

Projet médical 2015-2019 de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)

Document rédigé par la Commission médicale d'établissement (CME), sous la direction du P^f Loïc CAPRON, président de la CME ;
approuvé par la CME à l'unanimité le 10 juin et amendé par elle (chapitre *Informatique et communication*) le 9 décembre 2014

Plan

Principes et contexte	2
QSS & CAPCU	4
Soins palliatifs et fin de vie	5
Gouvernance et réorganisations hospitalières	5
Informatique et communication	6
Recherche	7
Spécialités cliniques	8
Spécialités médicales	8
<i>Court séjour</i>	8
<i>Soins de suite et de réadaptation (SSR)</i>	9
<i>Soins de longue durée (SLD)</i>	10
<i>Pédiatrie</i>	10
Spécialités chirurgicales	10
Filière des urgences	11
Cancer	12
Obstétrique	12
Anesthésie-réanimation	13
Psychiatrie	13
Fédération du polyhandicap et du multihandicap	13
Odontologie	14
Spécialités paracliniques	14
Imagerie	15
Biologie, anatomie pathologique, physiologie	15
Pharmacies à usage intérieur (PUI)	16
Coopérations	16
Autres établissements de soins	16
Ville.....	17
Nos lits pour quoi faire ?	17
Adoption et déclinaison du projet médical	18

Principes et contexte

Le projet médical est le cœur du plan stratégique de l'AP-HP. Il doit être construit autour d'un objectif : améliorer sans relâche la qualité et la sécurité des soins (QSS), et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU).

Divers impératifs sont à satisfaire :

- garantir le plus haut niveau d'excellence dans les trois missions que le centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Île-de-France assure – soins, enseignement et recherche ;
- préserver l'universalité de la mission hospitalière publique de soins au service de tous les patients, sans distinction d'âge, de diagnostic ni de statut économique – activités externe, court séjour MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), moyen séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) et long séjour en soins de longue durée (SLD) ; actes avec et sans rendez-vous (programmés et non programmés), du trivial (activités dites de proximité) au très hautement spécialisé (activités dites de recours) ; de la conception à la mort ;
- admettre que l'AP-HP n'est pas exclusivement un établissement d'élite qui doit consacrer l'essentiel de ses réflexions et de son énergie aux missions de recours – nous assurons certes les deux tiers du recours en Île-de-France, mais il ne représentait, en 2013, que 6,2 % de notre activité MCO ; les critères que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) utilise pour définir le recours sont sans doute trop restrictifs, mais la trivialité et la proximité font notre quotidien ; sans elles nous ne pourrions pas exécuter pleinement nos missions de formation et de service au public ;
- réserver les moyens lourds de l'hôpital, soignants et techniques, aux cas qui les justifient – ce qui pose la question de notre place légitime dans les approches plus légères, comme le dépistage et la prévention, mieux adaptées aux missions de ville, mais où nous devons continuer, grâce à des coopérations bien partagées, à jouer notre rôle, qui consiste à innover, organiser et évaluer ;
- s'adapter aux nouveaux modes de prise en charge – les progrès techniques permettent de convertir un nombre croissant d'hospitalisations complètes en soins ambulatoires (consultations, hospitalisations de jour [HdJ]) ; mais sans perdre de vue que l'hôpital entièrement ambulatoire est autant un oxymore qu'une utopie ;
- prendre en compte la géographie et la démographie de l'Île-de-France pour doter plus équitablement notre périphérie (petite couronne) par rapport au centre (Paris), en trouvant le bon équilibre entre les malades qui se déplacent vers l'hôpital, et l'hôpital implanté là où vivent les malades ;
- toujours plus ouvrir l'AP-HP sur son environnement, au travers de coopérations moins crispées et mieux organisées avec la médecine de ville et avec les autres établissements hospitaliers de la région, dans un esprit de complémentarité plutôt que de concurrence ;
- favoriser sans relâche notre rayonnement international en accueillant des patients et surtout des médecins en formation, en exportant notre savoir-faire, en contribuant aux progrès mondiaux du savoir soignant ;
- maîtriser nos rivalités internes, dispendieuses et devenues plus rudes depuis la création des 12 groupes hospitaliers (GH), en nous réorganisant pour cultiver entre nous les coopérations et l'émulation, qui sont des

processus vertueux car ils améliorent la prise en charge des malades et la satisfaction des soignants ; en dépit du gigantisme de l'AP-HP, dont on lui fait parfois grief, notre union doit rester notre force ;

- préserver et accroître notre plasticité, cette intelligence collective qui nous permet d'accompagner les progrès médicaux liés à des découvertes diagnostiques ou thérapeutiques, parfois révolutionnaires, qui peuvent modifier radicalement les pratiques en un court espace de temps, souvent inférieur aux cinq années de notre plan stratégique ; lors des précédents plans, par exemple, les transformations radicales du pronostic et du traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont profondément modifié les missions des services de maladies infectieuses ;
- protéger notre capital le plus précieux qui est la très haute technicité de nos personnels soignants – dissuader de partir celles et ceux que nous avons formés et attirer toujours plus de jeunes ; car on trouve chez nous un épanouissement personnel plus attirant que ce qui existe dans d'autres structures de soins, même si les salaires ne jouent pas en notre faveur ; cela est particulièrement crucial dans certaines spécialités dont les rangs se trouvent temporairement clairsemés (anesthésie, radiologie, urgences, pédiatrie) ;
- accepter et accompagner les choix budgétaires maintenant notre capacité d'investissement à un niveau qui permette d'entretenir et de moderniser nos équipements et nos bâtiments.

Le principal défi de ce projet est de devoir l'accomplir dans un contexte économique national qui impose au secteur public des efforts budgétaires sans précédent, et qui n'épargneront pas l'hôpital. La solution ne consiste pas à soigner pareil en dépensant moins ; elle consiste à coûter moins cher en soignant aussi bien, voire mieux, mais autrement. *Autrement* veut dire :

- éviter les hospitalisations inutiles en privilégiant les soins externes et les coopérations avec la médecine de ville – l'hôpital est un partenaire et non un concurrent de la médecine de ville ;
- choisir toujours la solution hospitalière la moins coûteuse, sans dégrader la QSS ;
- adapter les moyens mis en œuvre aux besoins objectifs des patients, et non l'inverse ; autrement dit et par exemple, voir plus d'intérêt à trouver un lit pour un malade, qu'à chercher des malades pour remplir des lits ; sortir du modèle absurde, car contraire aux intérêts publics de santé, qui veut toujours accroître l'activité de l'hôpital.

Nous faisons face à une révolution des mentalités hospitalières : s'il l'a jamais été, l'« hospitalocentrisme » n'est plus le modèle à convoiter ; l'heure est à la parcimonie, l'hôpital doit trouver sa juste place dans l'organisation des soins, qui est celle d'un système puissant mais coûteux, dont il faut réserver les recours aux cas les plus lourds, que la raison en soit médicale ou sociale.

Le nombre des lits d'hospitalisation va nécessairement diminuer. De nombreuses activités hospitalières vont se faire sans alitement. Les métiers soignants et les formations qui y préparent vont s'adapter à d'autres pratiques. Les tarifs de l'Assurance maladie vont nous y contraindre ; mais ils devront aussi permettre aux CHU d'équilibrer leur budget sous ce nouveau régime, avec un maintien de dotations spécifiques à la hauteur des missions d'intérêt général (MIG) qu'ils assurent.

En tant que CHU, l'AP-HP ne doit pas voir cette mutation comme une menace de stagnation, voire de régression ; mais au contraire, la tenir pour une exceptionnelle occasion d'exercer son génie inventif, de mettre à profit ses capacités de recherche pour construire l'hôpital dont un État soucieux de maîtriser ses dépenses publiques a désormais besoin. Préparons intelligemment notre manière de travailler autrement.

QSS & CAPCU

Le programme d'action QSS & CAPCU de l'AP-HP concerne neuf domaines :

1. événements indésirables graves,
2. développement professionnel continu,
3. certification des GH et des hôpitaux,
4. infections associées aux soins,
5. promotion des bonnes pratiques soignantes,
6. prise en charge médicamenteuse,
7. troubles nutritionnels,
8. douleur et soins palliatifs,
9. satisfaction et participation des usagers.

Tous doivent mobiliser les énergies ; mais hormis les soins palliatifs qui font le sujet du paragraphe suivant, cinq domaines méritent d'être mis en exergue dans notre projet médical, en raison de leur nouveauté ou de leur poids dans la sécurité des soins.

- En étant soigneusement analysés, les *événements indésirables graves* (ÉIG) fournissent des occasions irremplaçables de faire avancer la QSS. Ils doivent être déclarés à l'échelon central, de manière que leurs enseignements diffusent à l'ensemble de l'AP-HP. Il est inacceptable que le nombre de déclarations annuelles au Siège n'ait été que de 23 en 2013, alors que les recensements sont nettement plus exhaustifs au niveau des GH. L'objectif est de multiplier ce chiffre par dix sur la durée du plan, essentiellement en améliorant les connexions entre les GH et le Siège pour ces déclarations.
- Les *accidents liés aux médicaments* tiennent le premier rang dans les ÉIG liés aux soins. La sécurité de la chaîne complète, allant de la prescription à la prise du médicament par le malade, doit être constamment renforcée en combinant les énergies des médecins, pharmaciens et paramédicaux.
- Les *infections nosocomiales* et la diffusion des *bactéries résistantes aux antibiotiques* doivent être une préoccupation permanente des équipes soignantes. Il faut promouvoir sans relâche la lutte contre les risques bactériens : amélioration de l'hygiène hospitalière, prescription raisonnée des antibiotiques, contrôle des infections du site opératoire.
- Mis en place en 2013, le *développement professionnel continu* (DPC) devrait prendre son entière expansion dans la durée du plan. L'AP-HP est prête à pleinement jouer son rôle d'organisme de DPC, en facilitant les obligations d'évaluation et de formation que doivent satisfaire chaque année ses médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes. Il conviendra en outre de proposer des formations interdisciplinaires et interprofessionnelles, en particulier médico-paramédicales.
- Les *usagers* prennent une place croissante dans l'organisation et dans le fonctionnement de nos hôpitaux, comme partenaires de soins, dans l'esprit de la démocratie sanitaire. Les efforts porteront spécialement sur le

développement d'une dynamique d'hospitalité à l'AP-HP, dans la ligne des réflexions que la CME a engagées sur ce sujet.

Soins palliatifs et fin de vie

Deux objectifs sont retenus pour la durée du plan :

1. généraliser l'application de la loi du 22 avril 2005 (loi Léonetti) dans nos hôpitaux, notamment en incitant les patients à formuler des directives de fin de vie, et en mettant en œuvre tous les moyens disponibles (informatiques en particulier) pour qu'elles soient fidèlement exécutées ;
2. améliorer les prises en charge des patients en lits identifiés de soins palliatifs (LISP) en élaborant des critères d'admission communs à toute l'AP-HP ; sans toutefois exonérer les autres équipes soignantes des soins aux mourants – ce qui impose une vigilance particulière dans leur formation et dans leur encadrement.

Gouvernance et réorganisations hospitalières

Le précédent plan stratégique a mis en place les groupes hospitaliers et la 2^e génération des pôles. Ce nouveau mode de gouvernance s'est rodé, mais doit encore évoluer.

- L'organisation des hôpitaux a été profondément modifiée par la mise en place des pôles : les services restent les unités de référence pour les soins, l'enseignement et la recherche, mais la participation des chefs de service dans le fonctionnement des pôles et des GH est à renforcer ; nombre d'entre eux vivent le fonctionnement en pôle comme un éloignement des prises de décisions et comme une perte de responsabilités et d'implication ; l'encadrement infirmier des services s'est trop longtemps délité, il est à renforcer.
- La contribution des pôles à la gouvernance des GH doit être partout harmonisée, et développée vers une plus grande participation à la concertation et aux décisions.
- La délégation de gestion des moyens reste à construire dans les pôles.
- Certains équilibres entre les gouvernances centrale (direction générale et CME) et périphériques (directions des GH et CME locales) sont à affiner ; les concurrences délétères entre les budgets et les projets médicaux des GH réclament des arbitrages centraux concertés et bien organisés.
- Les sept facultés de médecine ont parfaitement intégré la répartition en GH, avec parfois la tentation au repli sur soi-même, en ignorant les enjeux et difficultés des GH voisins.
- La direction générale et la CME centrale doivent renforcer les échanges qui favorisent la cohésion de l'AP-HP en permettant à ses composantes de mieux se connaître et se comprendre, dans l'intérêt des malades et des soignants.

Dans la durée du plan, certains rapprochements de GH pourront être mis en discussion, notamment au sein des trois facultés du centre de Paris (Paris 5, 6 et 7) : les avantages et inconvénients devront en être soigneusement pesés, en prenant bien en compte l'unité de l'AP-HP et ses équilibres globaux.

L'Hôtel-Dieu est l'hôpital de l'AP-HP dont l'avenir doit être décidé et le nouveau projet réalisé au cours de cinq prochaines années. Il se situe à présent entre :

- le grand hôpital MCO qu'il a été,
- et l'hôpital pluri-universitaire qu'il peut devenir, entièrement tourné vers les soins ambulatoires (consultations et plateau technique), l'hospitalisation à domicile (HàD), la recherche en santé publique et l'enseignement.

Ce dessein peut intéresser la communauté médicale, mais en insistant sur la création d'une structure financièrement équilibrée, et dans ses investissements et dans son fonctionnement ; ce qui est tout spécialement requis dans le contexte des restrictions budgétaires. Si cette exigence ne peut être satisfaite, il faudra examiner d'autres solutions.

D'autres projets sont à établir dans la durée du plan :

- l'hôpital Raymond Poincaré (Garches, GH PIFO),
- l'hôpital Charles Richet (Villiers-le-Bel, GH HUPNVS),
- l'hôpital Nord qui combine les projets de Lariboisière, et de Bichat et Beaujon.

En attendant les inaugurations, il convient absolument de permettre aux sites de poursuivre et développer leurs activités dans de bonnes conditions, pour éviter la dispersion de leurs équipes médicales et garantir une qualité constante de soins aux malades qu'elles continuent à prendre en charge.

Informatique et communication

Le plus tôt possible et au maximum dans la durée du projet, l'AP-HP doit absolument mener à bien l'informatisation complète et homogène de ses dossiers médicaux.

Qu'elle fasse appel à un seul ou à plusieurs progiciels distincts, la solution retenue doit garantir un dossier patient unique, qui contribuera puissamment à la QSS & CAPCU, notamment en :

- unifiant les procédures de recueil et d'échange d'informations sur les patients ;
- raisonnant les prescriptions de médicaments et d'examens complémentaires ;
- garantissant le plus haut niveau de sécurité et de confidentialité d'accès aux données ;
- facilitant nos ouvertures sur nos territoires de santé (échanges avec la ville et les autres établissements de soins grâce en particulier à la télémédecine) ;
- améliorant la qualité des comptes rendus et accélérant leur production, pour mieux garantir la continuité des soins tout au long des circuits suivis par les patients.

La solution choisie doit aussi :

- faciliter le codage et la facturation des actes,
- augmenter nos capacités de recherche clinique par le partage et l'exploitation de nos bases de données.

L'informatique (logiciel, bases de données et infrastructures) doit faire l'objet d'évaluations régulières car elle devient une partie intégrante de nos hôpitaux et des soins qu'on y prodigue quotidiennement.

Le portail internet de l'AP-HP entièrement rénové doit rendre plus facile et plus efficace l'accès du grand public à notre offre de soins : localisation des services, noms des médecins, numéros de téléphone, adresses électroniques, prises de rendez-vous, etc.

Recherche

L'AP-HP, CHU d'Île-de-France, doit favoriser la participation de tous ses praticiens et même de tous ses soignants aux progrès de la médecine, c'est-à-dire à la recherche clinique. L'appartenance de nombreux praticiens aux universités et leurs liens avec les organismes de recherche (en particulier l'INSERM) facilitent cette mission et lui donnent un haut niveau de priorité. Ces aspects sont détaillés ailleurs dans le plan stratégique. Quelques-uns méritent ici un court développement.

- Le financement de la recherche clinique est un enjeu prioritaire, et plus spécifiquement, la part que doit y prendre l'AP-HP : notre production (publications, brevets, inclusions dans les essais) engendre des financements MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ; pour apaiser le sentiment d'injustice qui est souvent ressenti, une réflexion de fond est à mener sur la part de cette somme qui doit être réinvestie dans la recherche hospitalière, sous quelle forme et selon quelle répartition (dans et en dehors de l'enveloppe destinée au financement des départements hospitalo-universitaires, DHU).
- Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD), qui appartient à la DOMU (direction des organisations médicales et des relations avec les universités), coordonne les activités des 12 unités de recherche clinique (URC, une par GH). Une enquête récente de la CME a mis au jour les critiques des médecins-chercheurs, dont certaines peuvent trouver une solution dans la réorganisation du DRCD, en précisant bien la manière dont les médecins participeront à son pilotage central. Ce plan doit aussi confirmer la relance du comité d'évaluation et de diffusion des innovations techniques (CÉDIT).
- Sur le modèle de ce qui a été accompli à l'échelle nationale dans le domaine des maladies rares, notre taille doit être mise à profit pour partager les ressources de nos hôpitaux, en dépassant les limites de nos GH et de nos facultés, en vue de rassembler des cohortes de grande taille propices aux recherches cliniques sur les maladies communes. Avec l'appui du DRCD, les collégiales de spécialistes pourront y jouer un rôle déterminant.
- Sur bien des thématiques, l'ensemble des ressources franciliennes forme un potentiel considérable, mais souffre de dispersion. L'AP-HP a vocation à fédérer les acteurs régionaux de la recherche, comme l'illustre l'implantation de trois instituts hospitalo-universitaires (IHU) dans ses murs ; ou encore sa participation à GÉROND'IF, pôle régional d'excellence en gériatrie et gérontologie pour développer la recherche, en lien étroit avec la valorisation industrielle, l'enseignement et les pratiques innovantes.
- Pour accompagner notre évolution vers d'autres pratiques hospitalières, nos recherches doivent davantage s'aventurer en dehors des thématiques dominantes, diagnostiques et thérapeutiques, pour porter attention à l'organisation et à l'économie des soins, ainsi qu'à la part active qu'y prennent désormais et de plus en plus les usagers (patients et leurs proches).

Spécialités cliniques

Chaque collégiale de spécialité a mené une réflexion stratégique spécifique. Étant donné la richesse de ces travaux préparatoires, il est impossible d'en faire un état détaillé dans un projet d'ensemble. Ils sont disponibles en annexe. Ce chapitre du projet médical dégage seulement les grandes lignes d'action générale, avec quelques plongées sur des secteurs spécifiques qui feront l'objet de programmes particuliers.

L'enjeu commun à toutes les spécialités cliniques est d'accroître le transfert d'activité vers l'ambulatoire ; ce qui mène à réduire proportionnellement le nombre de lits d'HC.

En outre, les exigences techniques de plus en plus pointues et le besoin de faire étroitement coopérer plusieurs compétences médico-chirurgicales incitent aux regroupements en centres dits lourds, notamment dans des domaines comme la cardiologie, les neurosciences, la polytraumatologie, l'ophtalmologie, le handicap, ou les transplantations d'organe. En concertation avec l'agence régionale de santé (ARS), qui décerne les autorisations d'activité, les instances centrales de l'AP-HP doivent coordonner les réflexions dans ce domaine, en vue :

- de décider la meilleure répartition territoriale de ces centres, compte tenu de l'état présent des lieux, mais aussi et surtout des besoins de la population et des coopérations avec les autres établissements du territoire de santé ;
- d'établir des critères pour le maintien des structures de moindre taille en définissant les missions qui leur incombent, notamment dans des spécialités comme la cardiologie ou l'ophtalmologie ;
- d'anticiper, dans toute la mesure du possible, sur les évolutions thérapeutiques ; avec par exemple, une vigilance toute particulière sur la place de la neuroradiologie interventionnelle dans le traitement de l'ischémie cérébrale.

Spécialités médicales

Court séjour

La définition actuelle des quelque 30 spécialités médicales dans nos hôpitaux repose probablement trop sur des notions de locaux, de lits et de personnels dédiés. L'idée générale consiste à mettre en commun ce qui peut raisonnablement l'être :

- chaque hôpital doit entamer une réflexion sur le partage des HdJ et des consultations entre plusieurs services ;
- chaque spécialité doit examiner avec attention la possibilité de partager avec d'autres ses lits d'HC, au sein d'une unité médicale polyvalente ; sur le modèle de ce qui s'est toujours fait pour la réanimation (avec quelques exceptions pour les réanimations spécialisées).

Ces deux grandes évolutions doivent faire l'objet d'incitations et d'un accompagnement institutionnels, avec des aides financières et organisationnelles. Le respect des compétences soignantes et académiques (enseignement et recherche) doit être garanti, mais sans devenir bloquant. Aucune spécialité médicale ne doit s'exclure de cette introspection. Lancée en 2015, la réflexion doit aboutir à des réorganisations durant les quatre dernières années du plan stratégique. Les services qui se crispent sur les anciens

modèles risqueront d'être confrontés à de nouveaux modes de tarification et de contrôles qui ne leur permettront plus de fonctionner convenablement.

Chaque hôpital doit en outre disposer de lits de surveillance continue, médicale et chirurgicale, situés à proximité des réanimations médicales et chirurgicales et des unités d'hospitalisation de courte durée : ces secteurs hospitaliers doivent rassembler médecins et paramédicaux en nombre suffisant pour assurer permanence et continuité des soins.

Les lits d'hospitalisation sont à bien distinguer des plateaux techniques lourds (endoscopie, cathétérisme, blocs opératoires, etc.) qui doivent garder toute leur individualité pour maintenir nos compétences de diagnostic, d'innovation et de formation dans certaines spécialités (telles que cardiologie, chirurgie robotisée, hépato-gastro-entérologie, pneumologie) où la concurrence est vive avec le secteur privé.

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

- Nos SSR se situent en majorité dans des hôpitaux *gériatriques* où ils assurent la fonction indispensable d'aval des services de MCO (ou de 2^e aval des urgences, *v. infra*). Depuis quelques années déjà, ces unités tendent à se spécialiser : psychogériatrie, oncogériatrie, cardiogériatrie, etc. ; ce qui peut créer des filières orientées de recrutement aux dépens des SSR gériatriques polyvalents, principalement ouverts aux missions d'aval. Il est nécessaire de faire un point précis sur les SSR gériatriques pour évaluer les besoins des GH et trouver le meilleur équilibre entre la polyvalence et les spécialités. En favorisant les coopérations entre GH, cette étude pourra aussi atténuer la tendance des GH à se refermer sur eux-mêmes en s'accordant une excessive priorité d'accès à leurs SSR gériatriques. Il conviendra ainsi de mieux équilibrer la disponibilité des lits de SSR entre le nord et le sud de l'AP-HP, en surveillant les progrès sur des indicateurs fiables.
- Les SSR *non gériatriques* sont bien moins nombreux, essentiellement consacrés à la médecine physique et réadaptation (MPR). Diverses spécialités réclament l'ouverture ou l'augmentation d'autres SSR pour adultes : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie, réanimation, bariatrie, etc. L'objectif est de diminuer la durée de séjour en MCO, mais les besoins doivent être soigneusement recensés avant de décider des créations.

Dans tous les cas le financement des SSR ne repose pas sur la tarification des séjours, mais sur une dotation annuelle de financement (DAF) : enveloppe fermée dont l'ARS fixe le montant, sans rien pouvoir créer autrement qu'en redistribuant les ressources ; en somme, les SSR innovants, malgré leur utilité clinique, ne peuvent se développer qu'aux dépens des SSR existants (essentiellement gériatrie et MPR). Si nous voulons dynamiser le secteur MCO adultes en y réduisant les durées de séjour, nous devons trouver avec l'ARS les moyens de sortir de l'équation contrainte du SSR.

Soins de longue durée (SLD)

Entièrement gériatriques (à de rares exceptions près), les SLD appartiennent au secteur médical : ils ne doivent recevoir que des sujets âgés malades requérant des soins hospitaliers quotidiens, ne relevant pas ou plus du secteur médico-social (aide au maintien à domicile, maison de retraite, ÉHPAD [établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes]). Le programme détaillé d'humanisation de nos SLD, établi avec l'ARS, doit être appliqué sur la durée du plan. Il aboutira à un rééquilibrage des lits de SLD au profit de Paris et de la petite couronne.

Le SLD gériatrique est un secteur très éprouvant pour les personnels soignants : prévalence très élevée des démences profondes chez les malades, longue durée des séjours, sans autre perspective que le décès, etc. Il est difficile d'y assurer toujours et partout un haut niveau de QSS. L'AP-HP poursuivra la réflexion multidisciplinaire (médecins, paramédicaux, usagers, directeurs) qu'elle a engagée sur le sujet en 2014.

La question des SLD non gériatriques doit aussi trouver des solutions dans la durée du plan, comme c'est évoqué plus loin.

Pédiatrie

Pendant la durée du plan, le nombre des enfants continuera d'augmenter en Île-de-France, tandis que celui des pédiatres, en particulier libéraux, diminuera. La demande de soins hospitaliers va croître dans toutes ses modalités. Le CHU doit donc s'organiser pour assurer sa double mission de proximité et de recours :

- coopérations plus étroites avec la ville et avec les autres structures pédiatriques de la région ;
- réflexion d'ensemble, comme pour les adultes, sur les volumes respectifs des unités hospitalières polyvalentes et spécialisées, programmées et non programmées ;
- appui sur des plateaux techniques de plus en plus spécialisés et répondant aux exigences de la médecine des enfants.

Spécialités chirurgicales

L'effort doit continuer à porter sur la chirurgie ambulatoire pratiquée dans des structures dédiées, partagées entre plusieurs spécialités. La plupart des GH ont déjà bien avancé dans cette direction. Ils doivent tous être incités et encouragés à progresser sur ce cap.

Outre cet impératif de tout premier plan, la chirurgie dans son ensemble fait face à plusieurs enjeux :

- assurer un meilleur accueil des patients (délais d'attente, secrétariat, hôtellerie, etc.), notamment dans les activités qui sont soumises à une forte concurrence des autres établissements de soins ;
- favoriser les activités de très haute technicité dont le CHU détient l'exclusivité quasi complète, telles que les transplantations d'organes — avec en particulier, la répartition optimale des sites chirurgicaux équipés pour les pratiquer, l'organisation des centres de prélèvements, la gestion des listes d'attente ou la surveillance au long cours des patients greffés ;
- disposer d'un nombre suffisant d'anesthésistes pour assurer l'activité ; question spécifiquement envisagée plus bas, mais où la meilleure organisation des blocs et des tableaux opératoires tient une part non négligeable ;

- acquérir les équipements qui permettent d'innover, mais aussi de former et de retenir les jeunes (quand le secteur privé lucratif commence à offrir des stages aux internes) ; tout en gardant l'esprit hospitalo-universitaire qui exige l'évaluation des techniques et des instruments avant leur diffusion ;
- maintenir une médecine périopératoire qui garantisse la QSS à tous les malades ; cette fonction incombe toujours aux anesthésistes qui, malgré leur nombre actuellement réduit, devront continuer de s'investir, avec d'autres, dans cette activité pour en assurer la pérennité ; une réflexion sera menée sur la prise en charge médicale des malades chirurgicaux ;
- garantir l'avenir et la modernisation de l'école de chirurgie des hôpitaux qui permette la formation initiale et continue de nos opérateurs, ainsi que l'essor continu de notre recherche chirurgicale.

Filière des urgences

Environ 20 % des adultes qui consultent dans les services d'accueil des urgences (SAU) sont hospitalisés. Les SAU engendrent ainsi autour d'un tiers des HC en MCO à l'AP-HP, ce qui représente la plus grande partie des hospitalisations dites non programmées. Bien que régulier et prévisible, cet afflux est une source récurrente de soucis : temps d'attente excessifs aux urgences, saturation des plateaux techniques ralentissant l'obtention des résultats d'exams complémentaires, surmenage des personnels, difficultés à trouver un lit dans l'hôpital. Le transfert des malades vers d'autres établissements détériore souvent la qualité, voire la sécurité des soins, et représente toujours une perte d'activité pour nos hôpitaux.

Les efforts doivent être poursuivis dans cinq directions principales :

- créer des consultations hospitalières sans rendez-vous permettant, après premier tri, de prendre en charge les patients qui n'ont pas besoin des ressources diagnostiques et thérapeutiques du SAU ; quelques sites ont créé des systèmes de ce type, mais avec des avis encore mitigés sur leur efficacité ; ce devrait être le sens de la grande consultation de médecine générale du centre de Paris qu'il est envisagé de créer à l'Hôtel-Dieu ;
- favoriser les circuits courts de prise en charge au SAU ;
- améliorer de manière continue l'architecture, les équipements et la dotation en personnel soignant des SAU ; mais avec pour principale limite, les difficultés actuelles de recrutement des personnels médicaux dans les SAU ;
- en chirurgie, dédier un nombre suffisant de vacations de bloc opératoire aux urgences ;
- inciter l'ensemble de l'hôpital à tenir les hospitalisations non programmées, en aval du SAU, pour l'une de ses priorités,
 - en diminuant la durée de séjour dans les services largement ouverts à l'aval des urgences (médecine interne, gériatrie aiguë, réanimation, orthopédie notamment),
 - en dédiant prioritairement à l'aval (avec ou sans mutualisation) les lits que le transfert vers les activités ambulatoires aura libérés.

Cancer

Lors du précédent plan stratégique, le comité opérationnel cancer (Coc) a mis en place une organisation de nos activités cancérologiques en centres experts, centres intégrés et centres spécialisés. Un projet cancer spécifique de l'AP-HP est annexé à ce projet médical. Son objectif essentiel est le regroupement des centres définis par le Coc en trois blocs ou *clusters* :

- sud-ouest (GH HUPO, HUPC, HUPS et PIFO),
- nord (GH Lariboisière–Saint-Louis, HUPNVS, HUPSSD),
- sud-est (GH Pitié-Salpêtrière et Charles-Foix, HUEP, Henri-Mondor) ;
- auxquels s'ajouteront les activités oncopédiatriques de Robert-Debré, Trousseau et Necker.

Cette organisation doit améliorer l'accueil et le parcours des patients, ainsi que les coopérations avec les autres établissements de soins d'Île-de-France. Elle devrait aussi favoriser la recherche (clinique et translationnelle) en facilitant la création et le suivi de cohortes, sans cloisons hermétiques entre les *clusters*. Il conviendra en particulier de respecter les affinités universitaires qu'ont déjà créées les communautés universitaires d'établissements (COMUE qui se sont substituées aux PRES, pôles de recherche et d'enseignement supérieur) ; notamment pour la COMUE Sorbonne Paris Cité qui groupe les universités Paris 5 Descartes, Paris 7 Diderot et Paris 13 Nord, soit des entités qui vont se répartir entre les *clusters* oncologiques Sud-Ouest et Nord.

En matière de cancer, il est spécialement crucial que l'AP-HP préserve son universalité, restant ouverte à tous les malades à tous les stades de leur maladie, en incluant leurs autres fragilités, tant médicales que sociales.

Obstétrique

Les 13 maternités de l'AP-HP se répartissent en :

- 4 de type IIA avec médecine néonatale (Beaujon, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Tenon),
- 2 de type IIB avec médecine et soins intensifs néonataux (Bichat, Jean-Verdier),
- 7 de type III avec médecine, soins intensifs et réanimation néonataux (Antoine-Béclère, Bicêtre, Louis-Mourier, Cochin, Necker, Trousseau, Robert-Debré).

Trois d'entre elles (Beaujon, Pitié-Salpêtrière et Tenon) doivent impérativement et rapidement bénéficier de travaux pour améliorer les conditions d'accueil et l'activité.

L'organisation des réseaux obstétricaux ville-hôpital doit permettre de réduire encore les durées de séjour sans affecter la QSS.

Conformément aux directives ministérielles du 10 avril 2014, l'AP-HP doit mieux intégrer les sages-femmes aux personnels médicaux, avec notamment la nomination d'un référent spécifique au sein des ressources humaines médicales, et le respect des préconisations touchant au statut médical des sages-femmes.

La création d'unités de surveillance des grossesses physiologiques, placées sous la responsabilité de sages-femmes, pose de délicates questions liées à l'imprévisibilité des frontières entre le normal et le pathologique. Obstétriciens et sages-femmes devront réfléchir à créer ensemble une « filière hospitalière » de la grossesse et de l'accouchement dits physiologiques ou à faible risque. Ce parcours de soins, placé sous la responsabilité des sages-femmes, semble mieux adapté que la création de secteurs physiquement séparés au sein des maternités.

Anesthésie-réanimation

La spécialité couvre divers domaines : anesthésie, réanimation chirurgicale, médecine d'urgence hospitalière et préhospitalière, médecine de la douleur, médecine périopératoire. Le déficit de praticiens qui la caractérise depuis plusieurs années devrait commencer à se résorber durant ce plan stratégique.

La concurrence des autres établissements de soins, qu'elle touche au salaire ou aux conditions de travail, continue à affecter le recrutement des anesthésistes à l'AP-HP, ce qui retentit sur le nombre et l'organisation des interventions requérant une anesthésie : chirurgie, endoscopie, etc. Une réflexion menée par la CME en 2012 a dégagé des recommandations touchant essentiellement aux échelons salariaux, mais elles sont encore loin d'avoir pallié le manque de praticiens. Il convient impérativement de poursuivre la réflexion en explorant des pistes telles que : le respect des horaires de travail des praticiens fixés par la loi et les règlements ; la meilleure organisation des plateaux techniques (chartes de bloc) qui améliore les conditions de travail ; les statuts à temps partiel ; le respect des demi-journées consacrées aux activités d'intérêt général (recherche, formation, enseignement, etc.).

Psychiatrie

L'AP-HP est un acteur majeur de la psychiatrie en Île-de-France :

- avec 50 000 passages annuels, elle assure le tiers des urgences psychiatriques régionales ;
- elle dispose de 632 lits MCO (dont 84 de pédopsychiatrie, ce qui est insuffisant) et 209 places d'HdJ, dont le mode de financement repose sur une DAF distincte de celle des SSR (*v. supra*) ;
- elle contribue au secteur psychiatrique dans quatre hôpitaux situés hors de Paris (Corentin-Celton, Albert-Chenevier, Louis-Mourier et Paul-Brousse) et a la responsabilité de quatre inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le projet psychiatrique insiste notamment sur :

- la création de 6 centres renforcés d'accueil des urgences psychiatriques ;
- la structuration et le développement de la psychiatrie de liaison et des filières pour les soins spécifiques (périnatalité, sujet âgé, addictologie) ;
- une augmentation des ressources consacrées au dépistage et à la prévention des maladies mentales ;
- une organisation des soins en filières privilégiant les modalités ambulatoires, en plus étroite collaboration avec la médecine de ville.

Fédération du polyhandicap et du multihandicap

Créée en 2008, la fédération du polyhandicap et du multihandicap (selon qu'existe ou non une déficience mentale profonde) réunit les soignants de nos quatre hôpitaux spécialisés : Hendaye (Pyrénées-Atlantiques), San-Salvador (Hyères, Var), Berck (Pas-de-Calais, rattaché au GH HU PIFO) et La Roche-Guyon (Val-d'Oise, rattaché au GH HUEP). Tous contribuent pour une part non négligeable aux parcours de patients venus de nos hôpitaux. Le polyhandicap est sorti de son isolement, mais il reste beaucoup à faire pour :

- poursuivre la modernisation et l'humanisation de ces sites ;
- accroître leurs liens avec les autres hôpitaux de l'AP-HP autour de thèmes comme vieillissement et polyhandicap, polyhandicap et maladies rares, ou maladies graves et évoluées du système nerveux, chez les adultes et les enfants, avec ou sans ventilation mécanique ;

- fédérer les sites autour de projets médicaux partagés d'organisation des soins et de recherche, en dépit de leur éloignement géographique et de leur hétérogénéité médico-administrative.

Un rapport annuel d'activité de la fédération devra être présenté à la CME.

Odontologie

L'activité odontologique hospitalo-universitaire est exclusivement ambulatoire et totalise un nombre élevé d'actes (182 000 en 2012) dans les six hôpitaux où elle est implantée : Albert-Chenevier, Louis-Mourier, Bretonneau, Charles-Foix, Rothschild et Pitié-Salpêtrière (où sont assurées les urgences). Il convient de mettre en œuvre les préconisations contenues dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) paru en mai 2013, et tout particulièrement :

- uniformiser le codage et la facturation des actes ;
- transférer le service d'Albert-Chenevier à Henri-Mondor dans des locaux neufs, et mettre en conformité les services de Louis-Mourier et de Pitié-Salpêtrière ;
- harmoniser les statuts des personnels médicaux avec ceux des autres disciplines, en augmentant le nombre des praticiens hospitaliers et des hospitalo-universitaires à temps-plein.

Spécialités paracliniques

Des examens complémentaires de très haute qualité sont l'un des atouts majeurs de l'AP-HP : ils font partie de nos activités de recours et d'expertise, s'intègrent au parcours des patients que nous soignons, alimentent une part élevée de nos publications scientifiques et contribuent largement aux progrès diagnostiques et thérapeutiques (imagerie interventionnelle). Nous devons non seulement les préserver, mais les développer en assurant la mise à niveau permanente du matériel et en affrontant le défaut de personnel médical qui frappe certaines disciplines (imagerie et anatomie pathologique notamment). Cela mène à l'alternative entre :

- regrouper en plateformes couvrant les besoins d'un, voire plusieurs GH,
- recourir à des prestataires extérieurs (externalisation dont les implications financières sont toujours à soigneusement peser).

Les impératifs académiques sont aussi à bien prendre en considération : pour assurer son enseignement et sa recherche, chaque faculté désire légitimement disposer dans ses hôpitaux de l'éventail complet des disciplines paracliniques, lequel est particulièrement riche en spécialités biologiques. Les périmètres des regroupements se situent donc aux bornes des facultés plutôt qu'à celles des GH.

L'ancien système des « labos de service » a heureusement disparu, mais il a laissé après lui une louable volonté de proximité entre cliniciens et paracliniciens. Les moyens modernes de communication et de transmission électronique permettent de relativiser cette contrainte. À l'image de ce qui a été partout développé pour le cancer, il faut encourager les réunions de concertation pluridisciplinaire et y favoriser la participation des paracliniciens.

La tarification des séjours intègre les examens complémentaires dans le forfait global, ce qui :

- rend complexe et partiellement artificielle la comptabilité des structures paracliniques ;
- peut mettre un frein au développement des HdJ dont la facturation n'est pas ajustée sur le nombre et la complexité des examens complémentaires réalisés ;

- attribue une valeur spéciale aux prestations accomplies à titre externe, au bénéfice de patients non hospitalisés.

Ce modèle économique particulier doit nous conduire à :

- poursuivre les efforts de juste prescription paraclinique chez les malades hospitalisés,
- ouvrir tant nos services d'imagerie et de pathologie que nos laboratoires sur l'extérieur, en facilitant l'accès et améliorant les conditions d'accueil, pour égaler le niveau de prestation offert par le secteur privé lucratif.

Une informatique médicale puissante et partagée entre tous nos GH et tous nos hôpitaux est spécialement cruciale pour améliorer l'organisation et les performances de nos structures paracliniques.

Imagerie

Discipline mixte, diagnostique mais aussi thérapeutique, l'imagerie regroupe les techniques utilisant la radiologie, la résonance magnétique, les ultrasons et les isotopes. Elle souffre globalement d'un manque de praticiens titulaires, en raison non pas du manque de médecins formés, mais de la faible attractivité salariale de l'hôpital public par rapport au secteur privé. L'AP-HP doit néanmoins continuer d'offrir dans tous ses hôpitaux MCO une imagerie de très haute qualité au tarif opposable de la Sécurité sociale (secteur 1).

L'imagerie interventionnelle continuera à se développer à grands pas, tant à des fins diagnostiques (biopsies, ponctions) que thérapeutiques (angioplastie, embolisation, ablation, etc.). Le nombre des médecins formés à ces techniques doit être suffisant pour pouvoir répondre à une demande qui peut croître à grande vitesse dans des domaines comme les accidents ischémiques cérébraux.

Nous devons rester à la pointe des progrès techniques extrêmement rapides et nombreux de l'imagerie, domaine trop intimement lié au fonctionnement quotidien de l'hôpital pour pouvoir être massivement externalisé. Cela exige des investissements réguliers et conséquents pour suivre le perfectionnement continu des équipements, comme sont par exemple les systèmes d'imagerie métabolique et fonctionnelle, ou les salles hybrides combinant imagerie interventionnelle et chirurgie. Chaque hôpital ne peut pourtant pas tout avoir : des choix d'implantation sont à faire, tenant compte des compétences et de l'environnement clinique de chaque site.

À l'échelon central, il convient d'engager une réflexion sur les moyens d'affronter le déficit démographique de la spécialité : statut des praticiens, organisation de leur travail avec participation aux tâches expertes (seconds avis, notamment par téléradiologie) et académiques, coopérations permettant des délégations de tâches, etc.

Biologie, anatomie pathologique, physiologie

Les laboratoires de biologie couvrent plusieurs spécialités distinctes : biochimie et biologie moléculaire, microbiologie, hématologie, immunologie, génétique, biologie cellulaire, embryologie et cytogénétique, biologie de la reproduction, pharmacologie et toxicologie. Les services d'anatomie et cytologie pathologiques, et les laboratoires de physiologie et explorations fonctionnelles sont confrontés à des enjeux de même ordre que la biologie. Outre ceux qui concernent l'ensemble des disciplines paracliniques (*v. supra*), la question des regroupements se pose ici avec acuité.

En biologie, le précédent plan stratégique a fixé comme cible le rassemblement des structures au sein de chaque GH, à l'exception des

laboratoires à réponse rapide qui doivent subsister dans chaque site doté d'un SAU. Cet objectif est loin d'avoir été partout atteint. Il convient non seulement d'achever ce plan de regroupements au sein des GH, mais aussi d'envisager son extension à la notion d'implantation unique au sein des GH appartenant à une même faculté de médecine ; notamment dans certaines spécialités qui sont confrontées à des difficultés de démographie médicale, comme la cytogénétique. La même fragilité existe en anatomie pathologique et en électro-encéphalographie qui doivent pourtant être disponibles dans tout hôpital MCO ; des solutions télédiagnostiques sont à y expérimenter.

Des analyses médico-économiques poussées devront permettre de décider s'il est ou non justifié d'externaliser certaines activités recourant à des techniques rapidement évolutives et imposant de lourds budgets d'équipements et de fonctionnement.

Nos plateformes de biologie, d'anatomie pathologique et de physiologie seront parties prenantes dans les coopérations avec les autres hôpitaux de la région.

Pharmacies à usage intérieur (PUI)

- Avec les cliniciens, les pharmaciens doivent concevoir et accompagner tous les projets qui visent à accroître la sécurité du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ; leur présence régulière dans les unités de soins est à favoriser.
- Pour les dispositifs médicaux implantables, l'objectif est d'améliorer la double traçabilité, sanitaire et financière, notamment avec l'aide d'une informatique mieux adaptée.

Coopérations

Poussée par les impératifs budgétaires, l'organisation sanitaire nationale incite les hôpitaux à s'ouvrir sur leur environnement. Pour l'AP-HP, il s'agit des autres établissements de soins d'Île-de-France et de la médecine de ville.

Autres établissements de soins

L'AP-HP ne peut pas fonder son avenir sur une croissance permanente de son activité : avec les autres établissements de soins, elle est au service d'une population dont les besoins hospitaliers ne croissent que lentement et peuvent même décroître (expansion de la chimiothérapie orale des cancers, par exemple). Notre expertise médicale dans de nombreux domaines doit être en priorité partagée avec les centres hospitaliers (CH) de la région et les établissements de santé privés, d'intérêt collectif (ÉSPIC). Ces coopérations peuvent déjà être très avancées (exemple emblématique de Créteil avec Henri Mondor et le centre hospitalier intercommunal), mais sont appelées à se multiplier dans de nombreux endroits si nous voulons éviter les concurrences frontales et dispendieuses, pour privilégier les collaborations intelligentes, avec toujours l'intérêt des malades en point de mire. Ces « ententes cordiales » doivent faire l'objet de contrats fondés sur des projets médicaux développés ensemble, sans ignorer les implications académiques de ces collaborations : programmes communs d'enseignement (formation des étudiants hospitaliers et des DES) et de recherche clinique ; postes médicaux d'assistants partagés ; expansion contrôlée des équipes hospitalo-universitaires hors-AP-HP, comme il en existe déjà plusieurs dans nos sept facultés de médecine.

Il faut renforcer les relations médicales entre l'AP-HP et les autres établissements en donnant notamment un tour plus officiel et régulier aux contacts entre présidents de CME (PCME), amorcés depuis 2012 : ils doivent impliquer les PCME centrale et locales de l'AP-HP, les PCME des CH et les PCME des ÉSPIC.

Les évolutions du Service de santé des armées ont fait ouvrir des discussions sur nos relations avec les trois hôpitaux d'instruction des armées de la région (Val-de-Grâce dans le 5^e arrondissement de Paris, Bégin à Saint-Mandé, Percy à Clamart). Les plus avancées concernent le Val-de-Grâce avec des projets pouvant impliquer les hôpitaux Cochin et Raymond-Poincaré. Les décisions devront soigneusement prendre en compte la triple logique sanitaire, médicale et financière.

Ville

La relation entre la ville et l'AP-HP sort peu à peu du modèle historique des praticiens attachés (vacataires libéraux salariés par demi-journées à l'hôpital), qui s'étiolé à mesure que les demi-journées se convertissent en postes de titulaires. Rien n'avancera si les deux mondes médicaux – l'hôpital salarié et la ville libérale – continuent à se toiser et à ne travailler ensemble que comme à contrecœur et la main forcée. Ce mur doit tomber quand nous devons simplifier et assouplir les parcours de soins des patients, en y limitant la part de l'hôpital à l'indispensable. Le chantier est immense, mais deux axes seront prioritaires dans la durée du plan :

- améliorer et faciliter concrètement les contacts quotidiens entre l'hôpital et la ville – relations téléphoniques, échanges de documents par messagerie électronique sécurisée, rapidité et ponctualité des comptes rendus d'hospitalisation et des lettres de liaison, souci accru de la confraternité et de la déontologie ;
- réactiver l'intérêt des médecins de ville pour venir travailler à l'hôpital ; sans s'en réserver l'exclusivité, le nouvel Hôtel-Dieu pourra servir de plateforme pour expérimenter dans divers domaines (consultations de médecine générale et d'autres spécialités cliniques, imagerie médicale, activités académiques de médecine générale) ;
- sur la base du volontariat et au titre des activités d'intérêt général, favoriser le temps partagé des praticiens entre l'hôpital et les centres de santé de son territoire.

Nos lits pour quoi faire ?

L'expansion de l'ambulatoire impose une réflexion sur les lits d'hospitalisation complète (HC) en MCO. Ces séjours de plus de 24h sont à réserver aux cas incompatibles avec l'ambulatoire :

- complexité médicale ou sociale ;
- malades en situation critique requérant un séjour en unité de réanimation ou de surveillance continue ;
- fin de vie.

Les hospitalisations en SSR et SLD doivent répondre aux mêmes exigences, mais avec un moindre poids du critère social, normalement pris en compte par d'autres structures que l'hôpital.

Depuis que la gériatrie répond mieux aux demandes, les séjours de durée excessive en MCO concernent surtout les adultes lourdement handicapés, qui combinent le plus souvent un déficit médical grave (atteinte du système nerveux

ou de l'appareil locomoteur dans la majorité des cas) et un désavantage social (pauvreté, solitude). Une étude détaillée doit dénombrer et caractériser ces patients qui bloquent des lits (*bed blockers*) pour déterminer nos besoins en unités dédiées de SSR et de SLD permettant de les extraire du MCO. Une réflexion est à mener sur la qualification et la motivation des personnels soignants qui travaillent dans ces unités spécialisées.

Les habitants d'Île-de-France meurent de moins en moins à domicile, mais de plus en plus à l'hôpital. La mort est une mission hospitalière étroitement liée à la QSS & CAPCU. L'expansion des soins palliatifs (équipes mobiles et lits dédiés) est un indéniable progrès mais ils ne résolvent pas tous les problèmes et n'exonèrent pas les équipes soignantes des soins aux mourants ; ce qui impose une vigilance particulière dans leur formation et dans leur encadrement. L'évolution des lois sur la fin de vie imposera sans doute des adaptations dans les cinq prochaines années. Le nombre des décès doit :

- diminuer aux urgences, dans les unités d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD),
- augmenter en HdD.

Pour clarifier globalement la question des lits en excès, une expertise est à mener dans tous les services dont le taux d'occupation des lits est inférieur à 80 %, ou dont la durée de séjour dépasse de deux jours la moyenne de la spécialité.

Ces audits doivent mener à fermer des lits ou à les réorienter vers des activités insuffisamment dotées (comme, par exemple, l'accueil des malades venant des urgences, et les unités de réanimation et de surveillance continue). Il faut expérimenter la possibilité de regrouper les lits en mutualisant des unités de soins : à l'instar de ce qui s'est toujours fait en réanimation, de tels services polyvalents de médecine et de chirurgie pourraient accueillir des patients de diverses spécialités ; une réflexion particulière est à mener sur la qualité et la formation des médecins et des paramédicaux qui œuvreront dans ces unités, en coopération avec ceux qui exercent la spécialité dont relève chaque patient.

Les hôpitaux de semaine assurent des séjours programmés qui commencent le lundi matin et se terminent le vendredi après-midi. Ils doivent faire l'objet d'une évaluation détaillée, pour établir leur réelle utilité par comparaison avec les ressources qu'offrent désormais les HdJ et les consultations.

Adoption et déclinaison du projet médical

- « Le président de la commission médicale d'établissement [...] élabore, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement » (Code de la Santé publique, art. L6143-7-3).
- « Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement » (art. L6143-7-4).
- La CME est consultée sur le projet médical (art. R6144-1).
- Le projet d'établissement est soumis à la délibération du conseil de surveillance (art. L6431-6).

Le présent texte a été soumis à la lecture critique de la CME (du 28 avril au 6 juin). Il a fait l'objet d'une concertation entre le PCME et le directeur général, puis été discuté en directoire (20 mai et 3 juin). Le texte définitif, que la CME a approuvé à l'unanimité le 10 juin, sera intégré dans le plan stratégique de l'AP-HP. Ce plan, incluant le projet médical, sera soumis à l'avis de la CME (8 juillet) puis du conseil de surveillance (10 juillet).

Pour prendre tout son sens et trouver ses applications spécifiques, le projet médical devra être décliné :

- par les GH et par les hôpitaux non rattachés à un GH, sous la conduite des présidents de CME locale et de comité consultatif médical ;
- par les pôles et les services ;
- par les collégiales de spécialités.