cessions sera poursuivie tout en diversifiant les processus.

En matière d'activités locatives du domaine privé, une politique tarifaire adaptée et conforme à la règlementation sera strictement appliquée : renégociation, mise à niveau des loyers et révision des indices pour les activités de type commerciales, standardisation des tarifs de relocation pour les loyers des logements à titre de soutien professionnel ou pour les loyers pratiqués à titre de convention avec des organismes publics extérieurs.

Dans le domaine logistique, l'AP-HP engagera un questionnement systématique sur la productivité des organisations logistiques, avec pour objectif final **la recherche de l'efficience.** Le diagnostic devra être global, juste et évalué sur les plans financier et social. En fonction des diagnostics et des capacités d'adaptabilité, le meilleur mode de gestion (concession, régie, système mixte) sera adopté.

En second lieu, la valorisation de nos ressources sera au service d'objectifs plus qualitatifs en vue de renforcer la performance globale des activités :

Ainsi, **en matière patrimoniale**, la valorisation des actifs visera également à opérer des réallocations de ressources au bénéfice de l'activité hospitalière : ainsi, la valeur d'usage des biens devra guider la politique de transfert d'activités ou les règles de destruction du bâti, en vue d'ouvrages plus ergonomiques et moins coûteux dans leur fonctionnement (politique des Schémas Directeurs Investissements Travaux). En amont, la participation de l'AP-HP à l'évolution des règlements d'urbanisme communaux avec les partenaires institutionnels et les interlocuteurs internes permet de veiller aux intérêts de notre maison.

En matière d'éco logistique, la réflexion doit œuvrer dans le souci de réduire l'empreinte écologique des activités hospitalières. **Une politique d'achat éco responsable**, couplée d'une analyse des modes de consommations à l'hôpital, devra être amplifiée en vue de réduire la production de déchets. Parallèlement, **le tri des déchets valorisables sera stimulé** pour favoriser le réemploi des matières recyclables.

Enfin, il conviendra de mieux valoriser **la richesse de nos ressources humaines.** Le recensement des compétences et des aptitudes à conduire le changement seront des éléments forts du diagnostic visant à sélectionner le meilleur mode de gestion.

A l'instar du soin, l'activité logistique compte de nombreux métiers, dotés d'un réel savoir-faire. L'enjeu institutionnel sera de mettre ces compétences au service d'une productivité raisonnable en vue de dégager un avantage comparatif sur les coûts proposés par le secteur marchand.

7.2. Développer la plus value des prestations de service

7.2.1. Renforcer le partenariat avec les équipes médico-soignantes utilisatrices :

Penser la chaîne logistique dans sa globalité impose de mieux définir les missions et la responsabilité de chaque intervenant. **Une coordination renforcée des différents acteurs** doit viser un partenariat managérial fondé sur des engagements réciproques et des indicateurs partagés :

- **Dans le domaine des approvisionnements**, des techniques de gestion logistiques telle la complémentation ou le plein vide, devront être généralisées dans les unités de soins.
- **Dans la filière linge**, **le Service Central des Blanchisseries** (SCB) amplifiera sa politique d'intégration horizontale de la filière depuis le traitement en usine jusqu'à la distribution dans les unités de soins, assortie au cas par cas d'une collecte du linge souillé (politique d'antennes).
- **Interface essentielle entre la cuisine et les unités de soins, les services diététiques** renforceront leur collaboration avec les équipes médico-soignantes.

7.2.2. Offrir des prestations à plus forte valeur ajoutée

Désormais regroupés en un pôle unique, les trois services généraux **SCA, SCB, SMS**, jouissent d'une expérience et d'un savoir-faire indéniables et reconnu. Ils s'engageront plus avant dans une mission de conseil auprès des groupes hospitaliers.

Par ailleurs, **la répartition des tâches entre logisticiens et soignants** devra faire l'objet d'une réflexion volontariste en vue de recentrer ces derniers sur le soin. L'approche pourra être graduée :

- **L'acheminement « manu-porté » de flux souillés** (sacs déchets, ballots de linge sale), encore réalisé sur certains sites par les soignants jusqu'aux lieux de regroupements, devra être confié à des opérateurs spécialisés en logistique ;
- **La livraison sur palettes** devra progressivement être délaissée au profit d'équipements plus ergonomiques, plus sains et offrant de meilleures garanties pour préserver l'intégrité des produits ;
- **Le traitement des effets personnels des patients résidents** (essentiellement en long séjour), réalisé aujourd'hui localement, pourra être progressivement pris en charge par le Service Central des Blanchisseries ;
- **Le rangement du linge, des consommables hôteliers et médicaux**, pourra être délégué à des personnels logistiques, dès lors que les réserves des unités de soins auront été optimisées et le cas échéant, mutualisées ;
- Enfin, **dans le domaine des médicaments**, pour des profils définis de patients et des indications de traitement ciblées, la distribution journalière individuelle et nominative (DJIN), pourrait être étendue. La décision ne pourra être prise qu'à l'issue d'une réflexion globale de l'Institution sur le circuit du médicament.

7.2.3. Promouvoir et garantir des prestations hôtelières adaptées aux besoins

Dès son entrée à l'hôpital, la personne acquiert sans le choisir une nouvelle qualité : elle devient *patient***.** La personne en milieu médicalisé est ainsi confrontée à un nouveau milieu : la maladie qui le place dans la dépendance, un environnement matériel souvent anonyme, des règles de vie quotidiennes collectives.

La politique hôtelière visera à restaurer les repères brouillés par la maladie et aidera la personne à maîtriser les situations de handicap auxquelles elle est confrontée. Pour l'Institution, l'objectif sera de faire évoluer le statut d'usager vers la notion de « patientèle » : usager mais aussi acteur et client du secteur public. Dès lors, **le projet institutionnel « Marque AP »** ambitionnera d'adapter les prestations hospitalières hors soins aux besoins des malades. Dans ce cadre, il conviendra de faire prévaloir, sur une logique de moyens, la recherche d'un bénéfice réel ou ressenti par le patient.

Quatre lignes directrices guideront la politique hôtelière :

- **La recherche de fluidité et de lisibilité dans le parcours hospitalier du patient**, notamment dans le domaine de l'accueil et de l'orientation, des délais de rendez vous, des horaires de visites des malades hospitalisés.

- **Un socle de services hôteliers homogènes et garantis au patient de l'Institution**. En effet, si l'hôpital est un lieu de traitement, il est également un lieu d'hébergement, notamment en pédiatrie et dans la prise en charge des soins de suite, de réadaptation et de longue durée.

- **Un environnement propre et apaisé** : l'Institution s'engagera à offrir au malade un hôpital propre et accueillant, dans les unités de soins mais aussi dans la totalité des parties communes et des extérieurs. La sécurité des biens des usagers fera également l'objet d'une attention renouvelée.

- **Des droits respectés et une identité préservée** : la charte de la personne hospitalisée, énonçant les droits et les responsabilités des usagers est appliquée dans les hôpitaux de l'AP-HP. Sa mise en œuvre optimale implique néanmoins un développement du savoir être chez les personnels de l'Institution.

Parallèlement, une réflexion devra être initiée afin de préserver l'identité du malade, plongé dans un environnement collectif et relativement standardisé. Des actions devront être engagées pour adapter l'activité hospitalière au rythme de vie du patient.

Ce plan stratégique entend ancrer les principes du développement durable au cœur du management, dans ses différentes dimensions, stratégique, fonctionnelle et humaine ;

Le management durable vise à prendre en compte les principes du développement durable dans la gouvernance de l'institution. S'engager dans un management durable signifie donc que les choix décisionnels s'inspirent de ses trois composantes : économique, sociale et environnementale. Il s'agit d'inscrire les valeurs du développement durable dans une philosophie de gestion qui, à l'hôpital, est déjà largement inspirée de valeurs humanistes et solidaires. Le management durable doit à cet égard être considéré comme une opportunité, par un meilleur engagement des personnels, une évolution des pratiques, une gestion plus économe des ressources, un renforcement de l'image de l'institution.

Pour une politique de management durable

Initialisée en 2008, la politique de management durable de l'AP-HP est inscrite en référence dans les trois dimensions du développement durable. Prenant appui sur les démarches déjà engagées elle vise à décliner une gestion économe des ressources, tendre à un management socialement responsable et rechercher un fonctionnement respectueux de l'environnement. Elle se concrétisera dans ses cinq domaines de référence, en intégrant les évolutions réglementaires induites notamment par la mise en œuvre de la loi Grenelle de l'environnement et les orientations portées par la certification V 2010 :

- Atteindre la Haute Qualité Environnementale (HQE)

L'AP-HP doit décliner une politique patrimoniale imprégnée des principes d'éco-construction et d'éco-gestion. Cette orientation, en intégrant progressivement dans toutes les opérations les objectifs de HQE, vise à construire mieux, en optimisant les espaces et les organisations, afin de maximaliser les investissements. Au-delà des opérations nouvelles, une réflexion approfondie sur la performance énergétique des structures hospitalières devra être réalisée dans le cadre des futures orientations nationales. Il conviendra également de s'interroger sur les évolutions possibles du patrimoine historique et du bâti ancien.

- Maitriser les énergies

Il s'agit essentiellement de maîtriser la demande d'énergie, sur la base notamment de diagnostics de performance énergétique, et de s'orienter vers l'utilisation d'énergies renouvelables, avec pour objectif la réduction des émissions de gaz à effet de serre.

- Maitriser et valoriser les déchets

Ce volet est un des plus emblématiques d'un engagement responsable : il s'agit de maîtriser les risques environnementaux en diminuant les quantités produites et en les valorisant au mieux.

- Développer une politique d'achats éco-responsable

L'achat éco-responsable constitue un marqueur privilégié d'une politique de management durable. Il s'agit d'accompagner les objectifs précédents, de sélectionner des produits économes en ressources naturelles et d'aller plus avant dans le domaine des clauses sociales et environnementales des marchés. L'AP-HP devra notamment élaborer une stratégie environnementale des achats avec pour objectif d'intégrer très en amont les cycles de vie des produits, leurs valorisations, les modalités d'approvisionnement, les conditions de transports

- Intégrer la dimension sociale

L'ambition en ce domaine concerne à la fois les partenaires extérieurs et les professionnels de l'institution. Sur ce dernier plan, le projet social et professionnel confirme les engagements pris, qu'il s'agisse du renforcement des politiques de prévention, de l'amélioration des conditions de vie au travail, ou de la formation et du développement des compétences. Ce plan stratégique doit aussi permettre à l'AP-HP de formaliser un plan de déplacement entreprise à l'échelle de son territoire.

- Accompagner

Faire adopter par l'institution une attitude citoyenne oblige également à accompagner les acteurs pour leur permettre d'adopter dans leurs pratiques professionnelles un comportement responsable. Tel est le sens de la création du site intranet « Management Durable » qui à vocation à devenir un outil privilégié pour favoriser l'expression de ces nouveaux comportements individuels et collectifs. Tel est également le sens de l'e-management vers lequel l'institution doit s'orienter.

8. Un projet immobilier ambitieux

Les orientations définies en matière de politique immobilière servent à la fois l'amélioration des conditions d'accueil et de sécurité des bâtiments existants et la mise en œuvre d'un projet médical audacieux, déterminant pour la constitution de l'hôpital du XXIème siècle.

Cela signifie pour notre Institution de rendre possible la réalisation d'un hôpital modernisé, efficace et sûr, intégrant la nécessité de maitriser les coûts de construction et d'exploitation.

La politique immobilière repose sur une politique technique ambitieuse, la définition de trajectoires immobilières et leur mise en œuvre, issues des Schémas Directeurs Immobiliers et Techniques.

8.1. Les trajectoires immobilières

Les schémas directeurs immobiliers et techniques ont été conçus en collaboration étroite avec les GH et réalisés par une équipe pluridisciplinaire, regroupant des compétences en architecture hospitalière, en programmation, en technique et en économie de la construction.

La démarche a consisté à rechercher des hypothèses de réorganisation du foncier, du bâti et des infrastructure techniques des sites afin de répondre au mieux au projet médical des nouveaux GH et retrouver des organisations fonctionnelles efficaces.

Des possibilités de régénération des sites hospitaliers ont été mises en évidence en concentrant les surfaces exploitées pour une activité sanitaire plus rationnelle et plus fonctionnelle, s'appuyant sur des investissements immobiliers ambitieux.

Le corollaire de cette concentration est la libération de surfaces valorisables, soit en conservant les bâtiments actuels mais en modifiant leur usage, soit en libérant des parcelles constructibles.

La réalisation de ces trajectoires immobilières nécessite des outils rénovés pour engager une démarche d'amélioration continue de la maîtrise d'ouvrage des opérations d'investissement. Ainsi, le développement d'une expertise institutionnelle en matière de programmation architecturale, de modalité de réalisation les plus adaptées et de conduite d'opération est un des facteurs de réussite de la politique immobilière 2010-2014.

Cette expertise est développée au service des professionnels de terrain, qui auront la charge de la mise en œuvre opérationnelle des orientations de ce plan stratégique en matière de projets immobiliers. Cela suppose la mise en place d'une animation renforcée des filières compétentes en matière de maintenance techniques et de travaux. Elles se verront fixer des objectifs contractualisés qui doivent guider la mise en œuvre des trajectoires immobilières de chaque GH.
Le socle de la contractualisation repose sur la déclinaison par grande orientation stratégique des objectifs opérationnels suivants :

Un hôpital plus moderne : le processus de sélection des investissements performants

- Conduire l'instruction, la priorisation, la planification et le contrôle d'exécution des projets immobiliers
- Intégrer la dimension coût global (construction et exploitation) dans l'analyse des projets
- Définir et appliquer le référentiel d'efficience immobilière
- Améliorer le rendement des surfaces construites.

Un hôpital plus efficace : l'accélération de la valorisation des espaces non nécessaires à l'exécution des missions de l'institution

- Réduire les surfaces exploitées en limitant la dispersion des secteurs fonctionnels hospitaliers
- Valoriser les surfaces non exploitées par l'activité hospitalière (loyer, cession…)

Un hôpital plus mobile : la réduction des délais de conception et de réalisation des opérations immobilières.

- Homogénéiser et professionnaliser la conduite d'opération
- Développer l'expertise en matière de programmation hospitalière (standards, référentiels institutionnels)
- Optimiser l'utilisation des compétences humaines disponibles

Ces trajectoires immobilières ont permis d'identifier, d'une part, un ensemble d'opérations structurantes au niveau de l'AP-HP ou des Groupes Hospitaliers et, d'autre part, un ensemble d'opérations de moindre envergure mais tout aussi efficientes et nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'AP-HP.

LES OPERATIONS STRUCTURANTES

Au-delà de l'achèvement de la maternité de l'hôpital Cochin, de la restructuration de l'hôpital Necker et du projet BUCA de l'hôpital Tenon, sont à l'étude et pourraient donc faire l'objet d'un début d'exécution en fonction des ressources financières de l'AP-HP et de leur évaluation finale, les opérations suivantes :

Henri Mondor : restructuration des réanimations et des blocs opératoires
Cette opération permettra de densifier et de rationaliser une part significative des activités chirurgicales de cet hôpital, de réaliser la mise aux normes et le regroupement des réanimations de l'établissement et de reconstruire les blocs opératoires particulièrement vétustes.

Différentes opérations de restructuration de la biologie
La modernisation des laboratoires de biologie de l'AP-HP est un des projets prioritaires du plan stratégique. Cette modernisation pourrait déboucher sur 1 ou 2 opération(s) de regroupement intra ou supra groupe hospitalier complétée(s) par des opérations plus modestes consacrées à la mise en œuvre de laboratoires de réponse rapide.

Cochin - Hôtel-Dieu
Le nécessaire transfert des activités d'hospitalisation complète de l'Hôtel-Dieu dans un délai rapide, au cours de ce plan stratégique conduit, au-delà d'autres opérations de transfert, à réaliser un investissement pour le regroupement des activités chirurgicales sur le site de Cochin .

Différentes opérations de restructuration de la pédiatrie spécialisée
Ces opérations pourraient concerner les hôpitaux Robert Debré, Trousseau, Necker et Bicêtre. Elles devraient permettre la réalisation du projet médical de la pédiatrie spécialisée.

La restructuration de l'hôpital Avicenne à Bobigny
La morphologie et la vétusté de l'hôpital Avicenne conduisent l'AP-HP à sa restructuration. Son schéma directeur immobilier et technique a démontré la faisabilité d'une extension compatible avec le maintien en fonctionnement de l'hôpital. Cette évolution pourrait se réaliser en plusieurs tranches. Les

études menées dans le cadre du Grand Paris démontrent par ailleurs la bonne localisation de ce site, ce qui rend pertinent un investissement à son bénéfice facilitant par ailleurs une coopération avec le secteur hospitalier du département de la Seine Saint Denis.

La restructuration de l'hôpital Lariboisière
La morphologie et la vétusté de l'hôpital Lariboisière obligent l'AP-HP à mener sa restructuration. Son schéma directeur immobilier et technique a montré qu'il était possible de reconstruire partiellement l'hôpital à l'Est du site. Cette reconstruction se réaliserait en plusieurs tranches ; la première étant prioritairement consacrée au plateau technique chirurgical, aux réanimations et à son SAU. Cette restructuration permettra également de valoriser ensuite le site de l'hôpital Fernand Widal en accueillant l'ensemble de ses activités.

Le centre de cancérologie intégré du GH Pitié-Salpêtrière - Charles Foix
Cette opération permettrait de concrétiser un des axes prioritaires du projet médical du plan stratégique, en regroupant les activités dédiées au cancer éparpillées sur l'ensemble du site de la Pitié-Salpêtrière, renforçant ainsi la constitution d'un centre intégré de cancérologie dans ce groupe hospitalier de référence.

Différentes opérations de restructuration des hôpitaux gériatriques
L'AP-HP devra définir les priorités d'investissements permettant une mise en conformité, une réorganisation de ces filières de prise en charge et d'éventuelles valorisations patrimoniales.
L'opération de reconstruction des 240 lits de soins de longue durée de l'hôpital Joffre permettra la cession intégrale de ce site.

La plateforme du handicap de l'hôpital Raymond Poincaré
Cette opération permettrait de regrouper la majeure partie des activités pédiatriques de l'hôpital ainsi que les hébergements de SSR adultes localisés dans des locaux particulièrement vétustes.

De même, **deux opérations particulièrement importantes** et qui concernent deux voire trois plans stratégiques devront également faire l'objet d'études préliminaires. Il s'agit de :

La reconstruction des hôpitaux Bichat et Beaujon
La morphologie et la vétusté des hôpitaux Bichat et Beaujon obligent l'AP-HP à les reconstruire. Une reconstruction conjointe est envisageable sur un site à définir.

La modernisation des écoles
La morphologie, la vétusté et l'éparpillement des locaux d'enseignement obligent l'AP-HP à restructurer ses écoles. La réforme de la formation, notamment des IDE oblige à repenser l'organisation immobilière actuelle qui pourrait conduire à la création de trois ou quatre campus.

Les recherches de localisation de ces éventuels campus font l'objet actuellement d'un schéma directeur immobilier et technique spécifique. Ces opérations devront faire l'objet d'une réflexion conjointe des partenaires de l'AP-HP ayant des responsabilités importantes en matière de formation.

Pour ce qui concerne les opérations de moindre importance leur programmation définitive sera arrêtée en cours de plan afin de tenir compte des évolutions du plan stratégique.

8.2. Une politique technique ambitieuse

L'AP-HP doit faire face à la fois au vieillissement de ce patrimoine bâti et technique, à la nécessité de mettre aux normes des installations techniques dans un cadre réglementaire évolutif et à des impératifs de mutation fonctionnelle.

Dans ce contexte, l'AP-HP s'est donné la durée de 2 plans stratégiques pour réaliser la mise en sécurité de ses installations, tout en maintenant au mieux l'ensemble bâti et technique. Pour cela, elle s'est dotée d'une politique très volontariste, qui tente d'éviter un saupoudrage inefficace ou des dotations budgétaires non efficientes.

Une analyse, fondée sur les criticités et les risques, a conduit à une trajectoire de mise aux normes, en privilégiant les filières à risques importants et en segmentant sa planification en commençant par les éléments les plus critiques pour aller vers les éléments qui le sont moins. L'ensemble des sites doivent bénéficier d'une mise en conformité homogène, et c'est pour cela que chaque opération est précédée d'un audit ou d'un diagnostic identifiant les éléments sur lesquels il faut intervenir en respectant la trajectoire de criticité.

8.2.1. La maintenance et l'exploitation

Il s'agit en priorité :

- d'améliorer la sécurité et la qualité d'exploitation,
- de réaliser des économies d'exploitation.

Compte tenu des évolutions actuelles et futures du patrimoine et des installations techniques, il est nécessaire d'assurer le bon fonctionnement de l'ensemble dans des conditions de sécurité et de fiabilité satisfaisantes pour les patients et pour l'ensemble des personnes travaillant dans nos établissements.

Notre mission est de maintenir et d'exploiter l'ensemble du patrimoine en service, en renforçant les programmes d'investissements techniques prévus au plan pluriannuel et en renforçant les actions de maintenance préventive en particulier.

Cette fonction maintenance organisée en filières techniques assurera l'expertise et la rédaction de référentiels. Elle prépare le plan de maintenance et d'exploitation, les propositions de mise à niveau ou de remplacement pour l'investissement. L'animation de ces filières techniques (électricité, thermique, eau…) permettra d'assurer le suivi et l'homogénéité des processus.

L'objectif général est de pouvoir garantir « contractuellement » au directeur de groupe hospitalier un niveau de sécurité satisfaisant à un coût acceptable par la mutualisation des moyens et compétences. Ce contrat d'objectifs permettra de mettre en place des « engagements de service » partagés par l'ensemble des acteurs de la maintenance.

Seront ciblés en priorité les domaines essentiels, soit en termes de sécurité, soit en termes de réduction des consommations énergétiques, à savoir :

- les courants forts et faibles ;
- l'électricité ;
- l'air et l'eau ;

- la sécurité incendie ;
- les ascenseurs ;
- les énergies.

Le suivi de cette politique de maintenance s'effectuera grâce à la mise en place d'outils informatiques.

La Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO)
La GMAO fait partie du NSI (module PM) et est la clé de voute pour exploiter et maintenir un parc technique. Ce projet s'inscrit dans une politique propre à la fonction maintenance. Cet outil de management permet d'avoir une traçabilité des opérations engagées, comptabiliser les coûts et les temps affectés au correctif et au préventif.

Outils de Gestion Technique (GTC)
La Gestion Technique Centralisée permet de surveiller les installations et de reporter les alarmes sur un système de supervision. Cet outil permet également de piloter les installations pour améliorer le confort, la consommation énergétique et de gérer la sécurité.

8.2.2. Les investissements techniques

Les investissements techniques comportent trois volets.

La mise en conformité technique qui vise la mise en sécurité en 10 ans, se déclinant selon l'importance en **Opérations Techniques Identifiées** ou en budget spécifique.

Il est également envisagé de recourir à des contrats de partenariat pour accélérer la modernisation de certaines de nos chaufferies centrales et de nos centrales électriques de secours.

Le maintien du patrimoine bâti et technique à des conditions acceptables pour les patients et personnels, se déclinant en budget spécifique appelé **Gros Entretien et Réparations (GER)**.

Les petites adaptations fonctionnelles se déclinant en budget spécifique appelé **Plan de Travaux Efficience (PTE)**.

Les Opérations Identifiées Techniques

En adéquation avec la politique technique, quatre domaines techniques sont prioritairement pris en compte. Il s'agit de :

- la sécurité électrique (audit complet réalisé en 2008),
- la sécurité incendie (levées des avis défavorables),
- le retrait de l'amiante,
- la mise en conformité des ascenseurs.

Les urgences techniques avérées dans d'autres filières sont également intégrées à la démarche.

D'autres actions viennent complétées la démarche, et ont pour but d'identifier site par site les actions à mener de manière cohérente, comme cela a été réalisé pour la filière électricité. Les sujets concernés sont les suivants :

- la réactualisation des schémas directeurs incendie < 2005,
- les DPE (Diagnostics Energétiques Ponctuels)
- le Diagnostic Accessibilité (réglementaire)

- les audits EAU
- les audits AIR
- les actions de développement durable.

Le Gros Entretien et Réparations

Le Gros Entretien et Réparation a pour objectif de conserver le patrimoine dans un état de performance compatible avec sa destination. Il n'inclut pas les modifications fonctionnelles liées à un changement de destination, une évolution des pratiques…

Du fait même de la nature de ce budget, il n'est pas possible de faire de prévisions fines liées aux installations de tel ou tel site, mais de déterminer une enveloppe budgétaire, sur la base de modalités communes à l'ensemble des sites, permettant de calculer l'enveloppe.

Les principes d'estimation sont les suivants :

a. détermination d'une base de calcul à partir d'un *parangonnage* dans le milieu hospitalier ;
b. modulation du GER, bâtiment par bâtiment, en fonction de la trajectoire immobilière ;
c. modulation en fonction du type de site (MCO ou SSR/SLD) pour prendre en compte la technicité des installations techniques.

Les Plans de travaux Efficience (PTE)

Le Plan de Travaux Efficience a pour objectif de réaliser des petites interventions fonctionnelles sur les sites en vue d'améliorer l'efficience de manière ponctuelle. Cette dotation n'est pas destinée à muter des secteurs entiers d'activités, ou tout ou partie d'étages, ces opérations faisant l'objet d'opérations identifiées qui viennent prendre place dans le schéma directeur d'ensemble du site.

8.3. Le développement durable

En cohérence avec les exigences du milieu hospitalier, l'AP-HP a choisi de travailler sur la qualité environnementale de ses opérations neuves, de réhabilitation et de maintenance. Les projets seront compatibles avec les objectifs du développement durable, tant au niveau de l'investissement que de l'exploitation.

Quatre domaines feront l'objet d'une attention particulière :
- *éco-construction* : l'intégration des bâtiments, le choix des procédés et produits de construction
- *éco-gestion* : la gestion de l'énergie, de l'eau, les déchets d'activité, l'entretien et la maintenance
- *confort* : hygrothermique, acoustique, visuel et olfactif
- *santé* pour les occupants : la qualité de l'air, l'eau et la qualité sanitaire des espaces

Pour atteindre ces objectifs, l'AP-HP élargira ses compétences relatives au développement durable en construisant des partenariats auprès de certains organismes (ADEME[48], CSTB[49], INES[50]…).

Une professionnalisation d'achat de l'énergie associée à la mise en place d'une politique de réduction des consommations permettront de mobiliser et de sensibiliser l'ensemble des personnels à cette démarche.

[48] Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
[49] Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
[50] Institut National de l'Energie Solaire

9. Un cadrage financier à même de garantir le retour à l'équilibre tout en dégageant des capacités d'investissement

Cadrage financier du plan stratégique 2010-2014

Le plan stratégique 2005-2009 de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris a été marqué sur le plan financier par une forte augmentation de la dette (+87% entre 2005 et 2009) et par une dégradation de son résultat principal en 2009 (-93,5 m€).

Le cadrage financier du plan stratégique 2010-2014 repose sur les objectifs structurants de retour à l'équilibre en 2012 et de respect d'un taux d'endettement (montant du stock de dette divisé par le montant des produits annuels) inférieur à 30%.

Un taux d'endettement plus élevé que celui mentionné ci-dessus risquerait, en effet, de conduire à une augmentation difficilement supportable des frais financiers et à une dégradation sur les marchés financiers du crédit, jusqu'à maintenant excellent, de l'AP-HP.

L'atteinte de ces objectifs implique la poursuite de la démarche d'efficience mise en œuvre depuis quelques années au sein de l'institution. Ces efforts d'efficience seront liés à la réalisation des projets médicaux, administratifs et logistiques ambitieux inscrits dans le plan stratégique.

Outre les réductions de dépenses de personnel par des mutualisations et des réorganisations au sein des Groupes Hospitaliers, du Siège et des services centraux, toutes les possibilités de réduction de dépenses et d'augmentation des recettes seront mises en œuvre dans le prolongement du travail déjà initié. Les réductions de dépenses passeront par la poursuite d'un contrôle exigeant sur l'opportunité et les conditions d'achat, notamment pour certains postes de dépenses comme les prestations extérieures. De même, une gestion active de la dette permettra de continuer de limiter le plus possible la charge du remboursement des intérêts.

L'augmentation de recettes s'appuiera sur une volonté forte de maintenir un dynamisme de l'activité et de valoriser au mieux notre activité. Ainsi seront poursuivis les chantiers d'amélioration du codage PMSI, d'amélioration de la facturation et de réduction des admissions en non-valeur ; de même que le travail de valorisation de la recherche, de l'innovation et des activités spécifiques de l'AP-HP.

Résultats d'exploitation et efforts d'efficience

En partant des hypothèses de l'EPRD 2010 et en appliquant les hypothèses d'évolution des dépenses et des recettes sur la période 2010-2014, un budget tendanciel « au fil de l'eau » a été calculé.

A partir de ce scénario tendanciel, est calculé l'effort d'efficience devant être poursuivi par l'établissement pour lui permettra de répondre aux enjeux de stabilisation de son endettement et de redressement de ses comptes, seules garanties de la pérennité de sa capacité à investir et à se moderniser.

Le tableau 1 détaille les prévisions 2010-2014 des charges et des produits pour le budget principal (Compte de Résultat Principal Prévisionnel).

Compte de résultat principal	2010	2011	2012	2013	2014	Taux d'évolution moyen annuel
Titre 1 Charges de personnel (après effort d'efficience)	4 041 628 071 €	4 063 767 284 €	4 080 953 811 €	4 065 647 710 €	4 088 940 571 €	0,29%
Titre 2 Charges à caractère médical (après effort d'efficience)	1 268 296 272 €	1 293 721 098 €	1 321 266 001 €	1 358 099 328 €	1 397 456 866 €	2,45%
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général (après effort d'efficience)	580 502 337 €	568 865 906 €	567 313 756 €	574 849 281 €	582 571 991 €	0,09%
Titre 4 Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières	593 298 720 €	617 929 230 €	580 765 941 €	627 044 971 €	646 000 782 €	2,15%
TOTAL DES CHARGES APRES EFFICIENCE	**6 483 725 401 €**	**6 544 283 518 €**	**6 550 299 510 €**	**6 625 641 291 €**	**6 714 970 210 €**	**0,88%**
Titre 1 Produits versés par l'assurance maladie (après effort d'efficience)	4 987 997 827 €	5 040 195 165 €	5 141 974 114 €	5 209 388 500 €	5 272 503 478 €	1,40%
Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière	618 834 081 €	633 656 800 €	649 919 323 €	659 537 444 €	669 347 928 €	1,98%
Titre 3 Autres produits	762 053 849 €	753 829 946 €	759 287 896 €	764 370 450 €	782 460 450 €	0,66%
TOTAL DES PRODUITS APRES EFFICIENCE	**6 368 885 757 €**	**6 427 681 912 €**	**6 551 181 333 €**	**6 633 296 393 €**	**6 724 311 856 €**	**1,37%**
Résultat du compte de résultat principal	-114 839 643 €	-116 601 606 €	881 823 €	7 655 103 €	9 341 646 €	
RESULTAT CONSOLIDE (Comptes de résultat prinicipal et annexes)	**-96 548 871 €**	**-98 317 995 €**	**19 612 849 €**	**26 130 549 €**	**27 737 947 €**	

Tableau 1 : Prévision des résultats d'exploitation 2010-2014

Les taux d'évolution tendanciels moyens annuels avant efforts d'efficience sont de :
+1,4% pour les dépenses de personnel
+ 2,8% pour les charges à caractère médical
+1,1% pour les charges à caractère hôtelier et général
+ 2,15% pour les charges de titre 4
+1,24% pour les produits de titre 1

Le tableau 2 détaille les efforts d'efficience qui seront mis en œuvre pour redresser la situation financière de l'institution à horizon 2012 et le maintenir durablement à l'équilibre au-delà de cette date.

	2010	2011	2012	2013	2014
Effort d'efficience annuel	**61 287 845 €**	**88 000 000 €**	**88 000 000 €**	**38 000 000 €**	**38 000 000 €**
Effort d'efficience en dépenses	**56 387 845 €**	**73 000 000 €**	**73 000 000 €**	**37 000 000 €**	**37 000 000 €**
Dépenses de titre 1	39 602 062 €	55 000 000 €	55 000 000 €	35 000 000 €	35 000 000 €
Dépenses de titre 2	5 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €
Dépenses de titre 3	11 785 783 €	10 000 000 €	10 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €
Effort d'efficience en recettes	**4 900 000 €**	**15 000 000 €**	**15 000 000 €**	**1 000 000 €**	**1 000 000 €**

Tableau 2 : Efforts d'efficience 2010-2014

Financement des investissements

Le tableau 3 synthétise les ressources de financement et les emplois pour la période 2010-2014.

		2010	2011	2012	2013	2014
EMPLOIS						
Insuffisance d'AutoFinancement (IAF)						
TITRE 1	Remboursements dettes financières	86 276 000	85 017 700	70 893 000	61 080 000	110 562 000
TITRE 2	Immobilisations	500 000 000	440 000 000	430 000 000	420 000 000	410 000 000
TITRE 3	Autres emplois	-	-	-	-	-
TOTAL DES EMPLOIS		**586 276 000**	**525 017 700**	**500 893 000**	**481 080 000**	**520 562 000**
RESSOURCES						
Capacité d'AutoFinancement (CAF)		280 077 030	304 324 912	374 342 153	416 968 277	414 670 235
TITRE 1	Emprunts	278 198 970	192 692 788	98 550 847	36 111 723	77 891 765
TITRE 2	Dotations et subventions	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000
TITRE 3	Autres ressources	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000
TOTAL DES RESSOURCES		**586 276 000**	**525 017 700**	**500 893 000**	**481 080 000**	**520 562 000**

Tableau 3 : Tableau de financement synthétique 2010-2014

La capacité d'auto-financement de l'institution se redressera au rythme du retour à l'équilibre financier, ce qui lui permettra d'investir de manière ambitieuse en limitant le recours à l'emprunt.

Dans cette trajectoire, les investissements s'élèvent à 2,2 milliards d'euros de crédits de paiement sur la période 2010-2014 (tableau 3) :

- 1 150 millions d'euros pour les travaux
- 500 millions d'euros pour les équipements
- 550 millions d'euros pour le système d'information

Ce montant d'investissement de 2,2 milliards d'euros sera renforcé par les cessions exceptionnelles envisagées par l'établissement. Les produits de ces cessions seront en effet utilisés systématiquement pour des investissements supplémentaires. La valorisation du patrimoine de l'institution constitue donc une clé de sa transformation. Les valorisations de biens immobiliers se révélant inadaptés à l'évolution des activités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris constitueront donc une ressource précieuse pour sa transformation. Ce n'est qu'avec une politique très active et exigeante de maximisation de la valorisation de notre patrimoine et des échanges nourris sur ce thème avec les partenaires extérieurs susceptibles de l'utiliser que cette politique sera possible. Elle passe aussi par une dynamique plus forte pour obtenir des subventions d'investissement.

	2010	2011	2012	2013	2014
Taux d'endettement projeté hors cessions exceptionnelles	30,0%	30,0%	30,0%	29,3%	28,4%
Cessions exceptionnelles (en plus des 20m€ / an inscrits dans le cadrage financier)		40 000 000 €	35 000 000 €	260 000 000 €	55 000 000 €
Taux d'endettement projeté avec cessions exceptionnelles	30,0%	29,2%	28,8%	26,7%	25,9%

Tableau 4 : Taux d'endettement* projeté et estimation des cessions exceptionnelles 2010-2014

(* : montant du stock de dette à long terme – y compris crédits revolving – divisé par les produits annuels)

10. Les principales orientations des projets médicaux des GH

Les fiches qui suivent, présentent pour chaque groupe hospitalier, les principales évolutions projetées au cours de ce plan stratégique : les projets médicaux complets, qui seront finalisés à l'automne, intégreront l'ensemble des axes médicaux du GH.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER AVICENNE-JEAN VERDIER-RENE MURET

Le GH dans son environnement territorial

Un environnement démographique et épidémiologique particulier

La Seine-Saint-Denis est un département très peuplé, jeune, marqué par la précarité et des indicateurs de santé publique les plus défavorables de la région, ce qui a des conséquences majeures dans les pathologies prises en charge (cancer, obésité, addictions, grossesses à risque) et dans le rapport aux soins des patients (accès aux soins par les urgences, faiblesse du dépistage…).

L'environnement de l'offre de soins

Le groupe comporte 795 lits MCO, 323 lits SSR, 199 lits de SLD, et 95 places d'HDJ. L'environnement de l'offre de soins hospitalière est marqué par le développement ces dernières années tant dans le privé (21 cliniques) que dans le public (8 hôpitaux), avec des conditions hôtelières sans comparaison avec celles de l'AP-HP. L'AP-HP n'a pas développé de coopération notable avec ces établissements et souffre d'un manque de lisibilité de son offre de soins. Dans ce contexte, c'est une stratégie visant à mieux répondre aux besoins de santé de cette population qui doit s'organiser, tout en utilisant les opportunités offertes par la loi HPST pour développer les coopérations nécessaires.

Les grandes orientations du projet médical du GH

1. Les activités « socle » :

Les urgences : le maintien des deux sites est une nécessité au regard des bassins de population[51]. La collaboration portera sur la mutualisation de la garde de chirurgie digestive, les admissions directes d'un site à l'autre et l'objectif de zéro transfert pour les disciplines présentes. Le dimensionnement de l'aval des urgences devra permettre l'accueil des patients des deux sites.

La filière gériatrique et le SSR : implantée à l'hôpital René-Muret-Bigottini, elle prend en charge 90% de la population résidant dans le département. 88% de ses admissions en MCO et en SSR proviennent des structures AP-HP. L'objectif est de diversifier l'offre de soins en SSR en identifiant 80 lits dédiés à des prises en charge spécifiques[52]. L'unité aigue de soins palliatifs de 11 lits sera portée à 15 lits.

Les réanimations restent spécialisées en fonction des activités des sites, des collaborations en anesthésie se développeront en vue du regroupement de la chirurgie à Avicenne.

Les activités médico-techniques :

- Biologie: dans l'attente d'un regroupement de la biologie spécialisée et de l'anatomopathologie sur le site d'Avicenne, une répartition selon les spécialités est en cours
- PUI: les perspectives d'optimisation du GH sont déjà esquissées
- Imagerie: les objectifs sont d'optimiser l'utilisation des équipements lourds.

[51] Jean Verdier accueille 80 000 urgences adultes, pédiatriques, médico-judiciaires et obstétricales et Avicenne 30 000 urgences adultes

[52] cancérologique, géronto-psychiatrique, patients polypathologiques à orientation cardiologique et locomoteur, et SSR en soins palliatifs

2. Les activités « supra GH »

L'addictologie: l'objectif du GH est d'augmenter les lits de court séjour (15 à 20 lits de sevrage complexe) et d'obtenir le niveau 3 en développant une activité de recherche et enseignement. Dans le cadre de la mise en œuvre d'une filière addictologie, le GH s'est positionné sur la création de 26 lits de SSR d'addictologie sur le site de René Muret.
Le développement de la prise en charge de l'obésité : au regard de l'épidémiologie du département, il s'agit d'un axe majeur pour le GH. Les deux filières de prise en charge médicale doivent développer leurs complémentarités en maintenant des consultations et/ou des hospitalisations sur les deux sites. La prise en charge chirurgicale sera organisée d'abord à Jean Verdier (2010-2012) puis à Avicenne à l'ouverture des nouveaux blocs opératoires (2012). Un dossier d'autorisation pour la création d'un SSR obésité-nutrition a été déposé devant le CROS.

3. Les activités intermédiaires

La prise en charge du cancer: la création d'un centre intégré cancer dans le GH correspond à une volonté de l'institution et des autres acteurs de santé de la région. Ce centre intégré rassemblera les spécialités médicales (oncologie médicale, poumon-thorax, les cancers digestifs, l'ORL, l'hématologie, la neurologie, la dermatologie).et la chirurgie sur le site d'Avicenne. Les cancers de la femme, de l'enfant et l'hépatologie restent sur le site de Jean-Verdier. Le GH doit travailler les collaborations possibles avec d'autres établissements publics sur l'urologie, seul segment non assuré par le groupe. L'objectif est de conforter la position majeure du GH dans la prise en charge du cancer dans le département (atteindre 3500 patients/an) et d'accroître la réputation de l'offre de soins :
– en réalisant des mutualisations et des regroupements (mutualisation des HDJ sur Avicenne, centralisation des cytotoxiques)
– en formalisant les filières de soins et en mettant l'accent sur la qualité de la prise en charge
– en mettant en place la gouvernance du centre intégré, associant un référent médical, un cadre de direction et un cadre de santé.
– en positionnant le GH sur les centres experts (hématologie, foie, thorax).

La chirurgie: le GH va développer les segments déjà présents et destinés à être regroupés en 2012 à Avicenne : la chirurgie digestive et carcinologique, la chirurgie bariatrique avec d'ores et déjà un regroupement des deux services, la chirurgie thoracique et la chirurgie orthopédique. Le développement de la chirurgie ambulatoire, sur le modèle réussi de Jean Verdier, est un objectif majeur du GH. La disponibilité de nouveaux blocs opératoires et les perspectives de la démographie médicale conduisent au regroupement des activités et des équipes médicales et paramédicales, ce qui doit permettre une augmentation significative de l'activité globale.

La périnatalité à Jean Verdier avec un pôle mère-enfant fort répond à des besoins non satisfaits en raison du taux de natalité du département et du nombre actuel de refus à la maternité (25 à 30 par mois) : le passage d'une maternité de 2.500 à 3.000 (voire 3.500 à plus long terme) accouchements est un projet prioritaire pour le renforcement d'une activité HU (grossesses à risques) en complémentarité avec les autres acteurs du département. L'activité du service de pédiatrie est centrée sur la pédiatrie générale et la médecine interne de l'enfant, du nourrisson à l'adolescent (maladies chroniques, prise en charge de la maltraitance, mort subite du nourrisson, etc…).
Ce pôle comprend le seul centre de procréation médicalement assistée (PMA) public du département, un centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) et un service de biologie de la reproduction. Les deux centres d'orthogénie d'Avicenne et de Jean-Verdier seront placés sous une responsabilité médicale unique. L'opportunité de manager dans le département de Seine-Saint-Denis un large projet HU d'épidémiologie et de Santé publique de la femme et de l'enfant incluant la médecine obstétricale, les pathologies chroniques de l'enfant et de l'adolescent (pédopsychiatrie, neuro-handicap, infectiologie, vaccinologie) est réel.

Médecine interne et médecines de spécialités: les complémentarités et éventuels regroupements entre les services de médecine interne doivent être retravaillés, eu égard aux spécificités développées par chaque service. Les activités de neurologie, neuro-oncologie, cardiologie, de dermatologie devront être développées de façon cohérente avec l'offre globale du GH. L'activité différenciée des services d'hépato-gastro-entérologie conduit à maintenir l'activité sur les deux sites, tout en développant des collaborations dans le cadre du centre intégré de cancérologie. Le GH devra se doter d'une compétence mutualisée en endoscopie interventionnelle. Le service de médecine physique et de réadaptation (MPR) devra augmenter ses capacités à 30 lits. Enfin, la médecine légale développe un projet de santé publique autour de la prise en charge des situations de violence.

Psychiatrie et pédo-psychiatrie: il s'agit d'une activité à forte impact dans le GH. Les collaborations doivent porter sur la prise en charge des adolescents, la prise en charge des nourrissons, le partenariat sur les troubles du langage chez les tout-petits, et la création d'un centre de référence du diagnostic précoce de l'autisme à Jean-Verdier.

Les points forts de la modernisation dans le GH

Le GH dispose de marges de progression importantes, en termes d'activité notamment, qui devront être accompagnées de travaux de modernisations architecturales. L'accroissement d'activité est d'autant plus réaliste que l'offre développée au sein du CHU est diversifiée et doit permettre de répondre aux besoins spécifiques, en augmentation, de la population du département. Elle doit se construire en complémentarité avec l'offre diversifiée et dynamique présente dans le territoire du CHU.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Les missions universitaires : la spécificité du groupe tient à la présence d'une université et d'une UFR (multidisciplinaire) exclusives au GH. Les objectifs universitaires sont de soutenir les axes cliniques forts du groupe, et le développement de certaines thématiques (santé publique, médecine des populations spécifiques), ainsi que les équipes INSERM en place. L'évolution de l'université Paris 13 se fera dans le cadre du pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) Université Paris Cité.

La recherche : le groupe hospitalier de Seine Saint-Denis a une activité de recherche clinique croissante. Une Unité de Recherche Clinique (URC) a été récemment créée (sept 2009), et un Centre de Recherche Clinique (CRC) est en projet. Les 2 principales thématiques de recherche clinique sont actuellement :

- l'hémato-oncologie, et plus particulièrement la leucémie lymphoïde chronique, les myélodyplasies, les cancers digestifs, du foie, thoraciques et mammaires
- la nutrition-endocrinologie.

L'activité de recherche fondamentale est également en développement, avec la présence de 2 unités INSERM (épidémiologie nutritionnelle, et adaptateurs de signalisation en hématologie), qui collaborent avec de nombreux services cliniques dans une recherche translationnelle.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER CORENTIN-CELTON/HOPITAL EUROPEEN GEORGE POMPIDOU /VAUGIRARD-GABRIEL-PALLEZ

Le GH dans son environnement territorial

Le GH couvre deux territoires de santé adjacents, le 75-3 et le 92-1, relativement homogènes dans leur population, densément peuplés avec respectivement 9,2% et 7% de personnes âgées de plus de 75 ans, alors que la moyenne régionale s'élève à 5,8%.Le niveau socio-économique est globalement élevé, l'offre de soins se caractérisant par une forte présence du secteur privé, notamment PSPH dans des disciplines concurrentielles.

Les trois établissements du GH sont forts de leur complémentarité : l'activité de l'HEGP relève uniquement du MCO, alors que celle de Corentin-Celton et de Vaugirard-Gabriel-Pallez se compose essentiellement de SSR et de SLD, avec une vocation gériatrique marquée, ainsi que psychiatrique pour Corentin-Celton. Cette configuration facilite le développement de logiques de **filières** de personnes âgées et aval du SAU. L'inscription territoriale du groupe hospitalier est étayée par sa participation active aux réseaux de soins : l'HEGP est déjà « tête de pont » de deux réseaux gériatriques, auxquels participent les deux autres établissements du GH.

Les fragilités du GH tiennent au fait qu'il s'agit d'un groupe au périmètre réduit, sans doublons d'activités aigües propices aux restructurations internes**,** avec un déficit financier important pour l'HEGP. **Ses atouts reposent sur un** bassin de population dense, un partenariat fort préexistant entre les trois hôpitaux**,** des pôles d'excellence, un ensemble immobilier récent, le déploiement du NSI gestion réalisé à l'HEGP et Vaugirard-Gabriel-Pallez dès 2009 et son extension à Corentin-Celton en 2010, une forte mobilisation de la communauté autour de la recherche d'efficience, un engagement fort en matière de la politique des droits des patients et d'implication des usagers.

Les grandes orientations du projet médical du GH

Apporter une réponse aux besoins de santé de proximité

La complémentarité des activités existantes sur les 3 sites permet une prise en charge des patients dans une **logique de filière**. Le GH dispose d'un SAU et d'activités socles aigües offrant un panel de spécialités et, en aval, des structures de SSR et SLD. L'activité de SSR sera renforcée au cours de ce plan stratégique dans les territoires 75-3 et 92-1 par augmentation des capacités d'accueil et en diversifiant l'offre de SSR spécialisés avec l'ouverture du bâtiment Corentin-Celton 2**.**

Développer des pôles de spécialités d'excellence

L'existence de disciplines ayant d'ores et déjà une activité forte et/ou spécifique en cancérologie à l'HEGP, positionne le groupe hospitalier dans la démarche de centre intégré/centre expert en cancérologie autour des thématiques suivantes : digestif, ORL, poumon/thorax, gynécologie et

sénologie, urologie. Une structure d'excellence médico-chirurgicale en cancérologie digestive se met en place avec l'accueil en 2010 des équipes d'Ambroise-Paré ; enfin, l'accueil provisoire du service d'urologie de Necker à la même période s'inscrit aussi dans le renforcement de l'activité de cancérologie du GH.

Disposer de disciplines d'expertise et de recours

Les activités ayant un rayonnement supra GH seront renforcées par :
- L'intensification de l'activité du pôle lourd cardio-vasculaire qui propose d'accueillir une activité de diabétologie hospitalo-universitaire et de regrouper sur son site des activités aujourd'hui présentes dans d'autres hôpitaux. Par ailleurs, il intensifiera son activité cardio-vasculaire.
- Le développement d'une activité d'expertise en chirurgie thoracique, tant sur le plan de la transplantation pulmonaire que de la cancérologie, y compris pour la prise en charge chirurgicale de certaines tumeurs rares.

Six projets majeurs seront mis en œuvre au cours du prochain plan stratégique :

- le développement de la cancérologie constituera un premier axe fort, le GH comptant se positionner pour répondre à l'appel d'offres en vue de devenir Centre intégré de cancérologie. Ce développement passera également par l'implantation d'un Cyberknife, d'un deuxième TEP, l'accueil de l'activité médico-chirurgicale d'oncologie digestive d'Ambroise-Paré, le transfert provisoire d'une partie de l'urologie adulte de Necker, et le projet de plateforme oncologique de Paris-Descartes).
- **l'intensification de l'activité de centre lourd de pathologies cardiovasculaires,** intégrant une activité de diabétologie hospitalo-universitaire, avec une mutualisation éventuelle de la cardiologie interventionnelle des sites d'Ambroise-Paré et de Cochin.
- **le renforcement et l'amélioration de l'organisation de la filière personnes âgées,** favorisées par un dimensionnement adapté des lits de MCO gériatrique , le développement du SSR personnes âgées à orientation spécialisée, le repositionnement de l'Equipe d'Intervention gériatrique et le renforcement de la coordination entre les sites, le renforcement de « l'universitarisation » de la gériatrie, le plan Alzheimer, le dimensionnement des lits d'aval de SLD, le renforcement des liens avec les EHPAD, l'amélioration de la coordination avec l'HAD, et enfin le renforcement des métiers de la gériatrie.
- **le développement du SSR spécialisé,** axé sur l'aval des disciplines du GH mais non exclusivement[53], favorisé par l'ouverture du bâtiment Corentin-Celton 2.
- **le développement de la psychiatrie** dont un axe psychiatrie universitaire du sujet âgé, l'accroissement de la capacité en lits et le développement de la recherche.
- **une réflexion sur le devenir de certaines disciplines médicales** de l'HEGP : immunologie clinique, diabétologie hospitalo-universitaire, densification de l'activité de la néphrologie, transfert de la chirurgie de l'obésité.

Les points forts de la modernisation dans le GH

La modernisation du GH s'appuie sur 20 pistes d'efficience identifiées ainsi que sur un projet ambitieux pour le Département d'Informatique Hospitalière.

[53] SSR cardio-vasculaire, SSR locomoteur couvrant les besoins des services de chirurgie orthopédique et de réanimation chirurgicale (unité dédiée aux polytraumatisés psychiatriques), SSR neurologique, SSR digestif, SSR « addictologie »

Initiée en mars 2009, en lien avec le siège de l'AP-HP, **la démarche efficience** s'est appuyée sur un groupe local et s'est concentrée sur 7 thèmes[54]. La feuille de route qui en résulté comprend **20 pistes**.

Six sont consacrées aux fonctions supports. D'autres concernent l'amélioration du codage, de la facturation, la réduction de la masse salariale du PM, l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée, l'ouverture de Corentin Celton 2. Six visent à l'organisation du plateau médico-technique. Elles portent sur l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires, de la biologie, déjà réalisée à l'HEGP pour les 3 sites. Pour les **produits de santé**, l'objectif est de maîtriser le risque pharmaceutique et d'organiser la réflexion sur la réunion d'une PUI unique à l'HEGP assurant, l'approvisionnement global du GH. Enfin, pour **l'imagerie**, les enjeux résident dans l'optimisation de l'utilisation des équipements et l'accompagnement des évolutions du parc.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

L'organisation de la recherche.
L'HEGP dispose d'un Centre d'Investigation Clinique (CIC) depuis l'ouverture de l'hôpital, et d'une Unité de Recherche Clinique (URC) depuis 2003. Le CIC a été renouvelé en 2008. L'URC de l'HEGP présente la particularité d'avoir mis en place un guichet unique, regroupant l'ensemble de la problématique administrative des projets de recherche.

Pour la période 2010-2014, le CIC entend développer de nouveaux partenariats avec le pôle d'oncologie de l'HEGP, les unités Inserm nouvellement installées sur le site HEGP, les centres des maladies rares et l'industrie pharmaceutique. Il devrait bénéficier de l'ouverture, effective depuis novembre 2009, du nouveau PARCC, Paris-Centre de recherche cardiovasculaire.

L'URC a pour objectifs de mettre en place le guichet unique du GH, de développer la recherche translationnelle en collaboration étroite avec le CIC, d'améliorer la satisfaction des utilisateurs, de participer à la mise en place des indicateurs de recherche clinique avec le DRCD.

Les grandes thématiques de recherche du GH s'appuient sur ses activités cliniques et médico-techniques. La constitution du GH va renforcer la collaboration entre équipes de recherche MCO et SSR/SLD (en géronto-psychiatrie, oncologie, biologie,…).

L'ouverture du PARCC constitue une opportunité majeure, non seulement pour le pôle cardiovasculaire, mais aussi pour les autres pôles cliniques d'aigu : elle est prise en compte dans le projet CINEXONCO et fait l'objet d'une réflexion du Pôle Urgences/Réseaux.

[54] Le circuit patient, le plateau médico-technique, l'investissement, la gestion des ressources humaines, les fonctions supports, le développement d'activité et la recherche.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER BROCA-COCHIN-LA ROCHEFOUCAULT LA COLLEGIALE HOTEL DIEU

Le GH dans son environnement territorial

Le territoire de santé comporte 800 000 habitants et se caractérise par une population vieillissante, un niveau socio-économique élevé, et un différentiel important entre naissances enregistrées et domiciliées dans le territoire. L'offre de soins est dense et diversifiée sur le territoire Paris Ouest, avec une forte densité des équipements lourds, et une forte concurrence des PSPH et cliniques privées (40 établissements de santé sur le 75.3)

Les grandes orientations du projet médical du GH

La constitution du groupe hospitalier doit permettre de renforcer la lisibilité de son offre de soins, consolider ses équipes « leaders » dans ses domaines d'excellence et faciliter le circuit du patient. Elle constitue aussi un levier pour répondre à des enjeux de démographie médicale préoccupants dans certaines spécialités et à une concurrence externe forte.

Le projet médical s'articule autour des axes suivants, couvrant l'ensemble des trois niveaux d'offre de soins :

- axe mère-enfant, avec la plus importante maternité de France de niveau 3
- axe cancérologique médico-chirurgical
- axe locomoteur – rhumatologie - orthopédie
- axe endocrinologie -diabétologie
- axe médecine interne, maladies infectieuses, inflammatoires et systémiques rares
- axe poumon (y compris chirurgie thoracique) cœur réanimation
- axe urgences - psychiatrie – addictologie - santé publique
- axe ophtalmologique
- axe gériatrique

Une politique de site

Dans le cadre d'une politique de site, chaque hôpital du groupe est porteur d'un projet clairement identifié :

- Site Cochin- Port-Royal, renforcement des activités d'hospitalisation complète, dont prioritairement les activités chirurgicales, et orientation mère-enfant
- Site Hôtel-Dieu, urgences, ambulatoire, et reconversion progressive du site autour des orientations de santé publique en fonction de la position des pouvoirs publics
- Sites Broca, La Rochefoucauld et la Collégiale, prise en charge complète de la personne âgée
- Site Tarnier : activités tertiaires à terme
- Libération du site Garancière : centre d'odontologie transféré à l'été 2010

- Libération du site St Vincent de Paul, activités pédiatriques transférées à l'été 2010 à Necker-Enfants Malades et activités gynéco-obstétricales et néonatales transférées dans le futur bâtiment Port-Royal 1 qui ouvrira en 2011.

La création d'un centre intégré de cancérologie

Parmi les orientations phares du projet médical pour la période 2010/2014, le projet cancérologique se situe au premier rang. Les établissements constitutifs du GH ont des domaines d'excellence nombreux et reconnus tant en terme de soins que de recherche. Le GH constitue la 2ème file active de l'A-HP en termes de nouveaux patients atteints de cancer (8000 nouveaux patients/an). Le défi dans ce domaine consiste à mieux coordonner le parcours du patient, à mieux anticiper ses besoins dans le contexte d'une pathologie complexe qui se chronicise, à organiser l'accès aux traitements innovants. La création du centre « Ariane », qui assure l'accueil, l'évaluation de la vulnérabilité clinique et médico-sociale des patients ainsi que l'accompagnement complet de leur parcours de soins doit permettre le passage à une médecine intégrée et favoriser les passerelles entre disciplines.
Cet objectif a orienté une part importante des débats stratégiques entre les deux communautés de Cochin et de l'Hôtel-Dieu, et emporté un fort consensus autour du regroupement sur le site de Cochin de l'ensemble de l'offre médico-chirurgicale à orientation cancérologique.

La création d'un centre lourd de pneumologie

Le GH a également pour ambition de constituer à terme un centre lourd médico-chirurgical Poumon-Réanimation-Cœur qui regroupe les deux services de pneumologie (orientations : cancer, BPCO, asthme et mucoviscidose), le service de chirurgie thoracique, le service de cardiologie et les compétences de réanimation médicale et chirurgicale. Un projet de SSR pourra être développé. A court terme, le Groupe augmentera la capacité du service de chirurgie thoracique.

L'évolution de l'Hôtel-Dieu

Le projet médical de l'Hôtel-Dieu repose sur deux grandes orientations : un axe « urgences et aval » et un axe « ambulatoire ». Dans ce cadre, les activités de soins de + de 24h de l'Hôtel-Dieu seront transférées à Cochin entre 2010 et 2014.

Le calendrier de transfert des activités d'hospitalisation conventionnelle à Cochin est conditionné par des investissements sur le site de Cochin en raison de la vétusté actuelle et des activités médicales éclatées sur le site. Le projet d'investissement viserait à regrouper les activités de chirurgie du GH (urologique, thoracique et digestive en un seul et même lieu). Il permettrait de répondre aux enjeux d'optimisation du plateau technique opératoire et des compétences médicales associées, mais également de libérer une parcelle importante du site de Cochin permettant ainsi d'engager d'importantes opérations immobilières nécessaires à la modernisation du GH.

L'évolution de l'Hôtel-Dieu vers un projet de santé publique (domaines du dépistage, de l'éducation thérapeutique et de la prévention) pourra être envisagée pas des partenaires extérieurs, en fonction de la position des pouvoirs publics. La situation géographique exceptionnelle de l'Hôtel-Dieu et la présence d'équipes médicales déjà axées sur ces grandes problématiques de santé publique donnent tout son sens à ce projet fondé sur une approche nouvelle permettant de mieux répondre aux attentes des patients et de mieux utiliser les potentialités du site.

Un pôle gériatrique innovant

L'axe gériatrique porté par la communauté de Broca/La Collégiale/La Rochefoucauld est conforté et plusieurs projets sont poursuivis :

- Extension de la capacité de gériatrie aiguë
- Création d'une unité d'oncogériatrie
- Création d'une unité cognitivo comportementale
- Création d'une unité de cardiogériatrie

Enfin, la spécialisation des sites sera amenée à son terme : SLD à La Collégiale et à La Rochefoucauld ; gériatrie aiguë, SSR et SLD à Broca.

Un plateau technique mutualisé

Le GH met en œuvre en 2010-2011 un projet commun de biologie sur la base du bâtiment Jean Dausset qui regroupera la plus grande partie de l'offre de biologie en complément du laboratoire de réponse rapide de l'Hôtel Dieu.

Les Pharmacies à Usage Intérieur vont regrouper progressivement une partie de leurs activités optionnelles, avec à l'Hôtel Dieu, la rétrocession, à Cochin, la production de cytostatiques, la stérilisation centrale et la radiopharmacie.

Un accès aux soins optimisé pour faire face à la concurrence externe:

Chantier d'amélioration de l'accessibilité aux consultations démarré en 2009, à poursuivre et amplifier sur 2010-2014 à travers :
-l'ouverture progressive de centres d'appels de prises de rendez-vous (Polyclinique Cochin, Centre de diagnostic HTD, nouvelle maternité, OPH…)
-la valorisation de l'activité externe (création d'outils pour diminuer les non-venues et les délais d'attente)
-la professionnalisation de la fonction accueil (nouveaux métiers, transferts de compétences)

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

En matière d'enseignement et de recherche, la constitution du Groupe Hospitalier permettra des stratégies ambitieuses et efficaces. Premier établissement rattaché à Paris V par sa taille, fort d'un volume et d'une qualité de soins de premier plan et d'une activité de recherche de niveau international, le GH se place dans les toutes premières places au classement national en termes d'enseignement et de recherche.

A titre d'exemple, chaque année, le GH initie **5 à 10 nouveaux PHRC (appel d'offre national),** ce qui représente 10 à 13% des appels d'offre remportés par l'AP-HP dans cette catégorie par an. Le GH a produit un total de **5 317 publications sur la période 2003-2007**, ce qui **représente 15,6% des publications produites par l'AP-HP** sur la période. Le score SIGAPS du GH (24 473) classe le GH au **4ème rang national** derrière Pitié-Salpêtrière (31 903), les Hospices Civils de Lyon (30 769) et le GH St-Antoine-Tenon-Trousseau-Rothschild (24 799). Les **principales disciplines associées aux publications** sont, par ordre décroissant, la rhumatologie, la médecine interne, l'oncologie, l'hématologie, l'endocrinologie-métabolisme, la périnatalité. Tous ces axes correspondent aux axes cliniques majeurs du GH.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER ROBERT DEBRE

Le Groupe Hospitalier dans son environnement territorial

L'hôpital Robert-Debré est implanté dans le nord-est parisien, zone où la population pédiatrique augmente le plus en Ile-de-France avec des besoins de santé considérables Il est inséré au sein d'un bassin de population immédiat de 2 millions de personnes.

Les grandes orientations du projet médical du GH

La pédiatrie spécialisée est répartie sur les sites hospitaliers dont trois dans Paris intra-muros. L'organisation de ces activités sera élaborée à partir d'un travail de la communauté des pédiatres permettant d'aboutir à un projet médical partagé sur la base des recommandations du jury d'experts. Ce projet doit être terminé au plus tard dans l'année 2010.
Les investissements qui seraient nécessaires seront programmés à partir du projet ainsi défini qui sera médicalement pertinent réaliste sur le plan des ressources humaines et économiquement adapté.
C'est dans ce contexte que pourront être précisées le devenir des différentes spécialités présentes sur le site.

L'objectif général du GH au cours du plan stratégique est de confirmer son rôle comme pôle pédiatrique universitaire du nord-est de Paris. Le projet stratégique se décline selon les axes suivants :

1. Un reconfiguration du site permettant l'accueil et le regroupement de nouvelles activités

2. Le développement d'une chirurgie innovante pour le futur

La chirurgie pédiatrique de l'hôpital comporte trois segments d'activité majeurs (chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale-urologique et disciplines tête et cou).

Les principaux domaines renforcés dans le prochain plan stratégique seront :
- la chirurgie mini-invasive de l'enfant, spécificité des équipes chirurgicales de l'hôpital
- la chirurgie du handicap sensoriel et moteur
- la chirurgie plastique et reconstructrice,
- la chirurgie oncologique en collaboration avec l'Institut Curie,
- la chirurgie néonatale et malformative,
- la greffe rénale,
- la chirurgie ambulatoire.

3. Un plateau d'activités de recours et d'excellence renforcé en pédiatrie spécialisée

a) Hématologie pédiatrique, centrée sur les hémopathies malignes, les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques[55], le développement de nouveaux anticancéreux et immunosuppresseurs en

[55] l'hôpital assure un quart des allogreffes pédiatriques de France (cible 70 allogreffes en 2011) et se place dans une démarche d'innovation (greffes à partir d'un parent, double greffes de sang placentaire, thérapies cellulaires antivirales, nouvelles indications telles que tumeurs solides et drépanocytose).

pédiatrie, les hémopathies dites bénignes **:** création d'un **centre de référence Ile de France** pour la prise en charge des maladies du globule rouge[56]

b) Maladies "neuropsychiatriques" de l'enfant, activités intégrant les services de neurologie pédiatrique et maladies métaboliques, de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de génétique clinique et d'ORL ainsi que l'unité INSERM 676.

c) Maladies de fréquence intermédiaire, axe qui constitue une des forces de Robert Debré, tant en termes de prise en charge que de recherche[57]. L'hôpital compte renforcer les interactions avec les autres structures pédiatriques AP-HP et hors AP-HP et donner un essor à l'éducation thérapeutique et aux prises en charge ambulatoire.

d) Néphrologie et greffe rénale : le service de néphrologie coordonne cette activité, qui augmente depuis 2007[58], et est amenée à progresser encore sur la période 2010-2014, représentant plus de la moitié de l'activité de greffe rénale pédiatrique en Ile-de-France.

4. Une offre diversifiée en pédiatrie aiguë et en médecine interne : le pôle de pédiatrie aiguë et de médecine interne regroupe le SAU et l'aval des urgences, le service de pédiatrie générale et la réanimation. Son activité est en constante augmentation avec des patients de gravité accrue. Ce service entend renforcer ses interactions avec les services de spécialité, favoriser et développer l'approche multidisciplinaire des pathologies complexes de l'enfant.

Les axes spécifiques renforcés dans le prochain plan stratégique seront :

- Le travail d'organisation des urgences pédiatriques et de leur aval (UHCD)
- La gestion adéquate des variations saisonnières de l'activité,
- Le développement de la prise en charge de la douleur notamment aux urgences
- La réfection et la mise aux normes du service de réanimation pédiatrique et l'extension de l'unité de surveillance continue
- Le développement de la prise en charge des maladies infectieuses sévères dans le service de pédiatrie générale
- Le développement de l'activité de médecine interne de l'enfant
- La structuration et l'expansion de la prise en charge préventive et curative des maladies tropicales chez la mère et l'enfant.
- Une prise en charge plus spécifique de l'adolescence, s'appuyant sur une maison de l'adolescent.

5. Un centre de référence de médecine périnatale

Le pôle est constitué de deux services travaillant en étroite complémentarité, la gynécologie-obstétrique et la réanimation et pédiatrie néonatales, et comporte trois axes majeurs, l'activité du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), la périnatalogie proprement dite et la gynécologie-obstétrique.
Les axes de renforcement du CPDPN[59] s'articulent autour du développement de la chirurgie fœtale endoscopique, du renforcement des liens avec les services du nord-ouest francilien, avec l'unité de fœtopathologie de l'hôpital Robert-Debré.
Les capacités d'accueil de la **néonatologie** se sont renforcées par l'ouverture d'une unité de réanimation néonatale comportant 8 lits sur un total de 42 lits. Le développement de cette discipline sera centré sur l'enrichissement qualitatif du recrutement et le développement d'activités renforçant l'axe "neurosciences du développement", ainsi que le renforcement des liens avec les réseaux dont

[56] drépanocytose, globule rouge non drépanocytaire, aplasies médullaires constitutionnelles et acquises, Pathologies plaquettaires
[57] maladies inflammatoires intestinales, diabète, obésité morbide, drépanocytose, asthme sévère, polyhandicap, mucoviscidose, …
[58] de 5-6 à 18 par an en 2009
[59] Le centre assure chaque années près de 1000 prélèvements, accueille près de 250 patientes pour pathologie fœtale et traite 1100 dossiers au cours de réunions pluridisciplinaires de référence au niveau national.

PremUP (RTRS/fondation sur la prévention de la prématurité et la protection du nouveau-né prématuré) et le Réseau Périnatal Paris Nord (RPPN).
En **gynécologie-obstétrique**, les axes 2010-2014 viseront à renforcer et sécuriser l'activité du centre obstétrical de type III, développer les activités de gynécologie chirurgicale endoscopique ambulatoire, et passer de 3000 à 3500 naissances grâce à la création d'une structure d'accueil post-partum animée par la Croix Rouge Française (nouveau bâtiment).

6. Biologie mère-enfant et pharmacie

Le pôle Biologie PUI a mis en place **des structures transversales** regroupant les équipements lourds. Il est fortement impliqué dans de nombreuses structures supra-GH, des activités de références nationales et européennes. Les domaines priorisés seront la périnatalogie, la foeto-pathologie, l'hématologie maligne-oncologie et l'immunologie. Des travaux sont programmés pour la mise aux normes de la fœtopathologie.

7. Pôle de Physiologie et Imagerie Pédiatrique

L'hôpital dispose d'un plateau d'explorations moderne, multidisciplinaire, mutualisé, offrant l'ensemble des techniques pour l'exploration du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'augmentation de l'offre devra être prise en compte pour permettre de le redimensionner.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Les structures de recherche localisées à l'hôpital Robert-Debré sont constituées de 3 Unités Mixtes de Recherche, une équipe d'accueil Universitaire, un Centre d'Investigation Clinique spécifiquement pédiatrique, l'antenne de l'URC Paris-Nord et des unités appartenant à deux centres d'investigations biologiques. Les équipes de l'hôpital sont fortement impliquées avec de nombreuses autres structures de recherche. Les points forts de la recherche du GH sont :

- La maitrise de modèles animaux adaptés à l'étude des étapes précoces de la vie.
- Le développement de la recherche translationnelle chez l'enfant.
- L'évaluation des médicaments et des stratégies thérapeutiques
- L'analyse de l'impact des maladies et des traitements chroniques de l'enfant par le suivi à long terme de grandes cohortes de patients

La recherche s'est orientée autour de 4 axes :

Neurosciences (U676), avec pour axes thématiques le développement cérébral, la périnatalité, les troubles du développement, les leucodystrophies et maladies neuro-dégénératives. Pour ces projets, l'installation sur le site d'une **IRM 3 Tesla** entièrement dédiée à la recherche et installation d'une équipe de recherche en imagerie cérébrale seront essentielles. Une **fondation** hébergée, nommée **ICE (Institut du cerveau de l'enfant)**, en partenariat avec une association privée, est en cours de création sur l''hôpital Robert Debré.

Puberté – Epidémiologie – Croissance (U676, CIC-EC5/URC, centré sur les spécificités méthodologiques de l'investigation clinique en Pédiatrie et sur le suivi à long terme des cohortes pédiatriques

Inflammation – Infection (U843, EA3105) : inflammation intestinale chez l'enfant (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) ; mécanismes de la virulence de certaines bactéries (infections à E. coli) **;** développement de l'immunologie

Médicaments en pédiatrie (CIC-pluri thématique)

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER NECKER/ SAINT-VINCENT-DE-PAUL/INSTITUT DE PUERICULTURE DE PARIS

Le GH dans son environnement territorial (territoire de santé 75-3)

Des segments d'activité spécialisée et un développement important de l'activité

Necker représente 30% de l'activité d'hospitalisation de médecine pédiatrique et 44% de l'hospitalisation de chirurgie pédiatrique de l'AP-HP. A l'ouverture du bâtiment Mère-Enfants Laennec, le GH disposera sur site de toutes les spécialités pédiatriques. Pour le secteur adulte, la néphrologie et l'ophtalmologie correspondent respectivement à 19 et 17% des lits de l'AP-HP. L'urologie se place au 5ème rang de l'AP-HP.
Le GH se caractérise également par une part très importante de patients hors Ile-de-France et étrangers[60]. Même sur des segments très ouverts à la concurrence public/privé, comme l'obstétrique, le GH étend son recrutement au-delà de Paris et de la petite couronne. Ceci s'explique par la spécificité de la maternité de Necker (de type III), qui s'est orientée vers la prise en charge des pathologies fœtales, en raison de son environnement pédiatrique très complet et très spécialisé.

Une insertion forte dans le 15ème arrondissement et l'ouest parisien

Le GH remplit aussi pleinement son rôle de proximité : 22% des séjours proviennent de patients habitant les arrondissements ouest de Paris. Les urgences pédiatriques de Necker et celles de Saint-Vincent-de-Paul représentent 75 000 passages. Les familles y ont largement recours, avec une quasi absence de transferts et des délais d'attente très inférieurs à la moyenne de l'AP-HP.

Necker est un hôpital en réseau avec l'ensemble des acteurs extra hospitaliers

Plusieurs **réseaux de soins**, pilotés par les médecins de Necker, tels ceux spécialisés dans la périnatalité, le dépistage, l'asthme et l'obésité, interviennent en lien avec des médecins libéraux, des médecins de PMI, des personnels de l'Education nationale et des professionnels paramédicaux. L'activité de cancérologie pédiatrique, essentiellement chirurgicale, s'insère dans un réseau régional (voire national pour la neurochirurgie) qui inclut les CLCC. Necker travaille également en lien avec les SSR et l'HAD.
Compte tenu de l'importance de la prise en charge des maladies rares et chroniques dans son activité, le GH a développé, depuis plusieurs années, des programmes **d'éducation thérapeutique**, notamment dans le cadre de l'école de l'asthme, du Centre de référence et de coordination de la mucoviscidose, du centre de référence pour la drépanocytose, du Centre de formation et de traitement à domicile des enfants. **Le GH se positionne comme un lieu ouvert d'information et d'accompagnement des familles** avec l'organisation fréquente de rencontres et de conférences, ouverte aux professionnels de santé et au public et l'ouverture, prévue en 2010, d'une plateforme de ressources pour les maladies chroniques.

[60] plus de 20% des malades hospitalisés hors urgences

Les grandes orientations du projet médical du GH

La pédiatrie spécialisée est répartie sur les sites hospitaliers dont trois dans Paris intra-muros. L'organisation de ces activités sera élaborée à partir d'un travail de la communauté des pédiatres permettant d'aboutir à un projet médical partagé sur la base des recommandations du jury d'experts. Ce projet doit être terminé au plus tard dans l'année 2010.
C'est dans ce contexte que pourront être précisées le devenir des différentes spécialités présentes sur le site.
Les investissements qui seraient nécessaires seront programmés à partir du projet ainsi défini qui sera médicalement pertinent réaliste sur le plan des ressources humaines et économiquement adapté

Le projet médical allie une recherche médicale et scientifique de niveau international avec des activités médicales de référence et de recours à l'échelle régionale voire nationale et internationale, et un service public hospitalier de proximité au sein du territoire de santé, le tout dans une logique hospitalo-universitaire. Le découpage en pathologies d'organes, sur lequel s'est construit l'hôpital pavillonnaire, fait place à une **organisation par pathologies de systèmes, avec des programmes centrés sur les patients**, **correspondant à de grands axes médicaux et de santé publique**, autour desquels toutes les disciplines, cliniques et médico-techniques et les structures médicales se fédèrent.

Ces programmes sont les suivants :
- **Hérédité et pathologies du développement**
- **Immunologie/Infectiologie/Allergie**
- **Transplantation et Suppléance d'organe**
- **Hématologie et Cancérologie**
- **Urgences et aval médico-chirurgical/Réanimation**
- **Soins de support**

Cette très forte cohérence médicale et universitaire constitue un catalyseur et un accélérateur pour la recherche translationnelle et mobilise la totalité des acteurs (administrateurs, médecins, paramédicaux, enseignants, chercheurs, patients, familles et associations) autour d'un projet stratégique qui correspond à une **vision partagée d'une « médecine intégrée** ».
Des activités cliniques transversales enfants/adultes existent dans certains domaines par exemple : immunologie, transplantation d'organes, hématologie (Necker étant le 2ème centre d'allogreffe de moelle de l'AP-HP), infectiologie, néphrologie.
Des liens étroits ont déjà été noués, à l'échelle de la région, avec des établissements partenaires au sein de l'AP-HP (HEGP, Cochin) et à l'extérieur : Institut Pasteur, Institut Curie, Institut Gustave Roussy, Hôpital Saint-Joseph, hôpital Sainte-Anne, etc.
Le regroupement, sur le site de Necker, de la pédiatrie de Saint-Vincent-de-Paul et de la néonatologie de l'Institut de Puériculture de Paris (IPP), avec les activités pédiatriques et périnatales existantes, permettra de constituer une importante masse critique de soins, d'enseignement et de recherche. Ce regroupement donnera toute sa signification et sa portée à la fusion des facultés de médecine Paris–Descartes, réalisée en 2004. Il aboutit à une organisation des activités en :

– activités « socle » : urgences pédiatriques, pédiatrie générale, anesthésie-réanimation chirurgicale et médicale, maladies infectieuses.
– activités intermédiaires : néphrologie, ophtalmologie, urologie, gynécologie-obstétrique, maladies infectieuses pour les pathologies de l'immunodéprimé.
– activités « supra GH » : elles représentent 31% au sein de l'offre de soins de l'AP-HP (néonatologie, chirurgie infantile orthopédique, chirurgie infantile viscérale, chirurgie ORL infantile, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale infantile, hépato-gastro pédiatrique, transplantation hépatique et intestinale

chez l'enfant, hématologie immunologie pédiatrique, hématologie adulte, néphrologie adulte et pédiatrique, transplantation rénale adulte et pédiatrique, cardiologie médicale et interventionnelle pédiatrique, chirurgie cardiaque pédiatrique - dont transplantation cardiaque-, endocrinologie pédiatrique, neurologie pédiatrique, neurochirurgie pédiatrique, pneumologie pédiatrique, dermatologie).

La concentration de ces activités de référence et de recours sur le site de Necker est particulièrement significative en raison de sa très grande spécialisation notamment pour le traitement des maladies de l'enfant à expression génétique. La **part des séjours de recours s'élève en effet à 12% contre 2% en moyenne pour les CHU français**. Ceci concerne notamment la chirurgie fœtale, le traitement médical et chirurgical en postnatal des malformations congénitales, la chirurgie tumorale de l'enfant, le traitement par allogreffes de moelle des déficits immunitaires de l'enfant, le traitement de l'insuffisance hépatique et intestinale chez l'enfant, la prise en charge des affections métaboliques rares de l'enfant.

Les points forts de la modernisation dans le GH

La mise en œuvre du projet médical 2010-2014 du groupe hospitalier s'appuie sur **cinq projets organisationnels et immobiliers structurants** :

- l'accueil anticipé de **l'activité de pédiatrie de Saint-Vincent-de-Paul** (hors endocrinologie) en août 2010 correspondant à une profonde réorganisation de la prise en charge pédiatrique au sein de l'ouest parisien
- l'ouverture du **pôle mère- enfant Laennec** à l'automne 2012 qui permettra d'accueillir la néonatologie de l'IPP et de mettre en conformité la périnatalité à Necker tout en développant des organisations innovantes et plus efficientes. Ce projet s'accompagne d'une réorganisation de la logistique médicale et hôtelière.
- la construction du bâtiment de recherche sur les maladies génétiques (**IMAGINE**) conduira à un développement accru de la recherche médicale concernant les maladies à expression génétique et à la potentialisation des relations entre les soins cliniques et la recherche.
- La réorganisation des activités de **biologie,** regroupée au sein d'un bâtiment unique sur le site, permettra de développer de façon consubstantielle des programmes de soins, d'enseignement et de recherche
- la réorganisation de la **pédiatrie médicale** à l'ouverture de Laennec

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Cinq domaines principaux de recherche sont actuellement développés au sein du GH : l'immunologie, la génétique, la biologie cellulaire et la physiologie, l'infectiologie-microbiologie et l'hématologie, 960 chercheurs, dont de nombreux hospitalo-universitaires, travaillant sur le site dans les différentes unités de recherche rassemblées au sein de l'Institut fédératif de recherche Necker-Enfants malades. Les structures labellisées INSERM de Necker représentent 5% de l'ensemble pour la France entière : 22 unités sur 435 au niveau national. Sont associées étroitement à ces unités de recherche fondamentales les structures de recherche clinique notamment les deux CIC (CIC mère-enfant et CIC biothérapies) et l'URC Cochin/Necker ainsi qu'une plateforme de ressources biologiques. Le site compte aujourd'hui 32 centres de maladies rares labellisés au cours des six dernières années.
Cette exceptionnelle synergie est objectivée par la production de recherche puisque les équipes de Necker représentent à elles seules 5% des publications nationales et 13% de celles de l'AP-HP. Fin 2009, 431 protocoles de recherche étaient en cours. Le taux de succès dans le dernier appel d'offres PHRC 2008 a dépassé les 40%.

C'est pourquoi, dans la logique de son projet stratégique hospitalo-universitaire 2010-2014, le GH Necker se porte tout naturellement candidat dans le cadre du prochain appel d'offres national concernant les Instituts Hospitalo-Universitaires.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER AMBROISE PARE RAYMOND POINCARE-HOPITAL MARITIME DE BERCK SAINTE PERINE

Le Groupe Hospitalier dans son environnement territorial

Le GH est présent sur plusieurs territoires de santé : Hauts-de-Seine Centre, Paris ouest et Nord-Pas-de-Calais Littoral pour l'hôpital Maritime de Berck. Le territoire principal sur lequel est implanté le GH (92) se caractérise par une démographie en progression.
Le GH**,** composé de 1601 lits d'hospitalisation complète et 107 places de jour (48 MCO, 59 SSR), propose une offre de soins complète et une large gamme de spécialités. Ses activités sont bien insérées dans son environnement territorial[61] .

Le SAU enregistre environ 56 000 passages par an (premier en termes de passages au sein du département), le site de Sainte-Périne jouant un rôle central pour la filière gériatrique 75-3.
Outre l'offre de soins de proximité, le GH propose des soins de recours très spécialisés à recrutement régional, voire national. Sainte-Périne est un établissement recours pour l'ensemble du bassin de vie de l'ouest parisien pour les activités de géronto-psychiatrie et de soins palliatifs.

Les grandes orientations du projet médical du GH

Les activités « socle »

Le GH dispose de toutes **les activités « socle »** à l'exclusion d'un centre d'interruption volontaire de grossesse, de l'odontologie et de la neurologie.

Le GH dispose d'une filière gériatrique complète et organisée, cependant saturée. Il a développé une expertise reconnue dans la prise en charge des maladies d'Alzheimer et apparentées et des troubles locomoteurs des sujets âgés. L'hôpital Sainte-Périne se classe au premier rang des consultations de médecine gériatrique pour l'AP-HP.

Les deux services de chirurgie orthopédique couvrent tous les domaines de la chirurgie de l'appareil locomoteur (16% de l'activité de l'AP-HP).

Les grandes orientations du projet médical pour les activités socle sont les suivantes :

- Le regroupement des réanimations d'Ambroise Paré, en deux étapes, dont la première a été réalisée en 2009 (12 lits de réanimation médico-chirurgicale actuellement). La seconde étape verra le

[61] Il réalise au sein du territoire 92-2 : 66 % des séjours > 1 nuit d'orthopédie-rhumatologie; 54 % des séjours chirurgicaux et 57 % des séjours médicaux du segment d'activité vasculaire périphérique ; 61 % des séjours médicaux concernant les tissus cutanés ; 94 % des séjours > 1 nuit pour les enfants de moins de 16 ans

regroupement géographique des unités de réanimation et de surveillance continue (passant de 10 à 14 lits), avec mise aux normes des locaux et des ratios de personnel

- La création d'un service de neurologie et d'une unité neuro-vasculaire : le projet du GH consiste dans un premier temps à ouvrir sur Raymond Poincaré une unité d'hospitalisation de 12 lits. A terme, une unité neuro-vasculaire pour la prise en charge des AVC pourrait être créée à Ambroise Paré
- La restructuration de la médecine interne et de la gériatrie aiguë : regrouper les deux services de médecine interne d'Ambroise Paré, puis de constituer une seule entité avec le Département de médecine aiguë spécialisée de Raymond Poincaré.
- La réorganisation de la chirurgie orthopédique : le GH, en lien avec la Faculté, étudiera la faisabilité d'un regroupement sur un site de la chirurgie orthopédique.
- **La gériatrie :** le GH a pour objectifs d'augmenter les capacités des UGA avec création de 8 lits supplémentaires à Ambroise Paré et ouverture de 14 lits à Sainte-Périne par transformation de lits de SSR ; à Sainte-Périne ouverture de 35 lits supplémentaires de SSR et renforcement des pôles d'excellence (orthogériatrie et unité cognitivo-comportementale).
- La rationalisation des activités de laboratoire sur le site d'Ambroise Paré
- L'imagerie : les deux services de radiologie du GH (Ambroise Paré et Raymond Poincaré) rechercheront les mutualisations possibles dans le domaine de la permanence des soins.

- Les pharmacies à usage intérieur : la cible est un fonctionnement avec 2 PUI, contre 4 actuellement une seule stérilisation, une seule unité de préparation de chimiothérapies.

Les activités intermédiaires

Le GH offre plusieurs activités de niveau intermédiaire : cancérologie adulte, soins intensifs cardiologiques, dermatologie, endocrinologie, néphrologie, nutrition, soins intensifs pneumologiques, rhumatologie, ophtalmologie, pédiatrie, médecine de l'adolescent.
La réorganisation de la cancérologie adulte repose essentiellement sur deux activités : le développement de la prise en charge des cancers cutanés dans le cadre d'un centre expert et le développement de la prise des cancers thoraciques (en lien avec HEGP). De plus, les caractéristiques du site et l'accent mis sur la filière gériatrique conduisent le GH à développer l'onco-hématologie, adossée au service d'hématologie de Necker, l'oncologie pédiatrique, et l'onco-gériatrie.

Les activités « supra GH »

Les **activités supra GH** concernent la chirurgie vasculaire (24 % de l'activité de l'AP-HP), l'anesthésie-réanimation infantile (17% de l'activité de l'AP-HP), la surveillance continue infantile (10% de l'activité de l'AP-HP), la pédiatrie neurologique (14% de l'activité de l'AP-HP)et comprendront une activité cardio-vasculaire avec notamment la cardiologie interventionnelle, les endoprothèses aortiques et la chirurgie coelioscopique de l'aorte.
Le GH est un établissement de recours au niveau AP-HP et IDF pour la chirurgie neuro-orthopédique, les infections ostéo-articulaires, la chirurgie de l'escarre; la réalisation des autopsies adultes et de nourrissons; les urgences plasmaphérèse ; le pôle ventilation à domicile; le caisson hyperbare; l'activité de neuro-urologie.

Le GH souhaite développer les projets suivants :

- La création d'un centre de référence obésité nutrition vieillissement métabolisme, hospitalo-universitaire, d'expertise médico-chirurgicale sur les complications de l'obésité morbide. La création de ce centre s'appuiera sur un service médico-chirurgical au sein d'un département de chirurgie d'urgence digestive et de médecine métabolique et de la nutrition. La filière d'aval SSR de ce service pourrait être développée au sein du GH.

- Le renforcement de la composante handicap du GH : l'objectif est d'optimiser et de développer les prises en charge multidisciplinaires pour les adultes et les enfants en situation de handicap et de

renforcer le positionnement du groupe et, au-delà, de l'AP-HP, comme la véritable référence dans la prise en charge des patients en situation de handicap.

- Les activités de chirurgie orthopédique spécialisée : le regroupement sur un seul site permettra de conforter les activités spécialisées (chirurgie septique, neuro-orthopédie).

- Les activités cardio-vasculaires : avec notamment la cardiologie interventionnelle, les endoprothèses aortiques et la chirurgie coelioscopique de l'aorte.

Les points forts de la modernisation dans le GH

- La création d'un centre de référence médico-chirurgical obésité nutrition vieillissement métabolisme
- Le regroupement à terme des services de chirurgie orthopédique sur un site unique
- La rationalisation des activités de laboratoire dans le cadre de la réflexion sur la modernisation de la biologie à l'AP-HP
- Le positionnement réaffirmé de Raymond Poincaré comme site de référence sur le handicap, pouvant conduire à la création d'une plateforme du polyhandicap
- Le regroupement des réanimations et de l'unité de surveillance continue
- Le regroupement de la médecine interne
- Le renforcement de la gériatrie notamment aigüe

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Le GH s'intègre dans une faculté dont la thématique principale de recherche est l'impact de l'environnement sur la santé avec de nombreux projets dans ce domaine.

- l'infectiologie
- l'obésité
- le métabolisme
- le vieillissement
- la conception et la grossesse

Les thématiques majeures que le GH compte également développer sont : la physiopathologie et pharmacologie de la douleur, le handicap notamment dans ses liens avec dépendance, vieillissement, maladies chroniques, réanimation et comme thématique d'innovations technologiques.
L'existence d'un Centre d'investigation clinique en innovation technologique (CIC-IT) à Raymond Poincaré supporte ce projet.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER SAINT-LOUIS – LARIBOISIERE – FERNAND WIDAL

Le GH dans son environnement territorial

Une position affirmée au-delà de son territoire de santé

Le GH a pour objectifs de pleinement jouer son rôle de proximité, notamment autour du SAU, regroupé à terme sur Lariboisière, et des filières d'aval à conforter ou renforcer. Il offre par ailleurs un large éventail d'activités de nature régionale voire nationale.

A Lariboisière, il s'agit (1) du pôle Neurosensoriel-Tête-Cou (NTC), auquel s'ajoute le projet de centre lourd d'Ophtalmologie, justifié tant sur le plan universitaire qu'hospitalier (2) du pôle locomoteur. A Saint Louis, il s'agit (1) de l'axe hématologie/oncologie, qui verra ses positions d'excellence renforcées avec l'ensemble des spécialités connexes. (2) Le pôle de réparation cutanée qui a pour vocation des missions de proximité et de recours, dont la prise en charge des brûlés (seul centre adultes AP-HP) et la chirurgie plastique et reconstructrice qui s'inscrivent dans les activités supra-GH du site.

Une structure d'activité différente sur les deux sites, reflet de leur complémentarité

Avec 9,5% des lits MCO de l'AP-HP, le GH réalise 11% des séjours en hospitalisation complète, soit une bonne productivité moyenne. Sur 125 000 séjours de MCO, Saint-Louis en réalise le double que Lariboisière, ce qui s'explique du fait que le site fait six fois plus d'HP et renvoie à la spécialisation de Saint-Louis en hémato/cancérologie, générant de nombreuses séances de chimiothérapies, radiothérapies et transfusions, à la différence de Lariboisière dont l'activité est plus généraliste du fait du poids des urgences dans les admissions.

Les grandes orientations du projet médical du GH

Le projet du GH s'appuie sur la clarification des missions médicales de chaque site qui débouche sur des restructurations, notamment des transferts d'activité.

1 Le site de Lariboisière va se structurer autour de l'axe « Urgences et aval » et de pôles de spécialités renforcés indispensables à cette activité, avec:

- **Le SAU du GH, prévu sur Lariboisière,** seul centre de prise en charge des urgences de proximité à terme, devra pouvoir accueillir 100 000 passages, après reconstruction. Cette orientation sera engagée dès le début de ce plan stratégique par un investissement permettant d'accueillir 80 000 passages et le transfert des urgences générales de Saint-Louis. L'organisation sera basée sur la création de filières. Cette restructuration impliquera d'une part la création d'un DAU médical bi-site, s'appuyant sur une structure unique de médecine interne bi site, et d'un DAU chirurgical à Lariboisière ; d'autre part la structuration sur Saint-Louis de l'accueil des urgences de spécialité H 24 (hématologie-cancérologie, brûlés, dermatologie). Ce projet implique également de rapatrier de Fernand-Widal les activités de psychiatrie et d'addictologie, indispensables au SAU, ainsi que l'activité MPR liée aux activités aiguës

de neurologie, neurochirurgie et orthopédie, et l'activité de SSR gériatrique. Ces regroupements sur Lariboisière impliqueraient d'investir dans la construction d'un nouveau bâtiment.

- Le développement d'un axe fort « Neuro-sensoriel-Tête-Cou » contribuera fortement à la prise en charge des urgences en Ophtalmologie, ORL et des AVC, avec la participation à la grande garde de Neurochirurgie, mais aussi au traitement des tumeurs rares de la base du crâne, en ORL ou encore du système nerveux central. Cet axe comporte la création du centre lourd d'Ophtalmologie du Nord de Paris, le renforcement de l'ORL, suite au transfert du service de Saint-Louis, et la consolidation de l'ensemble neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, neurologie.

- Le développement de l'activité du pôle locomoteur

- Une organisation de l**a cardiologie,** autour de l'activité d'urgence, par transfert de la rythmologie interventionnelle et la prise en charge des pathologies coronaires et d'insuffisance cardiaque.

2 Le site de Saint-Louis doit poursuivre sa structuration autour de ses spécialités d'excellence, reconnues comme référentes, avec

- Une démarche de labellisation d'un centre intégré en oncologie autour du service d'oncologie médicale, fédérant six centres experts en hématologie, sénologie, dermatologie, ORL/Système Nerveux Central, gynécologie et pathologies digestives. Cette approche conduit à des réorganisations comportant : la création d'un centre de sénologie sur Saint-Louis regroupant l'ensemble des moyens diagnostiques et thérapeutiques, avec la création d'une UF de chirurgie sénologique et une offre en chimiothérapie et radiothérapie ; le regroupement à terme de la cancérologie digestive sur Saint-Louis (chirurgie comprise).

- Le renforcement du pôle hématologie, par le transfert, réalisé fin mars 2010, du service d'hématologie de Lariboisière, la création d'une unité consacrée aux adolescents et jeunes adultes (AJA) en lieu et place de la pédiatrie transférée à Robert-Debré début 2010 et un développement accru de l'activité d'allogreffes.

- La constitution d'un centre, unique en France, de la réparation cutanée avec l'arrivée en 2009 de la chirurgie plastique de Rothschild formant, avec le service en place, le plus grand pôle de chirurgie plastique et reconstructrice de France; l'ouverture début 2011 du seul centre des brûlés adultes de l'AP-HP ; une dermatologie réunifiée et repositionnée, notamment sur l'onco-dermatologie;

- La poursuite du développement de l'activité de prélèvement d'organes, notamment sur donneur décédé par arrêt cardiaque, en synergie avec les réanimations du site de Lariboisière. Cet axe doit contribuer à la croissance de l'activité de greffes rénales et de greffes pancréatiques (50% des greffes d'Ile-de-France) qui reste un axe majeur du GH.

3 Un plateau médico-technique restructuré au service du projet médical

Le programme de restructuration qui a été défini s'inscrit en cohérence avec le projet médical du GH. Il est centré sur des opérations d'optimisation des moyens dans les secteurs de biologie et d'imagerie ; la radiothérapie et la production centralisée des anticancéreux étant déjà regroupées sur le seul site de Saint-Louis.

Elle s'appuiera sur la création de plateformes de diagnostic automatisé sur chaque site pour la biologie « de routine » et une organisation de la biologie spécialisée sans doublon au sein du GH. La production au bénéfice de demandeurs externes (AP ou hors AP), déjà très élevée, sera renforcée pour accroître la productivité de la biologie du GH.

Il est prévu au sein du GH la création d'une plateforme d'imagerie à Saint-Louis, regroupant la radiologie et la médecine nucléaire, qui permet la mise aux normes impérative de cette activité et qui

constitue le préalable à l'opération de regroupement des réanimations. Dès à présent, sont prévus le regroupement de l'imagerie de la sénologie sur le site de Saint-Louis et la réorganisation des services de médecine nucléaire des deux sites, avec une adaptation du parc de machines aux activités du site d'implantation (suppression d'une gamma caméra mais acquisition d'un deuxième TEP).

Les points forts de la modernisation dans le GH

- Une forte complémentarité des activités des deux sites
- Des pôles forts d'activité sur chaque site, reconnus au-delà du GH pour leur valeur ajoutée hospitalière et universitaire
- Un consensus large sur la libération du site de Fernand Widal, impliquant la restructuration immobilière du site de Lariboisière
- Des perspectives de réorganisations qui ont du sens médical et qui devraient dégager de l'efficience au bénéfice du développement des pôles majeurs du GH
- Une gouvernance médico-administrative reconnue par la communauté hospitalière.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

L'objectif principal est de développer un campus hospitalo-universitaire sur la base des forces en place et notamment de l'IUH créé il y a près de 50 ans par Jean Bernard et Jean Dausset. Un grand pas a été franchi en 2009 dans le cadre du pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) « Sorbonne Paris Cité » qui a conduit à attribuer des crédits conséquents pour la réhabilitation des bâtiments de l'IUH sur le site de Saint-Louis en lien avec l'opération de réhabilitation du bâtiment INSERM situé à proximité, rénovation qui va renforcer le potentiel de recherche en hématologie-cancérologie.

Participe de cet objectif l'implantation sur le site de Saint-Louis d'un centre de recherche de la « Réparation cutanée », créé en 2008 sur la base d'un appel d'offre conjoint de l'hôpital, de l'INSERM et de l'UFR de médecine de Paris VII. Ce centre s'appuie sur un ensemble hospitalier unique en France, regroupant de la dermatologie, de la chirurgie plastique et reconstructrice, un centre de traitement des brûlés, un laboratoire de thérapie cellulaire et une banque de tissus. Enfin, sur la base du succès de l'opération Campus, le GH s'inscrit dans la dynamique de présenter un projet d'Institut Hospitalo Universitaire (IHU) d'hémato-oncologie en partenariat avec l'IUH, l'UFR de médecine de Paris VII et l'Université Paris Diderot.

Sur le site de Lariboisière, plusieurs bâtiments accueillent des équipes de recherche INSERM en lien avec les équipes cliniques, mais les surfaces limitées ainsi que l'éclatement des activités ne facilitent pas l'organisation et la visibilité des activités de recherche sauf peut-être dans le domaine de l'appareil locomoteur. Il faudra être attentif à associer les équipes de ce site au développement du campus hospitalo-universitaire du GH, notamment dans le cadre de la construction d'un bâtiment neuf sur le site de Lariboisière.

Enfin, le GH est doté d'un cyclotron a vocation de production de molécules FDG[62] et de recherche médicale et scientifique a la fois académique et industrielle, source potentielle de mise au point de nouveaux traceurs.

[62] FluoroDésoxyGlucose

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER
BEAUJON – BICHAT - BRETONNEAU – LOUIS MOURIER – CHARLES RICHET

Le GH dans son environnement territorial

Les cinq établissements (Beaujon - Bichat – Bretonneau – Louis Mourier) sont implantés sur deux territoires de santé (75-1 et 92-3) et couvrent une zone de 1,35 Millions d'habitants. Ces deux territoires de santé couvrent en réalité deux bassins de vie différents trans-territoires de santé avec les communes des Hauts de Seine (Clichy – Levallois Perret) tournées vers Paris et un bassin de vie entre la boucle de Seine moins perméable. Cette population est en développement avec des caractéristiques démographiques, socio-économiques et culturelles spécifiques : population plus âgée, plus précaire et d'origine migrante plus fréquente que la moyenne régionale avec de très fortes disparités au sein de ce vaste territoire.

L'environnement hospitalier est constitué principalement sur l'est du territoire 75-1 par des établissements AP-HP et sur l'ouest des territoires 75-1 et 92-3 par une myriade d'établissements publics, privés à but non lucratif et lucratif, avec un taux de fuite plus élevé que la moyenne francilienne. La concurrence est particulièrement marquée sur certains segments d'activité (cardiologie, urologie, ophtalmologie, orthopédie et gynécologie…). Il est à noter un taux d'équipements de soins de suite et d'EHPAD insuffisant et une présence libérale (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes…) plus faible que la moyenne francilienne.

Un cinquième établissement (Charles Richet – Villiers le Bel) a rejoint le GH début 2010 et complète l'offre de soins gériatriques. Il s'intègre dans un troisième territoire de santé (95-2).

Les grandes orientations du projet médical du GH

Le projet médical du groupe hospitalier a été structuré en 3 axes permettant d'optimiser et de développer les capacités existantes, et d'enrichir la complémentarité entre les différents sites, avec trois établissements d'aigu et deux hôpitaux gériatriques ; il s'agit des principales évolutions projetées, le projet médical complet intégrera l'ensemble des axes médicaux du GH.

1) Développer les prises en charges de proximité, mieux assurer la fluidité des parcours

Il s'agit d'un enjeu essentiel pour le GH en recentrant la prise en charge des urgences sur deux sites (Bichat et Louis Mourier), en développant les lits de premier aval d'environ 40 lits, de deuxième aval d'environ 50 lits et les lits spécialisés (USC). A partir de deux grands sites d'urgence, il s'agit d'éviter les transferts et pour ce faire élargir sur Bichat les lits d'aval en neurologie vasculaire et en cardiologie et sur Bretonneau en gériatrie aigue.
Avec 166 lits de SSR gériatrique (avant intégration définitive de Charles Richet), le GH est celui qui dispose du taux d'équipement le plus faible et d'un taux de transfert en SSR vers d'autres territoires de santé le plus élevé. Ce constat amène au développement de SSR spécialisés non gériatriques (SSR

oncologique et réhabilitation respiratoire sur les sites de Louis Mourier et de Bichat) et de SSR gériatrique (SSR polyvalent à Bretonneau et Louis Mourier).

2) Conforter les pôles lourds et regrouper les spécialités

Le GH a l'ambition de développer le contour de ses pôles lourds et de regrouper dans la mesure du possible, ses spécialités. Il s'agit de développer :

- la **cardiologie** par regroupement et extension de lits sur sa partie médicale, le développement du plateau technique (salle hybride) et l'implantation de la rythmologie
- le centre intégré de l'obésité
- les capacités du site de Beaujon **en pathologies digestives**
- les **neurosciences** avec l'implantation d'une nouvelle activité de neuroradiologie interventionnelle et le regroupement / extension de la neurologie vasculaire
- les activités **Tête / Cou / Rachis** avec le regroupement de l'ORL sur un seul site (pour la chirurgie lourde et l'hospitalisation complète) et le développement de l'implantologie, par regroupement de l'ensemble des centres de prise en charge des adultes de l'AP-HP,
- la **périnatalité** avec l'ouverture complète de la maternité de niveau III et la gouvernance unifiée des maternités de niveaux 1 et 2A qui « upgradent » en niveaux 2A et 2B,
- la **psychiatrie** et l'**addictologie** avec le renforcement des deux services universitaires de psychiatrie et l'élargissement ainsi que le regroupement des prises en charge addictologiques pour un référencement en centres de niveau 3,
- la création et le développement d'une **unité de chirurgie ambulatoire**,
- la labellisation de la **cancérologie** en « Centre intégré de cancérologie » et en « Centre expert pour le digestif, l'ORL, le sein/gynécologie et la dermatologie »,
- une nouvelle dynamique universitaire pour l'**infectiologie**.

3) La réorganisation du plateau technique

L'efficience du plateau technique et sa capacité à développer afin d'accompagner le développement de l'activité et des spécialités sur le Groupe hospitalier. Il s'agit :

- d'optimiser et de regrouper la biologie avec une unification des structures médicales, un projet de laboratoire à réponse rapide et de plate-forme commune,
- de continuer à implanter (IRM, scanner) des équipements supplémentaires tout en développant et optimisant les sites existants voire de supprimer un site de médecine nucléaire,
- de regrouper partiellement les activités de pharmacie à usage interne.

L'hôpital Charles Richet a, quant à lui, l'ambition de continuer à spécialiser certaines activités (unité d'onco-gériatrie, unité d'ortho-gériatrie, unité cognitivo-comportementale…) afin d'étendre l'expertise gériatrique au plus près des malades et des filières entre établissements de soins et le domicile.

Les points forts de la modernisation dans le GH

L'efficience du groupe hospitalier repose sur la pertinence de son projet médical et de ses restructurations destinées à mieux répondre à la demande de soins et aux besoins de santé publique. Les points forts du projet incluent un projet qualité / gestion des risques et la modernisation des cinq sites existants. A court et moyen terme, des opérations de regroupement et de modernisation des fonctions support et médico-techniques vont également accompagner l'évolution du GH (laboratoire à

réponse rapide, modernisation et regroupement des blocs, directions fonctionnelles communes, standard, restauration...).

Plus globalement, il s'agit de contractualiser dans le cadre du nouveau dispositif de Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S) avec les établissements publics du CASH (Nanterre) et le Centre Hospitalier (Gonesse).

Il s'agit ensuite de préparer la reconstruction d'un ensemble hospitalier unique regroupant les activités existantes de Beaujon et Bichat sur deux sites actuellement obsolètes. Bretonneau et la filière gériatrique devront être confortés en élargissant ses capacités de prise en charge. Louis Mourier devra faire l'objet d'une modernisation tant sur son hospitalisation traditionnelle que pour la reconstruction de la réanimation et des urgences, en lien avec le CASH de Nanterre. Enfin, il conviendra de définir le futur immobilier de Charles Richet.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Le groupe hospitalier est le 5ème CHU/GH au niveau national dans le domaine de l'activité de recherche selon le classement national des scores SIGAPS.

Il s'appuie sur des structures hospitalières ou mixtes de soutien à la recherche publique (AP-HP – INSERM – Paris VII) avec, par exemple, une unité de recherche clinique (URC), des centres d'investigations cliniques (pluri-thématiques et épidémiologie clinique), du centre de ressources biologiques, de tumorothèques, des structures d'épidémiologie et de santé publique…

Outre ce très haut niveau, il est à noter l'excellente interaction entre ses activités de recherche et les axes hospitalo-universitaires du GH ce qui permet une très grande lisibilité de l'ensemble autour notamment des maladies infectieuses, de la cardiologie et des pathologies vasculaires, de l'hépato-gastro-entérologie, de la chirurgie, de la médecine interne et de l'oncologie.

Certaines activités, sous réserve d'une constitution en pôles, et d'une densification des activités de soins et de recherche, auront vocation à s'intégrer dans une organisation de DHU, voire à terme faire l'objet de candidatures à une labellisation en Instituts Hospitalo-universitaires.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER ANTOINE BECLERE-KREMLIN BICETRE-PAUL BROUSSE

Le GH dans son environnement territorial

Le GH est, au sein de l'université Paris Sud, la tête de pont de l'AP-HP dans le sud francilien[63]. L'attractivité du GH va au delà de ces 2 territoires de santé[64] avec un bassin de population totale de plus de 5 353 000 habitants. L'environnement est certes fortement concurrentiel, mais le GH a cependant noué des partenariats forts avec ces structures PSPH ou privées : Institut Gustave Roussy, Centre Chirurgical Marie-Lannelongue(CCML), Paul- Guiraud, Fondation Vallée.

Les grandes orientations du projet médical du GH

Le projet médical des 3B ne se conçoit que dans le cadre d'un vrai projet hospitalo-universitaire dont les axes directeurs sont exposés dans ce texte.

Les activités « socle » :

Le renforcement de la thématique « urgences/réanimation/DAU » :
Le GH est pôle d'urgences lourd avec l'ensemble des typologies d'urgences (SAU enfant et adultes à Antoine Béclère (ABC) et Bicêtre (BCT), urgences gynécologiques et obstétricales, urgences psychiatriques ABC et BCT. Le recrutement pour les services de spécialités via les urgences est potentiellement porteur d'un renforcement de l'activité. Le GH dispose des filières d'aval des urgences tant MCO que SSR et SLD. Il défend les projets suivants : la rénovation et le renforcement des secteurs de réanimation à ABC, l'amélioration de la prise en charge des urgences cardiologiques de BCT, la création d'un service d'aval des urgences à ABC, l' du nombre de lits d'UGA sur le site de BCT et le maintien du nombre de lits d'UGA à Paul Brousse (PB).

L'amélioration de la lisibilité des activités SSR et SLD sur le GH, avec le transfert de l'ensemble des activités de SSR gériatrique et du SLD de BCT à PB, le renforcement du SSR spécialisé par l'accueil du SSR addictologie d'Emile-Roux, et la création d'un SSR neurologique. L'ensemble des SSR spécialisés (hors RNI) a vocation à rejoindre PB.

L'amélioration de la lisibilité et optimisation de l'offre chirurgicale au sein du GH, avec:
- Optimisation des blocs opératoires grâce au regroupement des activités interventionnelles et renforcement de la chirurgie ambulatoire sur les deux UCA du GH (BCT et ABC)
- Spécialisation des sites :
A BCT : chirurgie colorectale et endoscopie, endocrinienne et urgences lourdes ; à ABC : chirurgie sus mésocolique, mini invasive et obésité ; à PBR : Hépatologie et transplantation adulte.
Chirurgie des polytraumatisés et hémophiles à BCT, chirurgie reconstructrice orthopédique à ABC.

[63] P. Brousse et Bicêtre sont implantés dans le territoire 94.2 et Béclère dans le territoire 92.1
[64] Hauts de Seine, Val de Marne, Essonne, Seine et Marne et sud du 75

Projet d'acquisition d'un robot pour l'activité mini invasive et d'un microscope à fluorescence pour la neurochirurgie.

L'adaptation de l'offre de pédiatrie générale :
Le maintien des SAU pédiatriques et de la pédiatrie générale des sites de BCT et d'ABC répond aux besoins de prises en charge des bassins de population des deux territoires de santé. L'attractivité des 2 SAU (21 300 passages à ABC et 27 671 passages à BCT, soit 48971 passages sur l'ensemble du GH en 2009) doit se renforcer dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 avec le transfert d'une partie des passages de Saint-Vincent-de-Paul, à la fermeture du SAU de cet établissement.
La pédiatrie générale doit continuer de répondre aux besoins de proximité tout en s'adaptant aux nouvelles modalités de prise en charge des enfants et à la saisonnalité de cette prise en charge. Le projet s'oriente autour des axes suivants : développement de l'hôpital de jour, mise en place d'une consultation sans rendez-vous permettant de fluidifier l'accueil des urgences, développement de centre d'éducation thérapeutique (asthme), mise en place de consultations avancées de pédiatrie spécialisée sur le site d'ABC.

Les activités « supra GH »

L'axe **n***eurosciences tête et cou* :le GH dispose de l'ensemble des atouts pour être reconnu pôle lourd de neurosciences : participation à la grande garde de neurochirurgie et accueil des polytraumatisés, neurochirurgie, chirurgie spécialisée (ORL-STO-OPH), orthopédie/chirurgie du rachis, neuroradiologie diagnostique et interventionnelle *adulte et enfant*, neurologie/USINV, SSR post AVC, le tout complété par une prise en charge en psychiatrie et en addictologie. La présence d'un service de neuro-pédiatrie et d'un service de rééducation neuro-infantile permet d'afficher un **projet complet adulte/enfant**. Le GH prépare par ailleurs un projet de construction d'une filière de *prise en charge des AVC*.

*Les transplantation***s : l**'activité de transplantation constitue un des axes forts du GH et le contexte extrêmement favorable en termes d'activité[65]. Le souhait est de développer l'activité, éventuellement par regroupement avec d'autres équipes, et de renforcer les synergies adulte/enfant sur le foie et adulte sur le pancréas. Une complémentarité avec le CCML sur la transplantation pulmonaire est recherchée. Ce projet est complété par le développement de l'organisation du prélèvement d'organes (cœur arrêté- ECMO-, donneur vivant, mutualisation du prélèvement). Le potentiel de recherche est particulièrement important sur la thématique transplantation au sein du GH.

La cancérologie : le GH souhaite se positionner comme centre intégré, en s'appuyant sur ses atouts : domaines d'expertise (digestif, urologie, SNC, hématologie), plateau médico-technique, service d'oncologie médicale, projet de mutualisation des hôpitaux de jour de chimiothérapie, de reconstitution des cytotoxiques commune sur PBR, et centralisation des chimiothérapies à ABC, service d'oncogériatrie, expertise en soins palliatifs, ainsi que lits de soins palliatifs, projet de développement des activités de dépistage. La labellisation sera un atout majeur dans les discussions avec l'IGR et le CCML pour formaliser un partenariat de complémentarité (GCS ou CHT). Concernant l'onco-gynécologie, la pertinence d'un regroupement sur un site est étudiée. Pour le traitement chirurgical des cancers de l'enfant, le GH occupe une place importante au plan national.

L'immunopathologie : le GH bénéficie d'une activité de niveau international dans tous les domaines de l'Immunopathologie adulte-enfant[66]. Il envisage de regrouper les activités d'Immunologie biologique sur un seul site, et, à horizon 18 mois, ses activités de médecine interne, infectieuse et d'immunologie sur le site de BCT, renforçant ainsi les synergies existantes avec la rhumatologie et l'endocrinologie.

[65] 1er centre de transplantation foie adulte et foie enfant, 2ème centre rein-pancréas
[66] Maladies infectieuses VIH et hépatites; Autoimmunité médecine interne, Neuro-pédiatrie, Gastroentérologie, Pneumologie

Le thorax (pneumologie et cardiologie): le GH dispose d'un centre de référence maladie rare labellisé sur l'hypertension artérielle pulmonaire sévère de l'adulte et de l'enfant, avec des compétences complémentaires médico-chirurgicales et un partenariat fort avec le CCML. Il souhaite développer les activités de soins, d'enseignement et de recherche dans les domaines cardio-respiratoires dans le cadre d'un Institut du Thorax.

La périnatalité : le GH dispose de 2 centres périnataux de Niveau 3. Il souhaite développer son activité obstétricale sur les deux centres. Le partage des activités est réalisé selon les domaines d'excellence de chacun des sites[67].

La pédiatrie spécialisée: La pédiatrie spécialisée est répartie sur les sites hospitaliers dont trois dans Paris Intra muros. L'organisation de ces activités sera élaborée à partir d'un travail de la communauté des pédiatres permettant d'aboutir à un projet médical partagé sur la base des recommandations du jury d'experts. Ce projet doit être terminé au plus tard dans l'année 2010. Les investissements qui seraient nécessaires seront programmés à partir du projet ainsi défini qui sera médicalement pertinent réaliste sur le plan des ressources humaines et économiquement adapté.
C'est dans ce contexte que pourra être précisée l'organisation des activités de pédiatrie spécialisée sur le site.

L'imagerie médicale
Le GH souhaite développer un projet de partenariat entre ses trois hôpitaux, basé sur des activités d'excellence partagées sur chacun d'eux : imagerie cardio-thoracique ; ante-, néonatale et pédiatrique, imagerie de la femme, hépato-digestive, interventionnelle et neuro-imagerie.
Ce projet s'appuiera sur les nouvelles technologies (télé imagerie, traitement des signaux) et sur les possibilités offertes par la visio-conférence. Il devra généraliser la juste prescription et assurer le respect de la législation en matière de radioprotection, être moteur dans les transferts de tâches, la mutualisation des astreintes de radiologie interventionnelle et la réflexion sur les gardes de radiologie du GH.

Les activités intermédiaires :

La biologie-PUI :
Structuration et optimisation des *activités biologiques* au sein du GH : maintien sur chaque site des activités urgentes et regroupement des activités spécialisées en 2011[68].
Maintien des PUI mais regroupement de certaines activités: URC à PB, projet sur la stérilisation PB/BCT à BCT, dispensation à terme aux malades externes sur un site (BCT)

Les points forts de la modernisation dans le GH

Les complémentarités adulte/enfant : toutes les spécialités pédiatriques ont en miroir les spécialités adultes, le service de médecine des adolescents en étant le trait d'union. Le GH envisage la mise en place de pôles mixtes adulte/enfant par thématique. En *MCO-SSR-SLD* : le GH dispose de l'ensemble du panel de prises en charge, du DPI au SLD, et de la seule unité de lits de soins palliatifs à l'AP-HP, ainsi que de l'unique service de médecine des adolescents. Il souhaite s'appuyer sur ces atouts au sein d'un bassin de population important pour couvrir les besoins du sud francilien et formaliser des partenariats avec son environnement, notamment avec l'IGR et le CCML sur l'ensemble des thématiques partagées.

[67] DPI, infertilité et grande prématurité sur ABC ; prise en charge des malformations du nouveau né et prise en charge des pathologies maternelles en lien avec les services de spécialités sur BCT.
[69] Regroupements de l'immunologie biologie sur un seul site, des activités de virologie sur PB, identification d'une plate forme biopathologie des tumeurs solides à PB, renforcement de la lisibilité de la plate-forme materno-embryo fœtale à ABC

La concrétisation de la modernisation du GH pourrait apparaître dans la mise en place de **pôles hospitalo-universitaire (PHU) novateurs et de départements hospitalo-universitaires (DHU), dynamiques et représentatifs de l'offre de soins, communs aux 3 sites** chaque fois qu'il y a une justification médicale, **avec une articulation adulte/enfant.**

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Les thématiques hospitalo-universitaires valorisées au sein du GH en lien avec le projet médical sont les suivantes : santé publique, immuno-transplantation, hypertension artérielle pulmonaire, pathologies hépato-biliaires, endocrinologie, maternité et reproduction, neurosciences, cancérologie, imagerie médicale. Le projet s'appuie sur des structures transversales de recherche : URC Paris Sud, CIB Paris Sud, CRB Paris Sud et, pour PB, biologie de la cellule souche et cancer, pour BCT l'institut biomédical, pour ABC l'institut Paris Sud d'innovation thérapeutique
Le GH souhaite se positionner sur le projet d'appel d'offre centres de recherche clinique ainsi que sur la labellisation d'une plateforme de génétique, éventuellement en lien avec un autre GH.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER HENRI MONDOR ALBERT CHENEVIER EMILE ROUX JOFFRE-DUPUYTREN GEORGES CLEMENCEAU

Le GH dans son environnement territorial

Le GH Henri Mondor s'étend sur 57 kms en banlieue sud et Sud Est de Paris. Les trois principaux établissements Henri Mondor, Albert Chenevier, Emile Roux sont situés dans le Val de Marne et représentent 75 % de l'offre de soins du GH. Joffre-Dupuytren et Georges Clemenceau sont situés dans l'Essonne. **En termes de territoires de santé,** Henri Mondor - Albert Chenevier couvrent le 94-1 partenariat avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), Emile Roux - Joffre-Dupuytren le 91-1 en partenariat avec le Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint George (CHIV), Georges Clemenceau le 91-3 en partenariat avec le CHSF.
En termes d'attractivité, Henri-Mondor, Albert-Chenevier et Emile-Roux ont un positionnement de CHU du Val de Marne et de la Seine et Marne en partie. Cette zone d'attractivité correspond à l'UPRES Paris Sud Est qui inclut l'Université de Paris Est Créteil. Leur principal partenaire est le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC). Georges Clemenceau et Joffre Dupuytren ont une attractivité plus locale dans l'Essonne avec des partenariats privilégiés avec le C.H. Sud Francilien et le C.H. intercommunal de Villeneuve St Georges. Du point de vue des filières de patients, il existe donc deux ensembles très distincts à l'intérieur du groupe.
Le GH ne compte qu'un hôpital universitaire offrant des soins MCO, Henri Mondor; il dispose de 28% des capacités de SSR, 25% des capacités de psychiatrie, 22% des capacités de SLD de l'AP-HP, réparties sur 4 sites Albert Chenevier (SSR spécialisé, psychiatrie), Emile Roux, Joffre Dupuytren et Georges Clemenceau (SSR et SLD Gériatrique).

Les grandes orientations du projet médical du GH

Le projet médical du GH s'inscrit dans le plan stratégique de l'AP-HP et en conformité avec les préconisations du SROS de 3ème génération. Il ambitionne une harmonisation des fonctionnements des établissements gériatriques et une coordination de leur offre de SSR. Il se donne pour objectifs le rapprochement des activités de MCO et de SSR du G.H. Albert Chenevier – Henri Mondor avec le CHIC dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), visant à éviter tout doublon dans l'offre de soins.

Les activités « socle » :

L'offre de proximité est assurée par 2 pôles, réanimation - anesthésie - SAMU-SMUR, et le pôle MINGGUS[69]. Les objectifs prioritaires dans ce domaine pour ce plan stratégique sont :

- la rénovation et le renforcement des secteurs de réanimation médicale et chirurgicale d'Henri Mondor
- le développement de la chirurgie ambulatoire

[69] Médecine interne, gériatrie, génétique clinique, urgences et spécialités

- la constitution d'un GCS avec le CHIC intégrant notamment le SAU pour harmoniser les activités, redistribuer le flux de patients, et renforcer les potentiels de développement de recherche.

L'offre de proximité gériatrique (953 lits de SSR et 857 lits de SLD) est assurée par les 3 établissements gériatriques du GH dans les territoires de santé 94-1 et du 91-3 et 91-1. Le GH a une forte ambition de maillage territorial avec les institutions médico-sociales : EPHAD, SSIAD, CLIC, pour répondre à la forte évolution démographique des sujets âgés fragiles dans le département de l'Essonne. Pour répondre aux enjeux du SROS de 3ème génération, les stratégies envisagées reposent sur la mise en œuvre des filières gériatriques sur les territoires de santé 91-1 et 91-3, le développement de l'offre de soins de SSR par réduction sensible de la DMS, et l'humanisation du SLD et la création d'EPHAD publics.

Les activités intermédiaires :

L'activité chirurgicale a le potentiel de poursuivre sa progression de 4 à 6% par an et sa reconquête de parts de marché avec l'investissement adéquat. Malgré des évolutions en terme d'effectifs hospitalo-universitaires récentes, le GH maintient une forte ambition en termes de chirurgie cardiaque, digestive, orthopédique, urologique, vasculaire et neurochirurgicale ainsi que le développement d'une activité de chirurgie thoracique répondant aux besoins du site (Mondor et CHIC) et permettant d'éviter une fuite hors AP-HP de ces patients.
L'attractivité du G.H. Henri Mondor en court séjour chirurgical est liée à son statut d'hôpital universitaire à l'accueil des polytraumatisés, et au recrutement des disciplines chirurgicales. Les taux de fuite à partir des urgences ont été réduits à moins de 3% en chirurgie. L'urologie et la chirurgie digestive ont depuis plus de 10 ans acquis une expertise majeure en termes de robotique chirurgicale et constituent une offre de soins particulièrement attractive.

L'activité d'explorations et d'imagerie diagnostique et interventionnelle sera regroupée sur un seul plateau dans le bâtiment à venir Réanimations – Blocs.

Les activités supra GH :

Cancer et transplantations (pôle OTI)

La volonté du GH est de développer en deux temps un centre intégré de cancérologie et un centre d'excellence en urologie. A cette fin une première organisation regroupant les 3C, les RCP, les associations d'usagers, un centre d'accueil et d'annonce pourra être mis en place en 2010, les surfaces libérées par les réanimations blocs en 2014 autorisant la mise en service d'un hôpital de jour d'oncologie - hématologie de 40 places et de consultations oncologiques. Le développement de compétences hospitalo-universitaires sera essentiel pour ce projet.

L'axe transplantation doit être renforcé, car il constitue une réelle offre de recours du GH, s'appuyant sur une expertise et des centres d'excellence médico-chirurgicaux constitués autour des greffes d'organes, de tissus composites et de moelle, liés à une biologie spécialisée hautement compétitive.

Les autres activités de recours comportent :

- les centres maladies rares, au nombre de 9, dont 6 labellisés à nouveau en 2009.
- la prise en charge médico-chirurgicale des mouvements anormaux par thérapie cellulaire, axe d'excellence en neurochirurgie
- la chirurgie vasculaire avec une forte innovation sur des stents complexes (projet STIC 2010).
- la psychiatrie, qui occupe une place très importante sur le site avec en particulier le réseau thématique de recherche et de soins « fondamental », créé par le Ministère de la Recherche en Juillet

2007, sous la direction du Professeur Marion Leboyer, qui a permis de consolider 3 centres experts (troubles bi-polaires, schizophrénie, syndrome d'Asperger).

Les points de la modernisation dans le G.H.

Pour la période 2010 – 2014, la modernisation et les améliorations sont envisageables sur tous les sites du GH :

- A Henri Mondor : poursuite du développement de l'activité médicale et chirurgicale avec le regroupement des réanimations médicale et chirurgicale et des blocs opératoires, nécessitant la modernisation du patrimoine immobilier
- A Albert-Chenevier : odontologie et accueil, rénovation du service de MPR
- A Emile Roux : humanisation et mise en sécurité du bâtiment de SLD d'une capacité de 450 lits
- A Joffre Dupuytren : amélioration de l'offre de SLD sur le site de Dupuytren et libération du site de Joffre

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

L'importance de la recherche clinique sur le site place le groupe hospitalier au 3ème rang des hôpitaux de l'AP-HP pour ce qui est des projets de recherche institutionnels et des projets de recherche industriels, et en 4ème position pour les publications. Cette activité de recherche clinique forte, très intriquée avec l'activité clinique de soins, s'appuie sur:

- des structures spécifiques d'aide à l'organisation et à la gestion de la recherche clinique regroupées au sein d'un pôle Recherche Clinique et Santé Publique (Unité de Recherche Clinique, Centre d'investigation Clinique, Plate-forme de Ressources Biologiques, Centre d'investigation Biomédical et Service de Santé Publique,…).
- un plateau biologique de pointe (biochimie, génétique, bactériologique-virologie hygiène, immunologie et hématologie biologiques, histologie et anatomopathogie, pharmacologie).
- le centre de recherche chirurgical
- le centre et réseau RTRS de psychiatrie Fondamental

Enfin, le projet ambitieux d'une plate-forme d'immuno-monitoring, la venue de la plateforme GELA-Pathologie, et la venue d'une équipe de recherche spécialisée dans la transplantation, en collaboration avec l'EFS, constitueront dès 2010 de réelles avancées sur le site.

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER SAINT-ANTOINE, ROTHSCHILD, TROUSSEAU – LA ROCHE GUYON, TENON

Le GH dans son environnement territorial

Le GH se situe dans la partie Est du territoire de santé 75-2, avec des sites dans les 12ème (Saint-Antoine, Trousseau, Rothschild, et 20ème (Tenon) arrondissements. Le site de La Roche-Guyon, à part, est situé dans le 95. Le territoire 75-2 compte 672 541 habitants, 31% de la population parisienne. Les moins de 16 ans représentent 15% de la population, les 16-25 ans 13%, les plus de 75 ans 7.2%, avec un pourcentage élevé de bénéficiaires du RMI par rapport à la moyenne nationale, cette précarité ayant une incidence sur l'activité des établissements de santé, sur la nature et la durée des prises en charge.

Le territoire compte 16 établissements de santé assurant du MCO et du SSR, dont 6 de l'AP-HP, 1 EPS non AP-HP (centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingt), 3 PSPH (Hôpital des Bluets ; GH Diaconesses/Croix Saint-Simon, hôpital des Gardiens de la paix), 1 privé a but non lucratif non PSPH (centre de SSR Rothschild), 5 établissements privés à but lucratif, 6 secteurs de psychiatrie générale rattachés à Esquirol et à Maison Blanche et 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile rattaché à Esquirol. Second territoire de la région pour les activités de court séjour, il compte deux filières gériatriques[70]. Néanmoins, l'offre de soins est insuffisante, notamment en SSR[71]. Les articulations avec la psychiatrie sectorisée, ville-hôpital, et les liens entre structures sanitaires, médico-sociales et sociales, sont insuffisamment développés. Par ailleurs, ce territoire se caractérise par l'insuffisance de places de SLD et d'EHPAD.

Les grandes orientations du projet médical du GH

L'organisation des urgences: afin de clarifier et d'améliorer le parcours du patient un centre lourd d'urgences sera localisé sur le site de Saint-Antoine (60 000 passages par an), par transfert de 15000 passages des urgences de Tenon, ce dernier conservant une prise en charge des urgences de proximité (30 000 passages par an). Cette organisation permettra à Tenon d'améliorer l'efficacité de son offre de soins programmée et à Saint-Antoine d'améliorer l'aval médical du SAU par la création d'un Département d'Aval des Urgences (DAU).

La cardiologie : le regroupement de l'activité interventionnelle et conventionnelle de l'hôpital Tenon au sein de l'institut du Cœur de la Pitié est proposé, avec le maintien d'un service de cardiologie à Saint-Antoine (avec une USIC et des lits d'hospitalisation conventionnelle), et le maintien d'une activité de cardiologie de liaison à Tenon.

La neurologie sera regroupée à Saint-Antoine, à proximité de la cardiologie, en cohérence avec le pôle lourd des urgences, une activité de neurologie de liaison étant organisée à Tenon.

La cancérologie : le GH s'organise pour répondre au cahier des charges de la labellisation d'un centre intégré de cancérologie, et organiser de manière coordonnée la prise en charge de la maladie cancéreuse à tous les âges de la vie: enfants et adultes, à tous les stades d'évolution, incluant les soins

[70] : « rive droite » hôpital Rothschild et « rive gauche » GH Pitié-Salpêtrière / Hôpital Charles Foix

[71] ce manque devrait être progressivement corrigé avec l'ouverture du nouveau Rothschild

palliatifs. La cancérologie pneumologique, sein, gynécologique, ORL, uro-néphrologique, sera regroupée sur le site de Tenon, avec l'oncologie médicale et une unité de soins palliatifs. Des centres experts digestifs, hépato-gastroentérologie (incluant les activités d'oncologie médicale associées) et hématologie seront localisés à Saint-Antoine et travailleront en étroite collaboration avec l'ensemble du centre intégré de cancérologie.

La pneumologie : les services de Tenon et Saint-Antoine seront regroupés à Tenon, pour former avec la chirurgie thoracique un centre lourd de pneumologie. Une activité de pneumologie de liaison sera organisée sur le site de Saint-Antoine.

La périnatalité : l'activité des trois maternités sera concentrée sur deux sites, Trousseau et Tenon, avec une offre de soins de 6000 à 6500 accouchements pour l'Est parisien auxquels s'ajoutent les Bluets. La gynécologie cancérologique sera regroupée à Tenon. La chirurgie gynécologique conventionnelle de Saint-Antoine sera transférée à Trousseau. L'hémobiologie périnatale sera installée à Trousseau. L'AMP de la Pitié sera regroupée sur Tenon.

La prise en charge des IVG sera organisée par le centre d'orthogénie de Trousseau, comprenant un centre de planification et d'éducation familiale (Trousseau/Les Bluets) avec une offre de soins susceptible de prendre en charge 700 IVG par an. Ce centre prendra en outre en charge le centre d'accueil et d'orientation de Tenon.

L'ouverture sur le site de Tenon du bâtiment urgences, chirurgie, anesthésie (BUCA) permettra d'améliorer le parcours du patient en regroupant dans un même bâtiment les activités d'urgence, d'imagerie, de réanimation, et de chirurgie.

La pédiatrie spécialisée : La pédiatrie spécialisée est répartie sur les sites hospitaliers dont trois dans Paris intra-muros. L'organisation de ces activités sera élaborée à partir d'un travail de la communauté des pédiatres permettant d'aboutir à un projet médical partagé sur la base des recommandations du jury d'experts. Ce projet doit être terminé au plus tard dans l'année 2010. Les investissements qui seraient nécessaires seront programmés à partir du projet ainsi défini qui sera médicalement pertinent réaliste sur le plan des ressources humaines et économiquement adapté.

C'est dans ce contexte que pourra être précisé le devenir des différentes spécialités présentes à Trousseau.

Odontologie : une partie de l'odontologie de Garancière sera accueillie dans le nouveau Rothschild (55 fauteuils)

La biologie : les activités de biologie du GH sont actuellement dispensées sur 3 sites et 56 implantations différentes. La volonté du GH est de réorganiser ses activités avec :

- sur chaque site, le regroupement de la prise en charge des échantillons et de l'urgence et la conservation d'un service d'anatomie et cytologie pathologiques
- le regroupement de la biologie générale, des activités spécialisées et plateformes technologiques communes sur Saint-Antoine.
- la conservation des disciplines très spécialisées devant rester sur les sites de Tenon et Trousseau en cohérence avec les activités cliniques de ces sites.

Le SSR dans le GH : dès la fin 2010, le nouveau Rothschild permettra d'augmenter l'offre de SSR en aval des services de court séjour de Tenon et Saint-Antoine, avec comme axes :

- Le SSR neurologique : AVC et autres affections du système nerveux central (Parkinson, traumatismes crâniens, encéphalopathies et autres affections.
- Le SSR locomoteur : passage de 10 à 30 lits, motivé par l'importance de la demande émanant des services adresseurs concernant notamment des patients des arrondissements de proximité. Par ailleurs, une demande spécifique concerne les affections neuro-orthopédiques.
- Le SSR gériatrique : affections de la personne âgée polypathologique.

Les points forts de la modernisation dans le GH

Ils porteront sur : la modernisation du patrimoine hospitalier[72]; la réorganisation de l'offre de soins dans l'est parisien; la constitution d'un centre intégré de cancérologie; le regroupement des activités de biologie sur Saint-Antoine; l'affirmation de la dimension hospitalo-universitaire; la modernisation de la gouvernance

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Le GH exerce ses missions universitaires et de recherche dans le cadre du CHU de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie site Saint-Antoine et de l'Université Paris 6. Il compte plusieurs structures de recherche localisées sur les sites Tenon, Trousseau, Saint-Antoine, certaines regroupées en un Centre de Recherche (CdR).
Les trois grands thèmes de recherche du GH sont: cancer, immunité, réparation tissulaire et métabolisme et croissance. L'IFR, Institut de Recherche en Santé Saint-Antoine est composé de 10 structures de recherche labellisées et de plateformes, localisées sur les sites hospitalo-universitaires d'Armand Trousseau, des Quinze-Vingt, de Saint-Antoine et de Tenon. Pour accompagner ses recherches, l'IFR a développé plusieurs plateformes technologiques performantes alliant notamment analyses génétiques et moléculaires à large échelle et imagerie cellulaire. Une aide à la recherche est apportée par d'autres structures du GH telles que l'URC-Est, le CIB, le CRB et la tumorothèque. A travers ces structures la politique du GH sera d'inciter au développement des thématiques qui confortent les axes de ses sites hospitaliers: digestif et cancer pour le site de Saint-Antoine ; cancérologie – hématologie pour le site Saint-Antoine, Tenon et Trousseau ; néphrologie – urologie pour le site Tenon ; tête et cou – maladies respiratoires pour le site Trousseau ; périnatalité – génétique et pathologie du développement pour le site Trousseau.
Le GH est partie prenante du développement du centre de recherche de Tenon pour lequel un appel à candidature a été lancé pour recruter une équipe de recherche en cancérologie venant compléter celles qui travaillent déjà sur place (physiologie du rein).
Les missions de soins, d'enseignement et de recherche du GH s'exercent aussi dans le soutien qu'il apporte aux différents Centres de Maladies Rares labellisés sur les sites Trousseau, Saint-Antoine et Tenon.
Le GH encouragera les réponses aux appels d'offres : PHRC nationaux et régionaux, CIRC et STIC et les essais industriels. L'implication des équipes du GH dans la recherche sera encouragée pour conserver son positionnement : en score SIGAPS, 2ème position à l'AP-HP, 3ème position en France après le GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix et les Hospices civils de Lyon.

[72] Avec l'ouverture du bâtiment « BUCA » à Tenon (début 2013)[72] et l'ouverture du nouveau Rothschild

LE PROJET DU GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE CHARLES FOIX

Le GH dans son environnement territorial

Le GH Pitié-Salpêtrière/Charles Foix est organisé autour de 2 sites qui ont en commun le gigantisme (33 hectares à PSL, 23 à CF), l'éparpillement (90 bâtiments à la Pitié, 36 à CF) et l'inadaptation aux besoins modernes de l'hospitalisation: une bonne partie des bâtiments remonte aux XVIIème, XVIIIème et XIXe siècles et continuent d'abriter des activités cliniques, parfois parmi les plus aiguës. Cette situation se traduit souvent par de mauvaises conditions d'accueil pour les patients et par une perte d'efficience pour l'organisation et la gestion, les unités cliniques n'étant pas de taille optimale, les plateaux techniques dispersés (18 sites pour la biologie, 8 pour l'imagerie) et l'organisation logistique de l'ensemble complexe et fragile.

Les grandes orientations du projet médical du GH

Les priorités du projet médical pour ce plan stratégique sont de conforter les axes majeurs de la structure (neurologie, coeur/métabolisme) et d'en corriger les faiblesses (restructuration des 2 sites, développement des filières cancérologie et gériatrie, amélioration l'efficience générale des organisations, création de filières fluides entre le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et Charles Foix, Ces orientations doivent permettre le retour à l'équilibre budgétaire en 2012.

1. Réorganiser et développer les activités de neurologie et neurochirurgie
Dans le plan 2010-2014, cet objectif sera poursuivi grâce à :
- L'ouverture à l'automne 2010 du centre des pathologies cognitives et comportementales, centre de référence national pour la maladie d'Alzheimer.
- La mise en service fin 2010 / début 2011 de l'ICM, Institut du Cerveau et de la Moelle, centre de recherche constitué sous forme de fondation de droit privé
- La candidature, naturelle, quand l'appel d'offres sera lancé, du GH à la création en son sein d'un Institut Hospitalo-universitaire sur la thématique des neurosciences.
- La réorganisation, dans le bâtiment Castaigne, à horizon 2013/2014, des activités de neuro-oncologie aujourd'hui situées dans le bâtiment Mazarin et la mise aux normes de la réanimation.

2. Restructurer et développer les activités de cardiologie et chirurgie cardio-vasculaire
La livraison fin 2010 d'un bâtiment complémentaire de 50 lits de l'Institut de Cardiologie doit permettre de réorganiser et développer ces activités avec :
- Le développement des activités interventionnelles par transfert du service de Tenon,
- Le développement des activités de rythmologie et de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère,
- La création d'une unité de surveillance continue accolée à la réanimation médicale et l'augmentation du nombre de lits d'USIC,
- La réorganisation des activités de chirurgie cardiaque et vasculaire.
- La création d'un nouveau plateau technique d'imagerie intégré dans le bâtiment, composé de deux salles de vasculaire, d'une IRM et d'un scanner.

3. Réorganiser les activités de métabolisme et développer l'offre en matière d'obésité
Le développement des activités d'endocrinologie, de diabétologie et de nutrition acté lors du précédent plan, constitue une priorité du GH. Une plus grande synergie des équipes médicales et une plus grande efficience dans l'utilisation des moyens est nécessaire. Durant le plan 2010-2014, le GHPS se fixe par ailleurs pour objectif la mise sur pieds sur le site, par création ou transfert, d'une activité de chirurgie bariatrique, pendant indispensable de l'activité médicale de prise en charge de l'obésité sévère pour laquelle le service est centre de référence national.

4- Constituer un nouvel axe fort dans le domaine de la cancérologie :
Candidat au label de centre intégré en cancérologie et centre expert dans plusieurs domaines (neurologie, tyroïde, urologie, digestif....) le groupe dispose de plusieurs atouts et a inscrit plusieurs projets dans ce domaine au plan stratégique :
- L'implantation à l'été 2010 du centre de radio-chirurgie d'Ile de France, constitué sous forme de GCS avec l'hôpital Sainte Anne et la Fondation Rothschild autour d'une plateforme de Gamma-Knife, notamment pour le traitement des métastases du cerveau
- L'implantation à l'horizon 2011 d'une plateforme de tomothérapie, et à horizon 2012 d'un deuxième TEP, en substitution d'une gamma-caméra
- La réorganisation des activités médicales et médico-techniques de cancérologie de PSL, actuellement dispersées sur le site, la plupart du temps dans des locaux vétustes. Outre une meilleure lisibilité de l'offre de soin cancérologique du groupe, cette réorganisation devrait permettre une amélioration des conditions d'accueil et du parcours des patients, une meilleure synergie des équipes médicales, et des gains d'efficience.
- La création d'une plateforme de biopathologie moléculaire et de génétique à haut débit, permettant la personnalisation des traitements conforme aux développements futurs prévisibles de la prise en charge des cancers.

5-Réorganiser les filières de SSR et constituer un axe fort dans le domaine du vieillissement :
Le groupe hospitalier créera ou développera des SSR spécialisés et/ou à orientations thématiques en gériatrie permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients dans les principales pathologies concernées : cancérologie, pneumologie, neurologie, cardiologie, etc. Une meilleure articulation avec les besoins de proximité sera également recherchée. Dans ce cadre, un EHPAD sera construit sur le site de Charles Foix, en lien avec les collectivités locales et le milieu associatif.

Les points forts de la modernisation dans le GH

Le groupe a des projets de restructuration visant a poursuivre les restructurations déjà initiées dans le domaine de la biologie, les activités de biologie du groupe étant actuellement disséminées sur 18 sites
- L'ensemble des laboratoires composant le pôle de Biologie seront regroupés progressivement dans le bâtiment de la Pharmacie, libéré par le départ à échéance 2011 de deux étages de recherche transférés dans l'ICM, et à terme par la PUI. Ces services se réorganiseront autour de plateaux techniques communs.
- Les laboratoires du pôle 31 (bactériologie, virologie, et deux services d'immunologie) ont vocation à être regroupés à terme.En attendant cette perspective, pendant la période 2010-2014, les deux services d'immunologie seront fusionnés au sein du CERVI, et le service de virologie sera réimplanté dans les locaux libérés.
- Enfin, les laboratoires de Charles Foix seront restructurés pour tenir compte de l'intégration dans le GH.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH

Les grands axes des missions universitaires et de recherche du GH Pitié-Salpêtrière – Charles Foix se recoupent avec les grands axes stratégiques du groupe :

1- Axe « Neurosciences ».
Vingt et une équipes labellisées (sont regroupées au sein du Centre de Recherche de l'Institut du Cerveau et de la Moelle. S'y ajoute un centre d'investigations cliniques dédié aux maladies du système nerveux et 13 centres de référence des maladies rares, dont 9 coordonnées sur le site. Cette concentration d'excellence dans les domaines à la fois clinique et de recherche justifie la candidature du site pour un IHU de Neurosciences.

2 – Axe « Cardiovasculaire – Métabolisme »
Il comprend un CIC plurithématique et plusieurs équipes EPST :
- Laboratoire d'Imagerie Fonctionnelle U678
- Dyslipidémies, Inflammation et Athérosclérose dans les Maladies Métaboliques U939 (Ile-de-France)
- Génomique Cardiovasculaire (U937)
- Génétique, Pharmacologie et Physiopathologie des Maladies Cardiovasculaires (U956)
- Centre de Recherche des Cordeliers (Nutrition et Obésite : Approches Génétique et Transcriptomique. Obésité et diabète, Physiopathologie du Transport et de la Détection des Sucres (U872)

2 – Axe « vieillissement»
Dans le domaine le la gériatrie, le groupe hospitalier restructurera ses activités de manière à conforter l'existence d'une filière universitaire, et la qualité de la prise en charge des patients, au plus près de leur domicile, avec l'ambition de se positionner comme acteur majeur de la filière gériatrique au plan national, grâce à l'appui sur les activités de recherche du centre de la longévité développé avec l'université Paris VI.

3- Axe cancérologie
Le développement, en liaison avec l'UPMC des équipes de recherche en cancérologie visera à compléter unités de recherche labellisées déjà présentes sur le site : l'unité U 7211/U 959, l'unité Unité Mixte de Rrecherche 945 et l'unité de recherche intégrée au sein du centre de recherche de l'Institut du cerveau et de la moelle en neurologie expérimentale.

LE PROJET DE L'HOPITAL PAUL DOUMER

Le site dans son environnement territorial

Le projet médical de Paul Doumer, dans le nouveau contexte HPST, a vocation à s'inscrire dans le projet régional d'organisation des soins que va construire l'ARS de Picardie.

Il s'appuiera bien entendu sur sa vocation première gérontologique, qui correspondant à son savoir faire, mais nécessitera une double réorientation :

- Celle de l'origine géographique des patients que l'hôpital doit prendre en charge, ces activités étant par définition des activités de proximité.

- Celle du panel de ses activités dans un volume patrimonial contraint entre 200 et 250 lits d'hospitalisation complète et environ 20 places de jour.

Les grandes orientations du projet médical du site

- Confortation de la médecine gériatrique aiguë, en passant d'une activité autorisée de 12 lits à environ 20 lits.

- Activation de consultations externes gériatriques, appuyées sur un nombre restreint de places de jour à vocation bilancielle, pour générer le recrutement local et permettre les suivis d'hospitalisation, ainsi qu'une consultation mémoire en liaison avec le CMRR d'Amiens.

- Renforcement des capacités de SSR gériatrique de 60 à 110 lits, dont 10 lits de soins palliatifs et une unité cognitivo-comportementale de 10 lits (filière Alzheimer).

- Création de filières spécialisées SSR, en premier aval des activités des CH de Creil et de Senlis sur les thématiques :
  - neurologiques, dont un potentiel MPR
  - orthopédiques, dont un potentiel MPR

  avec un renforcement corrélatif du plateau préexistant de rééducation et création de deux unités d'HP d'environ 8 places chacune, une à vocation Alzheimer, l'autre de rééducation motrice.

- Le renoncement à l'activité d'UHPAD de 69 lits, les équipements lits en maisons de retraite et en EHPAD étant très conséquents sur le territoire.

- La réduction de capacités de SLD, de 96 lits à un maximum de 50 lits, dont une Unité d'Hospitalisation Renforcée de 14 lits, mais permettant de poursuivre les filières spécialisées neurologiques, comportementales et Alzheimer en gériatrie.

LE PROJET DE L'HOPITAL SAN SALVADOUR

Le site dans son environnement territorial

Le site de San Salvadour est implanté en région Provence Alpes Côte d'Azur dans le territoire de santé n° 83-8 « Var Ouest ». A ce titre un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens spécifique signé entre l'AP-HP et le DARH PACA en mars 2007 comprend deux annexes portant sur les orientations stratégiques du SROS PACA, l'autre sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins.

1. Les équipements en lits et places comprennent [73]: en SSR activités de soins de suite, 318 lits installés, dont 200 adultes et 118 en pédiatrie, en SSR activités de réadaptation et rééducation fonctionnelle, 33 lits.

2. Les orientations du SROS PACA opposables portent essentiellement sur le volet SSR du SROS PACA III révisé et le volet « Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires » ainsi que sur le SROS PACA relatif à la prise en charge des enfants et adolescents. L'hôpital s'inscrit pleinement dans ce cadre.

3. L'insertion de l'hôpital dans les réseaux territoriaux :
L'hôpital s'insère dans les réseaux sur les thématiques suivantes : coopération inter hospitalière, convention de partenariat avec l'ARS et avec les EPS du territoire et régionaux, liens avec le secteur médico-social, insertion dans les réseaux régionaux de santé et associatifs.

5. L'insertion dans les filières de soins tant régionales qu'AP-HP.
Pour des raisons historiques, les filières actives de recrutement pour les deux pôles sont partiellement loco-régionales. La tendance est plus marquée s'agissant du pôle pédiatrique, bien que des partenariats avec les hôpitaux de l'AP-HP se renforcent. Le pôle Adultes maintient un recrutement AP-HP conséquent pour les pathologies neurologiques lourdes. Pour les filières « aval » sont privilégiés les réorientations vers le secteur médico-social ou l'accompagnement au retour à domicile, et, pour les séjours temporaires ou de répit, le retour à l'établissement d'origine.

6. Le rôle d'établissement de recours.
Le SROS SSR Pédiatrique PACA positionne l'hôpital comme établissement de référence dans la prise en charge des patients enfants et adolescents polyhandicapés lourdement médicalisés. Le site aspire à être considéré comme établissement de recours sur les thématiques suivantes : plateau technique adapté au poly handicap et recours en termes d'expertise pour le poly handicap.

Les grandes orientations du projet médical du site

Le projet médical de l'hôpital San Salvadour pour ce plan stratégique s'inscrit dans le respect des orientations institutionnelles et des objectifs définis au sein de la Fédération des établissements du polyhandicap et du multihandicap.

[73] données 2009

Dans le cadre des dossiers d'autorisation l'établissement a présenté des projets comportant:
- pour les adultes, une activité polyvalente de SSR adultes (102 lits HC) et des prises en charge spécialisées (117 lits HC adultes dont : affections du système nerveux 95 lits et affections de l'appareil respiratoire : 22 lits).
- pour les enfants et adolescents, des prises en charge spécialisées SSR: 116 lits HC + 12 places HDJ (affections du système nerveux, affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien

1. Les orientations pour le pôle handicap et polyhandicap de l'adulte

a) Des modifications des flux de patients à prévoir au cours du plan stratégique :

La réorientation et le déclin des recrutements des patients PLH congénitaux non médicalisés, le taux de décès annuel se combinent pour aboutir à une prévision de baisse tendancielle. L'effectif subsistant complété par quelques recrutements, comportera de plus en plus de PLH fortement médicalisés nécessitant une prise en charge lourde. Par ailleurs, un besoin émergent important concerne les catégories de patients atteints de handicap neurologique lourd acquis. La reconversion concernera non seulement la nature des pathologies traitées (SSR spécialisé pour les affections du système nerveux), mais aboutira à une diminution radicale des DMS. En 2010, 77 lits (soit 35 % de la capacité installée du pôle) sont dédiés aux patients souffrant d'un handicap neurologique lourd acquis à l'âge adulte. Une partie des lits de SSR lourds sont à la disposition de l'AP-HP en filière d'aval (réanimation et autres).

b) Le développement de nouvelles activités de soins

Il s'agit d'une part de l'activité EVC/EPR[74] reconnue par le biais d'une convention de partenariat avec l'ARH-PACA pour atteindre, au terme du projet médical, une capacité de 32 lits HC. Par ailleurs, l'établissement a développé une expertise reconnue pour la prise en charge de patients lourdement handicapés sous ventilation mécanique; un projet spécifique propose le redéploiement de 15 lits orientés plus particulièrement pour les patients SLA ventilés, les blessés médullaires hauts trachéo-ventilés et les autres pathologies neuro-dégénératives ou neuromusculaires.

2. Les orientations pour le pôle handicap et polyhandicap de l'enfant et de l'adolescent.

a) Développement de la médicalisation

Le renforcement de la médicalisation s'observe que ce soit pour les séjours en aval des services MCO, par transferts du secteur médico-social, en séjours de répit familial ou par des prises en charge ponctuelles en situation médicale aiguë. Comme pour le pôle « adultes » cette dynamique s'est traduite par la constitution progressive d'une unité EVC/EPR. Le pôle pédiatrie a également acquis depuis plusieurs années une expertise dans la prise en charge d'enfants trachéo-ventilés dont certains totalement dépendants. Sur l'HDJ, les enfants présentant un retard du développement peuvent bénéficier d'une hospitalisation de jour pour des séjours de bilan faisant suite à la consultation de poly handicap. Le pôle a développé par ailleurs une activité de rééducation nutritionnelle en hospitalisation complète centrée sur la prise en charge d'adolescents (14-18 ans) en état d'obésité morbide.

b) Orientation de la population PLH adulte congénitale.

De nombreux placements en structures médico-sociales ont déjà pu être réalisés pour les patients PLH les moins médicalisés. Chaque placement se fait dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire vers des structures choisies en fonction du potentiel qu'elles offrent en termes de projet de vie individualisé.

[74] Etats végétatifs chroniques/Etats pauci-relationnels

LE PROJET DE L'HOPITAL MARIN D'HENDAYE

Le site dans son environnement territorial

L'hôpital marin est situé géographiquement en région Aquitaine, dans le département des Pyrénées Atlantique. Hôpital d'aval pour l'AP-HP, il a également un recrutement national pour certaines maladies rares (syndrome Prader Willi et apparentés, SLA…) ainsi qu'un recrutement régional.

Les grandes orientations du projet médical du site

Le projet médical de l'hôpital Marin de Hendaye pour ce plan stratégique s'inscrit dans le respect des orientations institutionnelles et des objectifs définis au sein de la Fédération des établissements du polyhandicap et du multihandicap.

Il se décline au sein de deux pôles médicaux par un dénominateur commun qui est incontestablement le champ des maladies rares et leurs prises en charge : maladies rares d'origine neurologique, au sein du pôle 1 et maladies rares à expression psychiatrique, au sein du pôle 2. Les patients polyhandicapés et les autistes, pour lesquels l'Hôpital Marin a acquis une expertise sans doute sans égale, sont pour une bonne part d'entre eux concernés par ces maladies souvent d'origine génétique et jusque là mal connues ou difficiles à diagnostiquer.

Les projets des deux pôles ont fait l'objet d'études spécifiques et de moyens nécessaires à leur réalisation. Ils correspondent à une forte demande des structures MCO et réanimation des hôpitaux parisiens et sont tout à fait en phase avec les premières orientations déclinées par la Fédération. Dans les deux Pôles, l'offre de soins s'est adaptée et continuera à s'adapter à des besoins nouveaux ou émergents.

L'application de ces orientations se décline autour de 5 axes :

Officialisation de 38 lits de rééducation pour maladies rares neurologiques et handicaps lourds. A ce jour, 30 lits ont été actés, et quatre types d'accueils sont aujourd'hui identifiés :
Les séjours de répit/rééducation pour maladies rares neurologiques et maladies rares neuromusculaires,
Les séjours de répit/rééducation pour handicaps lourds à distance de l'accident.
Les séjours d'appareillage pour IMC et polyhandicapés.
Les séjours de rééducation post réanimation.
Création, par transformation, d'une unité de 10 lits ciblée « polyhandicap acquis » concernant l'accueil au long cours de patients trachéo-ventilés porteurs de maladies neuromusculaires ou apparentées.
Création de cinq studios domotisés pour des tétraplégiques hauts, trachéo ventilés, très dépendants, en sortie de réanimation (blessés médullaires) et dont la durée de séjour devrait correspondre à la construction d'un projet de vie. avant leur retour à domicile.

Objectif à terme d'un service de 40 lits « maladies rares » dédiés à la prise en charge de patients atteints du syndrome de Prader-Willi. A ce jour, 24 lits sont consacrés à cette activité au service Bretonneau, unique service spécialisé en France pour la prise en charge des adultes, service labellisé centre de référence maladies rares en novembre 2004.
Création, par transformation, d'une unité de 10 lits SSR spécialisés dans les maladies rares à expression psychiatrique en filière avec les hôpitaux de l'AP-HP.

L'activité de séjours temporaires est en plein développement et répond à un besoin grandissant exprimé par les patients et les aidants. L'humanisation des unités pavillonnaires du front de mer hébergeant une population adulte polyhandicapée et vieillissante doit être considérée. Un projet complémentaire concerne l'accueil au long cours de dix patients trachéo-ventilés porteurs de maladies neuromusculaires ou apparentées.

L'ancrage à l'AP-HP est réaffirmé avec une filiarisation accrue du recrutement, y compris pour le Pôle 2 dont les liens avec La Salpêtrière et Necker notamment, vont continuer à se renforcer tant en UF4 (filière Prader-Willi) qu'en UF2 (filière autisme) avec la montée en charge progressive des capacités d'accueil pour des séjours temporaires.

Enfin, l'établissement s'engage également à poursuivre et renforcer ses activités de recherche clinique. Celle-ci se fait déjà au travers des deux centres de référence Maladies Rares pour lesquels l'Hôpital Marin est labellisé (Centre Maladies Neuromusculaires, Centre Prader-Willi) mais aussi dans le secteur du Polyhandicap et de l'autisme dans lequel les équipes disposent d'une expertise insuffisamment reconnue et valorisée.

LE PROJET DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) DE L'AP-HP

L'HAD dans son environnement territorial

L'HAD est un hôpital généraliste qui prend en charge près de 800 patients par jour ; l'offre couvre toutes les spécialités, sauf la psychiatrie, des femmes enceintes et des enfants aux personnes âgées en passant par tous les stades de la vie adulte.
Elle couvre 12 territoires de santé à Paris et la petite couronne et, s'est organisée pour être au plus près des patients, en 20 unités de soins réparties sur les sites hospitaliers de l'AP-HP.

C'est un mode d'hospitalisation qui, pour développer son activité, doit nécessairement collaborer avec les services hospitaliers et les acteurs du secteur ambulatoire : les professionnels libéraux et les réseaux, particulièrement en matière de soins palliatifs.

Ces partenariats, le conventionnement avec les EHPAD et les SSIAD et son insertion dans les filières de soins permettent de contribuer à la fluidité des parcours de soins.

Les grandes orientations du projet médical de l'HAD

Le projet 2010-2014 est centré sur la qualité des approches par pathologie et l'organisation de véritables filières. Il ne doit pas y avoir perte de chance par rapport à des circuits spécialisés traditionnels pour un malade qui fait le choix de la poursuite de son hospitalisation à domicile.

L'HAD amorce actuellement le développement d'activités transversales en cherchant à créer, en fonction des pathologies, des équipes d'appui, des équipes mobiles de référence, mais aussi des partenariats avec certains réseaux de ville.

Les domaines prioritaires sont les soins palliatifs et la lutte contre la douleur, la gériatrie et les polypathologies associées, la filière AVC avec les pertes d'autonomie conséquentes et le développement de la rééducation en prenant appui sur les équipes MPR, ou les neuro handicaps lourds (en particulier en pédiatrie). La cancérologie fait l'objet d'une refonte complète du circuit de préparation centralisée des chimiothérapies à partir de PUI de GH (HEGP). L'obstétrique n'a jamais été autant sollicitée dans la gestion des risques en pré et post partum. La pédiatrie cherche à répondre à la croissance de la demande en développant une troisième implantation.

Une attention toute particulière est portée au développement de l'analgésie à domicile dans les unités adultes, sur la base de l'expérience acquise de longue date dans les unités pédiatriques. Il en est de même avec la pratique des pansements pour plaies (brûlés), escarres et ulcères (diabète). Un chantier important sera ouvert en 2010 sur l'éducation thérapeutique en HAD. Pendant cette période l'ensemble des procédures de soins sera réactualisé.

Le dossier du patient sera formalisé dans les trois étapes clefs que sont l'admission (avec le projet personnalisé du patient), la fiche de suivi pendant son séjour en HAD, et la finalisation des procédures de sortie. La relation entre la codification T2A et les pathologies de plus en plus complexes suivies en HAD sera particulièrement suivie. Cette période devrait voir la montée en charge du développement des capacités de communication avec les divers établissements de l'AP-HP.

Les points forts de la modernisation attendue

L'HAD s'est rapprochée des services prescripteurs en mettant en place en 2009 une équipe par GH.

L'ouverture en 2010 d'une plateforme unique d'admission pour les patients adultes sur le site de Tarnier facilite l'accès des prescripteurs grâce à un seul numéro de téléphone et à de nouveaux outils permettant d'améliorer la réactivité de la réponse. Fin 2010, une plateforme Mère – Enfant sur le site de la Pitié-Salpêtrière, organisée selon une approche identique, assurera la fluidité des admissions pédiatriques et obstétricales.

L'HAD va poursuivre le déploiement à domicile de techniques utilisées à l'hôpital : analgésie (générale et locorégionale), télémédecine pour examen des plaies, prises en charge post chirurgicales.

Il ne peut y avoir modernisation de l'HAD sans une informatique au domicile du patient accessible au médecin traitant ; l'informatisation s'inscrit dans le projet NSI-Patient, mais répond à une nécessité de sécurité des transmissions à distance, de qualité à toutes les étapes de la prise en charge du patient et d'efficience. L'HAD est engagée dans une modernisation comprenant l'utilisation de téléphones mobiles, de la télémédecine, mais aussi de moyens permettant aux soignants d'assurer le suivi (suivi à distance des enregistrements en ante partum) et à plus long terme la numérisation de l'ordonnance du médecin de ville, le dossier patient sécurisé sur ordinateurs portables, les télétransmissions électroniques sécurisées.

Les grands axes des missions universitaires et de recherche

Missions d'enseignement : L'HAD accueille des internes en Médecine générale (SASPAS) et en Santé Publique ; plusieurs diplômes de Paris VII impliquent l'HAD de l'AP-HP au premier rang desquels la coordination du Diplôme Inter-universitaire (DIU) « Coordination, HAD et réseaux de santé ».

Missions de recherche : La recherche dans le cadre de l'HAD se réfère aux dominantes du Projet Médical de la structure : l'accueil de « malades dépendants ou atteints de maladies chroniques » et « l'interface, entre la ville et l'Hôpital ».
Cette situation conduit à privilégier :

- Une recherche sur les services de santé : l'analyse des trajectoires de soins et de la coordination entre les divers intervenants (en particulier avec le médecin traitant et le médecin prescripteur hospitalier). Ces analyses font appel de manière préférentielle aux sciences humaines et sociales.
- Une recherche sur le suivi « à domicile » des affections chroniques : ces recherches se développent le plus souvent en partenariat avec les services prescripteurs. La prise en charge de la douleur est un axe prioritaire ainsi que l'étude des apports de la télémédecine. Le suivi des prescriptions en HAD est un aspect à développer : essais ou expérimentations concernant des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ; études sur les Bactéries Multi-Résistantes (SARM) à domicile.

11. Les axes d'orientations prioritaires du projet de soins central

Plan d'actions du projet de soins central décliné à partir de 4 axes

Axe 1 : PHILOSOPHIE – PRINCIPES – VALEURS

I - Humanisme		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Appliquer la charte du malade	- Afficher la charte du malade	- Taux d'affichage de la charte / 100%
- Garantir à chaque usager accessibilité et équité de traitement	- Organiser la prise en charge pluri-professionnelle par pôle	- Nombre de plaintes dans ce domaine :) Questionnaire de sortie) Rapport CRUQPC) Enquête SAPHORA
- Améliorer la diffusion de l'information aux usagers	- Afficher clairement l'offre de soins / GH	
- Organiser les soins pour et avec les malades & proches	- Décliner ces valeurs dans le projet de soins des GH	- Formalisation dans le projet de soins / 100%
- Associer le malade partenaire aux décisions	- Organiser des entretiens paramédicaux systématiques (accueil / suivi / sortie du patient)	- Traçabilité d'entretiens paramédicaux / 100% (dossier de soins) - Livrets d'accueil distribués / 100% patients hospitalisés
	- Dispenser et tracer une information, respectueuse, adaptée, loyale	- Traçabilité de l'information du patient dans le dossier / 100 % (dont consentement éclairé, personne de confiance…)
- Concilier liberté individuelle, intimité, confidentialité, dignité du patient et organisation collective hospitalière	- Sensibiliser les équipes et contrôler	- Nombre de plaintes dans ce domaine :) Questionnaire de sortie) Rapport CRUQPC) Enquête SAPHORA

Axe 1 : PHILOSOPHIE – PRINCIPES – VALEURS

II – Déontologie et éthique		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Construire une relation de confiance avec le patient	- Se conformer aux règles professionnelles - Respecter le choix du patient : dignité, intimité, vie privée, liberté individuelle - Agir avec empathie et humanité, ne pas juger	- Nombre de plaintes relatif au comportement des professionnels et aux relations avec le malade
- Intégrer la réflexion éthique aux soins	- Organiser une réflexion d'équipe en déontologie et éthique	- Nombre de groupes de travail / pôles (éthique et déontologie) - Fréquence, participants, thématiques traitées
III – Solidarité		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Concilier aspirations individuelles des professionnels et impératifs du collectif de travail	- Garantir le respect et l'équité entre professionnels	- Taux de turn over par pôle - Taux d'absentéisme par pôle
- Promouvoir l'esprit d'équipe	- Optimiser le travail d'équipe	- Taux de satisfaction du personnel (entretiens d'évaluation)
- Promouvoir l'information relative aux dons d'organes	- Contribuer à l'information relative au don d'organes auprès des professionnels et des usagers - Mettre à disposition des plaquettes d'information (salles d'attente…)	- Augmentation des dons d'organes - Nombre de plaquettes d'information distribuées par pôle

Axe 2 : ORGANISATION ET MANAGEMENT DES SOINS

I – Management des équipes, organisation et gestion des soins		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Clarifier l'organisation, les missions et responsabilités de chacun - Définir les priorités, objectifs et délais des projets	- Clarifier la mission de proximité de l'encadrement auprès des malades et des équipes (organisation, pilotage et contrôle de la qualité des soins)	- Organigrammes et organisations formalisés / pôle / 100% - Existence de projets et d'objectifs managériaux formalisés et évalués / 80% de l'encadrement - Lettres de missions et fiches de poste formalisées / 100% de l'encadrement
- Permettre à l'encadrement soignant de se centrer sur les soins	- Organiser la logistique en support aux soins	- Projet logistique / GH / pôle
- Elaborer un projet de management des soignants dans le cadre du Projet de soins.	- Mettre en œuvre un projet de management des équipes soignantes comportant une dimension éthique	- Taux d'encadrement - Existence projet de management soignant / 100 % GH
- Maintenir un encadrement de proximité	- Organiser la permanence de l'encadrement	- Taux d'encadrement / pôle
- Intégrer l'encadrement au processus décisionnel et aux choix	- Organiser la participation de l'encadrement aux décisions	- Enquêtes de satisfaction des cadres - Nombre de cadres associés aux décisions par GH / pôle
- Stabiliser les équipes et assurer leur cohésion autour d'un projet de pôle	- Organiser le développement des compétences et projets professionnels paramédicaux	- Nombre de projets professionnels / pôle
- Assurer l'évolution des organisations et la conduite du changement en garantissant la continuité, la sécurité et la qualité des soins 24h / 24h - Optimiser l'organisation des soins en mutualisant certaines activités et en assurer le contrôle	- Accompagner les équipes dans le changement - Assurer l'adéquation activité / organisation / ressources quantitatives et qualitatives (anticiper / optimiser / mutualiser) - Permettre aux soignants de se centrer sur les soins - Organiser la poly-compétence des équipes (formation)	- Tableaux de bord activités / ressources - Taux de dysfonctionnements recensés et corrigés - Formalisation des compétences requises / pôle / 100 %
- Prendre soin des professionnels - Valoriser le travail des équipes soignantes	- Mettre en place le soutien des professionnels (groupes de parole, staffs, retours d'expérience…)	- Taux d'absentéisme & turn over - Taux de professionnels participant à des groupes de parole - Taux de satisfaction des professionnels

Axe 2 : ORGANISATION ET MANAGEMENT DES SOINS

I – Management des équipes, organisation et gestion des soins		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Assurer la conformité aux bonnes pratiques - Etre certifié sans réserves, ni recommandations	- Conduire une démarche qualité impliquant les soignants	- Résultats audits de bonnes pratiques - Résultats certification / GH
- Assurer la fluidité des parcours de soins / chemin clinique en intégrant l'amont et l'aval	- Optimiser et standardiser les processus de soins à l'échelle des GH - Coordonner les séquences de soins et acteurs - Organiser des coopérations médico-soignantes - Favoriser l'intervention d'équipes mobiles (douleur, soins palliatifs, gériatrie, éducation thérapeutique, observance, hygiène…)	- Nombre de parcours de soins et chemins cliniques formalisés / GH / 80% - Délais de prise en charge - ETP dédiés à la coordination - Nombre de coopérations mises en œuvre / GH - Nombre d'équipes mobiles / GH
- Donner du sens au quotidien - Promouvoir la bientraitance - Prévenir la banalisation et la maltraitance	- Intégrer la bientraitance aux projets	- Protocoles de bientraitance formalisés / GH / pôle / 100 % - Nombre de plaintes
- Coordonner et optimiser l'action des professionnels de santé auprès des patients	- Assurer la cohésion d'équipe et la standardisation des soins sur les 24h - Organiser l'intervention des professionnels transversaux et équipes mobiles (qualité, continuité)	- Nombre de comptes-rendus de réunions d'équipes (dont nuit) - Rapports d'activité des « professionnels transversaux » (équipes mobiles et experts en soins) / 100%
- Piloter la mise en œuvre des collaborations et transferts de compétences	- Développer l'enseignement et la formation / les innovations / la recherche paramédicale / les publications - Faire évoluer la GPEC en lien avec progrès techniques & scientifiques / évolutions démographiques & organisationnelles	- Nombre de projets de recherche paramédicale / GH / pôle - Taux de participation congrès / publications / GH / pôle - Nombre de formations suivies /pôle - Nombre de nouvelles fonctions / GH / pôle
- Optimiser l'intégration des nouveaux professionnels et stagiaires	- Formaliser un programme d'accueil et d'intégration des professionnels	- Nombre de professionnels bénéficiant d'une intégration / GH / pôle / 100%

Axe 2 : ORGANISATION ET MANAGEMENT DES SOINS

I – Management des équipes, organisation et gestion des soins		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Améliorer la prise en charge des personnes vulnérables & précaires	- Sensibiliser les équipes et adapter les organisations	- Dispositifs spécifiques / GH / pôle (urgences, consultations…)
- Décliner les objectifs des plans de santé publique dans le projet de soins des GH	- Mettre en place des équipes dédiées et formées	- Rapports d'activité des équipes dédiées / 100% - Nombre de professionnels formés / thématiques de santé publique / GH
- Améliorer la continuité des soins en intra et extra hospitalier	- Collaborer avec les partenaires d'amont, d'aval intra et extra hospitaliers (HAD, SSR, libéraux)	- Nombre de conventions et/ou de partenariats formalisés / GH / pôle - Nombre de documents communs et fiches de liaison / pôle - ETP dédiés / GH
- Introduire le développement durable au cœur des soins	- Utilisation raisonnée de l'usage unique - Améliorer le tri des déchets	- Taux de projets & protocoles de soins intégrant le développement durable / 50%
II – Gestion de l'information et de la communication		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Assurer la transmission de l'information et sa hiérarchisation - Garantir la traçabilité des soins - Optimiser la diffusion de l'information	- Gérer et faire circuler l'information ascendante et descendante en temps réel - Accompagner la mise en œuvre et l'appropriation du SIH par les équipes	- Evaluation du dossier de soins (traçabilité) - Taux d'utilisation du SIH
- Améliorer la communication professionnelle soignante	- Valoriser le travail des professionnels « faire et faire savoir »	- Nombre de publications / communications / journées thématiques / congrès / GH / pôle - Taux de satisfaction des soignants

Axe 3 : QUALITE ET SECURITE DES SOINS – PREVENTION ET GESTION DES RISQUES

I – Tenir compte des caractéristiques physiopathologiques des malades pour leur prise en charge		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Prévenir les risques liés au grand âge et/ou aux polypathologies	- Identifier le profil des patients (autonomie, dépendance, désorientation, troubles psychiques, vulnérabilité…) - Dépister les risques potentiels (dénutrition, chutes, escarres, infections, fugues, contention, maltraitance…) et adapter la prise en charge. - Systématiser la déclaration d'EI.	- Taux de patients, autonomes, semi-autonomes, dépendants / GH / pôle - Taux de chûtes / GH / pôle - Taux de contention / pôle - Prévalence des escarres / GH / pôle - Signalement de maltraitance - Analyse des EI
- Adapter l'organisation qualitative & quantitative de prise en charge des patients polyhandicapés	- Organiser des staffs pluri professionnels - Former les professionnels au handicap et à la perte d'autonomie. - Limiter la durée de séjour. - Anticiper la sortie des patients (collaboration structures d'aval)	- Nombre de staffs de concertation - Nombre de professionnels formés / GH / pôle - Evolution de la DMS - Existence de coordonnateurs de séjour dédiés - Cellule « pertinence des hospitalisations et parcours cliniques »
- Développer l'éducation thérapeutique des patients porteurs de pathologies chroniques	- Promouvoir et mutualiser l'éducation thérapeutique dispensée par les paramédicaux (diabète, anticoagulants, corticothérapie, cancérologie, hépatite …) - Former les professionnels à l'éducation thérapeutique - Organiser un temps dédié pour les consultations thérapeutiques	- Programmes d'éducation thérapeutique formalisés / GH / pôle - Nombre de séances d'éducation thérapeutique / patients chroniques - ETP soignants dédiés / GH

II – Intégrer aux soins les droits et attentes des patients et de leurs proches		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Appliquer les recommandations HAS concernant le respect de l'intimité et la confidentialité - Promouvoir la bientraitance et la dimension éthique du soin	- Harmoniser les démarches du GH : pratiques exigibles prioritaires HAS, EPP, gestion des risques - Mettre à disposition une base de données et des référentiels de bonnes pratiques - Mettre en œuvre un projet de bientraitance et de prévention de la maltraitance - Disposer d'un projet de vie pour chaque résident en long séjour	- Indicateur SAPHORA - Nombre et type de plaintes / GH / pôle *- Nombre et type d'EPP / GH / pôle* - Nombre d'EI déclarés et clôturés / GH / pôle - Existence d'une base de données - Existence d'un projet bientraitance / GH / pôle / 100 % - Projet de vie / 100% des résidents
- Collaborer avec les représentants d'usagers pour améliorer qualité et sécurité de la prise en charge et du séjour	- Associer les représentants d'usagers aux groupes de travail du GH	- Taux de participation des représentants d'usagers aux instances et groupes de travail du GH - Nombre de permanences d'associations de malades dans le GH
- Adapter la prise en charge aux attentes des patients - Professionnaliser la relation soignant / soigné.	- Informer / associer les patients aux soins (droits, obligations, contribution) - Systématiser la réflexion bénéfices / risques - Assurer la traçabilité des informations et actions de soins	- Enquête SAPHORA - Questionnaires de sortie - Traçabilité de l'information et des soins dans le dossier patient / 100%

III – Mettre en œuvre une politique de sécurisation et d'efficience des soins		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Organiser le pilotage stratégique et opérationnel de la prévention des risques et de la sécurité des soins dans chaque GH	- Renforcer la formation PGR (dont la iatrogénie médicamenteuse)	- Nombre de professionnels formés PGR - Audit de pratiques dont administration du médicament / GH / pôle
	- Organiser une cellule PGR / sécurité des soins	- Cellule PGR / GH
	- Formaliser le circuit de signalement des EI liés aux soins	- Circuit formalisé de signalement d'EI / GH / 100%
	- Réaliser une cartographie des risques	- Existence cartographie des risques / GH / pôle / 100%
	- Instaurer un binôme référent médico-soignant par pôle (hygiène, risques, douleur, chûtes, plaies, maltraitance, dénutrition…)	- Nombre de binômes référents / pôle / GH
- Mettre en place un dispositif de PGR impliquant les paramédicaux au plus près des patients	- Intégrer les paramédicaux aux RMM et comités de sécurité des soins. - Développer la « pédagogie de l'erreur » et le retour d'expérience	- Nombre de paramédicaux impliqués dans RMM et PGR / GH / pôle - Nombre de cellules de retour d'expérience « CREX » / GH / pôle
- Concilier bonnes pratiques et coûts en intégrant le développement durable.	- Favoriser la participation paramédicale à l'EPP - Intégrer efficience et développement durable aux procédures de soins et choix matériels	- Nombre d'EPP intégrant efficience et développement durable - Nombre de procédures intégrant coût et développement durable

III – Mettre en œuvre une politique de sécurisation et d'efficience des soins		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Prévenir les risques de violence - Promouvoir la bientraitance - Détecter et prévenir le risque de maltraitance.	**Former les professionnels :** - à la prévention de la violence et de l'agressivité - à la bientraitance - à la détection de la maltraitance (évènements précurseurs) - Organiser des staffs cliniques et groupes de paroles	- Nombre de professionnels formés / GH / pôle - Nombre d'EI / GH / pôle (malveillance / violence / maltraitance) - Nombre de plaintes dans ce domaine/ GH / pôle - Nombre de staffs et groupes de paroles / GH / pôle
Impliquer les professionnels - dans la démarche qualité et l'évaluation de leurs pratiques	**Dissocier erreur et faute** - Réaliser la cartographie des risques / pôle	- Cartographie des risques par pôle et classification criticité / 100%
	- Promouvoir l'autoévaluation - Réaliser des audits institutionnels.	- Résultats de la certification / GH - Indicateurs institutionnels (dossier de soins, escarres, infections, chutes, douleur, maltraitance, dénutrition)
	- Favoriser la déclaration des EI (avec retour aux déclarants)	- Nombre d'EI (déclarés, traités, clôturés) / GH
	- Détecter les évènements précurseurs « sentinelles »	- Nombre d'évènements / actions correctives / GH / pôle
	- Favoriser les enquêtes de satisfaction (clients / fournisseurs & stagiaires / tuteurs)	- Nombre d'insatisfaits / population concernée
- Systématiser la démarche d'identito-vigilance (partout, pour tout et tout le temps)	- Former et évaluer les professionnels à l'identito-vigilance.	- Nombre de professionnels formés / 100%
	- Contrôler l'identité du patient à l'entrée (2 documents distincts)	- Nombre d'erreurs d'identification
	- Proposer un bracelet d'identité	- Ratio bracelets /admissions
	- Systématiser la vérification d'identité du patient (transferts et déplacements, administration médicamenteuse, investigations invasives…)	- Audits conformité contrôles identité / 100% - Taux d'utilisation check-list bloc opératoire / 100% et check-list endoscopies

IV – Renforcer l'attractivité des pôles pour les équipes soignantes et développer les compétences des équipes		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Fidéliser les professionnels par une organisation attractive « magnet hospital » (environnement sûr et serein, conditions de travail matérielles, organisationnelles et relationnelles favorables, support à la charge mentale)	- Prendre soin des professionnels - Fidéliser par des mesures spécifiques.	- % turn-over des professionnels / GH / pôle - « Durée moyenne de l'exercice professionnel» au sein du GH / pôle
	- Conforter le positionnement des cadres et leur participation aux décisions	- Taux et modalités de participation de l'encadrement aux décisions / GH / pôle - Ratio postes de cadres vacants / GH / pôle
- Favoriser la solidarité inter équipe	- Promouvoir les organisations de travail conformes aux attentes des équipes (horaires, matériel, logistique, relations de travail...)	- Taux de satisfaction des professionnels / GH / pôle
- Assurer la continuité de la compétence collective	- Organiser l'intégration et l'accompagnement des professionnels (tutorat, compagnonnage) - Favoriser la transmission des savoirs / le sens du travail / les repères pour préserver la compétence collective	- Taux de postes vacants - Taux de turn over < 20% - Taux de professionnels bénéficiaires du dispositif d'intégration / 100% - ETP dédiés transmission du savoir (tutorat, compagnonnage) - Taux de professionnels formés / 80%
- Améliorer l'attractivité de certains secteurs et disciplines	- Proposer un parcours professionnel attractif dans le pôle et le GH - Construire un parcours professionnel spécifique à la gériatrie (formation, avancement modulé, valorisation de l'exercice aide-soignant, priorité des professionnels de gériatrie pour la PP…)	- Taux de professionnels bénéficiant d'un parcours spécifique / GH / pôle

V – Intégrer l'évolution des métiers soignants et des nouvelles fonctions aux organisations		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Favoriser les collaborations et transferts de compétences en sécurisant la prise en charge des malades & l'exercice professionnel	- Développer les coopérations dans les GH en lien avec la DPM + DCSIRMT + DRH - Former et évaluer les professionnels concernés - Formaliser les pratiques avancées et responsabilités des professionnels selon cahier des charges	- Nombre de collaborations validées ARS & HAS et mises en œuvre - 100% des professionnels exerçant des pratiques avancées y sont formés - Taux de satisfaction des malades - Taux de satisfaction des professionnels médico soignants - Evaluation gain de temps médical
- Développer des consultations infirmières et paramédicales dans les secteurs concernés (pathologies chroniques, diabète, plaies, muco-viscidose, diététique, soins palliatifs, douleur, gériatrie, éducation thérapeutique, cancer…)	- Systématiser le dispositif d'annonce et le dispositif de sortie pour le cancer - Pérenniser l'organisation des consultations paramédicales	- Nombre de consultations paramédicales / patients concernés / GH / pôle - ETP dédiés aux consultations paramédicales - Taux de satisfaction des malades et des professionnels médico-soignants
- Prévenir le risque de perte de compétences ou de glissements de tâches - Clarifier les missions des personnes non recrutés par l'Institution	- Formaliser pour chaque professionnel même occasionnel une fiche de poste ou convention (qualifications, compétences requises, responsabilité)	- % fiches de poste intégrant les compétences requises / 100% - ETP / qualification - Existence d'une procédure de recrutement temporaire (CDD, suppléance, intérim, crédits fléchés)
- Favoriser l'employabilité des professionnels séniors	- Aménager les postes et organisations de travail - Mettre en place un compagnonnage seniors / juniors dans le cadre de la réingénierie des études d'IDE (tuteurs / maître de stage)	- Nombre de séniors en poste - Nombre de postes aménagés - ETP dédiés encadrement & formation
- Etre efficient en dégageant les paramédicaux des tâches afférentes pour qu'ils puissent se centrer sur leur cœur de métier	- Identifier de nouvelles fonctions (logisticien, gouvernante, intendant, coordonnateur parcours de soins …) permettant à chacun d'apporter sa plus value au processus de soins Promouvoir l'évolution des métiers paramédicaux dans les GH.	- Nombre de nouvelles fonctions / GH / pôle - Etude AAS / GH / pôle - Rapport d'activité annuel des soins par pôle
	- Promouvoir l'évolution des métiers paramédicaux dans les GH.	- Rapport d'activité annuel des soins par pôle

V – Intégrer l'évolution des métiers soignants et des nouvelles fonctions aux organisations		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Organiser et piloter le processus parcours patient	- Identifier les parcours patients - Formaliser les processus de prise en charge dont interfaces (analyser les points critiques et les sécuriser par des mesures correctives) - Formaliser des réunions intersectorielles (services / BO ; urgences / secteurs de soins / plateau médico-technique…)	- Nombre de parcours patients identifiés et formalisés / 80% / GH / pôle - Audits institutionnels - Délais de prise en charge - Taux de satisfaction des usagers - Nombre de réunions intersectorielles
- Assurer la continuité des soins en garantissant sécurité et qualité	- Assurer l'adéquation (quantitative & qualitative) activité / ressources - Organiser la continuité des soins (suppléance, heures supplémentaires, intérim, mobilité …)	- Charge de travail / ratios personnels présents - Taux de postes vacants - ETP suppléance / pôle / GH - Heures supplémentaires & intérim / GH / pôle
- Sécuriser la prise en charge des patients sur 24h	- Sécuriser les soins dont interfaces (accueil, entrée et sortie du patient, relais) - Structurer les écrits paramédicaux dans le dossier de soins. - Garantir des temps de transmissions inter équipes	- ETP dédiés à ces étapes et traçabilité dans le dossier - Taux d'exhaustivité transmissions dans dossier de soins / 100% - Temps dédié aux transmissions inter équipes dans 100% des pôles
- Organiser les prises en charge spécifiques	- Assurer les formations adaptées - Mutualiser les compétences des référents sur le GH - Créer des fiches de poste spécifiques	- Nombre de référents formés et dédiés - Nombre d'interventions / référents / malades / GH / pôle - Nombre de fiches de postes spécifiques
- Améliorer l'exhaustivité de la traçabilité des soins et informations dans le dossier patient	- Réaliser une évaluation conjointe du dossier patient (médical et soignant) - Accompagner le déploiement du dossier patient informatisé SIH - Assurer la communication avec les professionnels d'amont et d'aval	- Evaluation annuelle commune du dossier patient (soins, anesthésie, transfusion, médical, social…) - Nombre d'utilisateurs formés - Enquête de satisfaction des correspondants de ville

VI – Renforcer le rôle des cadres de santé dans leur mission de qualité, sécurité, prévention des risques liés aux soins et contrôle		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins en articulant projet de soins, projet médical et contrat de pôle	- Utiliser le projet de soins comme outil de management des professionnels paramédicaux - Evaluer l'encadrement en intégrant l'atteinte des objectifs du projet de soins	- Rapport annuel d'activité / pôle - Nombre d'objectifs du projet de soins intégrés au contrat de pôle - Taux d'atteinte des objectifs annuels et objectifs du projet de soins par l'encadrement
- Dégager les cadres d'activités annexes pour leur permettre de se centrer sur leur mission qualité / sécurité / contrôle auprès des équipes médico-soignantes et des malades	- Préserver l'expertise professionnelle de terrain des cadres par métier (IDE, MER, MK…) - Former l'encadrement à l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles.	- Nombre de cadres formés à l'évaluation de la qualité des soins / GH / pôle

Axe 4 : FORMATION – COMPETENCES – METIERS - RECHERCHE

I – Affirmer la place de la compétence dans l'exercice professionnel paramédical		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Identifier et dédier les ressources paramédicales requises à l'encadrement des stagiaires et nouveaux professionnels dans les services cliniques	- Structurer l'encadrement des stagiaires et nouveaux professionnels	- Projet d'encadrement des stagiaires et nouveaux professionnels formalisé / pôle / 100%
	- Appliquer la charte d'encadrement institutionnelle	- Taux d'application de la charte d'encadrement / 100%
	- Formaliser et évaluer avec les IFSI le projet de formation des stagiaires et nouveaux professionnels / GH / pôle	- Projets de formation / 100% pôles
	- Identifier le temps dédié à l'encadrement des stagiaires et nouveaux professionnels dans le rapport d'activité (ETP et qualifications)	- Nombre d'ETP dédiés formation & encadrement des stagiaires et nouveaux professionnels / GH / pôle
II – Structurer la formation tout au long de la vie professionnelle en lien avec progrès médical et évolution sociétale		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Intégrer la formation continue des paramédicaux comme composante intégrale de l'exercice professionnel	- Définir des standards de compétences pour actualiser la formation tout au long de l'exercice professionnel	- Existence de standards de compétences / pôle / 100 %
	- Intégrer la formation au projet de pôle - Formaliser les savoirs et parcours professionnels nécessaires à la transmission	- Plan de formation / GH / pôle / 100% - Ratio passeports de formation utilisés / stagiaires / 100% - Professionnels ayant suivi une formation continue / GH / pôle / 50%
	- Former des tuteurs	- Professionnels formés au tutorat / GH / site/ pôle
	- Développer les compétences gériatriques en MCO - Valoriser l'exercice des aides-soignants	- Professionnels de MCO formés à la gériatrie
	- Donner accès à des outils de veille (Centre de documentation de l'AP-HP)	- Abonnements revues professionnelles / pôle

III – Accompagner l'évolution des professions paramédicales		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Contribuer à l'information du malade et de ses proches et à leur implication	- Développer l'information au malade - Développer l'analyse des pratiques soignantes et la réflexion éthique - Développer les consultations paramédicales (annonce, éducation thérapeutique, sortie) - Dispenser des formations à l'information et aux droits des usagers	- Enquête de satisfaction SAPHORA - Formalisation des comptes rendus paramédicaux (dans dossiers patients) - Nombre de consultations paramédicales / GH / pôle - Nombre de professionnels formés / GH / pôle
- Permettre aux paramédicaux d'être acteurs de leur parcours professionnel pour se former autant que de besoin	- Formaliser des EPP qualité / sécurité des soins - Organiser le retour d'expérience - Optimiser la répartition des moyens - Organiser les transferts de savoir	- Nombre d'EPP dans le domaine - Nombre de CREX - Nombre de formations professionnelles / pôle
- Assurer la coordination des parcours de soins et des acteurs	- Formaliser l'organisation des parcours de soins	- Nombre de parcours de soins formalisés / GH - Nombre d'ETP dédiés à la coordination
- Valoriser l'exercice professionnel des paramédicaux	- Faciliter les formations diplômantes - Favoriser l'évolution des professionnels	- Nombre de formations universitaires des paramédicaux / GH / pôle (DIU, Master, doctorat)
- Détecter les potentiels « GPEC »	- Encourager les publications - Organiser des journées professionnelles pour rendre visibles les pratiques soignantes	- Nombre de publications / participations à des congrès / GH / pôle

IV – Structurer la recherche paramédicale à l'échelle des groupes hospitaliers		
Objectifs	**Actions**	**Indicateurs / niveaux attendus**
- Adapter la formation initiale et continue aux besoins	- Organiser l'évolution des métiers pour répondre aux nouveaux besoins	- Nombre de professionnels formés aux nouvelles thématiques / GH / pôle
- Structurer la mise en œuvre des coopérations	- Engager les équipes dans des projets de coopérations	- Nombre et domaines de coopérations / GH / pôle
- Développer et structurer la formation à la recherche paramédicale (Master et Doctorat)	- Recenser les paramédicaux titulaires d'un diplôme universitaire	- Nombre de professionnels titulaires de diplômes universitaires (DU, Master, Doctorat…)
	- Recenser les travaux de recherche paramédicale par GH / site / pôle - Développer les PHRI et répondre à des appels d'offre	- Nombre de recherches et projets PHRC / PHRI paramédicaux / GH - Publications paramédicales / GH
	- Financer la formation de soignants à la recherche (Master, doctorat via la DRCD, convention AP-HP/EHESP)	- Nombre de professionnels formés à la recherche / GH
	- Valoriser l'implication des paramédicaux dans la recherche clinique.	- Nombre de contributions des paramédicaux à la recherche clinique / GH
	- Créer un statut de praticien chercheur paramédical - Création d'une chaire de recherche infirmière	- ETP paramédicaux dédiés/recherche
- Favoriser la valorisation d'innovations paramédicales (techniques et organisationnelles)	- Collaborer avec l'office de transferts de technologies de l'AP-HP	- Nombre de brevets paramédicaux

12- Annexes

Les chiffres-clé de l'AP-HP

Ce chapitre présente des données chiffrées relatives à l'AP-HP, à même d'éclairer les orientations du plan stratégique. Il présente successivement :

- L'offre globale de soins et d'équipements de l'AP-HP
- L'activité de l'AP-HP au sein de la région Ile de France et la provenance de ses patients
- Les effectifs en personnel médical et paramédical
- Les activités de recherche à l'AP-HP

Les données sont ensuite déclinées de façon plus détaillée pour certaines thématiques médicales :

- Les SAU
- La pédiatrie spécialisée et la pédiatrie générale
- La cancérologie
- La biologie
- La radiologie et la radiothérapie
- La périnatalité
- Les prélèvements et greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques
- Les centres lourds de cardiologie médicale, interventionnelle et chirurgicale
- Les centres lourds de neurologie médicale, interventionnelle et chirurgicale
- Les centres intégrés de prise en charge de l'obésité
- La prise en charge du VIH

Les données détaillent également des modes de prise en charge (ambulatoire, consultations..) choisis pour leur impact fort dans le plan stratégique :

- Les consultations externes
- Les soins de suite
- La chirurgie ambulatoire

Les données sont issues de différents systèmes d'information :

- la base PMSI régionale de l'année 2008 et 2009, quand elle a été disponible et la base PMSI de l'AP-HP pour toutes les données d'activité,
- la base OPALE de l'année 2008 pour les données relatives aux effectifs,
- AGENDA dans le Système d'information des hôpitaux (SIH) pour les données relatives aux consultations,
- CRISTAL, système d'information national géré par l'Agence de Biomédecine pour les données relatives aux prélèvements et aux greffes d'organes, de Cellules souches Hématopoïétiques et de tissus,
- les données de la DRASSIF qui agrège chaque année plusieurs sources d'informations (enquêtes, registres.. etc) pour le chapitre HIV.

37 hôpitaux et 1 structure d'hospitalisation à domicile
12 groupes hospitaliers et 3 hôpitaux
6 millions de patients par an
1/3 tiers des séjours d'Ile-de-France

► Les capacités d'accueil 2008 : répartition par discipline

Médecine	7 404
Chirurgie	4 218
Gynécologie-Obstétrique	1 007
Total lits MCO	12 629
Néonatologie	341
Urgences	295
Psychiatrie	651
Total lits aigus hors MCO	1 287
Total lits soins aigus	13 916
Soins de suite et réadaptation	4 685
Soins de longue durée	3 873
Total lits SSR et SLD	8 558
Total lits AP HP	22 474

► 22 474 lits ► 1 681 places en hôpital de jour ► 820 places en HAD

► Les équipements

► 570 000 équipements recensés

Parc des équipements lourds (au 31/12/2008)	
IRM	31
Scanographe	36
Gamma-caméra	39
Gamma-caméra à détecteurs d'émission de positons en coïncidence	1
Tomographe à émission de positons (TEP)	7
Caisson hyperbare	1
Supports pour activités de soins autorisées	
Angiographie numérisée	40
Accélérateur linéaire (traitement du cancer)	14

L'activité annuelle 2008

► 1 million de prise en charge en court séjour

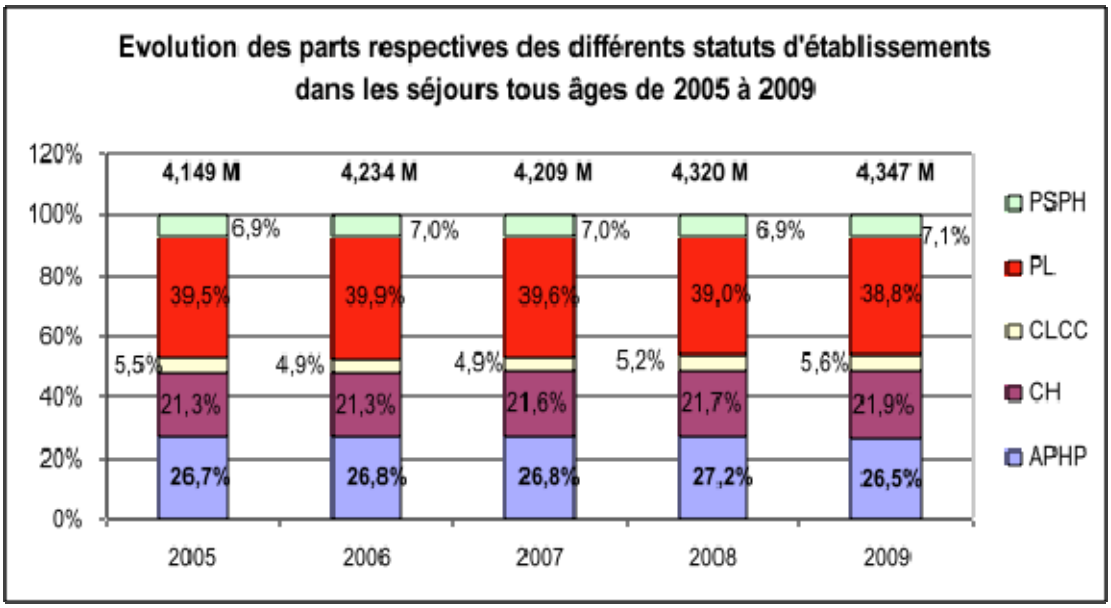
► 1 063 160 passages aux urgences

► 4 686 427 consultations adultes et pédiatriques

► 36 500 naissances

► 1 265 greffes d'organes

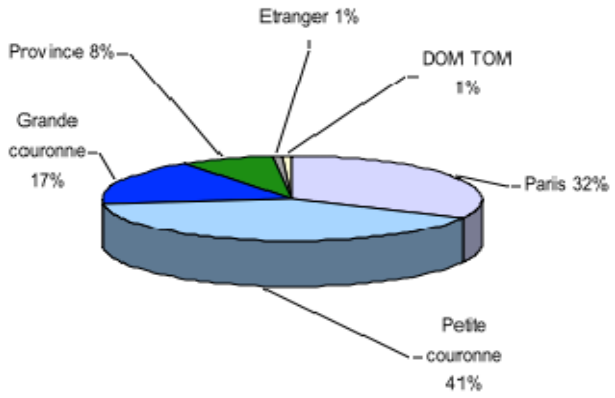
Evolution des parts de l'AP-HP dans les séjours en Ile de France



La part de l'AP-HP dans les séjours 2009 en Ile de France

Discipline	Nombre de séjours tous âges IDF	Parts de l'AP-HP dans les séjours tous âges	Parts de l'AP-HP dans les séjours de patients de moins de 16 ans	Parts de l'AP-HP dans les séjours de patients adultes
Médecine	3 079 259	29,5%	47,2%	28,9%
Chirurgie	980 863	18,5%	21,9%	18,0%
Obstétrique	286 739	22,9%		22,8%
Néonatologie	21 132		29,8%	
Total AP-HP		26,5%	30,6%	26,0%

► Le recrutement des patients



► Le personnel médical et non médical

Effectif en Personnel Médical 2008	
Hospitalo-universitaires	3030
Praticiens hospitaliers	3128
Assistants hors CHU	229
Praticiens adjoints contractuels	25
Praticiens contractuels	636
Praticiens attachés	5789
Internes et résidents	2964
Etudiants	4860
TOTAL	20 661
TOTAL (hors étudiants)	15 801

Effectif en Personnel Non Médical 2008 en ETP	
Personnel soignant	48 021
Personnel administratif	9 174
Personnel technique et ouvrier	5 859
Personnel médico-technique	5 136
Personnel socio-éducatif	1 008
TOTAL	69 198

Dont 16 785 infirmiers, 1676 infirmiers spécialisés
et 1 492 personnels de rééducation

► 71 829 agents

► La recherche à l'AP-HP

Premier promoteur d'essais cliniques en France, premier centre de recherche clinique en Europe, l'AP-HP occupe une place centrale dans le dispositif national de la recherche clinique et apparaît comme un partenaire privilégié des industries de santé, des universités et des organismes de recherche. Plusieurs données illustrent le poids de notre institution :

1. Les projets de recherche institutionnels AP-HP

- 782 projets gérés au DRCD[75] au 1er janvier 2010
  - 541 projets actifs au 1er janvier 2010
    - dont 412 recherches biomédicales à promotion AP-HP
  - 241 projets en instruction au 1er janvier 2010
    - dont 111 recherches biomédicales à promotion AP-HP

- 30 875 patients inclus dans les projets en 2008 dont 17 251 patients dans les recherches biomédicales à promotion AP-HP

2. Les projets de recherche industriels

- 797 essais cliniques actifs au 1er janvier 2010 dont 275 phases I / II
- plus de 200 promoteurs industriels différents

3. Les projets de recherche académiques (hors AP-HP)

- environ 800 projets en cours (guichet unique de la promotion académique en structuration)

- enquête avec 76% de taux de réponse :
  255 études mises en place en 2007-2008 dont :
  84 % de recherches biomédicales
  48% d'essais en oncologie et hémato-oncologie
  76% de promotion par un organisme institutionnelle (hors AP-HP)

Près de 2500 projets de recherche en cours au sein de l'AP-HP, tous promoteurs confondus

4. Les moyens du département de la recherche clinique et du développement (DRCD)

- Personnels (en 2008)
  - 255 employés (UP) permanents
  - 833 employés (ETP) non permanents sur des projets de recherche
- Budget DRCD (en 2008)
  - 41,5 millions d'€, dont 32,3 millions d'€ pour projets, 2,4 millions d'€ en RAF, et 3,2 millions d'€ en DNA

- 1 DRCD siège (représentant légal du promoteur)
- 11 Unités de Recherche Clinique (URC) dans les sites
- 1 URC médico-économique
- 1 Unité d'essais cliniques de l'AGEPS

[75] Département de recherche clinique et du développement

5. L'environnement recherche de l'AP-HP

- 7 universités associées
  - 7 facultés de médecine
  - 2 facultés de pharmacie
  - 2 facultés d'odontologie
- 12 IFR
- 17 Centres d'Investigation Clinique (CIC)
  - 8 CIC Pluri-thématiques
  - 1 CIC Innovation Technologique
  - 5 CIC Biothérapie
  - 3 CIC Épidémiologie Clinique
- 8 Centres d'Investigation Biologique (CIB)
- 14 tumorothèques labellisées DHOS - INCa, 2 CRB certifiés AFNOR
- 4 CTRS/RTRS
- 96 unités INSERM et 22 unités CNRS dans le périmètre de l'AP-HP
- des plateformes techniques de recherche exceptionnelles (HEGP, Tenon, Cochin…)

6. Quelques résultats chiffrés

- 8 085 publications scientifiques (en 2008) et une participation à 40% des publications hospitalières françaises
  36 987 publications scientifiques en 5 ans (de 2004 à 2008),
- 940 collections biologiques dont 200 en recherches biomédicales et 540 à des fins scientifiques,
- 375 brevets actifs (en 2009).

7. Montants MERRI 2009

- 500 millions € attribués (24,9% de l'enveloppe nationale)
- Part fixe: 165 millions d'€ (21,2% de l'enveloppe nationale)
- Part modulable: 254 millions € (28,1% de l'enveloppe nationale)
  Indicateur "publications scientifiques" (31,7% de l'enveloppe nationale)

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU)

La part des SAU de l'AP-HP dans la région (*données 2008)*

- Parmi les 96 SAU de la région, l'AP-HP dispose de 26 SAU soit 27% des SAU d'Ile de France
- Et 29,7% des passages dans les SAU se font à l'AP-HP (32% des enfants < 15 ans mais 37% des enfants < 3 ans, et 30,4% des patients ≥ 75 ans)

Le dispositif et l'activité à l'AP-HP

Les **26 SAU** de l'AP-HP sont répartis **dans 20 hôpitaux MCO**

- 17 sont des SAU adultes (11 dans des hôpitaux uniquement adultes, 6 dans des hôpitaux ayant également un SAU pédiatrique)
- 9 sont des SAU pédiatriques (3 dans des sites uniquement pédiatriques, 6 dans des hôpitaux avec également un SAU Adulte)

Des urgences spécialisées

- En Ophtalmologie à l'Hôtel Dieu,
- En ORL : adulte Lariboisière, enfants Necker,
- Pour la prise en charge des Polytraumatisés : Pitié-Salpêtrière, Henri Mondor, Bicêtre, HEGP, Beaujon et Necker pour les enfants.

Depuis 2004, 10 SAU ont été rénovés

Avicenne (2004), Pitié-Salpêtrière (2006), Robert Debré (Avril 2008), Hôtel Dieu (Juillet 2008), Trousseau (Octobre 2008), Henri Mondor (Novembre 2008), Bicêtre pédiatrie (Mai 2009), Bichat (Juin 2009), Jean Verdier pédiatrie (Septembre 2009), Saint-Antoine (Octobre 2009)

Activité des SAU de l'AP-HP

- **Les passages dans les SAU de l'AP-HP en 2009** sont au nombre de **1 100 000** avec une augmentation moyenne observée de 2,2% / an depuis 2005 échelonnés de 24 000 (Louis Mourier) à 96 000 (Lariboisière : y compris les urgences ORL et céphalées).

- **La part des patients âgés de 75 ans ou plus** dans les SAU adultes est en moyenne de 11,8 % des passages, variant de 5,7% (Hôtel Dieu) à 17,6 % (Ambroise Paré). **La part des enfants de moins de 1 an** dans les SAU pédiatriques est de 21%.

	Adultes	**Enfants**	**Total**
Passages	**778 000**	**322 000**	**1 100 000**
Admis en UHCD	**75 600**	**16 300**	**91 900**
Admis service MCO	**58 500**	**16 900**	**75 400**
Transfert intra-AP-HP	**5 700**	**1 675**	**7 375**
Transfert hors AP-HP	**10 900**	**695**	**11 595**
Taux de transfert hors AP-HP	*7,2%*	*2,0%*	*6,2%*

- **Le taux d'hospitalisation** est stable depuis 2005, en moyenne de 18% (enfants : 11%, adultes < 75 ans : 17%, ≥ 75 ans : 56%), mais la part des admissions en UHCD augmente (55% en 2009).

- **Les transferts pour des pathologies médicales ou chirurgicales tendent à diminuer,** au sein de l'AP-HP (- 14 % en 2009) ou hors AP-HP (- 3% en 2009).

Répartition par GH des urgences dans les SAU adultes : données 2009

Groupe hospitalier	Total Passages	Admis sur site depuis le SAU	*% des admis*
LRB*-SLS	**130 775**	**15 010**	*11,2%*
BCH-BJN-LMR-BRT	**121 844**	**21 805**	*16,2%*
SAT-TNN-TRS-RTH	**91 703**	**16 969**	*12,6%*
CCH-HTD-BRC	**87 849**	**13 928**	*10,4%*
PSL-CFX**	**81 290**	**9 011**	*6,7%*
BCT-PBR-ABC	**72 071**	**20 577**	*15,3%*
AVC-JVR-RMB	**64 454**	**9 956**	*7,4%*
HMN-ERX-JFR-GCL	**47 428**	**10 895**	*8,1%*
EGP-CCL-VGR	**46 511**	**8 838**	*6,6%*
APR-RPC-SPR	**34 076**	**7 221**	*5,4%*
Total SAU ADULTES	*778 001*	*134 210*	*100%*

* Lariboisière : y compris urgences céphalées, ORL et polyclinique

** Pitié-Salpêtrière : y compris urgences odontologie

Dans les services MCO de l'AP-HP, en moyenne 33% des séjours sont des admissions en urgence

Les disciplines, hors réanimation, dans lesquelles les admissions en urgence (venant essentiellement des SAU), sont les plus fréquentes, sont la médecine interne (51%), les maladies infectieuses (46%), la chirurgie orthopédique (38%), la chirurgie viscérale (31%), la cardiologie (29%) et le court séjour gériatrique (29%).

Les SAMU et SMUR

Les services d'urgences pré-hospitaliers de l'AP-HP sont :

- **les SAMU des 4 départements de Paris et petite couronne**, localisés à Necker (75), Raymond Poincaré (92), Avicenne (93), Henri Mondor (94)
- **9 SMUR polyvalents et 4 SMUR pédiatriques**

Au niveau de la région, l'AP-HP a en charge :

- 4 des 8 SAMU de l'Ile de France
- 9 des 37 SMUR polyvalents, et 4 des 5 SMUR pédiatriques

Activité 2008 (et part de l'activité régionale) :

- SAMU **: 708 875 affaires traitées** (dossiers de régulation médicale ouverts), soit **53% de la région**
- Interventions SMUR primaires **: 44 635, soit 49% de la région**
- Interventions SMUR secondaires **: 8575, soit 49% de la région**
- Interventions SMUR pédiatriques **: 3715, soit 91% de la région**

La pédiatrie spécialisée, la pédiatrie générale, les urgences

La pédiatrie spécialisée comprend :

► La Chirurgie infantile :

o L'AP-HP assurait 44% des séjours chirurgicaux pédiatriques de plus d'une nuit en 2008 en Île-de-France, et 13% des séjours chirurgicaux pédiatriques inférieurs à une nuit

o 306 lits de spécialités chirurgicales (tableau 1) répartis dans 5 sites hospitaliers (Necker, SVP, TRS, RD, BCT)

Tableau 1 répartition des lits de chirurgie infantile selon les spécialités

Chirurgie infantile orthopédique	100
Chirurgie infantile viscérale	129
ORL infantile	51
Stomatologie / chir. maxillo-faciale pédiatriques	26
Prise en charge des brûlés	32

L'activité en 2009 a été de 19 798 séjours d'hospitalisation complète (soit une évolution de -0.3 % par rapport à 2008 :

o Les capacités occupées par l'activité en 2009 sont de 243 équivalents-lits (1.8 % / 2008) ce qui correspond à un taux d'occupation de 65% des capacités théoriques et une occupation a maxima de 77% suggérant des surcapacités par rapport à l'activité.

o La durée moyenne de séjour en 2009 : 3.2 jours (-0,1 jour / 2008)

► La médecine pédiatrique spécialisée [76] :

o L'activité de pédiatrie médicale spécialisée est exclusivement faite à l'AP-HP à l'exception de l'oncopédiatrie faite également dans les CLCC.

o L'activité de pédiatrie spécialisé est de 19 036 séjours en 2009 (évolution / 2008 : - 0,5%)

o Les capacités exploitables sont de 444 lits en 2009 sur 7 sites hospitaliers et les capacités occupées par l'activité en 2009 de 325 équivalents-lits, soit un taux d'occupation médian de 73% et une occupation maxima à 80%.

o La durée moyenne de séjour en 2009 : 5.7 jours (- 0,1 jour / 2008)

[76] Comprend les spécialités pédiatriques suivantes : médecine de l'adolescent, hématologie-immunologie-cancérologie, hépato-gastro-entérologie, cardiologie, endocrinologie, néphrologie, neurologie, pneumologie

► **L'anesthésie-réanimation pédiatrique** [77] **:**

- o L'activité réalisée en 2009 est de 13 902 séjours
- o Les capacités exploitables sont de 180 lits en 2009 sur 6 sites hospitaliers (RPC en plus)
- o Les capacités occupées par l'activité en 2009 sont de 129 équivalents-lits, soit un taux d'occupation médian de 72% et des occupations à maxima à 82%
- o La durée moyenne de séjour en 2009 : 7.1 jours en réanimation polyvalente, 5.3 jours en surveillance continue chirurgicale, 3.5 jours en surveillance continue médicale et 3.3 jours en surveillance continue polyvalente

La pédiatrie générale et urgences :

- o L'activité de pédiatrie générale a été de 14 900 séjours en 2009 (évolution / 2008 : - 0,1%)
- o Les capacités exploitables sont de 273 lits en 2009 sur 9 sites hospitaliers
- o Les capacités occupées par l'activité en 2009 : 187 équivalents-lits, soit un taux d'occupation médian de 61% et une occupation a maxima à 81%
- o Durée moyenne de séjour en 2009 : 3.9 jours (stable / 2008)

Les Urgences pédiatriques :

- o Activité : 19 135 séjours en 2009
- o Capacités exploitables : 48 lits en 2009 au 1er janvier 2010 sur 8 sites hospitaliers
- o Capacités occupées par l'activité en 2009 : 46 équivalents-lits, soit un taux d'occupation médian de 95%
- o Durée moyenne de séjour en 2009 : 1 jour
- o Passages aux urgences pédiatriques en 2009 (source EDP) : tableau

Hôpital	Nombre passages	Nombre admissions	Pourcentage admissions
Bicêtre	27 671	3 153	11%
A Paré	20 909	2 039	10%
Cochin SVP	22 892	2 034	9%
Antoine Béclère	21 300	2 000	9%
Jean Verdier	27 921	2 436	9%
Louis Mourier	29 838	3 404	11%
Necker	49 869	5 121	10%
R Debré	76 529	7 275	10%
Armand Trousseau	44 837	5 774	13%
Total	**321 766**	**33 236**	**10%**

[77] Comprend les spécialités pédiatriques de réanimation et de surveillance continue, chirurgicales et médicales, polyvalente et spécialisées

La cancérologie

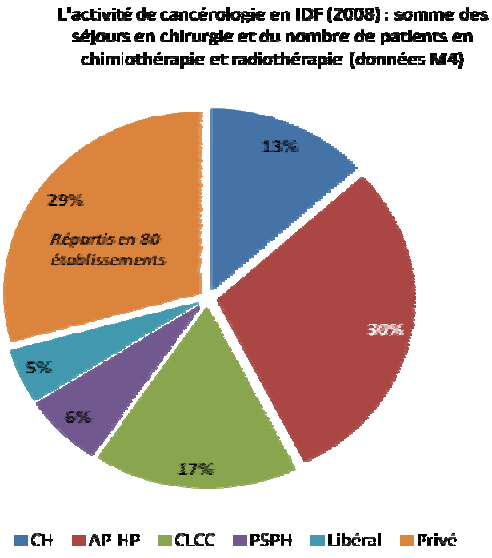
► Rappel Epidémiologique

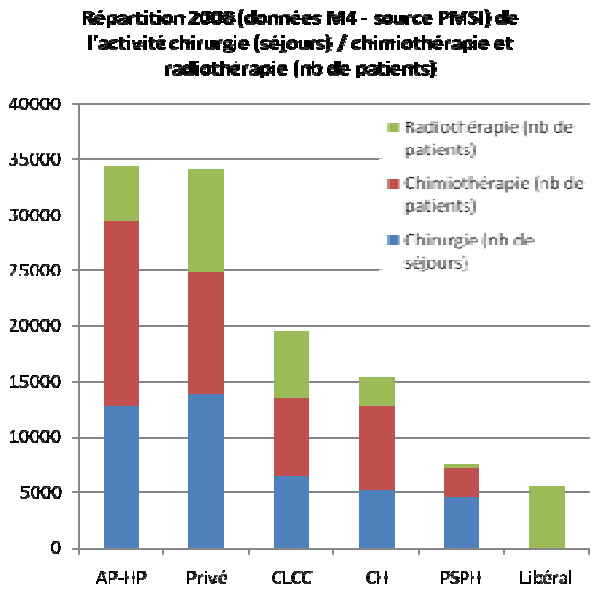
En France, on estime en 2005 (données INVS), à 320 000, le nombre de nouveaux cancers en France. En 25 ans (1980-2005), l'incidence des cancers a quasiment doublé chez l'homme (+93%) et chez la femme (+84%).
Le cancer du sein représente à lui seul 50% des cas de cancer supplémentaires chez la femme, et le cancer de la prostate 70% des cas de l'augmentation chez l'homme. Les 3 cancers les plus fréquents chez l'homme sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer du côlon-rectum. Chez la femme, les 3 cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon.

En Ile de France, le nombre de nouveaux cancers est de 50 000 et le nombre de décès est de 21 600 ; c'est la première cause de décès chez l'homme et la première cause de décès ex-æquo avec les maladies cardio-vasculaires chez la femme.

► La place de l'AP-HP dans l'activité de cancérologie

L'AP-HP occupe une place globalement dominante en cancérologie. Elle représente 30% de l'activité de cancérologie en Ile de France (plus de 73 000 patients dont 49 000 nouveaux patients).





L'activité de l'AP-HP en cancérologie est diversifiée ; elle assure la prise en charge de proximité et de recours de l'ensemble des tumeurs, dont les principales sont réparties selon la classification de l'INCa. Les tumeurs les plus fréquentes (données PMSI 2008) :

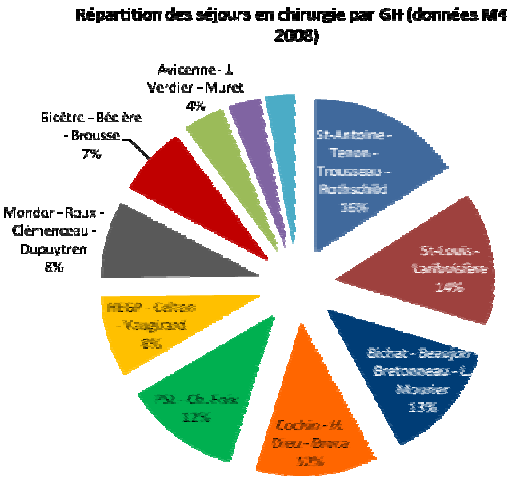
- Sein 18 %
- Gynéco 27.3 %
- Digestif 37 %
- Foie 43 %
- ORL, MF 38 %
- Thorax 32 %
- Urologie 31 %
- Hématologie 40 %

► L'AP-HP a une position qui évolue de façon différenciée sur ces différents segments d'activité (par rapport à l'évolution nationale, voire à celle des CHU). Les évolutions d'activités chirurgicales observées sont :

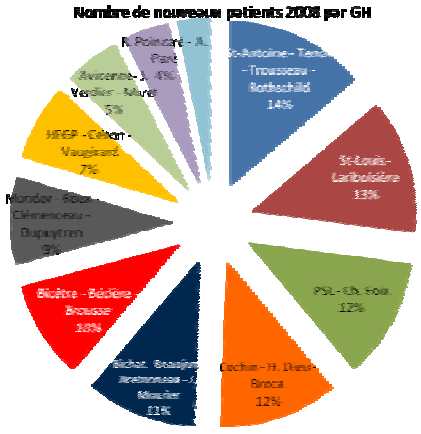
- Une augmentation importante en cancérologie digestive (+9% de 2005-2007 vs 4% sur le plan national), une augmentation nette en urologie (+13% de 2005-2007 vs 12% sur le plan national) et en pneumologie (9% de 2005-2007 vs 8% sur le plan national)
- Une stabilité pour les cancers ORL/maxilo-facial (intégrant la thyroïde) 6%
- Une baisse d'activité dans les cancers de la femme (sein et gynéco :-7% et -9% de 2005-2007 vs respectivement 2% et 9% sur le plan national).

L'éclatement de l'activité de l'AP-HP dans les 21 établissements MCO, pénalise la visibilité de l'institution en cancérologie. La stratégie de regroupement en GH conduit à une meilleure visibilité de l'offre en cancérologie.

Total séjours en chirurgie = 13 199



Total nouveaux patients = 49 096



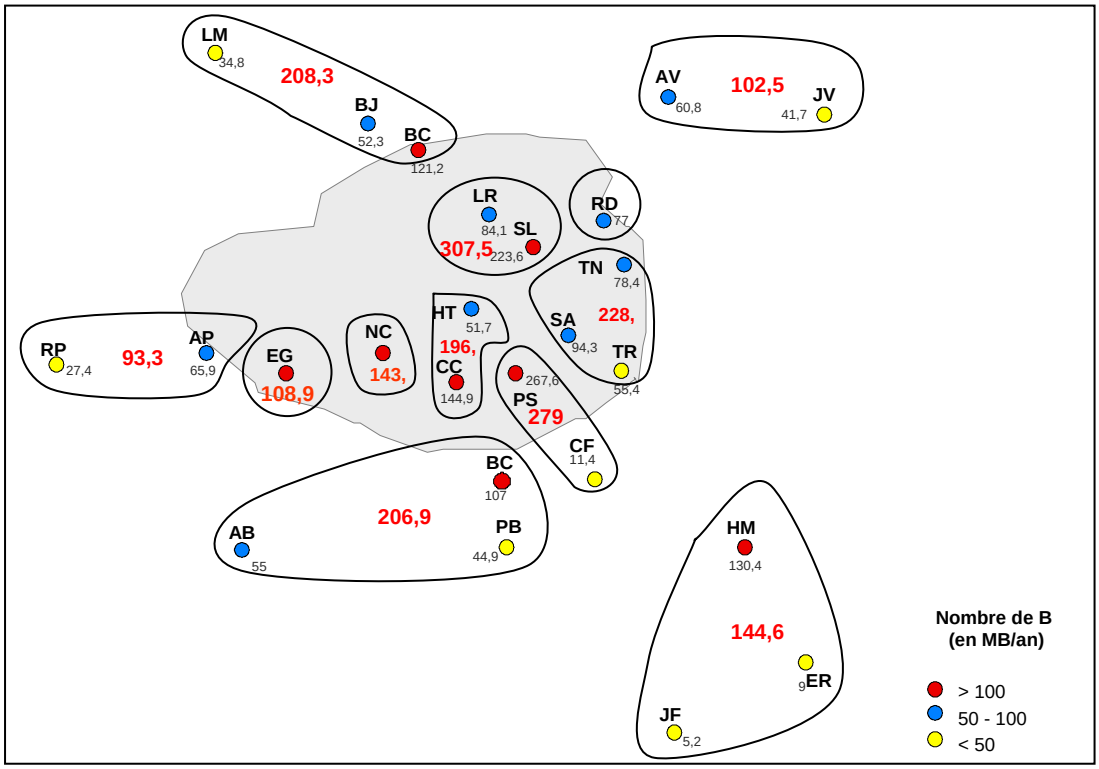
La biologie

La biologie médicale est indispensable pour le diagnostic, le suivi des pathologies et les décisions thérapeutiques.

► L'organisation et les structures à l'AP-HP (en 2009) :

o 40 pôles de « Biologie » au sein des 12 GH (pôles exclusifs de biologie, pôles mixtes avec imagerie et explorations fonctionnelles, pôles cliniques intégrant des activités de Biologie)
o 186 services et UF
o 10 disciplines : Biochimie, Hématologie, Microbiologie, Génétique, Immunologie, Histo-cyto-embryologie, Parasitologie, Pharmaco-toxicologie, Biologie de la reproduction, Anatomopathologie.

► La cartographie des GH et la production 2008 par site et par GH, exprimée en million d'équivalents B



► Les données chiffrées

1. Evolution d'activité 2009/2008

Activité produite en Eq B	Total 2009	Evolution 2009 vs 2008
Eq B (B/BHN, P/PHN) produits par l'ensemble des sites Total Activité des laboratoires de biologie et d'anatomie pathologie 2009 en équivalents B (hors analyses biologiques réalisées dans les services d'explorations fonctionnelles, de biophysique et de médecine nucléaire, hors activités de consultations)	2 083 018 070	+2,1%
Nombre d'actes produits par l'ensemble des sites Total Activité des laboratoires de biologie et d'anatomie pathologie 2009 (hors analyses biologiques réalisées dans les services d'explorations fonctionnelles, de biophysique et de médecine nucléaire, hors activités de consultations)	47 382 873	+4.6%

Indicateur de Performance : Ratio de prescription de Biologie par séjour de patients hospitalisés en MCO	Eq B prescrits par séjour	
	Ratio 2009	Ratio 2008
Evolution du ratio des Eq B (B/BHN, P/PHN	995	1 014

Cet indicateur démontre que, malgré une augmentation modérée de la Biologie produite en 2009 (+2,1% : tous sites et toutes disciplines confondus), la part de Biologie prescrite aux patients hospitalisés en MCO se réduit d'année en année, conformément aux recommandations liées à la Juste Prescription (ratio 2006 : 1046, ratio 2007 : 1041, ratio 2008 : 1014)

► La contribution de la biologie dans la recherche à l'AP-HP

Les éléments chiffrés qui suivent témoignent de l'importance de la contribution de la Biologie dans la recherche à l'AP-HP

Nombre de publications prises en compte dans SIGAPS			
Année	Nombre de publications en biologie	Nombre de publications à l'AP-HP	Biologie / AP-HP
2006	2 453	7 509	32.7%
2007	2 487	7 774	32.0%
2008	2 583	8 113	31.8%
Total	**7 523**	**23 396**	**32.2%**

2. Quelques chiffres repères

Cout moyen du B en € (CAE 2007)	0.18 € (dans la moyenne des CHU)
ETP moyen de biologistes (2008)	1 021
ETP moyen de PNM en biologie (2008) (tech. labo, cadre, agent, secrétaire)	3 472
Valeur du parc d'équipement de biologie (2008)	189.76 M€ (soit 14.1% du parc d'équipement total de l'AP-HP)

La radiologie et radiothérapie

1. Les structures et les équipements en radiologie médecine nucléaire et radiothérapie.

► La radiologie

Les 22 sites MCO de l'AP-HP disposent d'une structure de radiologie équipée d'IRM (à l'exception de Paul Brousse) et de scanographe. Par ailleurs, tous les sites SAU sont équipés d'au moins un scanographe.
Les plateaux techniques de radiologie sont complétés par des équipements plus spécifiquement dédiés à la neuroradiologie et la cardiologie. En revanche, l'utilisation des équipements lourds (scanographes et IRM) est toujours partagée entre ces disciplines.
Par ailleurs, l'AP-HP dispose de 4 sites de radiologie pédiatrique (Armand Trousseau, Bicêtre, Necker, Robert Debré et Saint-Vincent de Paul).

Les sites de gériatrie et polyhandicap, à l'exception de Berck, disposent d'une unité d'imagerie, équipée d'une salle de radiologie conventionnelle et d'un échographe. L'imagerie numérisée est transférable à distance vers un site MCO référent pour la téléinterprétation. Corentin Celton (12/2009) et Charles Foix (03/2010) sont maintenant équipés d'un scanographe.
Le parc d'équipements lourds est complété notamment par 40 salles d'angiographie et de 150 salles de radiologie conventionnelle.

► La médecine nucléaire

Les 17 sites de médecine nucléaire sont équipés chacun de 2 à 3 gamma-caméras et, sur les sites à forte orientation cancérologique, d'un TEP. Le seul site de médecine nucléaire pédiatrique est celui d'Armand Trousseau.

La radiologie et la médecine nucléaire : évolution du parc des équipements lourds :

Equipements	Fin 2005	Fin 2007	Fin 2008	Parc installé fin 2009	Equipements complémentaires (opérations engagées 2010-2011)
IRM	18	31	31	31	35 Bichat, Necker et Beaujon (2ème équipement) Pitié-Salpêtrière (5ème équipement)
Scanographes	33	35	36 (Ambroise Paré)	38 (Saint-Antoine et Corentin Celton)	43 Pitié-Salpêtrière (4ème équipement) Henri Mondor (3ème équipement) Hôtel-Dieu et Antoine Béclère (2ème équipement) Charles Foix (1er équipement)
Gamma-caméras	37	40	40	40	0
TEP+TDM	5	5	6 (Avicenne)	7 (Bichat)	8 HEGP (2ème équipement)

► La radiothérapie

L'AP-HP dispose de cinq sites de radiothérapie externe dotés d'un parc de 14 accélérateurs linéaires à fin 2009 et de 16 en 2011 après l'installation de nouvelles technologies.

L'évolution du nombre d'équipements (2009 à 2011) et activité (observatoire INCa 2008):

	Nombre d'accélérateurs linéaires	Nombre de patients traités	Nombre de passage machine
Henri Mondor	2	543	11 075
Pitié-Salpêtrière	3 4	1 018	15 038
HEGP	3 4	1 034	23 594
Saint-Louis	3	1 522	21 188
Tenon	3	1 104	22 562
Total	14 16	5 221	93 457

Les projets engagés d'installation de nouvelles technologies sont :

- le centre de radiochirurgie intracrânienne à la Pitié-Salpêtrière (type GammaKnife) accessible aux radiothérapeutes et neurochirurgiens de l'Ile de France ;
- l'équipement de type CyberKnife à l'HEGP, notamment pour la radiochirurgie extracrânienne, et accessible à tous les radiothérapeutes de l'AP-HP ;
- le remplacement d'un accélérateur linéaire par un appareil de type TomoTherapy à la Pitié-Salpêtrière.

2. L'activité des équipements lourds

L'offre de soins : nombre d'équipements et l'activité globale AP-HP est en constante augmentation.

L'évolution de l'offre de soins de 2007 à 2009

	Nombre d'équipements	Activité globale (actes CCAM)
IRM	24 à 31	103 528 à 134 552 +30,0%
Scanographe (1)	35 à 37	325 153 à 381 883 +17,4%
TEP	5 à 7	9 370 à 14 895 + 59,0%
Gamma-Caméra (2)	39	56 479 à 64 289 + 14,0%

(1) Activité de l'équipement de Corentin Celton non prise en compte
(2) Une gamma-caméra à Louis Mourier est à l'arrêt.

L'évolution de la moyenne d'actes par appareil

Moyenne d'actes par appareil	2007	2008	2009
IRM	4 274	4 022	4 341
Scanographe	9 290	10 260	10 608
TEP	1 874	2 045	2 128
Gamma-Caméra	1 486	1531	1 651

Les 4 sites de pédiatrie (Armand Trousseau, Bicêtre, Necker, Robert Debré et Cochin-Saint-Vincent de Paul) et le site de polyhandicap (Raymond Poincaré) sont en-deçà des objectifs annuels d'activité pour

les scanners (10 000 à 12 000 actes) et IRM. (4000 à 4 500 actes). Bicêtre qui prend en charge une activité de pédiatrie est au-delà des objectifs.
Concernant les gamma-caméras, la moyenne d'actes par appareil reste faible. Une augmentation du nombre de TEP est à prévoir et sera compensée par une diminution du nombre de gamma-caméras et une meilleure optimisation de l'activité de scintigraphie.

3. La place de l'AP-HP dans la région

► L'imagerie

Nombre d'équipements lourds autorisés, augmentation du nombre d'équipements de 2000 à 2009 et part AP-HP en Ile-de-France (avril 2009) :

	IRM	Scanographes	TEP	Gamma-caméras
Région	138	203	21	88
Dont AP-HP	33	42	7	40
Augmentation région	150,9%	69,2%		4,8%
Augmentation AP-HP	83,3%	27,3%		- 7,0%
Part AP-HP	**25,8%**	**20,7%**	**33,3%**	**45,5%**

Hors AP-HP, le secteur libéral s'équipe progressivement en IRM et scanographe. Le partage d'équipements IRM et scanographes par convention avec le secteur libéral apparaît donc comme une solution limitée dans le temps.
En médecine nucléaire, l'AP-HP dispose d'une part prépondérante, notamment en scintigraphie par gamma-caméra. Concernant les TEP, le seul TEP clinique installé en 2000 était celui de Tenon.

► La radiothérapie

L'AP-HP dispose de 14 accélérateurs linéaires sur un total de 75 en Ile-de-France, soit une part AP-HP de 20,3%.

La périnatalité

L'obstétrique :

En 2009, l'AP-HP représente dans la région Ile de France

- 20% des accouchements et des naissances
- 32% des séjours d'ante et post-partum (notamment grossesses compliquées avec menaces d'accouchements prématurés),
- 25% des interruptions de grossesse,
- et 27% des séjours inférieurs à 48 heures relatifs à un motif obstétrical d'hospitalisation.

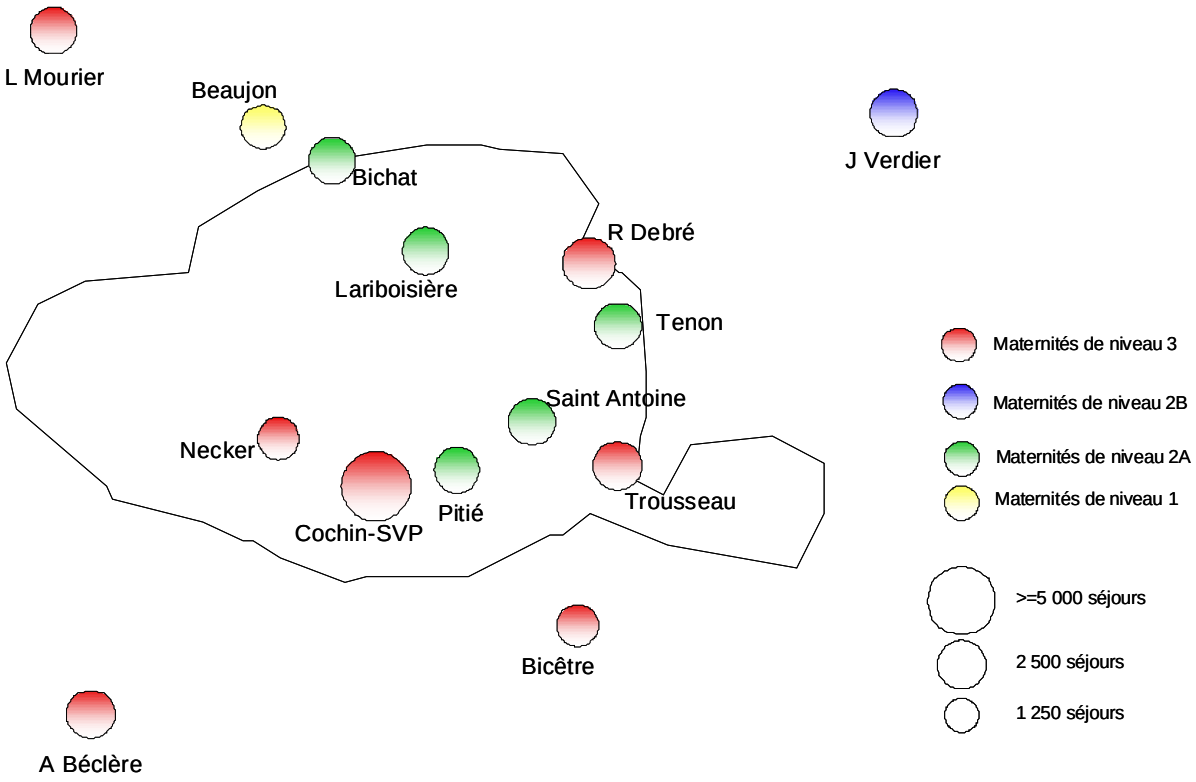
Les 14 maternités de l'AP-HP (carte 1) disposent de 766 lits (soit - 1,7 % / 2008) mais les capacités occupées par l'activité en 2009 sont de 603 équivalents-lits (0,7 % / 2008) soit un taux d'occupation de 79% des capacités théoriques.

L'activité globale a été en 2009 de 45 278 séjours d'hospitalisation complète avec une évolution par rapport à 2008 de- 0.5 % malgré un nombre de naissances de plus de 2% (564 naissances supplémentaires par rapport à 2008)

La durée moyenne de séjour en 2009 est de 4.8 jours (évolution / 2008 : - 0.05 jour)
En mai 2009, la maternité de Bicêtre a ouvert se substituant à celle de Jean Rostand

Les capacités de l'obstétrique à l'AP-HP ne seront pas un frein à l'augmentation de l'offre de soins, permettant d'accueillir de 5 à 10% de naissances supplémentaires.

Les maternités de l'AP-HP, le volume des séjours d'obstétrique et la typologie des maternités



La néonatologie :

En 2008, la néonatologie de l'AP-HP représente dans la région :

- 42% des séjours régionaux de néonatologie,
- 43% des séjours en soins intensifs de néonatologie
- et 68% des séjours de réanimation néonatale

L'AP-HP dispose de 14 centres périnatals dont 2 de type I, 4 de type IIA, 1 de type IIB, 7 de type III en 2009 (carte 1), avec des évolutions en cours à Bichat et Lariboisière.

Parmi les 14 maternités de l'AP-HP, 13 ont des lits de néonatalogie avec au global 357 lits dans la filière néonatale répartis comme suit (carte 2):

- 164 lits de néonatologie,
- 108 de soins intensifs de néonatologie,
- 85 lits de réanimation néonatale

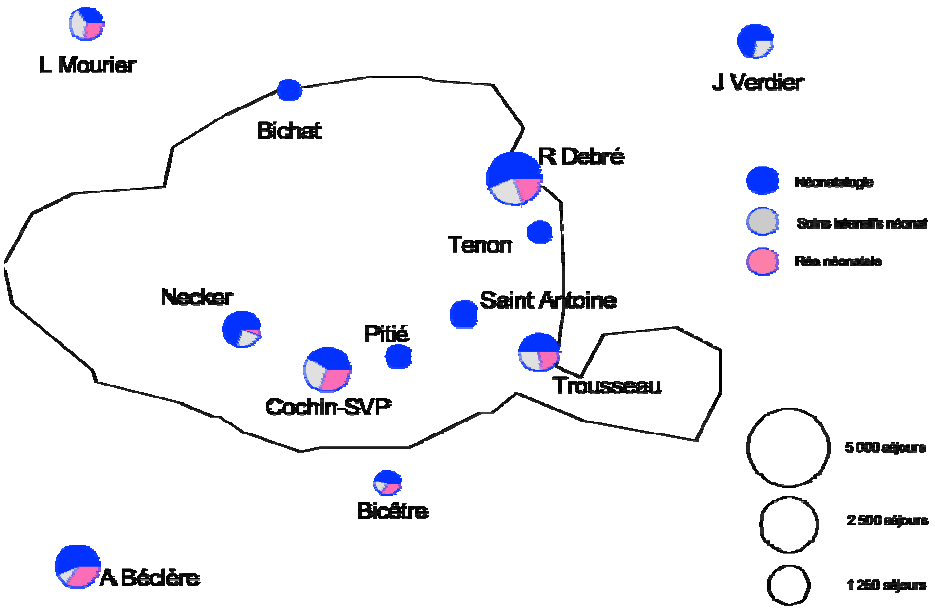
L'activité en 2009 a été de 11 092 séjours ce qui correspond à 249 équivalents-lits soit un taux d'occupation médian de 70% et des occupations maxima à 88% en néonatologie simple et 92% en réanimation néonatale avec la répartition suivante :

- 126 équivalents-lits de néonatologie simple,
- 58 équivalents-lits de soins intensifs de néonatologie,
- 65 équivalents-lits de réanimation néonatale :des périodes de saturation des lits sont observées.

Les évolutions attendues en néonatologie sont :

- L'ouverture de lits autorisés en soins intensifs dans le GH Pitié-Salpêtrière Charles Foix
- La transformation de la maternité de Beaujon type I en type IIa

Les séjours 2009 en structures de néonatalogie



Les prélèvements et les greffes d'organes de cellules souches hématopoïétiques (CSH) et de tissus

L'AP-HP a joué un rôle majeur dans le développement des prélèvements et des greffes en France. Elle continue de tenir une place importante en termes d'activité et de recherche. Ainsi, l'AP-HP en France représente 12% des prélèvements d'organes, 30% de la liste nationale d'attente 30% de l'activité de greffes d'organes et 54% de l'activité de greffe de donneur vivant.

► Les prélèvements d'organes

Malgré une augmentation des prélèvements d'organes au cours des 12 dernières années (+35%), l'Ile de France en 2009 en nombre de donneurs prélevés par millions d'habitants reste en dessous de la moyenne nationale (23,3 versus 25,3 ppm). L'AP-HP représente 69% des prélèvements de l'Ile de France (tableau 1).
L'origine des greffons reste en majorité les donneurs décédés en mort encéphalique. Cependant l'AP-HP doit contribuer au développement de deux sources de greffons:

- Les donneurs décédés à cœur arrêté : en 2009, 42 greffons ont été prélevés sur des donneurs à cœur arrêté dans les trois sites pilotes (Pitié-Salpêtrière, Saint Louis et Bicêtre) ouvrant la voie à d'autres sites de prélèvement et à un nombre croissant de greffons disponibles.
- Les donneurs vivants : qui contribuent à la réalisation de seulement 12% des greffes rénales

Tableau 1 : Evolution des prélèvements d'organes à l'AP-HP

GHU	Hôpitaux	2004	2005	2006	2007	2008	2009
GHU Est	Pitié-Salpêtrière	30	31	30	43	44	33
	Saint Antoine	0	5	5	7	6	5
	Tenon	6	6	6	5	3	3
	Trousseau	0	0	0	1	0	0
GHU Nord	Bichat	5	2	1	9	9	8
	Robert Debré	1	1	0	0	1	0
	Saint Louis	18	35	31	23	37	22
	Beaujon	20	17	17	24	20	16
GHU Ouest	Cochin	7	11	15	16	9	19
	HEGP	9	7	12	8	6	6
	Necker adulte	2	1	2	4	3	6
	Necker pédiatrique	4	3	1	0		1
GHU Sud	Antoine Béclère	2	4	2	1	0	2
	Bicêtre	21	18	31	21	22	25
	Henri Mondor	27	22	31	28	25	21
Total AP-HP		152	163	184	190	185	167
Total Ile de France		223	229	265	264	229	241

L'augmentation des prélèvements d'organes ne s'accompagne pas d'une augmentation des greffons tissulaires sur cadavre, on observe même une baisse des prélèvements de cornées, alors que la demande est croissante.

► Les greffes d'organes

Le nombre d'équipes autorisées est de 24 à l'AP-HP. EN 2009 le nombre d'équipes de greffe de foie est passé de 6 à 5 après une fusion des deux listes de Cochin et Saint Antoine sur le site de Saint Antoine. Le SROS greffes prévoit de diminuer le nombre d'autorisations notamment celles dont l'activité est faible voire nulle.

Tableau 2 Evolution du nombre de greffes d'organes à l'AP-HP

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cœur	106	109	126	103	116	98
Cœur Poumons	6	0	3	1	1	0
Poumon	42	48	41	47	50	48
Foie	324	368	409	450	451	461
Rein	516	602	654	650	618	676
Pancréas	32	33	36	23	18	23
Intestin	7	6	8	2	9	4
Total	**1033**	**1166**	**1277**	**1276**	**1263**	**1310**

► Les greffes de cellules souches hématopoïétiques :

En France, le nombre d'allogreffes augmente régulièrement depuis les années 1990 avec une augmentation d'environ 7 % par an depuis 3 ans. En 2008 c'est 1472 allogreffes qui ont été réalisées, tandis que le nombre des autogreffes est plus stable aux alentours de 3000 par an. L'activité de greffe allogénique (allogreffe) est seule soumise à autorisation, en raison de la nécessité, à l'instar des greffes d'organe, de l'utilisation d'une immunosuppression pour les patients et cette autorisation est délivrée par les ARH depuis les décrets du 21 août 2007. La délivrance de ces autorisations sera réalisée en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire de cancérologie.
Chez l'adulte deux équipes se regroupent sur un site unique (Hôtel Dieu et Saint Antoine sur le site de Saint Antoine).
Chez l'enfant, l'équipe de Saint Louis réalise désormais les greffes à Robert Debré ; une unité « grands adolescents » reste sur le site de Saint Louis.

Tableau 3 Greffes de CSH adulte en Ile de France

Intitulé du centre	2005	2006	2007	2008	2009
Clamart Hôpital d'Instruction des Armées	14	25	18	27	22
Créteil Hôpital Henri Mondor	24	22	29	33	37
Paris Hôpital Necker Service d'Hématologie Adultes	36	37	35	41	26
Paris Hôpital Saint-Antoine	10	18	18	16	7
Paris Hôpital Saint-Louis -Service d'Hématologie et de greffe de moelle	77	70	77	97*	115
Paris Hôtel Dieu	35	40	35	40	39
Paris La Pitié Salpetrière	37	47	55	52	49
Villejuif Institut Gustave Roussy :	44	40	41	40	33
Total	277	299	308	346	328

Tableau 4 Greffes de CSH pédiatriques en Ile de France

Intitulé du centre	2005	2006	2007	2008	2009
Paris Hôpital Necker : Unité d'Hémato-Immunologie pédiatrique	40	31	35	41	
Paris Hôpital Robert Debré	27	24	34	35	51
Paris Hôpital Saint-Louis Service d'Hématologie et de greffe de moelle	41	28	30	23*	9 ?
Total	**108**	**83**	**99**	**97**	

Les centres lourds de cardiologie médicale, interventionnelle et chirurgicale

Un centre lourd permet sur un même site la prise en charge médicale interventionnelle ou chirurgicale.

Ce regroupement d'activité trouve sa justification :

- pour certains actes devant être pratiqués à proximité d'un bloc de chirurgie cardiaque (pose de valves aortiques par voie percutanée) ou en présence d'un chirurgien cardiaque (actes de rythmologie spécialisée impliquant un cathétérisme trans–septal ou actes d'ablation de sondes endocavitaires),

- utilisation commune de plateaux médico- techniques (salles hybrides) et de personnels spécialisés. .

1- L'AP-HP dans la région

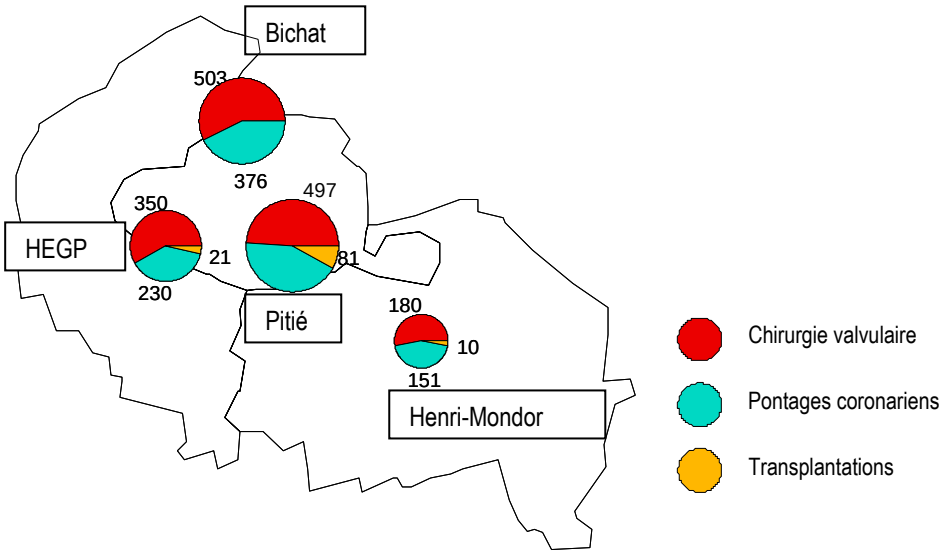
- Chirurgie cardiaque : Le nombre d'implantation en Ile de France est de 14 dont 4 à l'AP-HP ; il est prévu de réduire à 11 dans le prochain SROS. En 2008, l'AP-HP a réalisé 41% des séjours de chirurgie cardiaque de la région.
- Cardiologie interventionnelle est analysée par le nombre total d'angioplasties coronaires et la somme de 3 actes de rythmologie spécialisée[78]. En 2008, l'AP-HP a réalisé
  - 26% des angioplasties coronaires (6136 actes),
  - 33% des poses de défibrillateurs cardiaques (357 actes),
  - 30 % des implantations de stimulateurs cardiaques multi sites
  - 23% des actes électrophysiologie interventionnelle.

2 – La cartographie des pôles lourds de l'AP-HP

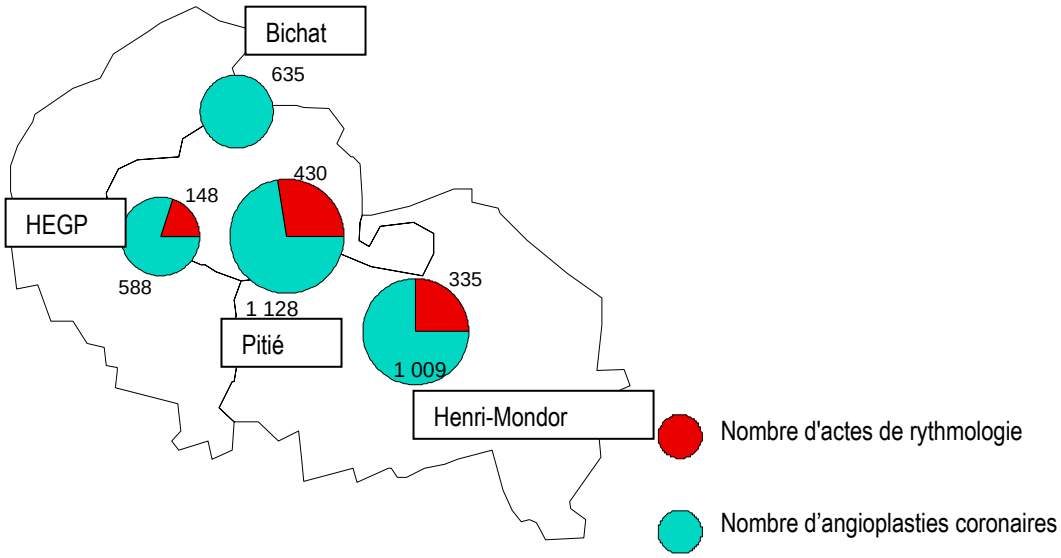
Les 4 sites de l'AP-HP disposant de chirurgie cardiaque (Bichat, HEGP, Pitié et Henri Mondor) répondent aux critères de pôles lourds moyennant des renforcements dans certains secteurs d'activité. Certaines activités (rythmologie interventionnelle) ont vocation à rejoindre un pole lourd (Lariboisière). En dehors des pôles lourds, les implantations de cardiologie doivent répondre à la proximité et à une logique de regroupement et/ou développement des activités interventionnelles.

[78] Électrophysiologie interventionnelle ou ablation endocavitaire des foyers arythmogènes, pose de stimulateurs cardiaques multi sites, pose de défibrillateurs implantables. Ces 3 types d actes, plus les angioplasties coronaires sont ceux qui rentrent dans le champ des décrets et de l'arrêté d'août 2009 sur la cardiologie interventionnelle

Activité de chirurgie cardiaque (2008)



Activité interventionnelle 2008



Les centres lourds de neurologie médicale, chirurgicale et interventionnelle

Un centre lourd permet sur un même site la prise en charge médicale, chirurgicale et interventionnelle.

Ce regroupement d'activités trouve sa justification :

- pour les actes de neuroradiologie interventionnelle qui règlementairement doivent être effectués dans un établissement comportant un service de neurochirurgie,

- pour une prise en charge commune de certaines pathologies nécessitant l'intervention d'au moins deux disciplines (pathologie vasculaires relevant de la neurochirurgie et de la neuroradiologie interventionnelle, ou de la neurologie médicale et de la neuroradiologie interventionnelle ; pathologies neurodégénératives relevant de la neurologie médicale et de la neurochirurgie)

- pour utiliser au mieux les ressources médicales , dont l'évolution prévisible est préoccupante en particulier en NRI et à un moindre degré en neurochirurgie.

L'AP-HP dans la région

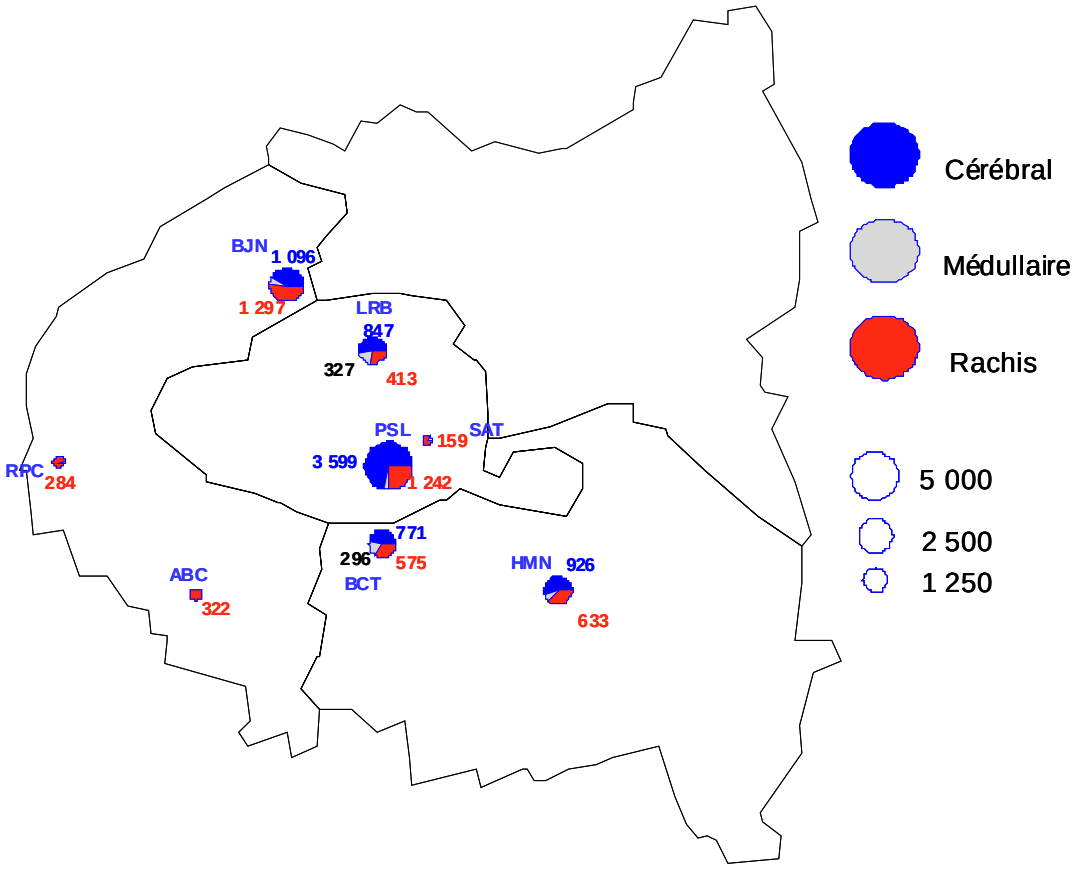
Neurochirurgie : Le nombre d'implantations en Ile de France est de 9 dont 5 à l'AP-HP ; l'objectif du prochain SROS s'inscrit dans une fourchette de 5 à 9. En 2008, l'AP-HP a réalisé 63% des actes de neurochirurgie de la région. La permanence des soins en neurochirurgie en Ile de France (Grande Garde de neurochirurgie) est assurée par les 5 services de l'AP-HP associés au service de neurochirurgie de Sainte-Anne

Neuroradiologie interventionnelle : En 2008, l'AP-HP a réalisé 57% des actes de la région.

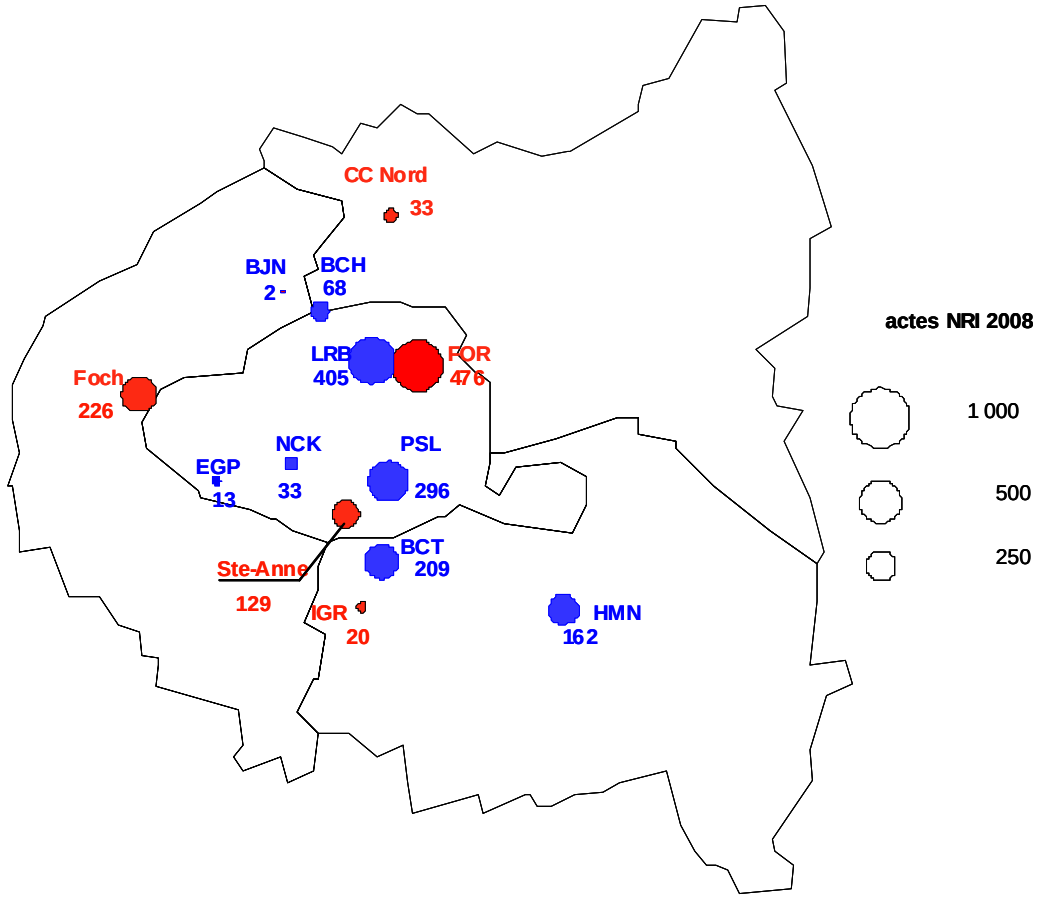
La cartographie des centres lourds de l'AP-HP

L'AP-HP doit concentrer ses centres lourds déjà existants (Beaujon,Bicêtre, Mondor, Lariboisière et Pitié-Salpêtrière) en y intégrant tous les services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle. Cette réorganisation en centres lourds amènera à réexaminer l'organisation des urgences médicales, chirurgicales et interventionnelles.
En dehors des pôles lourds, les implantations de neurologie doivent répondre aux besoins de proximité dans chaque GH.

Activité de neurochirurgie 2008



Activité interventionnelle 2008



Les centres intégrés de prise en charge de l'obésité

Dans un contexte d'épidémiologie en progression en France, de nouveaux profils de malades apparaissent, avec les jeunes générations plus précocement atteintes (adolescents) et les plus de 65 ans désormais concernés (16,5%).

► L'épidémiologie en quelques chiffres
- o Prévalence du surpoids chez les adultes en France : 31,9% (14,2 millions d'individus)
- o Prévalence de l'obésité adulte en France : 14,5% (6,1 millions d'individus)
- o Prévalence de l'obésité morbide : 1,1% (environ 400 000 adultes dont 80 000 en Ile de France)
- o Prévalence de l'obésité de l'enfant : 16%

Au plan social, l'obésité touche particulièrement les populations fragilisées économiquement ou culturellement et de façon générale, les populations jeunes.

La part de l'activité de chirurgie de l'AP-HP en Ile de France est de 23,5%.
La part de l'activité obésité à l'AP-HP est de 16 444 patients obèses pris en charge dans tous les hôpitaux, en hospitalisation complète, tous soins confondus, dont 1 378 opérés en chirurgie bariatrique

► Les pratiques chirurgicales évoluent avec la pose en ambulatoire d'anneaux gastriques et la chirurgie proposée aux adolescents (12-18 ans). De nouvelles indications de la chirurgie bariatrique évoluent notamment vers le traitement du diabète de type 2.

► En 2005, un appel à projets, a labellisé les premiers centres de référence Obésité à l'AP-HP, les premiers en France.
- o 6 centres adultes (Avicenne, Bichat, HEGP, Hôtel-Dieu, Jean Verdier, Louis Mourier)
- o 5 centres pédiatriques (Armand Trousseau, Jean Verdier, Necker, Robert Debré, Saint-Vincent-de-Paul)
- o Cette labellisation garantit une prise en charge multidisciplinaire et offre une plus grande visibilité de l'offre de soin. Un audit organisationnel a mis en évidence des forces et des points à améliorer.

En 2009 sur la base d'un rapport[79] on repense la chaîne de soins pour les enfants et les adultes obèses :
Désormais le recours aux établissements de santé, se situe en « 3ème ligne » dans deux circonstances :
- o séjour d'une personne obèse en établissement de soins pour un motif autre que l'obésité : la fréquence de l'obésité en MCO et SSR doit correspondre à celle observée dans la population générale: 12-16 % ;
- o Hospitalisation pour « obésité » concernant avant tout les personnes atteintes d'obésités morbides (1% de la population) et les situations d'obésités complexes.

Une procédure de type « appel à projet » pour la reconnaissance de centres de prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité sévère ou multi compliquée, va être lancée en 2010 par le ministère de la santé. Ces centres auront des missions de prise en charge médicale, chirurgicale, RCP, partenariat avec autres spécialités, liaisons avec médecin traitant et SSR, élaboration de référentiels, éducation thérapeutique, formation au plan régional et développement professionnel continu des professionnels de santé
L'AP-HP y répondra tout en menant son projet de centres intégrés offrant des missions supplémentaires de Recherche & Innovations et une offre supplémentaire avec des centres pédiatriques.

[79] Rapport du Pr Arnaud Basdevant, endocrinologue à la Pitié Salpêtrière

La prise en charge du VIH

► L'AP-HP assure :

- o 70% des séjours en hospitalisations complète de la région
- o Le suivi de 62% de la file active des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'Ile de France.

La file active des personnes vivant avec le VIH en Ile de France estimée en 2009 à 45 000 patients (41 000 en 2007) soit presque 45% de celle de la France entière. La file active de patients adultes suivis en 2009 à l'AP-HP est estimée à 2600 patients (25 051 en 2007) adultes et à environ 550 enfants (504 en 2007).

En Ile de France, en plus de l'AP-HP, l'infection à VIH est prise en charge dans environ 40 établissements publics dont 2 UCSA

► Les services d'hospitalisation et les consultations

La prise en charge des patients infectés par le VIH à l'AP-HP (hors dépistage et biologie) concerne au total :

- o 17 sites « adultes » : Ambroise Paré, Antoine Béclère, Avicenne, Bicêtre (2 services dont un SSR), Bichat, Cochin, Hôpital Européen Georges Pompidou, Henri-Mondor, Lariboisière, Louis Mourier (avec en particulier un centre d'IVG pour les PVVIH), Necker, Paul Brousse, Pitié-Salpêtrière (2 services), Raymond Poincaré, Saint Antoine, Saint-Louis et Tenon
- o 264 consultations sur les 17 sites adultes
- o 8 sites pédiatriques ou avec des consultations spécifiques pour les mères et enfants séropositifs : Trousseau*, Bicêtre, Bichat-Claude Bernard, Cochin, Jean-Verdier, Louis Mourier, Necker et Robert Debré.

► L'activité 2009 à l'AP-HP

- o 2 857 séjours en hospitalisation complète (2940 en 2008, 3195 en 2007), soit environ 70% des hospitalisations complètes pour VIH de la région.
- o 10 762 séjours en hospitalisation partielle (2940 en 2008, 3195 en 2007).

► Les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG)

- o 38 consultations sur 8 sites : Ambroise Paré, Antoine Béclère, Avicenne*, Bichat, Cochin, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière et Saint Antoine.
- o En 2008, les CDAG de l'AP-HP (hors Avicenne) ont réalisés environ 25 000 tests de dépistage VIH au cours de 27 000 consultations de dépistage pour le VIH et/ou les hépatites).
- o En termes d'activité, les 3 CDAG les plus importants sont : Bichat, Lariboisière et Pitié-Salpêtrière.

La gériatrie et le secteur de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

► Court séjour gériatrique :

- o 630 lits au 1er janvier 2010 sur 27 sites hospitaliers
- o 191 places de jour (58 diagnostic, 133 réadaptation)
- o 18 équipes mobiles gériatriques (14 en SAU et 4 équipes mobiles externes)
- o 16 579 séjours en 2009 (évolution / 2008 : 10.5 %)
- o Durée moyenne de séjour en 2009 : 13.6 jours (évolution / 2008 : - 0.6 jour)

► SSR :

- o Capacités exploitables : 4670 lits exploitables en 2009, dont 3809 en Ile-de-France
- o Capacités en activité en 2009 (mesurées en équivalents-lits):

Type d'activité SSR	Nombre d'équivalents-lits en activité (hypothèse d'un TO à 90%)	Proportion dans les lits en activité
Gériatrie	2 824	64%
Polyvalent	788	18%
Neurologie	376	9%
Pédiatrie	200	5%
Cardio-vasculaire	131	3%
Orthopédie	95	2%
Digestif-Nutrition	63	1%
VIH	17	0%
Addictologie	9	0%
Pneumologie	0	0%
Cancérologie	0	0%
Brûlés	0	0%
Total AP-HP	4 422	100%

- o Le SSR gériatrique de l'AP-HP représente 57% de l'offre régionale en SSR gériatrique et plus de 80% de l'offre SSR AP-HP en Ile-de-France. Des secteurs à orientation thématique (SSR onco-gériatrique, SSR ortho-gériatrique, unités cognitivo-comportementales…) sont progressivement individualisées au sein du secteur SSR gériatrique.

- o Les besoins de l'AP-HP restant à couvrir en SSR spécialisé : environ 455 lits (hors besoins en SSR cancérologique et SSR post-prise en charge des brûlés, en cours de chiffrage) dont 175 en SSR neurologique, 145 en SSR respiratoire, 35 en SSR addictologie, 75 en SSR nutrition, endocrinologie et post-chirurgie digestive, 25 en SSR orthopédique pour patients psychiatriques).

► USLD :

Les capacités au 1er janvier 2010 (après partition des capacités en unités de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD) : sur 18 sites de l'AP-HP : 3 173 lits d'USLD et 465 lits d'UHPAD.

Les consultations externes[80]

► 3.6 millions de consultations externes (hors passage urgences et hors consultation de patients hospitalisés) dont

- o un tiers en chirurgie (34% au 1er semestre 2007)
- o 12% en pédiatrie
- o 9% de consultation médico-techniques (anesthésie-réa, biophysique…)

► Plus d'un million de consultations pour des nouveaux patients par an

► 15 spécialités représentent plus de ¾ des consultations

Médecine			
	% du total de l'activité	% nouveaux patients	Taux d'hospitalisation
Médecine interne	9	22	8
Dermato	6	37	5
Hépato-gastro-entérologie	5	23	11
Endocrinologie	4	20	11
Psychiatrie	4	15	6
Maladies infectieuses	4	20	7
Cardiologie	3	23	10
Rhumatologie	3	27	8
Neurologie	3	28	8
Pneumo	3	21	12
Chirurgie			
Gynéco-obstétrique	14	18	7
Orthopédie	6	31	5
Ophtalmo	6	30	5
ORL	4	36	5
Urologie	4	29	8

En gras : les taux les plus élevés de chaque colonne

► 12% d'hospitalisation post consultation (3 mois)

- o Avec un maximum de 19% en cancérologie.
- o Moins de 12% pour 14 des 15 spécialités

[80] (Données 2007 ou 2008 pour les hôpitaux MCO[80], issues du SIH (Agenda) hors Béclère, HEGP et R Debré et d'une enquête de satisfaction des patients multicentrique)

La chirurgie ambulatoire en Ile de France

- L''AP-HP réalise 9,5% de la chirurgie ambulatoire de la région en 2009, (Figure 1).
- Cette part de marché est stable depuis 2007
- En volume de séjours l'AP-HP a réalisé 4379 séjours de plus depuis 2007.

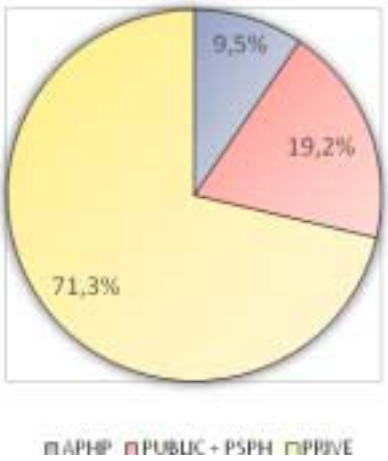


Figure 1 : Données base régionale, Séjours C, 0 jours, 2009.

La chirurgie ambulatoire à l'AP-HP

- 21 hôpitaux de l'AP-HP ont une activité de chirurgie ambulatoire
- 192 places de chirurgie ambulatoire en 2009
- 11 hôpitaux, soit 116 places, avec structure dédiée
- 10 hôpitaux avec 76 places sans structure dédiée
- 19% des séjours chirurgicaux de l'AP-HP sont des actes ambulatoires (48% pour le privé lucratif (tableau 1)

Structure	Séjours 0 j	Séjours totaux	% HDJ
AP-HP	32655	171547	19%
PUBLIQUE + PSPH	66150	231961	29%
PRIVE LUCRATIF	245699	511071	48%

Tableau 5 : Données base régionale, Séjours C, 0 jours, 2009

Dans le cadre de la loi de financement pour la sécurité sociale 2008, un dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) a été mis en place par l'Assurance Maladie et les Agences Régionales de santé pour cinq actes en 2008, élargis à 12 actes en 2009 afin de favoriser une le développement de la chirurgie ambulatoire.

► Pour les 5 gestes marqueurs, on observe une augmentation de 12% de la part de chirurgie ambulatoire (65 % en 2007 à 73 % en 2009)

Tableau 6 : AP-HP, données DIM, séjours 0 jours/nombre total de séjours

5 gestes traceurs	0 jours	total	% 0 jours
2009	5446	7506	73%
2007	7262	11908	61%

► Pour les 17 gestes marqueurs, l'augmentation est de +6% (63% en 2007 à 69 % en 2009)

Tableau 7 : AP-HP, données DIM, nombre de séjours 0 jours/nombre total de séjours

17 gestes traceurs	0 jours	total	% 0 jours
2009	14599	21243	69%
2007	23611	37276	63%

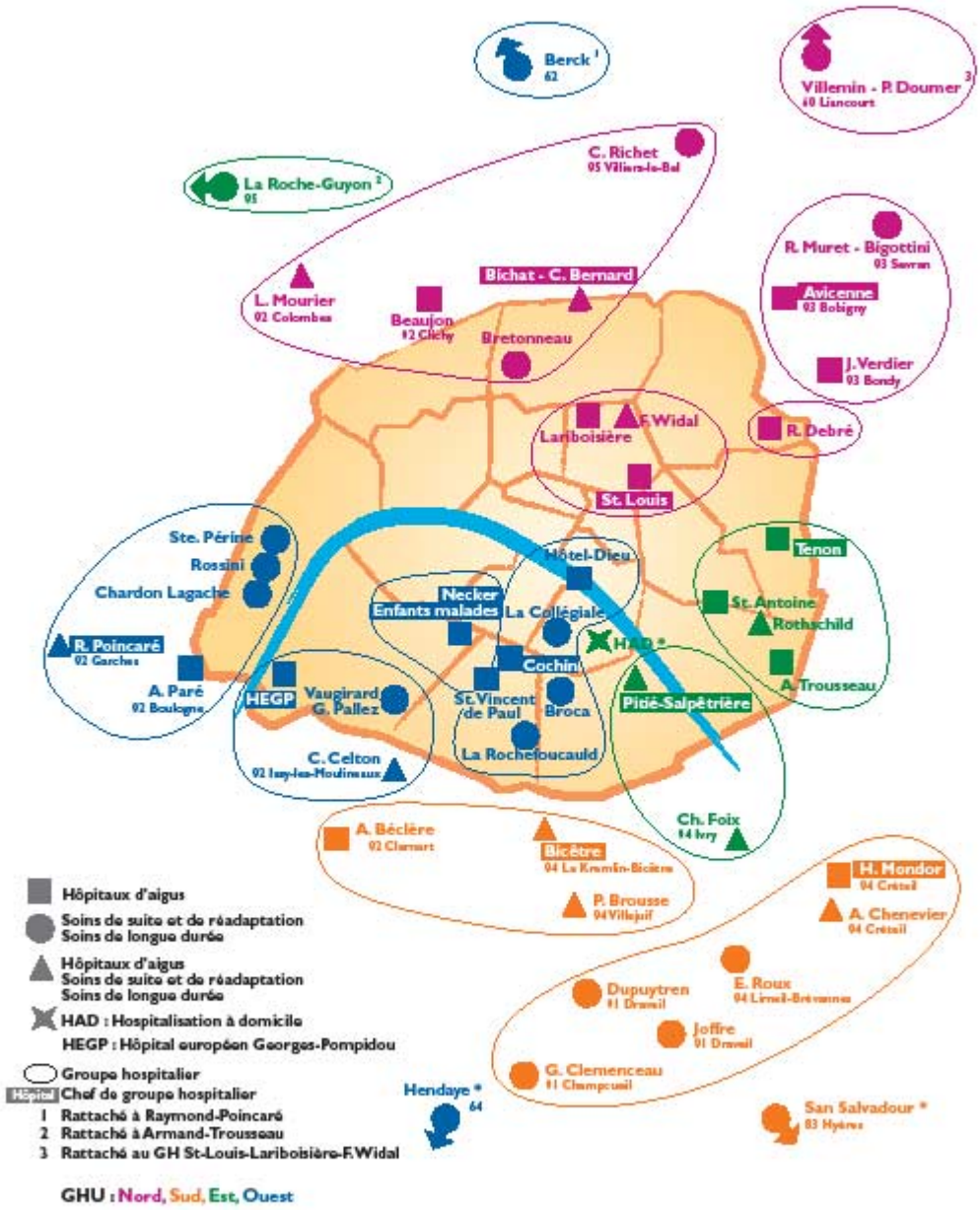
Dès 2008, le suivi des gestes marqueurs a été mis en place dans les hôpitaux de l'AP-HP et en 2010 les quelques établissement qui n'ont pas atteint les cibles pour un des 5 gestes ont été mis en entente préalable. (Avicenne, A. Paré, Bicêtre, Necker, Pitié-Salpêtrière)

► Pistes d'action

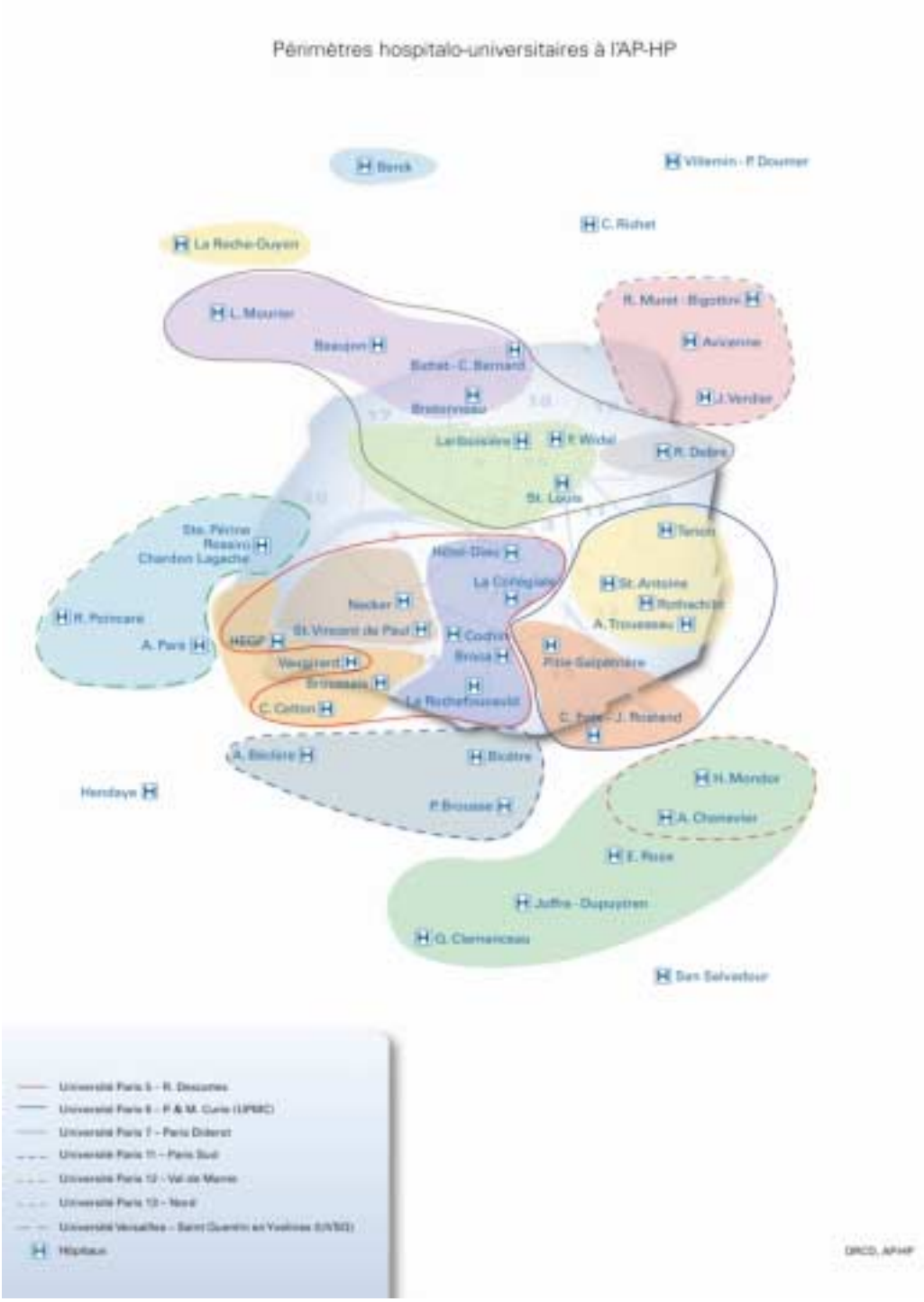
- Développer les structures et la culture au sein des GH : de nombreux projets sont en cours, témoins de la volonté des GH de se doter d'une structure efficiente et de réorganiser leur activité de chirurgie ambulatoire.
- Promouvoir l'élargissement des actes éligibles à la chirurgie ambulatoire (hors ceux déjà suivis par la CNAM) (anneau gastrique, chirurgie de la thyroïde, cholécystectomie par exemple)
- Faire connaitre au sein de l'institution les modes d'organisation émergents.

La carte des GH

Les groupes hospitaliers de l'AP-HP



La carte des universités



SIGLES UTILISES

AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AGEPS	Agence Générale des équipements et produits de santé
ARS	Agence Régionale d'Hospitalisation
AAS	Actes Afférents aux Soins
AP-HP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARSIF	Agence régionale de Santé Ile de France
ATI	Agence Technique Informatique
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVIESAN	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BO	Bloc Opératoire
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CCS	Centre de Compétences et de Services
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CIB	Centres d'investigation biomédicale
CIC	Centres d'investigation clinique
CHIC	Centre hospitalier intercommunal de Créteil
CHR	Centre hospitalier régional
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CGS	Coordonnateur général des Soins
C-EX-ONCO	Centre EXpert d'ONCOlogie
C-IN-ONCO	Centre INtégré d'ONCOlogie
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CMRR	Centre mémoire de ressources et de recherche
COBIT	Control Objectives for Information and related Technology
COPIL SI	Comité de Pilotage du Système d'Information
COREVIH	Coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
CPS	Cellule de Pilotage Stratégique
CRB	Centres de ressources biologiques
CRC	Centres de recherche clinique
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CSG	Court séjour gériatrique
CSH	Cellules souches hématopoïétiques
CRUQPC	Comité de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CTB	Centre de traitement des brûlés
CTRS	Centre Thématiques de Recherche et de Soins
DAJ	Direction des Affaires Juridiques
DAU	Département d'aval des urgences
DCC	Dossier Commun de Cancérologie
DCSIRMT	Direction Centrale des Soins Infirmiers de rééducation et médico-techniques
DG SANCO	Direction générale de la santé et de la protection du consommateur
DHU	Départements hospitalo-universitaires
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPM	Direction de la Politique Médicale

DRCD	Direction de la Recherche Clinique et du Développement
DRH	Direction des Ressources Humaines
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Evènement Indésirable
EIFEL	Economie, Investissements, Finance Et Logistique
EIG	Equipe d'intervention gériatrique
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel Recettes Dépenses
EPST	Etablissements publics à caractère scientifique et technologique
ERI	Espace Rencontre Information
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GH	Groupes Hospitaliers
GLIMS	
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
HAD	Hospitalisation A domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HdJ	Hospitalisation de jour
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
ICALIN	
ICP	Indicateurs Clés de Performance
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IHU	Instituts hospitalo-universitaires
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPAQ	Indicateur de Performance pour l'Amélioration de la Qualité hospitalière
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITIL	Information Technology Infrastructure Library
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LMD	Licence Maitrise Doctorat
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes
LRU	
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEOPA	Mélange Équimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote
MER	Manipulateur en ElectroRadiologie Médicale
MIS	Maison Information Santé
MK	Masseur Kinésithérapeute
OPALE	Outil de Pilotage de l'Assistance publique des établissements et des pôLEs
OSIRIS	Organisation du Système d'Information des RISques
PACS	Pictures Archiving and Communication System
PAQ	Plan d'Action Qualité
PAS	Passeport d'Accès aux Soins
PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PCI	Plan de Continuité Informatique
PCRD	Programme cadre de recherche et développement
PGI	Progiciel de Gestion Intégrée
PGR	Prévention Gestion des Risques
PHRC	Projet Hospitalier de Recherche Clinique
PHRI	Projet Hospitalier de Recherche Infirmière
PHU	Pôles hospitalo-universitaires
PM	Personnel Médical
PMSI	programme médicalisé du système d'information

PMT	Plateau médico-technique
PNM	Personnel Non Médical
POPM	Plan d'organisation de la Radiophysique Médicale
PRES	Pôle de recherche et d'enseignement supérieur
PSPH	Participant au service public hospitalier
PUI	Pharmacie à usage unique
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
PP	Promotion Professionnelle
REX	Retour d'EXpérience
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RIFOP	Réseau Ile de France e Onco-hématologie pédiatrique
RIGAP	Répertoire Institutionnel Général de l'Assistance Publique
RIMN	Réseaux d'Imagerie en Médecine Nucléaire
RMM	Revue de Morbidité Mortalité
RSSI	Responsable Sécurité du Système d'Information
RTRA	Réseaux Thématiques de Recherche Avancée
SAP	Systems, Applications, and Products for data processing
SAPHORA	Dispositif standardisé d'enquêtes de satisfaction des patients hospitalisés en court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SGL	Système de gestion de laboratoire
SI	Système d'Information
SIC	Système d'Information Clinique
SIH	Système d'Information Hospitalier
SI-Patient	Système d'Information-Patient
SIRH	Système d'Information de Gestion des Ressources Humaines
SIRIUS	Système Informatisé du Référentlel Unique des Structures
SLD	Soins de Longue Durée
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSRG	Soins de suite et réadaptation gériatrique
TCC	Travail Collaboratif et Communication
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TEMP	Tomographie d'émission monophotonique
TEP	Tomographie par émission de positons
T2A	Tarification à l'Activité
TC	Transfert de Compétences
URC	Unité de recherche clinique
UCSA	
UF	Unités fonctionnelles
UFR	Unités fonctionnelles de recherche
UHPAD	
UHSI	
USLD	Unités de soins de longue durée
USP	Unités de soins palliatifs
UTNC	Unité transversale de nutrition clinique