

**RAPPORT D'ACTIVITE**  
**2012**  
**DE L'AP-HP**

Direction de l'Inspection et de l'Audit



# SOMMAIRE

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>9</b>
<b>1 - L'ORGANISATION DE L'AP-HP</b>	<b>11</b>
<b>2 - LES CHIFFRES CLEFS ET LES EVENEMENTS MARQUANTS DE L'AP-HP EN 2012</b>	<b>22</b>
<b>3 - LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE</b>	<b>25</b>
<b>4 - LES PROJETS PRIORITAIRES</b>	<b>28</b>
<b>5 - L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE</b>	<b>31</b>
<b>6 - LA POLITIQUE DE SOINS</b>	<b>35</b>
<b>7 - L'INNOVATION, LA RECHERCHE ET LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE</b>	<b>52</b>
<b>8 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES</b>	<b>64</b>
<b>9 - LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DU PATRIMOINE</b>	<b>80</b>
<b>10 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES PATRIMONIALES, LOGISTIQUES ET LE MANAGEMENT DURABLE</b>	<b>87</b>
<b>11 - LES SYSTEMES D'INFORMATION</b>	<b>91</b>
<b>12 - LA POLITIQUE ECONOMIQUE ET FINANCIERE</b>	<b>98</b>

## LISTE DES SIGLES UTILISES

AAPP	Analyse et amélioration des pratiques professionnelles
ACHAT	Achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques
AE	Autorisations d'engagement
AES	Accident d'exposition au sang
AGEPS	Agence générale des équipements et produits de santé
AGOSPAP	Association pour la gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes
ARAMIS	Logiciel « Application des résultats d'activité des MIS »
ARS	Agence régionale de santé
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifié
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATI	Agence technique informatique
ATIH	Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
BHSCT	Bilan annuel d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
BI	Domaine Business Intelligence
BO	Bloc opératoire
CAP	Conseil des aînés et des proches
CAP	Commissions administratives paritaires
CBN	Calcul des besoins nets
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCS	Centres de compétences et de services
CCSSIRMT	Commission centrale du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CCS-TCC	Centre de compétences et de services - Travail collaboratif et communication
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques
CERTA	Centre d'expertise gouvernemental de réponse et de traitement des attaques informatiques
CESU	Chèque emploi service universel
CFCPH	Centre de formation continue des personnels hospitaliers
CFDC	Centre de la formation et du développement des compétences
CFU	Compte financier unique
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail
CIB	Centre d'investigation biomédicale
CIC	Centre d'investigation clinique
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CISS IDF	Collectif inter associatif sur la santé d'Ile-de-France
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLASS	Contrat local d'amélioration santé sécurité au travail
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CORRUSS	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CP	Crédit de paiement
CPS	Cellule de pilotage stratégique
CRC	Centre de recherche clinique
CRCI	Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux

CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CRMBSP	Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique
CRP	Compte de résultat principal
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CRUA	Chargé des relations avec les usagers et les associations
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CTEC	Comité technique d'établissement central
CTEL	Comité technique d'établissement local
CVRiS	Comité vigilances risques associés aux soins
DADSU	Déclaration automatisée des données sociales unifiée
DAJ	Direction des affaires juridiques
DDPA	Département des droits du patient et des associations
DDPCM	Département du développement professionnel continu médical
DEC	Département essais cliniques
DEFIP	Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHU	Département hospitalo-universitaire
DIA	Direction de l'inspection et de l'audit
DIF	Droit individuel à la formation
DIRC	Délégation interrégionale à la recherche clinique
DMA	Direction médico administrative
DMI	Dispositif médical implantable
DMP	Dossier médical personnel
DPA	Dossier patient
DPM	Direction de la politique médicale
DPT	Direction du pilotage de la transformation
DRCD	Département de la recherche clinique et du développement
DRCI	Direction de la recherche clinique et de l'innovation
DRH	Direction des ressources humaines
DSAP	Direction des soins et des activités paramédicales
DSI	Direction des systèmes d'information
DSPC	Direction du service aux patients et de la communication
EDP	Entrepôt de données partagé
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EI	Événement indésirable
EIFEL	Economie, investissement, finances et logistique
EIG	Événement indésirable grave
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPRD	Etat des prévisions de recettes et de dépenses
EQS	Echelle de qualité de soins
ETP	Equivalent temps-plein
ETPR	Equivalent temps plein rémunéré
EVDG	Ecole du Val-de-Grâce
FERCM	Fonds d'étude et de recherche du corps médical
FFI	Faisant fonction d'interne
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GH	Groupe hospitalier
GIRCI	Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HEC	Ecole des hautes études commerciales
HQE	Haute qualité environnementale
IADÉ	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFR	Institut fédératif de recherche
IFSI	instituts de formation en soins infirmiers
IHU	Institut hospitalo-universitaire
INNOVARC	Plateforme sécurisée de dépôt des projets relatifs à la recherche et à l'innovation en santé
IPP	Institut de Puériculture et de Périnatalité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LOINC	Logical Observation Identifier Names and Codes
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIS	Missions d'information en santé
NSI	Nouveau système d'information
OPALE	Outil de pilotage de l'Assistance publique, des établissements et des pôles
OTT&PI	Office du transfert de technologie et des partenariats industriels
PAC	Praticien adjoint contractuel
PAPRIPACT	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PCRD	Programme-cadre de recherche et de développement
PDE	Plan déplacement entreprise
PDSES	Permanence des soins des établissements de santé
PEP	Pratiques exigibles prioritaires
PH	Praticiens hospitaliers
PHC	Praticiens contractuels
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PHRIP	Projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale
PHU	Pôles hospitalo-universitaires
PIVT	Pôle innovation et veille technologique
PM	Personnel médical
PMA	Procréation médicale assistée
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PNM	Personnel non médical
PPP	Partenariat public privé
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système de soins
PREQHOS	Programme de recherche en qualité hospitalière
PSTIC	Programme de soutien aux technologies innovantes coûteuses
PU-PH	Professeur des universités-Praticien hospitalier
QUALHAS	Plate-forme internet sécurisée de saisie d'information pour les établissements de santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RIGAP	Répertoire Institutionnel général de l'AP-HP
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
RSSI	Responsable de la sécurité des systèmes d'information
RTRS	Réseau thématique de recherche et de soins
SANCO	Santé publique et protection des consommateurs
SAPHORA	Enquête de satisfaction des patients hospitalisés dans tous les hôpitaux de court séjour
SCA	Service central des ambulances
SCB	Service central des blanchisseries
SHA	Solutions hydro-alcooliques
SIG	Système d'information gestion

SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SIP	Système d'information patient
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SIRIUS	Système informatisé du référentiel unique des structures
SLD	Soins de longue durée
SMS	Sécurité, maintenance et services
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms
SPMP	Service des parcours et mobilités professionnels
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STIC	Soutien aux technologies innovantes coûteuses
SURVISO	Indicateur de surveillance des infections du site opératoire
TDC	Toutes dépenses confondues
UHPAD	Unité d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes
URC	Unités de recherche clinique
USLD	Unité de soins de longue durée





# AVANT-PROPOS

Notre société évolue. Pour l'AP-HP, l'enjeu est d'anticiper au mieux les besoins et les attentes des citoyens mais aussi de ses professionnels. Nous sommes ainsi engagés dans une démarche de progrès continu visant à améliorer en permanence notre offre de soins et nos modes de prise en charge. Je suis convaincue que l'AP-HP doit continuer à s'appuyer sur l'innovation tant sur le plan médico-technique qu'en termes d'organisation, de service rendu au patient ou de modes de financement. Notre réussite repose également sur notre capacité à travailler en lien étroit avec l'ensemble de nos partenaires.

Dans le prolongement de la constitution des douze groupes hospitaliers (GH), 127 contrats de pôles ont été signés, marquant une nouvelle étape dans l'évolution de notre gouvernance. Nos organisations médicales se sont clarifiées en 2012, notamment grâce à des regroupements de services. De nouveaux bâtiments ont été mis en service, qu'il s'agisse de l'ouverture du nouveau centre de périnatalité Port-Royal à l'hôpital Cochin, ou du bâtiment Dominique Meyniel dédié aux urgences, à la chirurgie et anesthésie à l'hôpital Tenon. Il en est de même du service des brûlés à l'hôpital Saint-Louis, du nouveau plateau technique opératoire et de réanimation à l'hôpital Avicenne, ou encore du centre de réadaptation cardiaque vasculaire psychiatrique et gériatrique à l'hôpital Corentin Celton. L'ensemble de ces investissements contribue à la modernisation de l'offre de soins de l'Institution. Il faut souligner également que le système d'information patients déployé en 2012 à Ambroise Paré est appelé à se généraliser à l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP.

Les démarches relatives à la qualité et à la sécurité des soins se sont poursuivies et les plans d'actions au service du patient se sont multipliés. Le processus de certification des groupes hospitaliers et des autres hôpitaux s'est poursuivi.

Parallèlement, l'Institution a dynamisé sa politique de recherche au travers d'initiatives portées par l'AP-HP avec ses partenaires universitaires et de recherche dans le cadre des départements hospitalo-universitaires (DHU). L'AP-HP s'est fortement impliquée dans la mise en place des instituts hospitalo-universitaires dont elle est partenaire ainsi que dans les autres projets nationaux (investissements d'avenir) ou européens.

Enfin, l'AP-HP assume ses responsabilités vis-à-vis de l'ensemble de ses parties prenantes. Pour la troisième année consécutive, l'AP-HP a tenu ses engagements financiers. Le dialogue social dans toutes ses composantes ainsi que le recrutement et la fidélisation des professionnels notamment infirmiers ont fait l'objet d'une attention particulière.

Je tiens ainsi à exprimer mes plus vifs remerciements aux médecins, aux soignants, aux chercheurs, à l'ensemble des équipes, pour tous les progrès réalisés en 2012.

En 2013, l'AP-HP, centre hospitalo-universitaires de l'Île de France, doit poursuivre sa transformation au bénéfice de ses patients et de ses personnels dans une démarche en partenariat avec les établissements de santé de la Région. C'est de notre responsabilité collective.

Mireille FAUGERE



# 1 - L'ORGANISATION DE L'AP-HP

---

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) est, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), un établissement de ressort régional. Assurant des missions de soins, d'enseignement, de recherche médicale, de prévention, d'éducation de la santé et d'aide médicale urgente, l'AP-HP constitue le centre hospitalier régional et universitaire d'Ile-de-France. Elle est chargée, dans plusieurs domaines, de missions nationales et internationales.

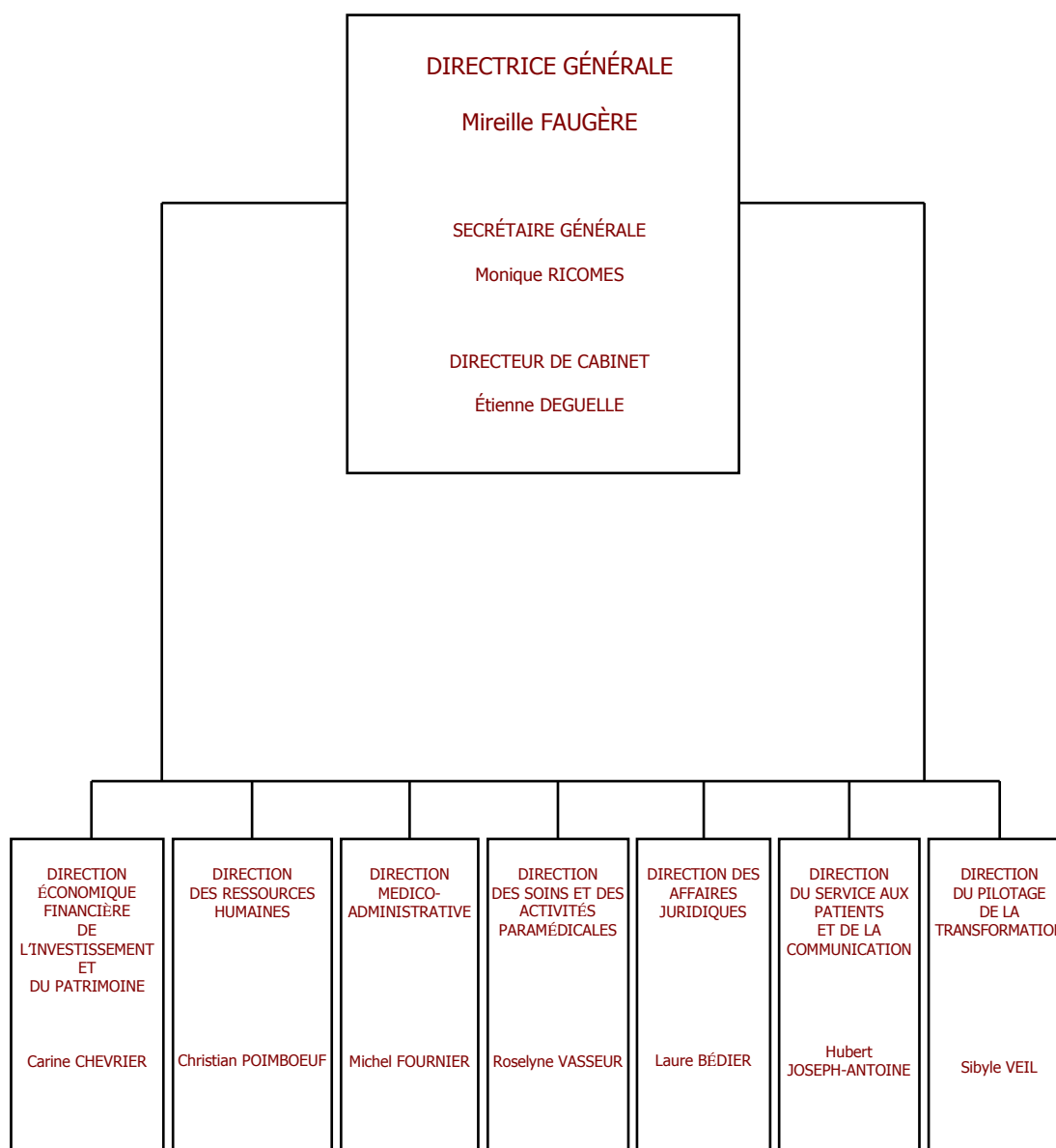
L'AP-HP assure une prise en charge s'appuyant sur toutes les possibilités diagnostiques et thérapeutiques. L'ensemble des spécialités médicales, organisées autour de 52 disciplines médicales, chirurgicales, biologiques et mixtes y sont représentées. Elle est liée à 7 unités de formation et de recherche universitaires de médecine, 2 d'odontologie et 2 de pharmacie.

L'AP-HP comprend 12 groupes hospitaliers et 4 hôpitaux hors groupe hospitaliers

## 1.1 - Le comité de direction et le comité des groupes hospitaliers

En 2012, le comité de direction, qui s'est réuni chaque semaine, était composé ainsi :

### COMITÉ DE DIRECTION



Le comité des groupes hospitaliers, qui s'est réuni tous les quinze jours, est composé des membres du comité de direction et des directeurs de groupes hospitaliers.

## 1.2 - Les instances

Il convient de distinguer les instances de décision (conseil de surveillance et directoire) des instances consultatives (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement central, commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central).

### 1.2.1 – Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance de l'AP-HP est présidé par M. Jean-Marie LE GUEN, élu lors de la séance du 13 juin 2012 succédant à M. Raoul BRIET.

#### ➤ La composition du conseil de surveillance de l'AP-HP au 1<sup>er</sup> janvier 2012 :

#### 1°) Cinq membres au titre des représentants des collectivités territoriales :

- deux représentants de Paris dont
  - un représentant du maire de Paris :
    - M. Jean-Louis MISSIKA,
  - un représentant du président du conseil général de Paris :
    - M. le Dr Jean-Marie LE GUEN,
  
- un représentant de la principale commune d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice considéré (pour l'AP-HP : ville de Boulogne-Billancourt) :
  - M. Pierre-Christophe BAGUET,
  
- un représentant du conseil général du principal département d'origine des patients en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice considéré (pour l'AP-HP : département des Hauts-de-Seine) :
  - M. François KOSCIUSKO-MORIZET,
  
- un représentant du conseil régional d'Ile-de-France :
  - M. Jean-Paul HUCHON.

#### 2°) Cinq membres au titre des représentants du personnel :

- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :
  - Mme Françoise AUBERT,
  
- deux représentants désignés par la CME :
  - M. le Pr Christian RICHARD,
  - M. le Dr Alain FAYE,
  
- deux représentants des personnels désignés par les organisations syndicales les plus représentatives des personnels de l'AP-HP :
  - Mme Rose May ROUSSEAU (USAP-CGT),
  - Mme Isabelle BORNE (SUD-SANTE).

### 3°) Cinq membres au titre des personnalités qualifiées :

- deux personnalités qualifiées désignées par directeur général de l'agence régionale de santé :

- M. Noël RENAUDIN,
- M. Raoul BRIET, remplacé par Mme le Dr Marie-Laure ALBY en juin 2012.
  
- trois personnalités qualifiées désignées par le représentant de l'Etat dans le département dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 :
- personnalité qualifiée :
- M. Michel HANNOUN,
  
- représentants des usagers :
- M. Guy BERGER, président du comité de Paris de la Ligue contre le cancer,
- M. Thomas SANNIE, Vice-président de l'association Collectif inter associatif sur la santé (CISS) Ile-de-France.

#### ➤ Membres à titre consultatif qui assistent aux séances

- M. Claude EVIN, directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France,
- M. Pierre ROUSSEAU, directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris,
- M. Emmanuel HIRSCH, directeur de l'espace éthique de l'AP-HP,
- M. le Pr Djillali ANNANE, président de la conférence des doyens d'Ile-de-France, doyen de la faculté de médecine de Paris Ile-de-France Ouest remplacé par M. le Pr Benoît SCHLEMMER en juin 2012,
- M. le Pr Loïc CAPRON, président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP,
- M. Aldo SALUARD, représentant des familles de personnes accueillies dans les unités de long séjour,
- M. Jean PARMENTIER, contrôleur financier près l'AP-HP, remplacé par M. François RAIN en décembre 2012,
- M. Christian THALAMY, trésorier payeur général de l'AP-HP pour les sujets concernant l'EPRD.

#### ➤ Activité du conseil de surveillance en 2012

En 2012, le conseil de surveillance de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris s'est réuni 4 fois : les 14 mars, 13 juin, 26 septembre et 14 décembre.

#### 1) Le conseil de surveillance a notamment délibéré sur :

- Le compte financier unique 2011 (séance du 13 juin 2012) ;
- La convention constitutive de CH et U entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'université Versailles/Saint Quentin-en-Yvelines (séance du 13 juin 2012) ;
- La convention constitutive de CH et U entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'université Paris 13 Nord (séance du 14 décembre 2012) ;

- Le contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'université Versailles/Saint Quentin-en-Yvelines (séance du 14 décembre 2012) ;
- Le rapport d'activité 2011 de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris (séance du 14 décembre 2012).

**2) Le conseil a par ailleurs émis des avis au cours de l'année sur :**

- les acquisitions et cessions immobilières (séances des 14 mars, 13 juin, 26 septembre et 14 décembre 2012).

**3) Enfin le conseil de surveillance a reçu communication et information sur les points suivants :**

- l'EPRD modificatif (séance du 14 mars 2012) ;
- l'EPRD 2012 et le programme d'investissement (séance du 13 juin 2012) ;
- l'état de la dette 2012 (séance du 14 décembre 2012) ;
- l'état infra-annuel sur la situation budgétaire (séances des 14 mars, 26 septembre, 14 décembre 2012) ;
- le rapport d'observations de la Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France concernant l'examen de la gestion de l'AP-HP pour les années 2008 à 2010 (séance du 26 septembre 2012) ;
- le rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2010 (séance du 26 septembre 2012) ;
- la politique du logement (séance du 14 mars 2012) ;
- la politique d'attractivité et de fidélisation des personnels paramédicaux (séance du 14 mars 2012) ;
- la reprise partielle de l'Institut de Puériculture de Paris (séance du 14 mars 2012) ;
- le bilan à mi-parcours du plan stratégique : présentation de la méthode (séance du 14 décembre 2012) ;
- l'évolution de l'activité d'obstétrique (séance du 14 décembre 2012) ;
- le NSI Patients (séance du 14 décembre 2012) ;
- les délégations de signature (séance du 14 décembre).

## **1.2.2 - Le directoire**

➤ **La composition du directoire de l'AP-HP était la suivante à partir de janvier 2012**

Cinq membres de droit :

- La directrice générale de l'AP-HP (présidente du directoire), Mme Mireille FAUGERE ;
- le président de la CME (vice-président chargé des affaires médicales), M. le Pr Loïc CAPRON ;
- un membre nommé sur proposition conjointe de l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche médicale des universités d'Ile-de-France (vice-président doyen), M. le Pr Djilali ANNANE, remplacé par M. le Pr Benoît SCHLEMMER en juin 2012 ;

- un membre nommé sur proposition conjointe du président de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, des présidents des universités d'Ile-de-France et du vice-président doyen (vice-président chargé de la recherche), M. le Pr Marc HUMBERT ;
- la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Mme Roselyne VASSEUR.

Quatre membres nommés par la directrice générale :

- deux membres appartenant aux professions médicales sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen : M. le Pr Olivier LYON-CAEN et M. le Pr Noël GARABEDIAN en janvier 2012.
- M. le Pr Bertrand GUIDET a remplacé M. le Pr Olivier LYON-CAEN à compter de juillet 2012.
- deux autres membres : M. le Pr Michel FOURNIER, directeur de la **politique médicale** de l'AP-HP, et M. Philippe SAUVAGE, directeur économique et financier de l'AP-HP remplacé par Mme Carine CHEVRIER en septembre 2012.

➤ **Activité du directoire en 2012**

En 2012, le directoire de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est réuni 19 fois : 31 janvier ; 7 et 21 février ; 6 et 20 mars ; 24 avril ; 4 et 22 mai ; 5 et 19 juin ; 3 juillet ; 4 et 18 septembre ; 2 et 23 octobre ; 6 et 20 novembre ; 4 et 18 décembre.

### **1.2.3 - Les instances consultatives**

Les instances consultatives centrales sont la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement central (CTEC), le comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail central (CHSCT central) et la commission centrale du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSSIRMT).

#### ***1.2.3.1 - La commission médicale d'établissement***

Une nouvelle mandature de la CME siège depuis janvier 2012, à la suite des élections générales qui ont eu lieu en 2011.

Au cours de l'année 2012, la commission médicale d'établissement s'est réunie douze fois : les deux premières séances ont été consacrées à la mise en place de la CME. Les membres ont élu le Pr Loïc CAPRON en qualité de Président et le Dr Georges SEBBANE vice-président.

Lors de ces réunions, la CME a eu à connaître, entre autres, des sujets suivants :

- préfiguration du projet Hôtel Dieu ;
- procédure de mise en place des contrats de pôle ;
- points financiers sur l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses ;
- déploiement du nouveau système d'information ;
- mesures prises pour l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier ;
- bilan social 2010 et 2011 ;
- sécurisation du circuit du médicament ;



- bilan d'activité de la commission du médicament et des dispositifs médicaux ;
- bilan d'activité de la commission centrale d'activité libérale ;
- présentation du schéma régional d'organisation des soins par le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France ;
- rapport d'étape du contrat de bon usage ;
- organisation d'activités médicales : oncologie, chirurgie ambulatoire, soins de longue durée, ophtalmologie, neurochirurgie, génétique.

### ***1.2.3.2 - Le comité technique d'établissement central***

Le comité technique d'établissement central (CTEC) est une instance consultative visant à associer les personnels hospitaliers non médicaux à la gestion de l'établissement.

Une nouvelle mandature a été mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2012, à la suite des élections professionnelles du 20 octobre 2011. Depuis le décret du 26 mai 2011, le CTEC de l'AP-HP est composé de 18 membres titulaires, de 18 membres suppléants et d'un représentant de la CME (contre 20 membres titulaires et 20 membres suppléants auparavant).

Le comité technique d'établissement central est présidé par la directrice générale qui en délègue la présidence au directeur des ressources humaines de l'AP-HP à l'exception des séances dans lesquelles sont abordés les sujets stratégiques. Le secrétaire de l'instance est M. Thierry GUIGUI.

Durant l'année 2012, neuf séances ordinaires, deux séances extraordinaires ont été organisées ainsi qu'une rencontre des présidents et secrétaires des CTE locaux en septembre 2012. Deux séances n'ont pas pu se dérouler faute de quorum, mais elles se sont ensuite tenues dans les délais réglementaires. Deux séances se sont tenues suite à des avis unanimement négatifs.

En amont du CTEC, des réunions techniques ont été organisées avec les représentants des personnels :

- sur les sujets financiers et budgétaires, quatre réunions ont été organisées entre la DEFIP et les membres du CTEC les 9 mars, 7 juin, 17 septembre, 5 décembre 2012.
- sur le fonctionnement du CTEC (13 novembre 2012) ;
- sur le Compte Epargne temps (CET) et les jours de repos dus (20 novembre 2012) ;
- sur la présentation de l'organisation des activités d'oncologie (21 novembre 2012).

Les principaux thèmes abordés en séances du CTEC ont été les suivants :

- L'organisation et le fonctionnement de l'instance : installation du CTEC par la Directrice Générale ; élection du secrétaire du CTEC ; élection du représentant du CTEC à la CME ; désignation d'un représentant du CTEC au CLIN, au CLUD-SP, au CLAN ; bilan de la mandature 2008/2011 ; projet de règlement intérieur du CTEC.
- Information sur les vœux transmis par les CTTEL ; rapport d'activité 2011 de l'AP-HP ; bilan social 2011 ; information sur la mise en place d'une gestion des traces informatiques non ciblées du système d'information de l'AP-HP, en vue d'une déclaration à la CNIL.
- Présentation de la plate forme de co-voiturage dans le cadre du Plan déplacement entreprises (24 janvier) ; présentation du bilan des prestations 2010/11 servies par l'Agospap aux agents de l'AP-HP ; bilan du plan de formation 2011 ; orientations pluriannuelles de formation 2013/2014 ; présentation du médecin du travail coordonnateur ; information sur le baromètre interne de l'AP-HP ; information sur l'entretien professionnel ; bilan de la politique d'attractivité et de fidélisation des IDE ; bilan des recrutements et des sorties d'écoles de juillet 2012, des IDE ; mise

en œuvre du dispositif de résorption de l'emploi précaire prévu par la loi du 12 mars 2012 ; information sur les crèches, haltes garderie, centres de loisirs ; les repos dus et les CET ; demande de création d'un CHSCT au CFDC ; information sur le centre de gestion commune des ressources humaines des PIC et du Siège.

➤ Convention constitutive entre AP-HP et l'université Versailles St Quentin en Yvelines ; convention constitutive de CH et U entre l'AP-HP et l'université Paris 13 Nord ; contrat d'objectif stratégique entre l'AP-HP et l'université de Versailles saint Quentin en Yvelines.

➤ Compte financier unique ; point d'avancement de l'EPRD 2012 ; information sur le suivi infra-annuel de la situation budgétaire à fin juin 2012 ; le service facturier, présentation, retour d'expérience et perspectives ; situation financière au 30 septembre 2012 ; état de la dette.

➤ Réorganisation des pôles de l'hôpital San Salvador ; point d'étape sur le projet l'Hôtel Dieu ; mise en conformité des réanimations et des blocs opératoires.

### ***1.2.3.3 - Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central***

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central (CHSCTC) est une instance consultative qui obéit aux règles du Code du travail – un livre spécifique de ce code s'appliquant aux établissements de santé.

Une nouvelle mandature a été mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2012, faisant suite aux élections professionnelles du 20 octobre 2011. Le CHSCT de l'AP-HP est composé de 11 membres titulaires et de 9 membres suppléants (les deux représentants suppléants du personnel médical n'ont pas été désignés par la CME).

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central est présidé par la directrice générale qui en délègue la présidence au directeur des ressources humaines de l'AP-HP à l'exception des séances dans lesquelles sont abordés les sujets stratégiques. La secrétaire de l'instance est Mme Marie Josée DESCHAUD.

Durant l'année 2012, ont été organisées : six séances ordinaires, trois séances extraordinaires, une rencontre des présidents et secrétaires des CHSCT locaux – présidée par la directrice générale – et une visite au service central des blanchisseries (SCB).

Les principaux thèmes abordés en séances ont été les suivants :

➤ L'organisation et le fonctionnement de l'instance : installation du CHSCT central par la directrice générale ; élection du secrétaire d'instance ; élection des représentants du CHSCTC (au comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité central des vigilances et des risques associés aux soins (CVRIS), au comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP), au comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ; bilan de la mandature CHSCTC 2008-2011 et point sur les groupes de travail issus du CHSCTC ; fonctionnement du CHSCTC.

➤ Les avis demandés au CHSCTC ont porté sur : le bilan social 2011 ; le rapport d'activité 2011 de la mission handicap et travail ; le bilan 2011 de la radioprotection ; le BHSCT 2011 ; le PAPRIACT 2013.

➤ L'amiante (amiante à l'hôpital Saint-Louis et nouvelle réglementation) ; restitution de l'audit des « Dispositifs de prévention et de traitement du risque de l'amiante » conduit par la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) ; point sur la nouvelle réglementation relative à l'amiante ; examen des résultats de l'enquête sur l'amiante réalisée au second semestre 2011 ; actualisation et poursuite du plan d'actions amiante adopté en 2005 ; sécurité des personnes et des biens à l'hôpital Avicenne ; bilan 2010 de la surveillance des accidents exposant au sang (AES) et pistes d'actions 2012 ; centralisation de la préparation des chimiothérapies à l'AP-HP en général et à

l'HAD en particulier ; point d'étape sur le projet prioritaire de la direction générale sur les conditions de travail ; information sur les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ; CLACT, information sur les suites de l'appel à projets 2012 lancé par l'ARS ; point d'avancement du groupe de travail sur la prévention des risques liés au travail de nuit ; information sur les contrats locaux d'amélioration de la santé et sécurité au travail (CLASS) et les CLACT (projet « troubles musculo-squelettiques ») ; présentation du médecin du travail coordonnateur chargé du suivi de la situation de la médecine du travail (suites des dangers graves et imminents, DGI) ; bilan de la médecine statutaire 2010-2011 ; situation des IFSI Bichat et R. Auffray ; information sur le logiciel « Carmen » ; information sur la pénurie de draps (résultats de l'audit mené par la DIA , et point sur le dossier linge à la suite des visites des blanchisseries le 1<sup>er</sup> octobre 2012) ; information sur la gestion des traces informatiques non ciblées du système d'information, déclarée à la CNIL ; haltes garderies périscolaires ; projet « Modélisation de l'organisation du travail et de son impact sur les infections liées aux soins » (MOTILIS) ; présentation de l'audit de la DIA sur les « Dispositif de prévention du risque de maltraitance des personnes âgées hospitalisées » ; politique de l'AP-HP sur l'investissement et l'équipement ; service facturier, présentation, retour d'expérience et perspectives ; point d'étape sur l'Hôtel-Dieu ; centre de gestion commune des ressources humaines des PIC et du siège ; information sur la demande de création d'un CHSCT au centre de formation et développement des compétences (CFDC) ; dangers graves et imminents locaux de l'année 2012.

#### ***1.2.3.4 - La Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques***

En 2012, la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT), présidée par Mme Roselyne VASSEUR, coordinatrice générale des soins s'est réunie lors de cinq séances plénières et d'une séance extraordinaire consacrée à la présentation du plan d'actions « Attractivité fidélisation des personnels infirmiers à l'AP-HP ». Ces séances ont permis de débattre de thématiques institutionnelles et de développer des présentations et réflexions relatives aux soins paramédicaux.

Les principales thématiques traitées ont porté sur :

##### ➤ L'AP-HP :

- échanges avec le Président de la CME ;
- l'organisation du Siège ;
- la reconfiguration des pôles ;
- le projet gériatrique : contexte et enjeux/évolution de la gériatrie ;
- le comité opérationnel de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- la formation : bilan 2011, orientations pluriannuelles 2013, et présentation du site intranet de l'AP-HP ;
- le baromètre interne ;
- le rapport relatif aux cadres de santé ;
- le bilan social ;
- l'EPRD 2012 ;
- l'information sur les projets et les restructurations.

➤ Les soins :

- présentation de la cellule d'appui « qualité sécurité des soins » de la CME ;
- point sur la certification V2010 ;
- présentation de la pratique exigible prioritaire (PEP) n° 12 sur la prise en charge de la douleur ;
- le système d'information : retour d'expérience des professionnels de l'hôpital Ambroise-Paré concernant la mise en place du logiciel ORBIS ;
- le bilan du CLIN 2012 ;
- les résultats de l'évaluation du dossier de soins 2011 ;
- les résultats 2012 de l'enquête de prévalence des escarres ;
- les recommandations relatives à l'administration des médicaments per os en USLD et UHPAD à l'AP-HP ;
- la présentation du film sur la sécurisation de l'administration du médicament par les infirmières ;
- la présentation d'ARCHIMED ;
- présentation de la mission handicap, des fiches de liaison, du kit de communication.

➤ La CCSIRMT :

- le site internet de la DSAP ;
- le bilan du projet de soins à mi-parcours du plan stratégique ;
- le rapport d'activité 2011 de la CCSIRMT.

Deux groupes de travail issus de la CCSIRMT ont été constitué fin 2012 sur :

- la prévention de l'incontinence ;
- la typologie, l'organisation et la pertinence des soins dans une journée de travail paramédicale.

Ces groupes finaliseront leurs travaux avec des recommandations institutionnelles en 2013.

### 1.3 - Les groupements hospitaliers et les services généraux

La création des groupes hospitaliers (GH) a consisté à mettre en place une organisation et une gouvernance communes à plusieurs hôpitaux de l'AP-HP géographiquement proches et relevant d'une même université. Les groupes ainsi constitués doivent permettre des rapprochements selon deux logiques complémentaires ;

- médicale, en offrant aux patients une prise en charge plus cohérente et plus homogène dans des filières de soins complètes ;
- de proximité géographique, en favorisant les synergies entre sites hospitaliers.

La nouvelle dénomination des 12 groupes hospitaliers a été fixée par arrêté directorial du 1<sup>er</sup> août 2012, comme suit :

- Un groupe hospitalier St Louis – Lariboisière – Fernand-Widal, dénommé Hôpitaux Universitaires Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal

- Un groupe hospitalier Bichat – Beaujon – Louis-Mourier – Bretonneau – Charles Richet, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine
- Un groupe hospitalier Avicenne – Jean-Verdier – René-Muret, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis
- Un groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix, dénommé Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix
- Un groupe hospitalier Tenon – St Antoine – Rothschild – Trousseau – la Roche-Guyon, dénommé Hôpitaux Universitaires Est Parisien
- Un groupe hospitalier Cochin – Hôtel-Dieu – Broca, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Centre
- Un groupe hospitalier Raymond Poincaré – Berck – Ambroise Paré – Sainte Périne, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest
- Un groupe hospitalier Bicêtre – Paul-Brousse – Antoine-Béclère, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Sud
- Un groupe hospitalier Henri-Mondor – Albert-Chenevier – Emile-Roux – Joffre-Dupuytren – Georges-Clémenceau, dénommé Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor
- Un groupe hospitalier Necker-Enfants malades, dénommé Hôpital Universitaire Necker – Enfants Malades
- Un groupe hospitalier Robert-Debré, dénommé Hôpital Universitaire Robert-Debré
- Un groupe hospitalier Corentin Celton – Hôpital Européen Georges-Pompidou – Vaugirard-Gabriel-Pallez, dénommé Hôpitaux Universitaires Paris Ouest

L'hôpital marin à Hendaye (64), l'hôpital San-Salvador à Hyères (83), l'hôpital Villemin - Paul-Doumer à Liancourt (60) et l'Hospitalisation à domicile ne sont pas inclus dans un groupe.

Les nouvelles commissions de surveillance ont été installées au sein des douze groupes hospitaliers et des hôpitaux hors GH (Hôpital Marin d'Hendaye, Hôpital San Salvador, Hôpital Paul Doumer), et leur composition a fait l'objet de quinze arrêtés directoriaux.

#### **1.4 - Les pôles d'intérêt commun**

Après concertation avec le directoire, la directrice générale, par décision n° 2011–0053 DG du 9 mai 2011, a fixé la liste des pôles d'intérêt commun comme suit :

- direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) ;
- direction des ressources humaines (DRH) ;
- direction médico-administrative (DMA) ;
- direction des affaires juridiques (DAJ) ;
- direction du service aux patients et de la communication (DSPC) ;
- direction du pilotage de la transformation (DPT) ;
- direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) ;
- agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) ;
- achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques (ACHAT) ;
- sécurité, maintenance et services (SMS) – service central des blanchisseries (SCB) – service central des ambulances (SCA) ;
- département de la recherche clinique et du développement (DRCD) ;
- centre de la formation et du développement des compétences (CFDC).

## **2 - LES CHIFFRES CLEFS ET LES EVENEMENTS MARQUANTS DE L'AP-HP EN 2012**

---

### **2.1 - Les chiffres clés**

- 20 852 lits toutes disciplines confondues ;
- 11 791 lits d'hospitalisation en MCO ;
- 2 122 places d'hôpital de jour ;
- 1,2 million de séjours en MCO ;
- 5 millions de consultations externes ;
- 1,1 million de passages aux urgences ;
- 22 000 médecins ;
- 4 000 internes ;
- 5 400 étudiants en médecine ;
- plus de 3 100 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus ;
- 901 projets de recherche à promotion ou gestion AP-HP ;
- 18 528 patients inclus dans les projets de recherche interventionnelle à promotion AP-HP ;
- plus de 8 300 publications scientifiques ;
- 471 portefeuilles internationaux de brevets actifs ;
- 12 unités de recherche clinique (URC) ;
- 17 centres d'investigation clinique (CIC) ;
- 4 centres de recherche clinique (CRC) ;
- 16 départements hospitalo-universitaires (DHU) ;
- 18 Instituts de Formation en Soins Infirmiers.(IFSI)

### **2.2 - Les événements marquants**

#### **2.2.1 - Ouvertures ou regroupements de structures, installation d'équipements en 2012**

Depuis l'adoption du plan stratégique 2010-2014, une centaine de réorganisations, ouvertures ou regroupements de structures et installations d'équipements lourds ont été mises en œuvre dans les hôpitaux de l'AP-HP, parmi lesquelles peuvent notamment être citées :

- ouverture d'un service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique à l'Hôpital européen Georges-Pompidou (janvier) ;

- mise en service d'un plateau-technique performant regroupant des blocs opératoires neufs, la réanimation et la surveillance continue dans les Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis (janvier) ;

- huit DHU ont été labellisés en IDF avec les universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Diderot, Paris-Sud, Paris-Est Créteil Val-de-Marne, Paris 13-Nord, Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines et l'Inserm et les organismes de recherche (janvier) ;

- ouverture d'une nouvelle unité de soins pédiatriques d'hospitalisation à domicile à l'hôpital Louis Mourier (janvier) ;

- lancement d'un programme entièrement dédié au service aux patients afin de répondre aux attentes exprimées par les patients, leurs proches et les médecins correspondants appelé « Proches de vous » (février) ;

- ouverture d'un nouveau centre de périnatalité à Cochin-Port-Royal (février) ;

- lauréat parmi les laboratoires d'excellence (Labex) retenus au titre des investissements d'avenir, le projet INFLAMEX (Institut des Maladies Inflammatoires) est inauguré (mars) ;

- les hôpitaux Saint-Louis, Cochin et l'hôpital européen Georges-Pompidou sont parties prenantes de PACRI, un projet d'alliance parisienne des instituts de recherche en cancérologie, un des deux projets retenus dans le cadre des investissements d'avenir « Pôles hospitalo-universitaires en cancérologie » (mars) ;

- ouverture d'un centre de prise en charge de l'obésité avec chirurgie métabolique à l'hôpital Ambroise Paré (mars) ;

- signature d'une convention de coopération avec l'Académie chinoise des sciences médicales (avril) ;

- labellisation des centres intégrés et des centres experts en cancérologie (mai) ;

- ouverture du nouveau centre de traitement des brûlés « adultes » à l'hôpital Saint-Louis (juin) ;

- signature des 127 contrats de pôle d'activité médicale, (juillet) ;

- déploiement à l'hôpital Ambroise Paré d'Orbis, le nouveau système d'information patient de l'AP-HP qui permettra d'améliorer la prise en charge du patient et l'organisation du parcours de soins (septembre) ;

- mise en place d'un partenariat entre le Samu social 75 et l'AP-HP pour les sorties de maternité des mères en situation de fragilité (septembre) ;

- l'AP-HP renforce sa coopération dans le domaine de la médecine traditionnelle chinoise par un protocole d'accord avec le ministère chinois de la Santé pour faciliter l'intégration de traitements issus de la médecine traditionnelle chinoise dans la pratique clinique et développer des projets de recherche clinique bilatéraux (septembre) ;

- ouverture à l'hôpital Corentin Celton d'un nouveau bâtiment spécialisé dans la prise en charge en réadaptation cardiaque, vasculaire et orthopédique avec une unité dédiée aux patients polytraumatisés psychiatriques, ainsi qu'une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique (octobre) ;

- 2<sup>ème</sup> journée AP-HP de la recherche infirmière et paramédicale, consacrée aux échanges et à la réflexion sur la place de la recherche infirmière et paramédicale, (décembre) ;

- inauguration d'un centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose à l'Hôpital Robert Debré (décembre).

### 2.2.2 - Les événements illustrant la marche du progrès médical

➤ 3 février : mise en évidence d'un nouveau biomarqueur dans la maladie d'Alzheimer par une équipe de l'hôpital Lariboisière dirigée par le Pr Jacques Hugon (AP-HP, université Paris Diderot, Inserm unité 839).

➤ 13 février : 1ère mondiale avec l'induction de puberté chez une jeune patiente drépanocytaire après autogreffe de cortex ovarien réalisée par des cliniciens de l'AP-HP (Pitié-Salpêtrière), de l'UPMC, du Centre hospitalier intercommunal de Créteil et du CHU de Limoges.

➤ 6 avril : première irradiation corporelle totale française en tomothérapie par l'équipe du Professeur Jean –Jacques Mazon aux hôpitaux universitaires La Pitié Salpêtrière – Charles Foix (AP-HP).

➤ 11 avril : première médicale française à l'hôpital Henri Mondor (AP-HP) réalisée par l'équipe du Professeur Jean-Pierre Becquemin : une nouvelle stratégie thérapeutique pour le traitement des anévrismes aortiques thoraco-abdominaux à haut risque de rupture.

➤ 25 avril : première naissance française après vitrification de l'ovocyte réalisée par l'équipe du Pr Jean-Philippe Wolf à l'hôpital Cochin (AP-HP).



### 3 - LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

La mise en œuvre du plan stratégique a été marquée, en 2012, par de nombreuses actions, tant au niveau des groupes hospitaliers que dans une démarche générale de l'AP-HP, en partenariat étroit avec l'Agence régionale de santé.

Les actions mises en œuvre en 2012 s'inscrivent dans le prolongement de celles de 2011, et se déclinent autour de trois grands axes :

- une transformation du cadre d'organisation des activités médicales et médico-techniques, à travers la création de nouveaux départements hospitalo-universitaires et la poursuite des restructurations aux trois niveaux d'activité : de proximité (qui relèvent d'une gestion infra-GH), spécialisées, très spécialisées (qui ressortissent à une logique d'organisation supra-GH) ;
- des programmes institutionnels de réorganisation de certaines activités : la cancérologie, la gériatrie ;
- le renforcement des coopérations territoriales avec des acteurs extérieurs à l'AP-HP.

#### 3.1 - La transformation du cadre d'organisation des activités médicales et médico-techniques : les restructurations et les départements hospitalo-universitaires (DHU)

##### 3.1.1 – Labellisation de huit nouveaux départements hospitalo-universitaires

L'initiative des DHU s'est traduite par la labellisation de huit nouveaux projets en 2012, portant ainsi à 16 le nombre de DHU (constitués d'un ou plusieurs pôles hospitaliers, associés à des facultés de médecine et des organismes de recherche). Les DHU sont fondés sur des contrats de développement passés entre des structures hospitalières (un ou plusieurs pôles), des facultés de médecine et des organismes de recherche, pour favoriser l'essor d'une médecine universitaire d'excellence, fortement dynamique en termes de projets de recherche et d'enseignement.

Les huit DHU créés en 2012 sont retracés dans le tableau ci-dessous :

Les DHU labellisés en 2012

Investigateur principal	Titre	Acronyme	Université
Adnot Serge - Derumeaux Geneviève	Ageing Thorax-Vessels-Blood	A-TVB	UPEC
Boitard Christian	Autoimmune and hormonal diseases	AUTHORS	Paris Descartes
Duclos-Vallée Jean-Charles	HEPATINOV	HEPATINOV	Paris Sud
Leboyer Marion	PErsonalised neurology and PSYchiatry	PEPSY	UPMC - UPEC
Mariani Jean	Fight against Ageing and Stress	FAST	UPMC
Menasché Philippe	Common and Rare Arterial Diseases	-	Paris Descartes
Valla Dominique	Adressing Unmet Needs for Innovation in HepaTology and Gastroenterology	UNITY	Paris Diderot
Vialle Raphaël - Voit Thomas	Musculoskeletal Diseases and Innovative Therapy	MAMUTH	UPMC

### 3.1.2 - Restructurations des activités médicales

De nombreuses opérations de restructuration médicales ont été mises en œuvre en 2012, pilotées directement par les groupes hospitaliers ou coordonnées par le siège. Elles répondent à un triple objectif :

- graduation de l'offre de soins, avec une concentration de l'activité très spécialisée dans un nombre limité de centres lourds ;
- lisibilité et cohérence du projet médical des groupes hospitaliers (fusion des services en doublon ; spécialisation des sites) ;
- regroupement des équipes afin de constituer une masse critique en matière de recherche médicale, mais aussi d'organisation de la permanence des soins, notamment dans les disciplines marquées, temporairement ou de manière plus structurelle, par une tension sur les effectifs médicaux.

Parmi les principales restructurations, nécessitant le transfert de services ou d'unités fonctionnelles cliniques, on peut citer :

- le transfert des services de pneumologie d'Antoine Béclère à Bicêtre (HU Paris Sud) et de Saint Antoine vers Tenon (HU Est Parisien) ;
- la réorganisation de diverses activités dans le domaine de la périnatalité : transfert de la maternité et de la néonatalogie de Saint-Vincent-de-Paul à Cochin (nouveau bâtiment Port Royal) ; transfert de l'aide médicalisée à la procréation (AMP) de Pitié-Salpêtrière à Tenon ;
- le transfert du service de chirurgie plastique et reconstructrice (Pr L. Lantieri) de l'hôpital Henri Mondor à l'hôpital européen Georges Pompidou.

L'année 2012 a été marquée par la préparation de très nombreux projets qui seront mis en œuvre en 2013 (transferts des services cliniques de l'Hôtel Dieu à Cochin, notamment).

### 3.2 - Programmes transverses de réorganisation

Des démarches transverses à l'ensemble des groupes hospitaliers, pilotées par le siège de l'AP-HP, en articulation importante avec l'ARS, ont été mises en place pour certaines thématiques médicales ou médico-techniques :

- la prise en charge en cancérologie : le comité opérationnel cancer a continué à mener le processus de labellisation des activités de cancérologie en centres intégrés (coordination forte au sein de groupes hospitaliers de plusieurs thématiques de prise en charge : accessibilité et qualité) et en centres experts (promotion d'une prise en charge experte pour une thématique donnée). L'AP-HP compte désormais 43 centres experts (dont 2 pédiatriques) et 8 centres intégrés labellisés, qui seront évalués et ajustés sur la base d'indicateurs définis en commun ;
- la réorganisation de la biologie : elle s'est traduite par la mise en place de 14 groupes de travail sur les thématiques transversales (génétique, plateformes de haut débit, pharmacologie-toxicologie, etc.) qui ont rendu leurs conclusions en octobre 2012 ;
- la réorganisation de la gériatrie et des activités de soins de suite et de réadaptation : l'action de l'AP-HP, en concertation étroite avec l'ARS, vise à un rééquilibrage de l'offre de soins entre la grande couronne et la petite couronne, le nord et le sud de la région, ainsi qu'un rééquilibrage entre un SSR gériatrique prépondérant et un SSR spécialisé (Neurologie, cardiologie) insuffisamment développé. Un groupe de travail, associant la direction générale, la commission médicale d'établissement et le syndicat des gériatries a réfléchi à un schéma cible de l'organisation des soins de longue durée à l'AP-HP (missions, implantations territoriales et capacités d'accueil). Il était animé par le chef de projet « évolution de la gériatrie ». Les propositions du groupe de travail seront discutées en 2013.

### 3.3 - Développement des coopérations territoriales

2012 a été marqué par un important travail de développement des coopérations territoriales, visant à une meilleure intégration de l'AP-HP dans son territoire, notamment pour ses hôpitaux situés dans la petite couronne :

- constitution d'un groupement de coopération sanitaire entre l'hôpital Cochin et l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (mai 2012) ;
- constitution d'un groupement de coopération sanitaire entre l'hôpital Henri Mondor et le centre hospitalier intercommunal de Créteil (juillet 2012) ;
- présentation d'un projet médical commun entre l'hôpital Louis Mourier et l'hôpital Max Fourestier (qui appartient au centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre). Le projet médical n'a toutefois pas encore fait l'objet d'arbitrages entre les diverses parties prenantes (ARS, AP-HP, Préfecture de police qui exerce la tutelle sur le CASH de Nanterre).

### 3.4 - Le plan stratégique et le projet de soins

Le projet de soins fait partie intégrante du plan stratégique 2010-2014 en complémentarité du projet médical et du projet « ressources humaines ».

Les grandes orientations du projet de soins ont été déclinées en complément des projets médicaux par les groupes hospitaliers et hôpitaux selon leurs spécificités.

Le projet de soins est désormais intégré dans les contrats de pôle assortis d'indicateurs de suivi. Cela concerne en particulier : l'évaluation du dossier de soins ; le nombre de PHRIP retenus par la DGOS ; le taux de prévalence annuel des escarres ; la qualité des soins (traçabilité de la douleur, cartographie des risques évitables associés aux soins, sécurisation de l'administration des médicaments par les infirmiers(es), renforcement de l'identitovigilance) ; le nombre de consultations paramédicales dispensées ; l'attractivité et la fidélisation des professionnels paramédicaux...

## 4 - LES PROJETS PRIORITAIRES

---

Les projets prioritaires engagés à l'automne 2010 constituent un levier de transformation de l'AP-HP et de mise en œuvre des grandes orientations du plan stratégique 2010-2014. Ils visent à améliorer la qualité et les conditions de prise en charge des patients, ainsi que la performance des organisations.

2011 avait été l'année de cadrage des projets et de lancement d'expérimentations sur quelques sites pilotes ; l'année 2012 a permis de finaliser ces étapes et d'engager le déploiement à grande échelle.

L'objectif est de généraliser les pratiques expérimentées dans plusieurs hôpitaux et à partir desquelles il est possible de capitaliser afin de réduire l'hétérogénéité entre établissements et entre groupes hospitaliers.

Les projets prioritaires de l'AP-HP poursuivis fin 2012 sont les suivants :

- fluidification de l'aval des urgences ;
- amélioration de la fluidité de la filière gériatrique ;
- optimisation de l'organisation des blocs opératoires ;
- développement de la chirurgie ambulatoire ;
- augmentation du recours à l'HAD de AP-HP ;
- optimisation de l'utilisation des équipements médicaux lourds (scanners et IRM) ;
- structuration de l'offre de l'AP-HP en matière de dialyse afin d'augmenter l'activité ;
- amélioration de l'accessibilité des consultations ;
- amélioration de la qualité de la sortie du patient de l'hôpital ;
- amélioration de la qualité du codage ;
- amélioration de la qualité de la facturation ;
- libération de surfaces non indispensables au fonctionnement des groupes hospitaliers ;
- amélioration des conditions de travail ;
- amélioration de la gestion des séjours.

Fin 2012, plus de 70 projets pilotes sont en cours de déploiement dans les différents hôpitaux de l'AP-HP. Parallèlement deux groupes hospitaliers (hôpitaux universitaires Paris nord Val-de-Seine ; hôpitaux universitaires Paris Seine Saint-Denis) ont poursuivi une démarche de « contrat de performance » avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), incluant certaines thématiques des projets prioritaires de l'AP-HP.

Des résultats probants ont continué à être observés en 2012 :

- Le taux d'utilisation et le taux d'ouverture des blocs opératoires ont progressé respectivement de 7 % et 12 % depuis 2010. Le taux d'ouverture est passé de 55,4 % en 2010 à 62 % en 2012, mais reste toutefois bien en deçà de la cible préconisée par l'ANAP (90 %). Le taux d'utilisation est passé de 72 % en 2010 à 77 % en 2012, proche de la cible ANAP (80 %).

- Le taux de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP est passé de 22 % en 2010 à 24 % en 2012. Cinq hôpitaux ont d'ores et déjà atteint l'objectif national de 33 % en 2012.
- La durée moyenne de séjour en SSR, levier majeur de fluidification du parcours hospitalier du patient âgé, diminue modestement mais régulièrement. Elle est ainsi passée de 55,2 jours fin 2010 à 52,8 jours fin 2012.
- Le recours à l'HAD de l'AP-HP des patients adultes (hors obstétrique), issus des prescriptions des médecins de l'AP-HP, a progressé de 8,85 % entre 2011 et 2012.
- L'utilisation des équipements lourds a augmenté en 2012 : +3 % pour les actes de scanner MCO et +5,6 % pour les actes d'IRM MCO. Quatre des cinq sites pilotes du projet « améliorer l'utilisation des équipements médicaux lourds » ont réduit de moitié les délais d'obtention d'un rendez-vous pour scanner ou IRM.
- le taux d'utilisation des postes de dialyse installés a progressé de près de 15 % avec un passage de 74 % fin 2010 à 85,05 % fin 2012. Parallèlement, le nombre de séances a augmenté fortement (+ 3 300 séances, soit + 6,37 %) à nombre de postes de dialyse inchangé.
- La fluidité de l'aval des urgences s'est améliorée au cours des deux dernières années avec la réduction de 10 % en 2 ans de la part des séjours trop longs (supérieurs à 24 heures) en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dont la part a décru de 22,4 % fin 2010 à 21,99 % fin 2011 et 20,25 % fin 2012. Le taux de transfert hors AP-HP depuis les urgences reste toutefois constant, de l'ordre de 13 %.
- L'accessibilité des consultations s'est légèrement améliorée avec une diminution du taux de non venus de 1 point sur l'ensemble de l'AP-HP (21,3 % en 2012 contre 22,4 % en 2011). Des résultats plus probants ont été constatés sur les sites pilotes (à Necker-enfants malades, 16 % de non venus, soit le taux le plus bas de l'AP-HP ; à Saint Louis-Lariboisière, les consultations du pôle neurosciences-tête et cou ont crû de près de 7,7 % par rapport à 2011).
- Concernant le projet « codage », les travaux menés en 2012 pour améliorer la qualité de la description de l'activité de court séjour et, partant, sa valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) ont permis notamment de réaliser un gain de près de 19 millions d'euros au titre de l'exercice 2011 en recodant a posteriori certains dossiers ciblés. Ils témoignent de l'importance de modifier les circuits de l'information médicale et d'améliorer tant la production des comptes rendus d'hospitalisation que la qualité du codage, en développant notamment sa professionnalisation.
- Un prototype d'outil d'aide à une meilleure utilisation des surfaces hospitalières a été conçu et expérimenté dans un pôle clinique des Hôpitaux universitaires La Pitié Salpêtrière – Charles Foix. Il sera déployé sur d'autres sites en 2013.
- Concernant le projet d'amélioration de la sortie, le score IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins) sur le compte rendu d'hospitalisation, agrégeant six critères élémentaires, s'est amélioré de plus de 30 % sur les trois dernières années de recueil (le score de l'AP-HP passant de 31 % pour les données 2009 recueillies en 2010 à 41 % pour les données 2011 colligées en 2012) bien qu'il reste – comme celui de l'ensemble des hôpitaux de France – éloigné de l'objectif national fixé à 80 %. L'objectif d'une sortie des patients avant midi ayant été intégré au projet dans le courant de l'année 2012, il n'est pas encore possible de constater des évolutions significatives à l'échelle de l'AP-HP, dont le taux moyen de patients sortis avant midi s'élève à 32,5 % ; des disparités existent entre établissements, avec des progressions importantes pour certains d'entre eux.
- Le projet « facturation » vise à améliorer les délais et la qualité de la facturation à proximité immédiate de la prise en charge du patient hospitalisé ou consultant externe. 2012 a permis une amélioration sensible des indicateurs de performance avec un passage du taux de

créances non imputées de 5 % fin 2010 à 0,65 % fin 2012, et du taux de « non passés en caisse » de 7,85 % à 6,5 % sur la même période ?.

- La démarche « amélioration des conditions de travail » a été étendue en 2012 à l'ensemble des groupes hospitaliers, où elle concerne au moins un service ou un pôle clinique. Les services concernés sont à la fois des services de court séjour, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée. Ils sont à des étapes différentes d'avancement du projet. On note une baisse notable du taux d'absentéisme pour raisons médicales hors maternité (-8 % entre septembre 2011 et septembre 2012 à l'échelle de l'AP-HP pour les infirmières, et -3 % sur la même période pour les aides soignantes – dont les taux d'absentéisme passent respectivement de 4,81 % à 4,43 % et de 7,63 % à 7,38 %).

- 2012 a été marqué par le lancement d'un nouveau projet : « amélioration de la gestion des séjours », qui vise à renforcer les organisations, de l'entrée programmée ou urgente du patient à la réalisation de sa sortie, au profit d'un renforcement de la qualité de prise en charge. Deux sites pilotes (Lariboisière et Pitié Salpêtrière) ont été choisis en 2012. Ils connaîtront une mise en œuvre opérationnelle des transformations des organisations en 2013 avec notamment la mise en place de cellules de régulation des séjours.

Parallèlement, 2012 a permis de renforcer la démarche de transformation de l'AP-HP en ancrant dans la durée les processus d'animation des acteurs, qui reposent sur :

- le recueil et la diffusion d'expériences internes à l'AP-HP, nationales et internationales ;
- l'organisation de séances d'échanges entre sites pilotes ;
- l'organisation de journées professionnelles thématiques largement ouvertes aux acteurs de terrain ;
- la définition et le suivi d'indicateurs de performance (cibles/ résultats), régulièrement diffusés ;
- l'animation d'un réseau d'acteurs impliqués sur ces thématiques prioritaires (chefs de projets des groupes hospitaliers).

## 5 - L'OFFRE DE SOINS ET L'ACTIVITE

### 5.1 - L'offre de soins et les structures

#### 5.1.1 - L'offre de soins en places et lits

	2008	2009	2010	2011	2012	2012/ 2008 (volume)	2012/2011 (%)
MÉDECINE	7 404	7 235	7 266	7 330	7199	-205	-1,79%
CHIRURGIE	4 218	4 186	4 063	3 685	3644	-574	-1,11%
GYN-OBS	1 007	1 054	996	963	948	-59	-1,56%
<b>Total lits MCO</b>	<b>12 629</b>	<b>12 475</b>	<b>12 325</b>	<b>11 978</b>	<b>11 791</b>	<b>-838</b>	<b>-1,56%</b>
NÉO-NAT	341	366	355	411	410	69	-0,24%
PSY	651	637	640	625	624	-27	-0,16%
URGENCES	295	295	301	296	309	14	4,39%
SSR	4 685	4 639	4 593	4 360	4 336	-349	-0,55%
SLD/EHPAD	3 873	3 736	3 608	3 493	3 382	-491	-3,18%
<b>Total lits Hors MCO</b>	<b>9 845</b>	<b>9 673</b>	<b>9 497</b>	<b>9 185</b>	<b>9 061</b>	<b>-784</b>	<b>-1,35%</b>
<b>Total nombre de lits</b>	<b>22 474</b>	<b>22 148</b>	<b>21 822</b>	<b>21 163</b>	<b>20 852</b>	<b>-1 622</b>	<b>-1,47%</b>
PLACES HDJ	1 681	1 683	1 921	1 993	2122	441	6,47%
HAD	820	820	820	820	820	0	0,00%

L'évolution de la capacité en lits fait apparaître des ajustements en court séjour de médecine, liés à des opérations de réorganisations au sein de l'AP-HP.

La diminution des capacités d'hospitalisation complète de chirurgie traduit la volonté de l'AP-HP d'accompagner le progrès médical en développant le recours à la chirurgie ambulatoire.

En ce qui concerne les structures d'hébergement pour personnes âgées, les capacités de SLD et d'EHPAD sont en légère baisse par rapport à 2011 (-3,18 %) en raison de la politique d'humanisation des sites.

#### 5.1.1 - L'offre de soins : structures internes à l'AP-HP

STRUCTURES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pôles</b>	172	176	185	190	<b>190</b>	<b>128</b>	<b>127</b>
<b>Services</b>	720	692	676	673	<b>662</b>	<b>569</b>	<b>565</b>
<b>Départements</b>	39	35	37	40	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>75</b>
<b>Unités fonctionnelles</b>	476	755	759	785	<b>785</b>	<b>809</b>	<b>1016</b>
<b>Unités Cliniques</b>	4	4	9	9	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

Pour faire suite à la réorganisation des pôles mise en œuvre en 2011, plusieurs groupes hospitaliers ont poursuivi en 2012 le processus d'évolution des structures internes de leurs pôles en créant principalement des départements multi-sites (en regroupant des services, transformés en départements). Ceux-ci sont composés d'unités fonctionnelles, permettant d'identifier l'activité qui y est réalisée.

Par rapport à 2011, le nombre de pôles a diminué par la création d'un pôle unique à l'hôpital San Salvador par fusion des deux pôles existants.

## 5.2 - L'activité

### 5.2.1 - L'activité d'hospitalisation

L'activité d'hospitalisation (complète et partielle) enregistrée en 2012 (1 200 299 séjours) est en augmentation de + 1,9 % en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) par rapport à 2011. Cette tendance est constatée en hospitalisation partielle (+ 10 057 venues) et en hospitalisation complète (+ 12 013 séjours). L'activité de psychiatrie a progressé de 1,5% en hospitalisation partielle et diminué (-1,3 %) en hospitalisation complète. En soins de suite et de réadaptation (SSR), l'activité est stable en hospitalisation complète et en augmentation en hospitalisation partielle (+ 2,8%). Les séjours en soins de longue durée (SLD) sont en augmentation : + 1,2 %.

#### *Evolution de l'activité globale (complète et partielle), en termes de séjours et séances, entre 2011 et 2012 pour l'ensemble de l'AP-HP*

Champs d'activité	2011	2012	Évolution	
			en valeur	%
MCO Hospitalisation complète	590 493	602 506	12 013	2,0 %
MCO Hospitalisation partielle	589 736	599 793	10 057	1,7 %
PSYCHIATRIE				
Hospitalisation complète (1)	8587	8 472	-115	-1,3%
Psychiatrie				
Hospitalisation partielle (2)	45334	46025	691	1,5%
SSR Hospitalisation complète (3)	28697	28700	3	0,0%
SSR Hospitalisation partielle (4)	106309	109330	3 021	2,8%
EHPAD (5)	209	129	-80	-38,3%
SLD (5)	1 353	1369	16	1,2%

(1) : séjours PMSI ouverts; (2) : jours GILDA hors CATTP ; (3) : séjours PMSI ouverts ; (4) : venues PMSI ; (5) : Opale

En nombre de journées d'hospitalisation complète, l'activité est en hausse en HAD (+ 12,6%) et en MCO (+ 1,7%) et en baisse en psychiatrie, SSR, SLD et EHPAD.

#### *Evolution du nombre de journées d'hospitalisation (en hospitalisation complète), par grandes disciplines, entre 2011 et 2012, pour l'ensemble de l'AP-HP*

Champs d'activité	2011	2012	Évolution en	
			valeur	%
MCO	3 538 330	3 679 816	62 376	1,7%
PSY (1)	184 695	183 619	-1 076	-0,6%
SSR (2)	1 397 564	1 377 363	-20 201	-1,5%
SLD (3)	1 053 722	1 022 368	-31 354	-3,0%
EHPAD (3)	134 102	127724	-6 378	-4,8%
HAD	246 440	277 564	31 124	12,6%

(1) : Gilda) ; (2) : PMSI ; (3) : Opale



Les séjours de moins d'une nuit et les séances ont augmenté (respectivement + 1,9% et +1,6%) entre 2011 et 2012.

***Evolution du nombre de séjours de moins d'une nuit et du nombre de séances, entre 2011 et 2012, pour l'ensemble de l'AP-HP***

Séjours et séances	2011	2012	Évolution en	
			valeur	%
Nombre de séjours de moins d'une nuit : Hospitalisation de jour et nuit de médecine, chirurgie ambulatoire et IVG	265 287	270 326	5 060	+1,9 %
Séances de radiothérapie, dialyse, transfusion et chimiothérapie	324 449	329 467	5 066	+1,6 %

### 5.3.2 - Les urgences

Le nombre de passages aux urgences médico-chirurgicales adultes et pédiatrie a augmenté de 1 % par rapport à 2011, pour s'établir à 1 122 729 passages.

Les admissions dans les services MCO depuis les services d'urgences ont augmenté dans les mêmes proportions (+ 1,1 %), plus souvent après un séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) aux urgences, secteur dans lequel les admissions ont progressé de 9,3 %.

### 5.3.3 - Les actes externes

#### *5.3.3.1 – L'activité de consultation*

En 2012, les hôpitaux de l'AP-HP ont réalisé près de 5 000 000 de consultations externes.

***Evolution du nombre de consultations externes entre 2011 et 2012 pour l'ensemble de l'AP-HP, exprimé en actes de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)***

Types de consultation	2011	2012	Evolution en	
			valeur	%
Consultation (C)	1 309 523	1 329 985	20 462	1,6%
Consultation psychiatrie (CNPSY)	293 875	299 962	6 087	2,1%
Consultation spécialisée (CS)	3 308 030	3 345 474	37 444	1,1%

### 5.3.3.2 – Les actes médicaux externes

Les actes médicaux externes ont globalement progressé de 6,6 % durant l'année 2012.

#### *Evolution du nombre d'actes regroupés par code de la CCAM pour l'ensemble de l'AP-HP entre 2011 et 2012*

Catégories d'actes médicaux par code de regroupement	2011	2012	Évolution en	
			valeur	%
Actes d'obstétrique (ACO)	53 918	50 932	-2 986	-5,5%
Actes de chirurgie (ADC)	82 196	85 879	3 683	4,5%
Actes d'échographie (ADE)	374 374	371 261	-3 113	-0,8%
Actes d'imagerie hors échographie (ADI)	1 144 638	1 282 323	137 685	12%
Actes techniques hors imagerie (ATM)	1 091 470	1 137 820	46 350	4,2%

### 5.3.4 – L'activité de biologie et d'anatomie cytologie pathologique

Le nombre d'équivalents B (EqB) de biologie a augmenté de 3,3% entre 2011 et 2012. Cette hausse est particulièrement importante pour les examens réalisés pour des consultants externes (+ 7,1%) et pour le compte d'organismes extérieurs à l'APHP (+ 16,2%), qui vient compenser une diminution des examens réalisés pour les patients hospitalisés

Ces évolutions – à la hausse ou à la baisse –, particulièrement importantes pour certains Groupes hospitaliers, sont dans les deux cas positives puisqu'elles traduisent à la fois les efforts réalisés par les GH en faveur de la juste prescription en biologie, qui incite à limiter les examens pour les hospitalisés, et ceux visant à renforcer la politique de captation et d'attractivité pour les examens réalisés pour les consultants externes ou les organismes extérieurs.

#### *Evolution de l'activité de biologie, pour l'ensemble de l'AP-HP, entre 2011 et 2012*

Nombre d'Eq B/BHN par bénéficiaires	2011	2012	Evolution en	
			valeur	%
<b>TOTAL</b>	2 101 002 545	2 169 626 848	68 624 303	3,3%
<i>Dont hospitalisation complète</i>	891 059 571	883 985 733	-7 073 838	-0,8%
<i>Dont hospitalisation partielle</i>	155 009 192	151 161 166	-3 848 026	-2,5%
<i>dont consultants externes</i>	504 520 646	540 447 385	35 926 739	7,1%
<i>dont organismes extérieurs à l'APHP</i>	182 690 478	212 246 301	29 555 823	16,2%
<i>dont prestations inter hospitalières</i>	221 464 942	242 011 709	20 546 767	9,3%

## 6 - LA POLITIQUE DE SOINS

---

### 6.1 - La politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers

La démarche d'amélioration de la qualité, de l'accueil et de la prise en charge du patient est un objectif prioritaire pour l'AP-HP, qui y a adapté sa gouvernance interne.

Les principales orientations de la politique d'amélioration de la qualité, de l'accueil et de la prise en charge des usagers, décrites ci-dessous, ont été déployées, avec l'aide de divers réseaux de professionnels et en lien avec les représentants des usagers.

#### 6.1.1 - La commission centrale de concertation avec les usagers

La commission centrale de concertation avec les usagers (3CU), créée en juin 2010, est dédiée au dialogue institutionnel avec les usagers. Présidée par la directrice générale de l'AP-HP, elle est composée de sept représentants des usagers et des familles, des deux médiateurs : médical et non médical, de représentants des directions administratives, de la communauté médicale et des soignants de l'AP-HP et de ses groupes hospitaliers et hôpitaux.

Ses recommandations contribuent à l'élaboration du programme d'actions en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité de la CME.

En 2012, cette instance s'est réunie quatre fois et, à partir des réalisations de plusieurs groupes de travail, a travaillé sur les thématiques suivantes :

- le groupe « bientraitance » : tout au long de l'année 2012, un sous-groupe « urodynamique » a travaillé sur la prévention de l'incontinence chez les personnes âgées hospitalisées, aboutissant à des recommandations (élaboration de protocoles et de recommandations de bonnes pratiques, mise en place d'EPP « prévention de l'incontinence », réalisation d'un kit de formation...) qui feront l'objet d'une mise en œuvre au cours de l'année 2013. Par ailleurs, un travail sur les blouses des patients a été mené, qui a conduit à l'élaboration d'un cahier des charges en vue d'un nouveau modèle ;

- le groupe « recueil de la parole de l'utilisateur » a élaboré en 2012 un nouveau concept d'enquête en ligne destiné à disposer d'un suivi de la satisfaction des usagers (hospitalisations et consultations) ;

- le groupe « visibilité des CRUQPC et des représentants des usagers » : constatant que les CRUQPC et les représentants des usagers étaient mal identifiés ou connus par les patients, leurs familles et les professionnels, ce groupe a proposé un certain nombre de recommandations visant à corriger cette situation (accueil des représentants des usagers par les directions des GH, action d'information et de formation des professionnels sur le rôle des usagers et les droits des patients, association des usagers à des projets hospitaliers transversaux relatifs à la qualité, intégration d'un objectif de participation des usagers dans les contrats de pôle, possibilité d'organiser des réunions restreintes des CRUQPC au sein des services cliniques...). Ces préconisations ont été présentées en comité des GH en mai 2012. Une enquête a été menée en décembre 2012 afin de faire une photographie de l'état actuel de ces préconisations. Les bonnes pratiques identifiées suite à cette enquête seront mutualisées, et diverses actions visant à lever les freins seront menées en 2013.

Par ailleurs, la 3CU a organisé des débats avec les représentants des usagers et des familles sur divers projets :

- synthèse annuelle des rapports des CRUQPC de l'AP-HP ;
- projet prioritaire « prise de rendez-vous en consultation » ;
- projet prioritaire « amélioration de la sortie du patient » ;
- projet « Nouvel Hôtel Dieu » ;
- projet de gestion des événements indésirables graves (EIG) et de Bureau Enquête Analyse Hospitalier (BEAH).

### **6.1.2 Le dialogue institutionnel avec les associations et les cultes**

Le département des droits du patient et des associations (DSPC) impulse une dynamique de partenariat et promeut l'action des associations à l'hôpital (conseils aux hôpitaux, conventions cadres, ...).

Le secteur de la représentation des usagers et des associations a reçu quatre associations et examiné plusieurs conventions soumises par les hôpitaux.

Il a également procédé de manière continue à la mise à jour de la liste des associations figurant sur le site internet de l'AP-HP.

Il assure également l'accompagnement du réseau des aumôniers hospitaliers. En décembre 2012, il a participé à la conférence départementale sur la laïcité et les pratiques religieuses pilotée par la préfecture de Paris.

### **6.1.3 - Une équipe à l'écoute des usagers et en appui des professionnels à l'hôpital sur les droits des patients et la gestion des plaintes et réclamations**

- Le département des droits du patient et des associations (DSPC) a assuré le traitement et le suivi de 913 dossiers de réclamations d'usagers à caractère non indemnitaires et de demandes de communication de dossiers, soit environ +50% par rapport au nombre de dossiers suivis durant l'année 2011. Le site internet rénové de l'AP-HP et la création d'une nouvelle messagerie (en juillet 2012) ont permis de recueillir plus facilement et de traiter plus rapidement ces réclamations et demandes de dossiers.
- Le Département des Droits des Patients et des Associations (DSPC) anime et coordonne le réseau des chargés de relations avec les usagers et les associations (CRUA). Le club des CRUA s'est réuni huit fois au cours de l'année 2012 en formation plénière ou en groupes de travail. Ces réunions ont permis la mutualisation d'une affiche d'information à l'attention des patients, relative aux règles de dépôt ou conservation des objets personnels pendant le séjour.
- Afin d'harmoniser les bonnes pratiques, les CRUA ont notamment échangé sur l'articulation entre gestion des réclamations et dispositif de signalement des événements indésirables. Deux sessions de formation ont été réalisées à leur intention : une relative à la procédure d'indemnisation pour pertes de prothèses, l'autre relative à la communication du dossier médical, à la protection des majeurs et à la prise en charge des mineurs.
- Le département des droits des patients et des associations (DSPC) anime et coordonne également l'action des médiateurs médicaux et non médicaux en lien avec la direction des affaires juridiques. En 2012, une réunion a rassemblé les médiateurs médecins et non médecins afin d'échanger notamment sur leurs missions et les attentes des différents acteurs

(usagers, CRUA, directeurs qualité) et réfléchir sur les interactions à développer entre la CMEL, la CLSIRMT et la CRUQPC, dans le cadre de la politique qualité et sécurité.

- Le département des droits du patient et des associations a tout au long de l'année 2012 mis en place des formations et formé les représentants des usagers. Il a organisé cinq réunions sur les thématiques suivantes : « Être représentant des usagers à l'AP-HP (accueil des nouveaux) » ; « Être représentant des usagers en commission de surveillance » ; « Certification, qualité et usagers » ; « Représentant des usagers, représentants des familles en USLD ».
- Il a également animé et piloté le groupe de travail permanent des usagers (GTU) en le réunissant à cinq reprises. A chaque réunion un sujet institutionnel est abordé, par exemple : « Présentation du projet " Proches de vous " » ; « Hygiène des mains par friction hydro-alcoolique : comment impliquer les usagers ? » ; « Présentation de l'enquête 3CU sur la visibilité et la promotion des CRUQPC »...

#### **6.1.4 - Un secteur dédié à la recherche des patients hospitalisés et à l'accueil des demandes d'hospitalisation en soins de longue durée**

- Le Pôle « Gériatrie » accueille, oriente et renseigne les familles, les hôpitaux et divers interlocuteurs extérieurs, comme les services sociaux, sur l'offre de soins gériatrique à l'AP-HP, et les possibilités d'admission en soins de longue durée. Il a traité près de 4000 demandes d'information et 500 dossiers environ en 2012.
- Le Pôle « Recherche de patients hospitalisés » est un service unique d'information concernant l'hospitalisation éventuelle d'une personne à l'AP-HP. Il est joignable sept jours sur sept *via* un numéro de téléphone dédié. Plus de 34 500 demandes ont été traitées en 2012 (vigilance pour disparition inquiétante compris).
- Le Pôle « Recherche de patients hospitalisés » traite par ailleurs les demandes par réquisitions (plus de 300 en 2012) émanant des autorités judiciaires dans le cadre d'enquêtes portant sur la présence ou non d'un patient dans les hôpitaux de l'AP-HP.

#### **6.1.5 Les actions menées en faveur du patient : les Trophées patients de l'AP-HP**

La création des « Trophées patients », dont la première édition a eu lieu en juin 2012, a pour objet d'encourager les équipes hospitalières et associatives qui font preuve d'innovation pour améliorer le service aux patients et participer ainsi à la valorisation de l'institution.

Ils récompensent les meilleures réalisations de l'année dans ce domaine : réalisations par des équipes hospitalières afin de faciliter la vie des patients à l'hôpital, fluidifier le parcours de santé en simplifiant et encourageant les relations entre la ville et l'hôpital, améliorer l'information des patients et le recueil de leur parole, ou rénover des lieux d'accueil.

Plus de 80 dossiers ont été déposés pour cette première édition, à l'occasion de laquelle sept trophées ont été décernés lors de la journée Apinnov sur des sujets tels que : « Mieux Vivre à l'hôpital » (en pédiatrie ou pour les adultes) : les partenariats avec les associations et les usagers, entre la ville et l'hôpital, l'information aux usagers, l'hospitalité, ou celles menées par des associations de bénévoles ou de patients.

### **6.1.6 - Le référentiel Marque AP**

Le référentiel Marque AP de qualité hôtelière comporte quatre thématiques – l'accueil, le confort, la restauration et la propreté – déclinées en dix références et soixante et onze critères correspondant aux standards hôteliers qui doivent être garantis par les hôpitaux de l'AP-HP.

La démarche originale Marque AP repose sur des audits réalisés conjointement par des binômes d'auditeurs professionnels et représentants des usagers.

En 2012, des formations pour les auditeurs volontaires ont été réalisées et des audits sur la qualité du repas servi aux patients dans les unités de soins ont été menés dans les hôpitaux.

L'ensemble des hôpitaux auront été audités sur ces thématiques à la fin du premier semestre 2013.

### **6.1.7 Les projets prioritaires liés au parcours patient**

Deux projets prioritaires sont orientés sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients :

- l'amélioration de l'accessibilité des patients aux consultations ;
- l'amélioration de l'organisation de la sortie du patient.

Ils font partie du programme « Proches de vous », afin de répondre aux attentes exprimées par les patients, leurs proches et les médecins correspondants pour un meilleur accompagnement tout au long des étapes de soins.

Des outils ont été déployés au cours de l'année 2012 favorisant la prise de rendez-vous, tels que le rappel des patients par SMS avant leur consultation (près de 500 000 SMS envoyés), la pochette sortie du patient...

### **6.1.8 Innovation et culture au service des patients**

#### Le musée

8 625 visiteurs se sont rendus au musée pendant les six derniers mois de son ouverture au public à l'Hôtel Miramion, (de janvier à juin 2012).

Ce résultat témoigne de l'audience du musée, toujours maintenue en dépit de conditions restrictives, liées à un contexte difficile pour l'institution. Parmi ces groupes, on recense 1 558 étudiants d'IFSI et écoles spécialisées hors AP-HP et 2 607 élèves des filières lycéennes ST2S. Il y a eu 2 644 visiteurs à titre individuel.

Le musée a contribué à la réflexion sur le projet Hôtel-Dieu avec la rédaction du « Projet scientifique et culturel » du nouveau musée, et du document « Contribution à la préparation du dossier d'implantation du musée de l'AP-HP sur le site de l'Hôtel-Dieu ».

#### Innovations

Le département Développement de services a étudié au cours de l'année 2012 les sujets susceptibles d'améliorer la qualité du service, en complément du parcours de soins.

En partant des besoins exprimés par les patients et par appel à projets auprès des GH, différents projets ont été définis :

- l'orientation au sein de l'hôpital : signalisation et tables d'orientation ;
- les lieux d'accueil : concept accueillant ;
- l'occupation du temps d'attente : lecture de chapitres de livres et affichage d'écrans ;
- la formation à l'accueil.

Ces projets sont en phase de déploiement auprès des GH ou en phase de consultation sur le marché des prestataires.

### Médiathèmes

Les activités des médiathèques de l'AP-HP et le réseau des médiathèques, qui bénéficient du soutien de la direction régionale des affaires culturelles d'Ile-de-France, ont été multiples et variées :

- plus de 350 rencontres culturelles et artistiques en direction des patients (adultes et enfants) ;
- 241 610 documents empruntés ;
- deux manifestations : le printemps des poètes où 25 000 personnes ont bénéficié d'une offre de poèmes ; la carte blanche aux médiathèques sur le thème du Japon, avec des ateliers, lectures, spectacles, concert et contes.

### **6.1.9 La promotion de la bientraitance et le développement de la culture à l'hôpital.**

La promotion de la bientraitance s'est traduite par des recommandations pour développer des formations sous deux aspects : formations pour les cadres de santé sur la responsabilité des managers à l'IFCS et formations des personnels hospitaliers dans les hôpitaux.

Un item « prévention des risques de maltraitance » a été introduit dans le logiciel informatique OSIRIS de signalement des risques.

Un audit a été réalisé par la direction de l'inspection et de l'audit sur les dispositions de prévention du risque de maltraitance concernant les personnes âgées hospitalisées à l'AP-HP.

Dans le cadre du Programme Proches de vous, la DSPC a été à l'origine de plusieurs initiatives concernant les personnes vulnérables :

- visite du gérontopole de Toulouse ;
- mission aux Pays Bas sur la prise en charge des patients polyhandicapés, en lien avec la fédération du polyhandicap ;
- encouragement des activités culturelles auprès des patients vulnérables des hôpitaux de la fédération du polyhandicap (concerts à Berck, La Roche Guyon, Trousseau) ;
- signature d'une convention avec le Crédit municipal de Paris pour développer les activités culturelles au chevet des patients hospitalisés ; grâce au soutien du CMP et suite à un appel à projet, 18 projets ont été retenus dans une vingtaine d'établissements, de réalisations d'activités artistiques et culturelles : lecture, musique, danse, contes, concerts... ;
- signature d'une convention avec l'INSERM (U 669) pour un projet de recherche ayant pour but d'établir l'effet bénéfique pour les patients polyhandicapés et patients déments de l'utilisation de la musique ou du chant sur l'amélioration de la qualité de la rééducation des patients, de leurs capacités de communication et sur leurs modalités relationnelles avec leur entourage.

### **6.1.10 Parcours de soins et liens ville-hôpital**

La mission ville-hôpital, créée le 3 mars 2012, a pour ambition d'organiser, en partenariat avec les multiples acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, une meilleure gradation de l'offre de santé pour offrir à tous des parcours de santé fluides et structurés. La prise en charge du patient ne doit plus être appréhendée sous un angle unique mais dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte son environnement, ses besoins, ses attentes. Seule cette approche permettra de proposer des prises en charges personnalisées et équilibrées entre la ville et l'hôpital.

La mission ville hôpital s'est structurée autour de deux axes d'actions :

- à court terme : réaliser des actions concrètes et lisibles, assorties d'indicateurs de suivi et d'évaluation. Par exemple : édition d'un mini-annuaire réservé au médecins généralistes présentant un ou deux numéros de téléphone par service sur lequel tout médecin généraliste pourra joindre directement un médecin hospitalier sénior afin de prendre un avis et/ou programmer une hospitalisation conventionnelle ou de jour ; envoi systématique des compte rendus des urgences par publipostage au médecin traitant ; organisation à l'hôpital Louis-Mourier de circuits dédiés pour les personnes âgées par le biais de conventions avec les EHPAD ;
- à moyen terme : travailler en lien étroit avec les partenaires de l'AP-HP, sur les nouvelles modalités de coopération pour préparer l'offre médicale et médico-sociale de demain. Par exemple : mise en place de consultations avancées ou consultations d'éducation thérapeutique dans les centres de santé, CMS ou EHPAD ayant pour conséquence le raccourcissement de la filière d'orientation du patient, et la simplification du recours aux plateaux techniques hospitaliers ; réflexion sur les consultations de professionnels de ville dans les hôpitaux de jour, les urgences ; mise en place de formations partagées et co-animées par des professionnels et des patients experts...

Ces expérimentations seront assorties d'une évaluation médico-économique menée en lien avec l'ARS, l'INSERM et l'Assurance maladie. Il est en effet essentiel que les actions engagées puissent être capitalisées et modélisées.

## 6.2 La délégation aux relations internationales

Pour répondre aux objectifs du plan stratégique de l'AP-HP, la délégation aux relations internationales (DRI) a été créée en juin 2011.

En 2012, la DRI a commencé à développer plusieurs activités :

- une mise à jour de différentes coopérations réalisées par les équipes médicales de l'AP-HP à partir d'un questionnaire. 241 actions ont pu être recensées sur 21 hôpitaux qui ont répondu ;
- l'accueil de plus de 23 délégations étrangères ;
- la signature de trois conventions de partenariat avec la Chine ;
- le démarrage d'un projet de formation à la médecine de catastrophe avec l'état du Minas Gerais au Brésil, en partenariat avec le SAMU de France. Le Brésil finance ce projet qui permet de valoriser l'expertise de l'AP-HP ;
- la mise en place d'une réflexion avec la CME sur l'accueil et l'orientation des patients étrangers non résidents solvables. Dans ce cadre, l'AP-HP a signé une première convention avec un opérateur sur la zone du Golfe et du Liban ;
- le démarrage expérimental d'un centre de deuxième avis à l'Hôtel Dieu.

Cette première année de fonctionnement a permis de créer un réseau de correspondants au sein de chaque GH et de prendre de nombreux contacts dans la perspective du développement d'une offre de services centrée sur les domaines d'expertise très variées de l'organisation hospitalière.

## 6.3 - La sécurité générale des personnes et des biens

La mission de sécurité anti-malveillance regroupe 42 chefs de sécurité ou référents et 19 adjoints assurant leurs missions dans les 37 hôpitaux et services généraux.

En 2012, ont été enregistrées, 2 879 atteintes aux personnes et aux biens, contre 2 915 en 2011 et 2 891 en 2010.



De même qu'en 2011, cette stabilité du nombre d'atteintes masque une baisse des atteintes aux biens en proportion quasi égale à la hausse des atteintes aux personnes.

S'agissant des atteintes aux personnes, 1 134 ont été enregistrées 2012, contre 940 en 2011 et 705 en 2010 : 45 % de ces infractions sont constituées par des agressions verbales.

#### **Atteintes aux personnes et aux biens**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Atteintes aux personnes	462	544	678	705	940	1 134
Atteintes aux biens	2 601	2 308	2 534	2 186	1 975	1 745
Total	3 063	2 852	3 212	2 891	2 915	2879

1 745 atteintes aux biens ont été recensées en 2012, contre 1 975 en 2011 – les vols simples, ou les dégradations légères constituent 90 % des faits constatés.

Par ailleurs, 58 971 interventions des agents de sécurité ont été comptabilisées en 2012 contre 61 085 en 2011. Cette diminution trouve son origine dans la baisse constante des interventions pour abus du droit d'accueil (20 010 en 2012, contre 21 161 en 2011 et 23 636 en 2010).

Enfin, 216 interpellations ont été effectuées en flagrant délit pour 205 en 2011.

## **6.4 - Responsabilité médicale et réclamations indemnitaires**

Les réclamations indemnitaires formulées par les patients ou leurs familles, qui s'estiment victimes d'un dommage dans les suites de leur prise en charge, sont gérées par la Direction des affaires juridiques (DAJ), qui apprécie, en lien avec ses médecins-conseils, si les conditions juridiques permettant d'engager la responsabilité administrative de l'AP-HP sont remplies.

En 2012, la DAJ a géré 992 dossiers, toutes procédures confondues, dont 472 concernent des réclamations nouvelles :

- 517 au titre d'une procédure amiable (amiable AP-HP, 330 dossiers ; amiable CRCI, 187 dossiers) ;
- 183 dossiers ont été portés devant le juge administratif en 2012 ;
- 140 dossiers de patients ayant choisi la voie pré-contentieuse en saisissant le juge administratif d'une demande d'expertise en référé ;
- 152 dossiers correspondant à des contentieux pendant devant d'autres juridictions, civiles, ordinaires, pénales, et comprenant les dossiers « études et conseils ».

En 2012, l'AP-HP a versé 17 millions d'euros au titre de son activité d'assureur du dommage médical, étant précisé que des indemnités sont allouées au patient mais aussi aux organismes sociaux (notamment la sécurité sociale) qui ont versé à ce titre des prestations à leurs assurés (remboursement des indemnités journalières, de frais d'hospitalisation, etc.).

La DAJ assure également une activité de conseil et de soutien des équipes hospitalières en cas de procédures pénales (moins d'une dizaine par an).

Elle assiste de surcroît les professionnels de santé qui font l'objet d'une procédure ordinaire et a géré à ce titre 15 dossiers au titre de la défense de ceux-ci en 2012.

## 6.5 - La qualité, la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles

### 6.5.1 - La certification des hôpitaux

La troisième itération ou démarche V2010 s'inscrit à l'AP-HP dans un contexte d'évolution générale et spécifique de structuration en groupes hospitaliers (GH) et d'inscription du siège et de services généraux dans la démarche V2010.

Rendue officielle dans les accords signés entre l'AP-HP et la HAS le 29 septembre 2009, cette démarche s'articule autour de trois axes principaux :

1. Les visites de sites par groupe hospitalier ou hôpitaux, qui s'échelonnent sur 2012 et 2013, selon un calendrier prévisionnel validé avec la HAS ;
2. La visite de services généraux (AGEPS et services centraux blanchisserie-ambulances-maintenance), prévue fin 2013, après la visite des groupes hospitaliers ;
3. Une rencontre de la direction générale avec la HAS en amont et en aval de ces démarches afin de clarifier les réorganisations des groupes hospitaliers et du Siège et faciliter la tâche de ces derniers.

Concernant les services généraux, l'année 2012 a permis de faire le point sur l'avancement de la démarche de certification au sein de l'AGEPS et des trois services généraux du PIC (SCA SCB et SMS) et surtout de préciser avec la HAS l'adaptation de la procédure de certification. La visite des sites est ainsi remplacée par une demi-journée d'échanges spécifiques prévue fin 2013 et les modalités de la procédure sont actées dans un avenant aux accords HAS-AP-HP, qui a été signé le 29 août 2012.

L'année 2012 marque le lancement des premières visites V2010 des groupes hospitaliers et hôpitaux. En 2012, les trois hôpitaux hors GH et cinq groupes hospitaliers ont passé leur visite de certification. Au total, fin 2012, trois hôpitaux et un GH ont reçu leur rapport de certification définitif.

En 2012, l'AP-HP a continué sa mobilisation sur l'aide à la préparation des huit visites de certification V2010 programmées en 2013 et le suivi des visites 2012. Quatre réunions ont été organisées avec les directions qualité des hôpitaux et groupes hospitaliers pour apporter un appui technique.

En 2012, l'AP-HP a également poursuivi sa démarche institutionnelle annuelle d'évaluation des treize pratiques exigibles prioritaires (PEP) de la V2010. Les résultats de l'enquête PEP 2011 ont été présentés et travaillés avec les groupes hospitaliers et les hôpitaux en 2012.

Pour les PEP, un taux de conformité au critère inférieur à 80 % implique une décision systématique de type : « recommandation ou réserve » suivant le niveau.

Certaines PEP ont connu en 2012 une amélioration notable de leur score par rapport à 2011 et 2010 :

- la gestion du risque infectieux, des plaintes et réclamations et l'accès au dossier du patient restent au dessus de cette valeur seuil des 80 % de conformité au critère ;
- la politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi que le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la prise en charge et droits des patients en fin de vie ont progressé dépassant le seuil des 80 % ;

D'autres, comme la prise en charge médicamenteuse, l'identification du patient ou la gestion du dossier patient restent encore inférieures au seuil de 80 %.

## 6.5.2 – La qualité de la prise en charge médicamenteuse

En 2012, faisant suite à la parution de nouveaux textes réglementaires en la matière, et à l'installation de la nouvelle CME, la gouvernance de la qualité de prise en charge médicamenteuse a été mise en place avec la constitution, en avril 2012, d'un comité de pilotage stratégique, constitué de membres de la CME, de la COMEDIMS et de représentants de la direction générale, dont la direction des soins et des activités paramédicales.

Un pilotage opérationnel complète le dispositif et repose sur un responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient et une cellule d'appui regroupant les expertises en qualité, gestion des risques et juste prescription.

Un programme d'actions prioritaires a été défini et mis en œuvre, prenant en compte la certification HAS, les résultats des inspections des PUI et les objectifs du contrat de bon usage du médicament.

Ce programme d'actions se décline en six axes qui s'appuient sur :

- le système de management de la qualité,
- l'identification des points critiques du processus de prise en charge médicamenteuse réalisée à l'aide d'un outil d'étude des risques proposé par l'ARS (Archimed),
- l'incitation de déclaration des événements indésirables dans le système d'information OSIRIS,
- la communication, nécessaire pour maintenir la dynamique et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse,
- la formation,
- l'informatisation de toutes les étapes du circuit du médicament et de la gestion des risques.

## 6.5.3 - Assurance Qualité en radiothérapie

Cette démarche d'assurance qualité s'est fondée la mutualisation des expériences des différents hôpitaux (procédures, actions, difficultés, etc.). Des journées communes de travail ont été organisées pour partager les expériences, une cartographie des processus en radiothérapie a été réalisée, et la proposition d'une trame de manuel d'assurance qualité a été formulée.

Un poste de coordonnateur « qualité-gestion des risques » en radiothérapie a été créé afin de pérenniser sur les cinq sites de radiothérapie les actions d'accompagnement et de mutualisation acquises en 2011.

## 6.5.4 - Procédure d'évaluation des centres de référence de maladies rares

Le pilotage de cette procédure est assuré au niveau de chaque hôpital, par les centres de référence avec un appui des directions « qualité et gestion des risques », avec un accompagnement de la direction de la politique médicale de l'AP-HP.

En 2012, la procédure d'évaluation des centres de maladies rares de l'AP-HP s'est poursuivie par la visite des dix sept derniers centres de référence sur les soixante dix que compte l'AP-HP. Les principaux axes d'amélioration formulés par la Haute autorité de santé concernent la mise en œuvre de démarches d'évaluation (activité de recours, recommandations, satisfaction des patients, entourage et correspondants) et l'organisation de la remontée des données cliniques adaptée à la surveillance épidémiologique.

### **6.5.5 - L'évaluation des pratiques professionnelles**

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) restent une obligation pour les médecins, affichée depuis juillet 2009 dans la loi HPST dans le cadre du développement professionnel continu. Elles sont renforcées dans la certification V2010 des établissements, qui fait de son organisation et de son pilotage une pratique exigible prioritaire. De plus, ses attentes spécifiques accrues font l'objet d'une analyse systématique lors des visites.

La dynamique de cette évaluation est essentiellement locale, sous la responsabilité des CMEL et de leurs « comités EPP » locaux. Néanmoins, la DMA intervient localement, sous forme de séances de travail et d'accompagnement, à la fois pour aider les hôpitaux demandeurs à se préparer aux références spécifiques de la certification et/ou favoriser le maintien d'une dynamique en leur sein.

### **6.5.6 - Base de données AP<sup>2</sup> «Analyse et Amélioration des pratiques professionnelles»**

En mars 2012, une deuxième version de l'application Base de données AP<sup>2</sup> a été déployée sur l'ensemble des groupes hospitaliers de l'AP-HP. Cette deuxième version se veut plus ergonomique et les fonctionnalités sont améliorées.

Des référents médicaux, paramédicaux et qualité sont identifiés dans chaque groupe hospitalier. Trois réunions rassemblant l'ensemble des référents AP<sup>2</sup> ont été organisées en 2012. Elles permettent d'assurer un lien étroit avec les acteurs EPP de terrain, d'adapter l'outil applicatif au plus près de leurs besoins et de partager leurs expériences.

Fin 2012, la base AP<sup>2</sup> contenait plus de 1 000 programmes publiés. Le nombre de publications de programmes EPP est en constante augmentation du fait des visites de certification V2010 des GH, qui prendront fin en décembre 2013.

Un partenariat AP-HP/CHU a été mis en place en 2012. Neuf CHU ont acquis l'application et ont bénéficié d'une présentation d'une journée sur site sur les modalités de d'utilisation de la base AP<sup>2</sup> en 2012.

L'ensemble des temps forts, publications, outils et informations issus de la cellule « Qualité Certification, EPP » sont accessibles sur le site intranet de la DMA : <http://portail-cms.aphp.fr/qualite-pratiques>.

## **6.6 - La politique de gestion des risques et la sécurité des patients**

En matière de gestion des risques, l'année 2012 a été marquée par le renforcement des actions relatives aux objectifs prioritaires du plan stratégique (démarches de retour d'expérience, plan de maîtrise des risques sur les priorités nationales), à l'accompagnement des hôpitaux dans leur démarche de certification sur les thématiques de gestion des risques, au développement d'une réflexion pour anticiper les recommandations du programme national de sécurité des patients sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins.

### **6.6.1 - Renforcer les démarches de retour d'expérience (REX)**

Plusieurs actions ont été poursuivies ou amplifiées durant l'année 2012 :

➤ **Des formations aux démarches de retour d'expérience : RMM, CREX et méthodologie d'analyse systémique**

En 2012, une douzaine de sessions ont été réalisées sur site, à la demande des GH. A ce jour plus de 600 personnes ont ainsi été formées, dont la moitié de médecins et de pharmaciens, un tiers de paramédicaux, et 20 % de gestionnaires de risques/responsables qualité et autres professions.

➤ **Des demi-journées de partage d'expérience thématiques**

Ces demi-journées permettent d'échanger de façon pluri-professionnelle, avec l'ensemble des GH sur les politiques et projets institutionnels et de valoriser et diffuser les démarches exemplaires des GH. En 2012, deux sujets, centraux dans la certification, ont été abordés : l'identification des patients et l'information du patient, en cas d'EIG.

La demi-journée de partage d'expérience avec les coordonnateurs de la gestion des risques (CGRAS) et les gestionnaires de risque, a permis d'échanger sur les outils et méthodes de priorisation des risques et les actions à mettre en œuvre.

L'ensemble des présentations et une synthèse de chaque journée sont publiés sur le site intranet de la direction.

➤ **Le site événementiel « Des soins plus sûrs pour tous »**

La semaine nationale de sécurité des patients a été l'occasion de créer, en lien avec la direction de la communication (DSPC), un site Internet événementiel sur la sécurité des patients. Cette démarche participe de la diffusion, tant vers les professionnels que vers les usagers de la politique et du programme institutionnels. Les actions de communication innovantes ont été accueillies avec succès : 2 000 visites, plus de 8 000 pages vues, une durée moyenne de plus de 5 minutes pour consulter en priorité les quiz et les « chats » réalisés.

## 6.6.2 Développer des programmes ciblés de maîtrise des risques

En 2012, les actions ont été ciblées sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. L'ensemble des GH ont réalisé une analyse *a priori* des risques associés aux médicaments, de façon à pouvoir les hiérarchiser et prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Un travail a également été mené pour disposer, sur le système de signalement des événements indésirables (OSIRIS) d'une fiche de signalement des erreurs médicamenteuses plus facile à utiliser et permettant la construction d'un bilan d'action cohérent et harmonisé sur l'ensemble des GH.

Un groupe de travail de la direction générale, incluant des représentants de la CME et du COVIRIS a été mis en place en 2012 pour définir les principes pour le traitement des EIG :

- incitation forte au signalement des incidents et des erreurs sans crainte de sanction ;
- transparence ;
- soutien et attitude éthique et respectueuse vis-à-vis des patients et des équipes ;
- démarche centrée sur l'apprentissage et l'amélioration de la sécurité.

## 6.7 - La prévention et la lutte contre les infections nosocomiales

En 2012, la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales se sont articulées autour de trois axes : la réponse aux signalements d'infections ;

- le recueil et l'analyse des indicateurs de prévention ;
- les actions de prévention.

### 6.7.1 - La réponse aux signalements d'infections nosocomiales

En 2012, 183 épisodes d'infections nosocomiales ont été signalés aux autorités sanitaires. Ce chiffre confirme l'augmentation régulière du nombre de signalements (94 en 2008, 117 en 2009, 130 en 2010, 159 en 2011). La majorité de ces signalements (154) provient des hôpitaux MCO, soit 11 signalements pour 1 000 lits. 67 % des signalements concernaient les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques émergentes (BMR), et notamment : les entérobactéries résistantes à l'imipénème (N=67), les entérocoques résistants à la vancomycine (N=30), les *Acinetobacter baumannii* multirésistants (N=25). Les épidémies de gastro-entérite et de grippe restent fréquentes notamment en moyen et long séjour.

### 6.7.2 - Le recueil et l'analyse des indicateurs de prévention

L'analyse des indicateurs nationaux montre en 2012 (exercice année 2011) que la proportion des hôpitaux de l'AP-HP classés en A est de 64 % pour ICALIN (organisation de l'hôpital pour lutter contre les infections nosocomiales), 95 % pour ICSHA (utilisation par les soignants de produits désinfectants pour se laver les mains), 84 % pour ICATB (organisation de l'hôpital pour préserver l'efficacité des antibiotiques), 31 % pour ICABMR (prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques), 68 % pour ICALISO (prévention et surveillance des infections du site opératoire) et 87 % pour le score agrégé construit à partir des cinq indicateurs précédents.

L'analyse des indicateurs institutionnels pour l'année 2011 montre que :

- l'incidence des entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques a été multipliée par 9 en 10 ans ;
- l'incidence des staphylocoques dorés multirésistants a baissé de 60 % depuis 2001 ;
- la consommation des antibiotiques est en augmentation pour la seconde année consécutive et seuls 21 hôpitaux ont un référent antibiotique consacrant à cette activité une durée conforme aux recommandations nationales;
- la consommation de solutions hydro-alcoolique (SHA) n'est en moyenne que de 11 frictions par 24 heures de séjour d'un patient, soit environ une friction toutes les 2 heures, tout personnel confondu, et seuls 56 % des hôpitaux ont inscrit la consommation des SHA dans leurs contrats de pôle ;
- 81 % des services de chirurgie calculent un taux d'infection du site opératoire ;
- 90 % des patients en soins de longue durée (SLD) sont vaccinés contre la grippe et le pneumocoque ;
- le taux de vaccination antigrippale des personnels n'est que de 13 %.

### 6.7.3 - Les actions de prévention

L'analyse des signalements d'infections nosocomiales et des indicateurs de prévention montre que la maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) est un enjeu majeur pour l'institution. En effet, si certaines BMR sont en voie de diminution dans les hôpitaux de l'AP-HP (staphylocoques dorés multirésistants, entérocoques résistants à la vancomycine), d'autres sont en pleine expansion : entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques (environ 4 500 patients en MCO en 2011), ou encore entérobactéries résistantes par carbapénèmase à presque tous les antibiotiques. Le risque d'évolution vers l'impasse thérapeutique impose de renforcer les actions de prévention. Ainsi le CLIN central a défini des actions essentielles :

- la promotion des solutions hydro-alcooliques (SHA) : des objectifs ambitieux de consommation des SHA pour les 4 années à venir ont été définis, basés sur une analyse des gestes nécessitant une hygiène des mains.
- la maîtrise des prescriptions antibiotiques.
- la gestion des excréta : une enquête menée en 2012 a permis de rédiger des recommandations pour tous les hôpitaux de l'AP-HP.

Parallèlement les actions prioritaires du CLIN central ont été poursuivies : prévention de la légionellose nosocomiale, de l'aspergillose, vaccination contre la grippe et le pneumocoque des patients en long séjour, vaccination des personnels.

## 6.8 - Les indicateurs nationaux de performance médicale et de qualité des soins issus de l'analyse du dossier médical

Ces indicateurs, pilotés par la Haute autorité de santé évaluent, à partir de l'analyse des dossiers médicaux :

- la continuité des soins, conditionnée par la transmission des informations pertinentes entre les différents acteurs. Il s'agit des indicateurs suivants : tenue du dossier médical et d'anesthésie et délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation (CRH).
- la pertinence des soins ou bonnes pratiques médicales. Il s'agit des indicateurs suivants : évaluation de la douleur, prévention de la dénutrition, prise en charge de l'infarctus du myocarde et du cancer.

L'AP-HP participe à une expérimentation sur la prise en compte des résultats de ces indicateurs en vue d'un intéressement financier (projet du ministère de la santé IFAQ : Incitation financière à l'amélioration de la qualité).

### Indicateurs transversaux

par type de séjour, toutes spécialités médicales confondues

*Audits réalisés en 2012 sur des séjours 2011 - Note sur 100 (par ordre croissant de conformité)*

Type de séjour	AP-HP	Moyenne nationale
----------------	-------	-------------------

#### Qualité de la tenue du dossier médical

HAD	57	77
MCO	77	76
PSYCHIATRIE	78	73
SSR	84	78

#### Compte rendu d'hospitalisation conforme et envoyé au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie du patient

HAD	8	49
MCO	41	48
PSYCHIATRIE	41	47
SSR	74	75

#### Evaluation de la douleur avec une échelle validée

HAD	35	55
MCO	67	73
SSR	67	71

#### Prévention de la dénutrition

HAD	67	69
MCO	85	84
PSYCHIATRIE	91	70
SSR	65	73

HAD : hospitalisation à domicile ; MCO : services d'aigus (médecine, chirurgie et obstétrique) ; SSR : services de soins de suite et de réadaptation.

**En vert** : performance AP-HP supérieure à la moyenne nationale (au moins 5 points)

**En orange** : performance AP-HP inférieure à la moyenne nationale (au moins 5 points)

**En gras** : taux de conformité élevé ( $\geq 80\%$ )

**Indicateur de pathologies/spécialité**

Audits réalisés en 2012 sur des séjours 2011 - Note sur 100 (par ordre croissant de conformité)

Indicateur	AP-HP	Moyenne nationale
------------	-------	-------------------

**ANESTHESIE**

tenue du dossier d'anesthésie	<b>82</b>	84
-------------------------------	-----------	----

**INFARCTUS DU MYOCARDE**

Conformité des prescriptions à la sortie	<b>93</b>	84
Education thérapeutique du patient*	<b>68</b>	60

**REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE en CANCEROLOGIE**

Conformité des RCP**	<b>80</b>	73
----------------------	-----------	----

\* sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ; \*\* réalisation d'une réunion de concertation avant de commencer le 1er traitement d'un nouveau cancer en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes ayant permis de décider les modalités de prise en charge .

**En vert** : performance AP-HP supérieure à la moyenne nationale (au moins 5 points)

**En orange** : performance AP-HP inférieure à la moyenne nationale (au moins 5 points)

**En gras** : taux de conformité élevé ( $\geq 80\%$ )

Au total, les performances de l'AP-HP sont :

- Très bonnes pour :
  - la tenue du dossier en SSR et psychiatrie ;
  - la prévention de la dénutrition en psychiatrie ;
  - la tenue du dossier en anesthésie ;
  - la prise en charge de l'infarctus du myocarde ;
  - la prise en charge en cancérologie.
- À améliorer pour :
  - tous les indicateurs d'**HAD** ;
  - le **compte rendu d'hospitalisation** (à l'exception du SSR) ;
  - la **douleur en MCO**
  - la **dénutrition en SSR**.

La diffusion au public des indicateurs pour chacun des hôpitaux AP-HP est assurée par le site internet :

<http://indicateurs.aphp.fr>

## 6.9 - La satisfaction des patients, indicateur central de la qualité des soins

Un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers couvrant la quasi-totalité des activités de soins existe à l'AP-HP. Plusieurs types d'enquêtes sont réalisés à cet égard : l'enquête I-Satis, l'enquête de satisfaction en ligne, et les enquêtes EQS.

### L'enquête I-SATIS

L'AP-HP a participé, fin 2012, à l'enquête de satisfaction I-SATIS organisée sous l'égide du ministère de la Santé qui a souhaité généraliser l'enquête de satisfaction SAPHORA, créée il y a plus de 10 ans à l'AP-HP.

Cette enquête est réalisée sur la base d'un entretien téléphonique avec le patient, environ 15 jours après sa sortie de l'hôpital. Les résultats consolidés seront publiés au cours du premier semestre 2013 sur le site du ministère de la Santé.



## **Enquête de satisfaction en ligne**

L'enquête I-SATIS constitue une mesure annuelle de la satisfaction du patient qui est intéressante pour une comparaison des établissements mais il s'agit d'une photographie de la satisfaction des patients à un instant donné, qui ne permet pas une réactivité suffisante ni une gestion des indicateurs de la qualité perçue au plus près des services. Le processus de l'enquête I-SATIS nécessite également une gestion lourde en raison de l'obligation d'un recueil préalable du consentement écrit du patient et sans retour immédiat au service.

C'est pourquoi la direction du service aux patients et de la communication, a souhaité mettre en place une enquête en ligne permettant de suivre l'évolution de la satisfaction des patients, de connaître les sujets influant le plus sur leur satisfaction, et enfin de permettre une appropriation par les équipes médicales et soignantes de la vision des patients sur leurs conditions d'hospitalisation et de consultation. L'objectif était également d'arriver à intégrer cette dimension dans le management des pôles et des services.

Une consultation a été réalisée au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2012 afin de mettre en place l'envoi systématique et automatisé, après hospitalisation ou consultation, d'un message E. mail aux patients, leur proposant de donner leur avis sur leur hospitalisation ou consultation en se connectant sur un site sécurisé où ils peuvent remplir le questionnaire en ligne. Le marché, attribué en fin d'année 2012 comporte aussi la production de tableaux de bord trimestriels permettant aux services et pôles de mieux cerner les sujets sur lesquels une amélioration est nécessaire. Un site pilote sera mis en œuvre au premier semestre 2013.

### **Les enquêtes EQS (échelle de qualité de soins)**

Les enquêtes EQS permettent un diagnostic ciblé sur des thèmes particuliers (relations humaines, information médicale, prise de rendez-vous en consultation...) et d'interroger des usagers non concernés par l'enquête i-satis (visiteurs de patients, patients consultants, hospitalisés en ambulatoire, en gériatrie, en rééducation fonctionnelle. Elles sont à la disposition des hôpitaux et des services qui les utilisent pour des besoins ciblés et ponctuels.

## **6.10 - La qualité des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique**

### **6.10.1 - Le projet de soins**

La direction des soins et des activités paramédicale (DSAP) met en œuvre le projet de soins dans ses quatre dimensions :

- la philosophie, les principes et valeurs qui fondent les soins ;
- l'organisation et le management des soins ;
- la qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques ;
- la formation, les compétences, les métiers et la recherche.

En 2012, la DSAP a poursuivi les objectifs prioritaires relatifs à la qualité/sécurité des soins par le suivi de l'évolution des indicateurs portant sur :

- la traçabilité de la douleur, de l'information du patient et de la sortie du patient dans le dossier de soins;
- l'identification des risques /évènements indésirables associés aux soins par l'encadrement paramédical ;
- l'administration du médicament par les infirmiers(es) et la réalisation d'audits.

### 6.10.2 - L'évaluation annuelle du dossier de soins

La réactualisation de la méthodologie et du référentiel d'évaluation du dossier de soins dans une logique d'évaluation globale du dossier patient, et la signature de la convention entre l'AP HP et la HAS ont permis, en 2012, d'évaluer – à titre expérimental – la tenue des dossiers de soins 2011 dans QUALHAS. Ainsi, la partie médicale du dossier-patient (DPA) et le dossier de soins sont désormais évalués conjointement par les équipes médicales et paramédicales.

Le bilan réalisé conjointement par l'AP-HP et la HAS a été positif, la convention sera renouvelée pour poursuivre les travaux avec l'HAS en 2013.

En 2012, les groupes hospitaliers et hôpitaux ont évalué 5 665 dossiers de patients hospitalisés en 2011, dont 32 % en MCO, 22 % en HDJ, 26 % en SSR, 10 % en SLD, 9 % en psychiatrie et 1 % en HAD.

En dépit de fortes disparités selon les indicateurs, les taux globaux de conformité du dossier de soins à l'AP-HP par type de prise en charge sont les suivants :

- MCO : 79 %;
- HDJ : 74 %;
- SSR : 85 %;
- SLD : 85 %;
- PSY : 86 %;
- HAD : 56 % (dossier papier).

Les résultats de ces deux enquêtes sont consultables sur le site intranet de la DSAP (<http://portailcms.aphp.fr/dcsirmt>)

### 6.10.3 - L'enquête de prévalence des escarres acquises dans les unités de soins

En 2012 les hôpitaux, dans les différents domaines d'activité adultes et enfants (MCO, SSR, SLD, HAD, psychiatrie) ont participé à cette enquête.

La prévalence globale des escarres est de 6,6 % soit une augmentation de 0,40 % par rapport à 2011. Seul le secteur MCO présente un résultat stable à 4,4 % entre 2011 et 2012. L'augmentation de la prévalence est également observée en SLD (+1,5 %) et en HAD (+0,70 %).

Le taux moyen de patients ayant acquis une escarre est relativement stable depuis 2010 (soit 3,1 %) malgré une dégradation du résultat en SLD (+1 %).

Le taux global de patients arrivant dans une unité de soins avec une escarre déjà constituée est de 3,7 % - chiffre identique au résultat de 2011. Ce taux global baisse en MCO (-0,20 %), est stable en psychiatrie et augmente de 1 % en HAD.

L'utilisation d'échelles de risque validées est essentielle pour prévenir la survenue d'escarres. Le taux global d'utilisation des échelles validées a continué à augmenter en 2012 (+1,3 %) après une hausse conséquente en 2011 de 11,1 % – soit un résultat conforme à 68,6 %. L'utilisation d'échelles non validées régresse (-6,2 %) au profit de l'échelle de Braden, recommandée par la conférence de consensus de l'HAS, qui augmente de 9,2 %.

Après une progression continue depuis quatre ans du taux de protocoles et de fiches techniques de prévention d'escarres répertoriés au sein des hôpitaux, le résultat de 2012 montre une baisse

globale de 5 % (60 % en 2012) malgré une nette progression en SLD (+17,5 %) et en SSR (+12,2 %).

#### **6.10.4 – Le circuit et la sécurisation de l’administration du médicament**

La sécurisation de l’administration du médicament par les infirmiers(es) reste un point prioritaire du projet de soins 2010-2014 et de la politique qualité des soins paramédicaux.

L’objectif de la DSAP est d’aider les équipes à sécuriser leurs pratiques pour garantir la qualité/sécurité de la prise en charge des patients. Cette priorité est confirmée par :

- le maintien de la préparation : de l’administration à la traçabilité, comme formation exigible pour toutes les infirmières ;

- la création d’un groupe de travail relatif à « L’administration des médicaments en soins de longue durée et en UPHAD », piloté par la DSAP en lien avec la direction médico-administrative, le collègue des pharmaciens et la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce groupe a finalisé des recommandations à l’ensemble des hôpitaux pour encadrer et sécuriser l’administration du médicament par les infirmiers(es) en long séjour, comme cela avait été fait antérieurement en MCO.

#### **6.10.5 L’organisation de journées professionnelles de formation et de retour d’expérience**

Outre la dispensation de divers enseignements au sein des instituts de formation – de l’AP-HP et hors institution, la DSAP a organisé des journées à destination des professionnels de santé, et sur des diverses thématiques :

- bonnes pratiques et innovations paramédicales en gériatrie ;
- prévention de la dénutrition hospitalière : le rôle clé de l’aide soignant ;
- seconde journée de recherche infirmier(e) et paramédicale ;
- séminaire des directeurs de soins : le fonctionnement des directions des soins avec les pôles et les modalités de collaboration avec les directions fonctionnelles ;
- la responsabilité des cadres de santé : présentation de cas concrets de jurisprudence avec la Direction des affaires juridiques (DAJ).

## **7 - L'INNOVATION, LA RECHERCHE ET LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE**

---

### **7.1 - L'innovation médicale**

L'AP-HP dispose d'un organe d'évaluation de l'innovation médicale, le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT). Son secrétariat scientifique, rattaché à la DMA, est assuré par le Pôle innovation et veille technologique (PIVT), intégré au département de la recherche clinique et du développement (DRCD).

#### **7.1.1 Présentation et missions**

Le CEDIT est une agence hospitalière d'évaluation des technologies de santé. Il est chargé de formuler des avis au directeur général de l'AP-HP sur l'opportunité, l'ampleur et les modalités de diffusion des innovations technologiques. Le PIVT en instruit les saisines et assure quelques missions propres. Le travail s'organise autour de trois axes :

- apporter une aide à la décision aux dirigeants de l'AP-HP sur des choix stratégiques relatifs aux innovations médicales, en réalisant des évaluations rapides portant sur l'efficacité et la sécurité cliniques, l'efficacité économique, les aspects organisationnels, éthiques.
- détecter l'arrivée de technologies médicales innovantes à forts impacts sur l'hôpital, grâce à l'analyse d'informations provenant de sources identifiées et fiables.
- faciliter et assister les services de l'AP-HP dans leurs soumissions de réponses aux appels d'offre des programmes de soutien aux technologies innovantes coûteuses (STIC), en coopération avec le pôle appels à projets du DRCD.

Une présentation détaillée (composition, missions, procédure de saisine, etc.) est disponible sur le site internet : <http://cedit.aphp.fr>.

Le PIVT a développé des partenariats aux niveaux européen et international, en tant que membre de plusieurs réseaux et organisations :

- INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) : réseau international d'agences d'évaluation des technologies de santé dont l'objectif de favoriser les échanges entre membres.
- EuroScan : échange d'informations sur les technologies de santé émergentes et innovantes. A travers ce réseau, le PIVT et le CEDIT participent également à l'évaluation de technologies de santé pour le compte de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS).
- HTAi (Health Technology Assessment international): société internationale qui a comme objectif la promotion et l'utilisation de l'évaluation des technologies de santé en tant qu'outil d'aide à la décision.

#### **7.1.2 Faits marquants en 2012**

En 2012, les dossiers suivants ont été évalués afin d'apporter une aide à la décision aux dirigeants de l'AP-HP, dont certains seront suivis en 2013 :

- Chirurgie assistée par télémanipulateur (robot « da Vinci ») ;

- Tomographie par émission de positons couplée avec tomодensitométrie par rayons X (TEP-TDM) ;
- ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*) ;
- Mitraclip® ;
- Legoo® ;
- Favoriser la reconnaissance des activités innovantes, en coopération avec l'URC-éco, la DEFIP et le département DIM-DMA.

En ce qui concerne l'activité de veille technologique, l'année 2012 a vu la publication de quatre numéros de la lettre de veille, disponibles sur le site internet du CEDIT et diffusés au sein et en dehors de l'AP-HP. Des modifications ont été apportés en 2012 : nouveau format améliorant la lisibilité, et surtout deux nouvelles rubriques : rubrique « entretien » avec un président de collégiale de spécialité afin d'identifier les innovations des différents domaines, et rubrique « point sur » qui offre une synthèse de certaines évaluations réalisées par le CEDIT.

Le rôle du PIVT dans la soumission de projets de STIC est devenu limité, les CHU n'ayant plus à classer les projets soumis. En revanche, il a proposé une assistance scientifique et technique pour la rédaction des projets, aux équipes dont les lettres d'intention ont été retenues.

Le PIVT a été impliqué dans plusieurs activités de coopération nationale et régionale :

- groupe innovations de l'assemblée nationale des directions de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) : le PIVT participe en tant que membre aux travaux de ce groupe qui constitue un lieu d'échange et de partage des thématiques liées à l'innovation et à l'évaluation des technologies de santé. Ce groupe a organisé le 8 juin 2012 à Dijon la 3<sup>ème</sup> Journée nationale des innovations hospitalières (JNIH) sur le thème de l'évaluation de l'innovation ;
- centre national de référence (CNR-santé) : l'AP-HP a été labélisée en tant que centre expert dans le cadre d'un appel à candidature du CNR-santé. Le secrétariat scientifique du CEDIT a coordonné la réponse de l'AP-HP et assurera le contact de l'AP-HP avec le CNR-santé sur les appels à projet et les différents travaux du CNR-santé ;
- groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) : la circulaire ministérielle du 29 juillet 2011 prévoit la transformation des DIRC en GIRCI. Ce changement implique la possibilité d'un travail avec d'autres établissements de la région Ile-de-France pour l'évaluation et la diffusion des innovations technologiques.

Le PIVT a été intégré au comité de pilotage du projet AdHopHTA (Adopting Hospital based HTA in the EU) financé par la Commission Européenne.

## 7.2 - La recherche

La recherche constitue une mission de service public des établissements de santé. Le développement de la recherche biomédicale et en santé est, à ce titre, un enjeu majeur du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP.

Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD), rattaché à la direction médico-administrative est chargé de piloter les projets de recherche développés par l'AP-HP et de suivre l'ensemble des activités de recherche se déroulant en son sein. Il contribue à la définition de la politique de recherche de l'institution, et il met en œuvre l'ensemble des règles de promotion et de gestion de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. Il contrôle la réalisation des projets de recherche de l'institution, par l'intermédiaire des douze unités de recherche clinique (URC), antennes locales du département situées au sein des douze groupes hospitaliers de l'AP-HP. Deux structures à caractère transversal, rattachées au DRCD ou fonctionnant en lien avec ce département, sont également impliquées : l'URC médico-économique et le département essais cliniques (DEC) de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Le DRCD

met également en œuvre une politique de valorisation de la recherche, par l'intermédiaire de son Office du transfert de technologie et des partenariats industriels (OTT&PI).

Le DRCD constitue par ailleurs le Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) d'Ile-de-France – antérieurement Délégation interrégionale à la recherche clinique (DIRC) – et reçoit ainsi la mission d'animer la recherche clinique à promotion institutionnelle pour l'ensemble des établissements de santé de la région, en particulier pour les établissements qui n'ont pas mis en œuvre de structure de promotion.

Le développement de la recherche à l'AP-HP s'appuie sur près de 1 500 professionnels hautement qualifiés et spécifiquement dédiés à la réalisation et au suivi des projets, gérés par le DRCD. Ceci implique une coopération étroite avec les organismes de recherche, les universités et les industriels du médicament et des dispositifs médicaux.

En complément de la mise en place des pôles hospitalo-universitaires (PHU) et de la création de trois grands instituts hospitalo-universitaires (IHU), constituant de véritables centres d'excellence et de transfert au service des grands défis de santé, financés par le « grand emprunt national », la création d'un nouveau type de structure hospitalo-universitaire est en œuvre à l'AP-HP : les départements hospitalo-universitaires (DHU). Ces derniers doivent permettre de rénover les relations entre l'hôpital, l'université et les organismes de recherche, dans le respect des identités et des prérogatives de chacune de ces institutions, et selon un modèle très souple. Il s'agit de dynamiser la recherche et d'améliorer la qualité des soins par une diffusion plus rapide des innovations.

Le comité de labellisation DHU, rassemblant l'ensemble des représentants légaux des partenaires concernés par cet appel à projets (présidents d'université, doyens, PDG de l'Inserm - président d'AVIESAN - et DG de l'AP-HP) s'est réuni le 16 janvier 2012. Au vu du classement et du rapport transmis par le jury international, il a décidé de labelliser 8 projets. Un second appel à projets a été lancé en avril 2012, 24 projets ont été déposés, 8 d'entre eux ont été proposés par le jury pour labellisation. A l'issue de la seconde labellisation, l'AP-HP comptera 16 DHU.

L'ensemble de l'activité du DRCD est disponible sur ses sites :

- Internet : <http://rechercheclinique.aphp.fr>

- Intranet : <http://portail-cms.aphp.fr/drcd/?page=public>

### 7.2.1 - Les chiffres-clés de la recherche à l'AP-HP

Leader de la promotion 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.

Plusieurs données illustrent le poids de l'AP-HP à cet égard :

- plus de 3 100 projets de recherche en cours, tous promoteurs confondus ;
- 901 projets de recherche à promotion ou gestion AP-HP ;
- 18 528 patients inclus dans les projets de recherche interventionnelle à promotion AP-HP ;
- près de 1 500 professionnels dédiés ;
- 472 portefeuilles internationaux de brevets ;
- 940 collections d'échantillons biologiques ;
- plus de 8 300 publications scientifiques.

### **7.2.1.1 - Les projets de recherche à promotion institutionnelle AP-HP**

En 2012, 901 projets étaient actifs ou en instruction, dont 557 recherches biomédicales à promotion AP-HP et 88 projets de recherche internationaux. 161 nouveaux projets ont été démarrés en 2012.

18 528 patients ont été inclus dans les projets de recherche interventionnelle promus ou gérés par l'AP-HP (projets en recherches biomédicales ou recherches en soins courants, donc hors recherches non interventionnelles).

### **7.2.1.2 - Les projets de recherche à promotion industrielle**

1 355 projets de recherche à promotion industrielle ont été actifs en 2012, dont 457 de phases I/II. 406 nouveaux projets ont été démarrés en 2012, dont 140 de phases I/II. Ces projets ont impliqué 303 promoteurs industriels différents.

Plus de 2 392 centres investigateurs étaient actifs en 2012.

### **7.2.1.3 - Les projets de recherche à promotion académique et institutionnelle (hors AP-HP)**

Le guichet des essais à promotion académique et institutionnelle (hors AP-HP) du DRCD, conformément au volet « Recherche et innovation » du Plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP, comptabilise les essais en s'appuyant sur la base de données nationale du système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC). Les données disponibles les plus récentes sont donc celle de l'année 2011, et dénombrent :

- 772 projets en cours ;
- 75 projets à promotion Inserm ;
- 57 promoteurs académiques ;
- 2 094 centres investigateurs actifs.

### **7.2.1.4 - Les moyens dédiés à la recherche**

En 2012, le DRCD employait 935 équivalents temps-plein (ETP) moyen annuel, répartis de la façon suivante :

- 218 ETP moyens annuels, positionnés sur la structure pérenne du DRCD (111 agents rattachés au DRCD-Siège et 107 agents DRCD-URC) ;
- 630 ETP moyens annuels, positionnés sur la structure non permanente. Les professionnels non permanents sont principalement affectés dans les URC à la réalisation des projets de recherche ;
- 87 ETP moyens annuels, personnels médicaux.

Le budget du DRCD s'est élevé en 2012 à 52,3 millions d'euros, dont 21 millions d'euros consacrés aux projets de recherche.

### **7.2.1.5 - Montants des MERRI 2012**

En 2012, les crédits attribués à l'AP-HP au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) se sont élevés à 764,8 millions d'euros (25,9 % de l'enveloppe nationale).

La répartition interne à l'AP-HP a été la suivante :

- part fixe : 100,1 millions d'euros (19,6 % de l'enveloppe nationale) ;
- part variable : 354,8 millions d'euros (27,4 % de l'enveloppe nationale) ;
- part modulable : 309 millions d'euros (27,1 % de l'enveloppe nationale), dont :
  - ☞ publications scientifiques : 213,1 millions d'euros (32,4 % de l'enveloppe nationale) ;
  - ☞ enseignement : 65 millions d'euros (19,6 % de l'enveloppe nationale) ;
  - ☞ recherche clinique : 27,8 millions d'euros (19,4 % de l'enveloppe nationale) ;
  - ☞ valorisation : 3,1 millions d'euros (27 % de l'enveloppe nationale).

#### ***7.2.1.6 - La répartition géographique des structures de soutien de la recherche clinique de l'AP-HP***

L'AP-HP bénéficie d'un environnement particulièrement dense de structures de recherche, comprenant :

- 12 unités de recherche clinique (URC) ;
- 1 URC médico-économique ;
- 1 département essais cliniques de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) ;
- 11 universités associées :
  - o 7 facultés de médecine ;
  - o 2 facultés de pharmacie ;
  - o 2 facultés d'odontologie ;
- 7 instituts fédératifs de recherche (IFR) ;
- 3 instituts hospitalo-universitaires (IHU) ;
- 1 pôle hospitalo-universitaire en cancérologie (PHU PACRI) ;
- 16 départements hospitalo-universitaires (DHU) ;
- 17 centres d'investigation clinique (CIC) ;
  - o 8 modules « pluri-thématique » (CIC-P) ;
  - o 5 modules « biothérapie » (CIC-BT) ;
  - o 3 modules « épidémiologie clinique » (CIC-EC) ;
  - o 1 module « innovation technologique » (CIC-IT) ;
- 4 centres de recherche clinique (CRC) ;
- 8 centres d'investigation biomédicale (CIB) ;
- 10 centres de ressources biologiques (CRB), dont six certifiées AFNOR NF S 96-900 ;
- 14 tumorothèques labellisées DGOS-INCa, dont quatre certifiées AFNOR NF S 96-900 ;
- 4 centres et réseaux thématiques de recherche et de soins (CTRS/RTRS) dont l'AP-HP est membre fondateur ;
- 73 unités Inserm ;
- 15 unités CNRS ;
- 1 unité CEA ;
- 1 unité Inra.



## 7.2.3 - Les résultats des différents appels à projet

### 7.2.3.1 - Appels à projets de recherche

- PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) national 2012 : 263 projets déposés, 57 projets retenus, soit 38 % des projets retenus nationalement ;
- PHRC interrégional 2012 : 102 projets déposés, 31 projets retenus, soit 26 % des projets retenus nationalement ;
- PSTIC (programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses) : 3 projets déposés ;
- PREPS (programme de recherche sur la performance du système des soins) : 34 projets déposés, 4 projets retenus, soit 15,4 % des projets retenus nationalement ;
- PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) : 41 projets déposés, 4 projets retenus ;
- PRT (programme de recherche translationnelle) : 15 projets retenus (8 DGOS/Inserm et 7 DGOS/INCa) ;
- Contrats de recherche clinique : 124 projets déposés, 18 projets retenus.

### 7.2.3.2 - Appels à candidatures

- postes d'accueil CNRS - AP-HP : 10 candidatures, 6 lauréats ;
- postes d'accueil CEA - AP-HP : 5 candidatures, 5 lauréats ;
- postes d'accueil recherche infirmière : 7 candidatures, 4 lauréats ;
- postes d'accueil Institut Pasteur - AP-HP : 3 candidatures, 3 lauréats.

### 7.2.3.3 - Hors appel d'offres

- 53 projets déposés, 42 acceptés.

## 7.2.4 - Les programmes de recherche à financement européen

10 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du 7<sup>ème</sup> PCRD, dont 1 projet pour lequel l'AP-HP est coordinateur européen et 9 projets pour lesquels l'AP-HP est partenaire.

3 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du programme Santé de SANCO, dont 2 projets pour lesquels l'AP-HP est coordinateur.

2 nouveaux projets ont été signés dans le cadre du programme de financement conjoint AAL (*Assisted Ambient Living*) pour lesquels l'AP-HP est partenaire.

En 2012, 15 nouveaux projets ont donc été signés, pour un budget alloué par la Commission européenne de plus de 6,4 millions d'euros. Compte tenu des projets démarrés les années précédentes, c'est en tout 58 projets européens qui sont actifs en 2012 au sein de l'AP-HP, représentant plus de 23 millions d'euros. Sur la totalité des projets en cours, l'AP-HP est coordinateur européen de 7 projets.

### 7.2.5 - Les publications

En 2012, plus de 8 300 publications scientifiques sont issues de l'AP-HP, représentant 40 % des publications hospitalières françaises. Parmi ces publications, 48,5 % sont de rang A ou B (contre 46 % en 2011).

### 7.2.6 - Les collections biologiques

On compte 940 collections biologiques dont 200 en recherches biomédicales et 540 à des fins scientifiques.

### 7.2.7 - La valorisation

- 471 portefeuilles internationaux de brevets actifs en 2012, détenus en pleine ou copropriété avec les partenaires académiques ou industriels de l'AP-HP ;
- 81 molécules issues de la R&D de l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP (AGEPS) valorisables en tant que médicament orphelin ou à destination pédiatrique ;
- 133 savoir-faire et 84 logiciels protégés, 28 marques et 29 modèles ;
- 846 collaborations de recherche et partenariats et contrats d'accès à des résultats d'essais cliniques et des bases de données, dont 237 ouverts en 2012 ;
- 183 licences actives (brevets et savoir faire) mises en place avec des laboratoires pharmaceutiques, entreprises de dispositif médical ou sociétés de biotechnologies françaises et internationales, dont 16 licences signées en 2012 ;
- 48 entreprises créées, dont 3 en 2012, sur la base d'innovations issues des activités hospitalières et de recherche médicale de l'AP-HP et de ses partenaires académiques ;
- 345 nouvelles demandes de valorisation, dont 40 nouvelles demandes de brevets déposées, 237 contrats de partenariat de R&D signés au cours de l'année, 15 nouveaux logiciels et savoir faire protégés.

### 7.2.8 - La recherche paramédicale

La recherche paramédicale est inscrite dans l'axe quatre du projet de soins 2010-2014 « Formation-compétences-métiers-recherche » ; elle permet de développer de nouveaux savoirs infirmiers et paramédicaux au bénéfice des patients et participe à l'amélioration continue de la qualité des soins. Dans ce domaine, les objectifs de la DSAP consistent à :

- optimiser l'organisation opérationnelle de la recherche paramédicale au niveau des GH à partir des directions de soins en structurant la mise en œuvre de cette mission en lien avec les pôles ;
- apporter de connaissances aux équipes et aux décideurs pour enrichir et améliorer les pratiques professionnelles ;
- mesurer l'impact des changements organisationnels, relationnels, techniques et scientifiques ;
- aider les équipes à diffuser leurs pratiques et projets en publiant dans les revues professionnelles ;
- faire émerger des projets de recherche paramédicale éligibles aux MIGAC ;
- enrichir et faire évoluer les référentiels de formation initiale et continue.

### **7.2.8.1 Les Projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédical (PHRIP)**

En 2012 quatre PHRIP de l'AP-HP (sur 45 projets présentés par l'AP-HP) ont été retenus et financés par le Ministère de la santé sur un total de vingt et un projets retenus au niveau national. Ces quatre projets sont les suivants :

- « Amélioration de la qualité de vie des patients greffés cardiaques grâce à une éducation thérapeutique structurée et formalisée réalisée par une équipe pluriprofessionnelle » (Hôpital Pitié Salpêtrière) ;
- « Intérêt de l'association de deux techniques complémentaires, l'hypnose et la neurostimulation électrique transcutanée dans la prise en charge de la douleur neuropathiques périphériques chroniques et/ou nociceptives non cancéreuses : essai randomisé » (Hôpital Saint Antoine) ;
- « Validation d'une échelle française de triage aux urgences pédiatriques » (Hôpital Robert Debré) ;
- « Validation d'un outil d'orientation du diagnostic éducatif pour les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques - OPERA-STAR » (Hôpital Bichat).

### **7.2.8.2 - Les formations à la recherche**

Le Département de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) finance chaque année des formations d'infirmiers (es) à la recherche (master II ou doctorat), apportant ainsi un soutien déterminant au développement de la recherche paramédicale de l'AP-HP. En 2012, quatre nouveaux doctorats ont ainsi été financés :

- « Evolution des pratiques infirmières : approche qualitative et quantitative dans le modèle des patients atteints de carcinomes hépatocellulaires » ;
- « De la « banalité du mal » à la prudence dans les soins infirmiers » ;
- « Intégration des données de limitations et d'arrêts des soins ou des thérapeutiques en recherche clinique en réanimation » ;
- « Organisation de la continuité des soins infirmiers en aval de l'hospitalisation et évaluation de la qualité du séjour hospitalier ».

En 2012, trois doctorats retenus en 2010 et un commencé en 2011 se sont poursuivis. En octobre 2012, la première infirmière doctorante financée par le DRCD a soutenu sa thèse sur le thème : « Réflexion éthique sur la fin de vie de l'enfant atteint d'amyotrophie spinale infantile de type 1. Evaluation par les parents de la prise en charge de la douleur ; étude de leur vécu concernant leur implication dans la prise de décision de mettre en route ou non une assistance respiratoire invasive ».

### **7.2.8.2 - La première journée de l'AP-HP dédiée à la recherche infirmière et paramédicale**

Fort de la réussite de la première journée de recherche infirmière et paramédicale, organisée en 2011, la DSAP a reconduit cet événement en 2012.

Cette journée avait pour objectif de promouvoir la recherche infirmière et paramédicale à l'AP-HP et les publications dans ce domaine. 156 participants et 17 intervenants y ont contribué, avec un taux de satisfaction de 100%.

## **7.3 - Les relations avec les universités, et avec les fondations et les promoteurs de plateformes de recherche**

### **7.3.1 - Coopération avec les sept universités partenaires de l'AP-HP**

#### *7.3.1.1 - Conventions constitutives de Centre Hospitalier et Universitaire*

Conformément aux engagements du plan stratégique 2005-2010, renouvelés dans celui de 2010-2014, l'AP-HP a poursuivi son objectif de conclure des conventions constitutives de CH et U avec ses sept universités partenaires : six conventions constitutives de CH et U avaient déjà été signées avec Paris Descartes ; Pierre et Marie Curie ; Paris Diderot ; Paris Sud ; Paris Est Créteil ; Versailles-Saint-Quentin.

En 2012, une convention constitutive de CH et U avec Paris 13 Nord a été négociée : elle a été signée en avril 2013. Avec cette convention, l'AP-HP achève de régulariser, au regard de la réforme Debré, sa situation avec les sept universités à composante santé de la région Ile-de-France.

#### *7.3.1.2 Contrat d'objectifs stratégiques hospitalo-universitaires*

Une des tâches de la mission « relations avec les universités et les organismes de recherche » est la préparation des contrats hospitalo-universitaires qui viennent donner sens aux conventions constitutives en définissant les orientations prioritaires que s'assignent conjointement pendant une séquence de quatre à cinq ans les deux institutions.

Un contrat d'objectifs stratégiques hospitalo-universitaire avec l'université de Versailles Saint-Quentin a été négocié en 2012. Il sera signé en juillet 2013.

#### *7.3.1.3 Séminaires hospitalo-universitaires*

Dans le souci de mieux coordonner ses orientations avec celles des universités partenaires, l'AP-HP a organisé un séminaire en juin 2012, qui rassemblait les présidents des sept universités, les onze doyens et les directeurs ou présidents des organismes de recherche.

Ce séminaire s'est articulé autour de deux tables rondes, l'une portant sur les départements hospitalo-universitaires labellisés en 2011, la seconde sur les « Investissements d'avenir » avec, notamment, les retours d'expériences des porteurs de projets lauréats, les échanges avec le Commissaire général adjoint à l'investissement et les représentants des diverses institutions en soutien de ces candidatures.

Le séminaire a été clôturé par le Commissaire général adjoint à l'investissement, dont l'intervention a porté sur les enseignements à tirer de cette politique des « Investissements d'avenir » et les perspectives à envisager dans un contexte national.

### **7.3.2 - Les relations avec les fondations et les promoteurs de plateformes de recherche**

L'AP-HP a continué à s'investir fortement auprès de partenaires promoteurs de structures innovantes en matière d'organisation de recherche. A ce titre, elle a apporté sa contribution à plusieurs partenariats.

#### *7.3.2.1 - Candidature dans le cadre des investissements d'avenir*

Trois projets impliquant l'AP-HP ont été labellisés Instituts hospitalo-universitaires (IHU) :

- ☞ institut hospitalo-universitaire des neurosciences translationnelles - A-ICM (Pitié – Salpêtrière) ;
- ☞ institut hospitalo-universitaire des maladies génétiques - Imagine (Necker) ;
- ☞ institut hospitalo-universitaire cardio-métabolisme et nutrition – ICAN. (Pitié-Salpêtrière).

Deux autres projets impliquant l'AP-HP ont été sélectionnés au titre des projets prometteurs :

- ☞ institut universitaire d'hématologie – (Saint-Louis) ;
- ☞ Handimedex - plateforme du handicap – (R. Poincaré).

Dénominateur commun de trois IHU sur les six labélisés en France, l'AP-HP s'est investie très fortement pour dégager avec ses partenaires d'enseignement et de recherche des éléments de doctrine et des dispositifs juridiques et fonctionnels opérationnels. Ainsi, cette mise en place des IHU s'est-elle réalisée en lien étroit avec le commissariat général à l'investissement et le cabinet du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

### ***7.3.2.2 - Institut hospitalo-universitaire des maladies génétiques - IMAGINE***

L'AP-HP a mis à disposition de l'institut des maladies génétiques (CTRS) une parcelle (7 500 m<sup>2</sup>) de son périmètre sur le site de Necker-enfants malades : le bâtiment Lamy. La charge foncière ainsi offerte par l'AP-HP au bénéfice de cette opération a été estimée par France Domaine à 19 M€. Par ailleurs, l'AP-HP continue à s'investir dans ce projet :

- participation active aux instances décisionnaires, à la définition de son plan d'investissement et négociation de la convention d'exploitation avec cette fondation ;
- signature de la convention d'occupation du domaine public et de fonctionnement d'un bâtiment hébergeant un institut des maladies génétiques sur le site de Necker-Enfants Malades ;
- signature de la convention relative au financement de la construction de l'Institut des maladies génétiques ;
- organisation, en tant que maître d'ouvrage, d'un concours d'architecture pour la construction d'un bâtiment de 17 500 m<sup>2</sup> ;
- communication auprès des élus et de l'environnement social.

### ***7.3.2.3 - Institut hospitalo-universitaire de neurosciences translationnelles - A-ICM***

L'AP-HP avait mis à disposition de l'ADREC, structure chargée du montage financier de l'opération et de la maîtrise d'ouvrage par l'ICM, une parcelle foncière estimée à 14 M€. Le projet d'IHU est venu conforter le projet initial de l'ICM en allouant, pour la conduite des programmes, qui avaient été labellisés 55 M€ sur 10 ans. Au-delà de ce soutien à ce projet, l'AP-HP s'est investie dans le fonctionnement de l'ICM et de l'IHU de différentes manières :

- négociation et signature de la convention avec la Fondation ICM ;
- finalisation du plan d'investissement pour la Fondation ICM ;
- inauguration du bâtiment de l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, localisé à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ;
- élaboration d'un plan de convergence pentapartite entre l'ICM et l'IHU de neurosciences nouvellement créé afin d'éviter les doublons et de conduire à terme à une structure unique.

#### **7.3.2.4 - Institut hospitalo-universitaire de cardio-métabolisme et nutrition - ICAN**

- contribution de l'AP-HP à l'élaboration des statuts de la fondation de coopération scientifique, support de l'IHU ;
- mise en place de ces dispositifs qui conditionnent la publication d'un décret du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et l'attribution à l'IHU des ressources promises ;
- négociation d'une convention bilatérale avec la Fondation ;
- participation au conseil d'administration.

#### **7.3.2.5 - Autres projets impliquant l'AP-HP dans le cadre des investissements d'avenir**

- équipements d'excellence (Equipex) : 3 projets sélectionnés impliquant l'AP-HP ;
- cohorte : l'AP-HP est impliquée dans 6 d'entre eux ;
- laboratoires d'excellence (Labex) : l'AP-HP est impliquée dans 8 d'entre eux ;
- infrastructures et démonstrateurs : l'AP-HP est impliquée dans 2 d'entre eux ;
- initiative d'excellence (IDEX) : dossiers de candidature en cours d'instruction.

#### **7.3.2.6 - Pôles de recherche et d'enseignement supérieurs**

- l'AP-HP soutient ces initiatives dans la mesure où ces fédérations, voire ces confédérations d'universités, apportent une simplification de la cartographie universitaire en créant des ensembles qui offrent des masses critiques de disciplines médicales, de terrains de formation et d'expertise, et qui permettent aux réorganisations hospitalières d'être conduites avec une plus grande plasticité ;
- la mission « Relations avec les universités » a apporté un soutien actif aux candidatures des pôles de recherche et d'enseignement supérieur, en organisant notamment la participation de la directrice générale au jury international.

#### **7.3.2.7 - Réseaux thématiques de recherche et de soins (RTRS)**

L'AP-HP a participé activement aux réseaux :

- FondaMental (santé mentale) ;
- Centaure (greffes) ;
- PremUP (Risque et prématurité) : pour cette Fondation, la mission « relations avec les universités et les organismes de recherche » a négocié les conditions matérielles, juridiques et financières d'installation (bureau et laboratoire L2) à proximité d'une unité INSERM, dans la nouvelle maternité de Port-Royal, ouverte début 2012.

#### **7.3.2.8 - Institut de la longévité**

- convention de mise à disposition patrimoniale de l'Institut de la longévité en liaison avec l'Université Pierre et Marie Curie, la ville d'Ivry et le département du Val-de-Marne ;
- inauguration de la plateforme de l'institut de la longévité ;
- participation au conseil d'administration.

#### **7.3.2.9 - Gestion et valorisation des collections biologiques**

Les collections biologiques sont un élément déterminant pour la recherche fondamentale mais aussi pour la recherche appliquée des partenaires industriels. A l'avenir, ce patrimoine – dont

l'AP-HP est dépositaire – sera essentiel pour les progrès de la recherche cognitive mais aussi de la Recherche et du Développement (R&D) des partenaires industriels. L'AP-HP a décidé de tout mettre en œuvre pour professionnaliser la conservation de ces ressources et de faciliter leur mise à disposition.

A cet effet, elle contribue à mettre en place une vaste plateforme de mutualisation et de valorisation des ressources biologiques sur le site de la Pitié-Salpêtrière qui rassemblera les ressources biologiques des deux IHU, celle de l'Institut de la vision et celles du réseau thématique de recherche et de soins (RTRS) FondaMental.

### **7.3.3 - Les partenariats industriels**

#### ***7.3.3.1 - Paris Biotech – Paris santé Cochin***

L'AP-HP soutient l'extension de Paris Biotech - Paris Santé sur le site de l'hôpital Cochin de façon que cette structure puisse répondre aux demandes d'hébergement de *start-up* ou de jeunes entreprises.

#### ***7.3.3.2 - Plateforme inter-universitaire de simulation en soins de santé***

L'AP-HP a proposé à ses partenaires universitaires la création d'une plateforme de formation par des techniques de simulation en soins de santé. Ce projet n'a pas pu être candidat aux « Investissements d'avenir ». L'AP-HP va désormais se focaliser sur la réimplantation de son école de chirurgie et sur sa mise à niveau des normes correspondant aux nouvelles techniques d'enseignement pratique ayant recours à la simulation numérisée.

#### ***7.3.3.3 - Plateforme de chirurgie expérimentale humaine et animale***

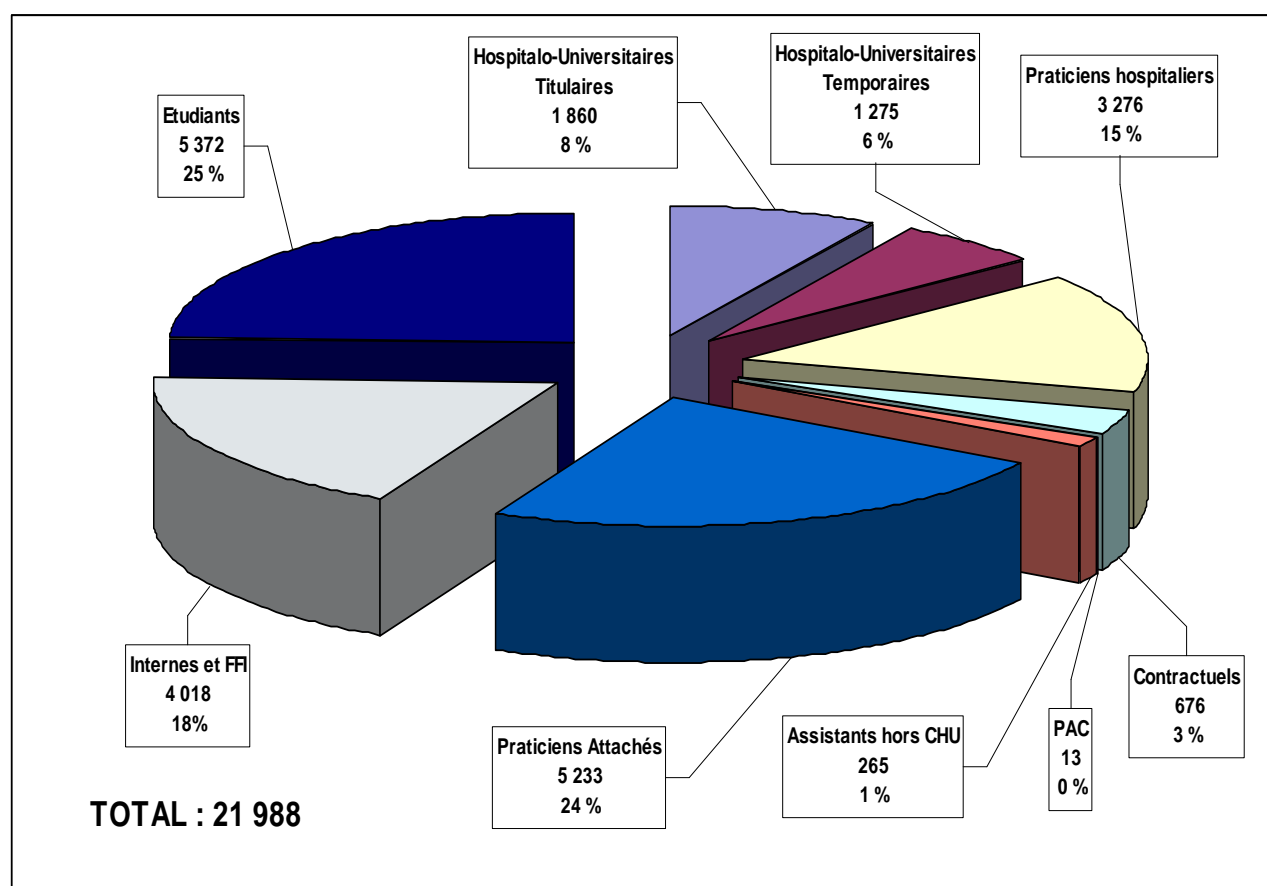
A l'occasion de son projet de relocalisation et de modernisation de son école de chirurgie, l'AP-HP mène un travail en liaison avec l'Université Paris Est-Créteil (UPEC) et l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort (ENVA) sur la création d'une plateforme de chirurgie expérimentale humaine et animale.

## 8 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

### 8.1 - Les ressources humaines médicales

#### *Répartition des effectifs par statut au 31 décembre 2012*

Hospitalo-universitaire (HU) titulaire	Hospitalo-universitaire (HU) temporaire	Praticien hospitalier (PH)	Praticien contractuel (PHC)	Praticien Adjoint contractuel (PAC)	Assistant hors CHU (AH)	Praticien attaché	Interne	Etudiant	Total
1 860	1 275	3 276	676	13	265	5233	4 018	5 372	21 988





**Evolution des effectifs de personnel médical  
(exprimés en personnes physiques) par statut entre 2011 et 2012**

STATUTS	2011	2012	Evolution en nombre et en %	
Hospitalo-universitaire (HU) titulaire				
dont :				
- PU-PH	1 161	1 163	2	0,17
- MCU-PH	535	512	- 23	- 4,30
- Odontologiste	120	122	2	1,67
- Consultant	62	63	1	1,61
<b>Sous-total HU titulaire</b>	<b>1 878</b>	<b>1 860</b>	<b>- 18</b>	<b>- 0,96</b>
Hospitalo-universitaire (HU) temporaire				
dont :				
- PHU, CCA, AHU	1 168	1 182	14	1,20
- Odontologiste	87	93	6	6,90
<b>Sous-total HU temporaire</b>	<b>1 255</b>	<b>1 275</b>	<b>20</b>	<b>1,59</b>
<b>Total hospitalo-universitaires titulaire et temporaire</b>	<b>3 133</b>	<b>3 135</b>	<b>2</b>	<b>0,06 %</b>
Praticien hospitalier (PH)	3 227	3 276	49	1,52
Assistant hors CHU	238	265	27	11,34
Praticien adjoint contractuel (PAC)	13	13	0	0,00
Praticien contractuel (PHC)	660	676	16	2,42
Praticien attaché	5 223	5 233	10	0,19
Interne et résident	3 043	4 018	975	32,04
- dont FFI	536	449	- 87	- 16,23
Etudiant	5 545	5 372	- 173	- 3,12
<b>Total</b>	<b>21 082</b>	<b>21 988</b>	<b>906</b>	<b>4,30 %</b>
<b>Total (hors interne, résident et étudiant)</b>	<b>12 494</b>	<b>12 598</b>	<b>104</b>	<b>0,83 %</b>

Le tableau des effectifs de personnel médical appelle les commentaires suivants :

- les effectifs hospitalo-universitaires sont quasi-stables, avec une légère hausse du nombre de professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) par rapport à 2011 ;

- les effectifs de praticiens hospitaliers (PH) augmentent en 2012 (+ 1,52 %) notamment en raison de la transformation de postes de praticiens contractuels et de praticiens attachés dans le cadre des révisions des effectifs de PH (diminution entre 2010 et 2011 de - 1,04 %) ;

- le statut des praticiens adjoints contractuels (PAC) est en voie d'extinction ;

- le nombre de praticiens contractuels (PHC) est en augmentation (+ 2,42 %) alors que les effectifs de praticiens attachés sont quasi-stables (+ 0,19 %), résultant en une faible augmentation totale des praticiens contractuels de + 0,44 % (diminution entre 2010 et 2011 de - 2,95 %) ;

- le nombre d'internes est en forte augmentation (+ 32,04 %) ; les effectifs d'étudiants hospitaliers sont en diminution malgré le desserrement important et croissant du numerus clausus.

*Evolution des équivalents temps-plein selon les statuts entre 2011 et 2012*

STATUTS	2011	2012	Evolution en nombre et en %	
Hospitalo-universitaire (HU) titulaire				
dont :				
- PU-PH	611,45	613,00	1,55	0,25
- MCU-PH	267,50	256,00	- 11,50	- 4,30
- Odontologiste	38,10	40,00	1,90	4,99
<b>Sous-total HU titulaire</b>	<b>917,05</b>	<b>909,00</b>	<b>- 8,05</b>	<b>- 0,88</b>
Hospitalo-universitaire (HU) temporaire				
dont :				
- PHU, CCA, AHU	584,00	591,00	7,00	1,20
- Odontologiste	18,30	18,90	0,60	3,28
<b>Sous-total HU temporaire</b>	<b>602,30</b>	<b>609,90</b>	<b>7,60</b>	<b>1,26</b>
<b>Total hospitalo-universitaires titulaire et temporaire</b>	<b>1 519,35</b>	<b>1 518,90</b>	<b>- 0,45</b>	<b>0,03 %</b>
Praticien hospitalier (PH)	2 986,81	3 030,81	43,99	1,47
Assistant hors CHU	238,00	265,00	27,00	11,34
Praticien adjoint contractuel (PAC)	10,00	10,00	0,00	0,00
Praticien contractuel (PHC)	544,00	564,50	20,50	3,77
Praticien attaché	2 067,85	2 130,55	62,70	3,03
Interne et résident	3 043,00	4 018,00	975,00	32,04
Etudiant	5 545,00	5 372,00	- 173,00	- 3,12
<b>Total</b>	<b>15 954,01</b>	<b>16 909,75</b>	<b>955,74</b>	<b>5,99 %</b>
<b>Total (hors interne, résident et étudiant)</b>	<b>7 366,01</b>	<b>7 519,75</b>	<b>153,74</b>	<b>2,09 %</b>

Les ETP médicaux seniors sont en augmentation (+ 2,09 %) entre 2011 et 2012, inversant la tendance des années précédentes (- 0,12 % entre 2010 et 2011, - 0,50 % entre 2009 et 2010).

Les ETP des praticiens hospitaliers augmentent légèrement, notamment en raison de la transformation des ETP de praticiens contractuels et de praticiens attachés dans le cadre des révisions des effectifs de praticiens hospitaliers.

Les ETP de praticiens hospitaliers titulaires augmentent par rapport à 2011, pour atteindre + 0,92 % (-0,44 % en 2011, + 2,27 % en 2010, + 0,69 % en 2009 et + 6,75 % en 2008).

Le nombre d'ETP de praticiens attachés augmente (+ 3,03 %) par rapport à 2011 (- 3,81 % entre 2010 et 2011), en lien avec l'augmentation du nombre moyen de demi-journées travaillées par praticien (4,07 en 2012, soit + 2,8 % par rapport à 2011).

Les ETP d'assistants continuent à augmenter en 2012 (+ 11,34 %), après avoir connu une augmentation de + 12,26 % en 2011, et de + 4,43 % en 2010, due notamment au décret de 2009 qui ouvre la possibilité de recruter des assistants spécialistes dans les CHU pour toutes les spécialités.

## 8.2 - Les ressources humaines non médicales

Au titre des axes majeurs qui guident la stratégie de la DRH de l'AP-HP figure la construction d'une politique des ressources humaines (RH) de développement durable.

Cette politique est fondée sur le maintien de l'employabilité tout au long de la vie professionnelle, grâce à un travail coordonné entre les acteurs de la formation, des conditions de travail, de la mobilité, de la politique sociale et de la gestion des situations individuelles.

Il s'agit en particulier de promouvoir l'approche qualité de vie au travail dont le lien avec la qualité des soins est établi.

### 8.2.1 - La politique de l'emploi

Le présent rapport d'activité 2012 a été réalisé à partir des données issues du logiciel « Opale » *via* HR Access. Les chiffres 2011 et 2012 sont présentés en équivalent temps pleins rémunérés moyens annuels (ETPR moyens) hors personnels rémunérés sur recettes affectées. L'analyse est faite sur le personnel permanent et le personnel de remplacement (sur l'ensemble des budgets).

#### ► Les effectifs globaux

##### Le personnel permanent :

Les effectifs rémunérés sur emploi permanent sont restés quasiment stables entre 2011 et 2012 avec + 27 ETPR moyens et s'établissent à 68 955 ETPR moyens en 2012 contre 68 928 ETPR moyens en 2011.

L'évolution des différentes filières se présente de la façon suivante :

- Personnel administratif : - 1,5 %, soit - 128 ETPR ;
- Personnel technique et ouvrier : + 0,1%, soit + 6 ETPR ;
- Personnel hospitalier et médico-technique : + 0,3%, soit + 142 ETPR ;
- Personnel socio-éducatif : + 0,7%, soit + 7 ETPR.

##### Le personnel de remplacement :

Les effectifs rémunérés de remplacement ont progressé de 1,72 % entre 2011 et 2012, soit + 61 ETPR moyens et s'établissent à 3 599 ETPR moyens en 2012 contre 3 538 ETPR moyens en 2011.

Cette hausse des effectifs rémunérés de remplacement a touché essentiellement le personnel administratif (+ 47 ETPR) et le personnel médico-technique et de rééducation (+ 46 ETPR). Cependant, cette augmentation est atténuée par une baisse des effectifs rémunérés du personnel hospitalier qualifié (- 34 ETPR).

#### ► Le personnel administratif et le personnel technique et ouvrier

##### Le personnel permanent

Le tableau ci-dessous détaille l'évolution des effectifs temps pleins rémunérés moyens des personnels administratifs et des personnels techniques et ouvriers entre 2011 et 2012.

**Evolution de l'effectif temps plein rémunéré des personnels administratifs et des personnels techniques et ouvriers entre 2011 et 2012**

Filières et grade	Effectifs rémunérés permanents			
	ETPR moyen		Ecart ETPR 2011-2012	
	2011	2012	En valeur absolue	en %
<b>I- Personnel administratif</b>				
Chargés de mission	378	442	64	17,1%
Adjoints des cadres hospitaliers et Adjoints administratif hospitalier	4 777	4 715	-62	-1,3%
Attaché d'administration hospitalière	301	280	-21	-7,1%
Directeurs	275	256	-19	-7,0%
Assistant médico-administratif "branche secrétaire médicale et permanencier"	3 048	2 957	-91	-3,0%
autres personnels administratifs	44	45	1	1,8%
<b>Total personnel administratif</b>	<b>8 823</b>	<b>8 695</b>	<b>-128</b>	<b>-1,5%</b>
<b>II- Personnel technique et ouvrier</b>				
Chargés de mission	539	540	1	0,1%
Ingénieurs	283	283	0	0,0%
Autres personnel technique et ouvrier	4 984	4 990	6	0,1%
<b>Total personnel technique et ouvrier</b>	<b>5 807</b>	<b>5 813</b>	<b>6</b>	<b>0,1%</b>

La baisse des effectifs rémunérés du personnel administratif porte essentiellement sur les assistants médico-administratifs « option secrétaire médicale », les adjoints des cadres et sur les attachés d'administration hospitalière.

Concernant le personnel technique et ouvrier, la légère hausse masque une situation contrastée : une hausse des effectifs des agents d'entretien qualifié (+ 81 ETPR), et une baisse des effectifs des ouvriers (- 53 ETPR) et des agents de maîtrise (- 24 ETPR).

*Le personnel de remplacement :*

En ce qui concerne le personnel de remplacement, on constate les évolutions suivantes :

- le personnel administratif de remplacement a progressé de 4,8% entre 2011 et 2012 (+ 47 ETPR). Cette hausse, particulièrement marquée chez les chargés de mission, les adjoints administratifs hospitaliers et les assistants médico-administratif « option secrétaire médical », a été compensé en partie la baisse des personnels permanents ;
- le personnel technique et ouvrier est resté parallèlement stable (+ 2 ETPR).

## ➤ Le personnel hospitalier et socio éducatif

### *Le personnel permanent*

Le tableau ci-dessous détaille l'évolution des effectifs temps pleins rémunérés moyens des personnels hospitalier et socio éducatif entre 2011 et 2012.

### **Evolution de l'effectif temps plein rémunéré moyen des personnels hospitaliers et socio-éducatifs entre 2011 et 2012**

Filières et grade	Effectifs rémunérés permanents			
	ETPR moyen		Ecart ETPR 2011-2012	
	2011	2012	En valeur absolue	en %
<b>I- personnel hospitalier et médico-technique</b>				
<b>Personnel médico-technique</b>	<b>5 258</b>	<b>5 283</b>	<b>25</b>	<b>0,5%</b>
Cadres et cadres supérieurs	373	366	-7	-2,0%
Manipulateurs	1 348	1 374	26	2,0%
Préparateurs en pharmacie	608	629	21	3,5%
technicien de laboratoire	2 929	2 914	-15	-0,5%
<b>Personnel de rééducation</b>	<b>2 203</b>	<b>2 215</b>	<b>12</b>	<b>0,6%</b>
cadres et cadres supérieurs	126	122	-4	-3,1%
Dietéticiennes	366	367	1	0,3%
Ergothérapeutes	160	158	-2	-1,4%
Masseurs kinésithérapeutes	695	684	-11	-1,6%
Orthophonistes	131	132	1	0,6%
Orthoptistes	43	42	-1	-1,5%
Pédicures podologue	15	16	1	6,1%
Psychologues	575	593	18	3,1%
Psychomotriciens	91	101	10	10,4%
<b>Personnel hospitalier qualifié</b>	<b>24 530</b>	<b>24 181</b>	<b>-349</b>	<b>-1,4%</b>
Agents des services hospitaliers qualifiés	4 630	4 407	-223	-4,8%
Aides-soignants	18 078	17 927	-151	-0,8%
Auxiliaire de puériculture	1 748	1 778	30	1,7%
Autres personnels hospitaliers qualifiés	73	69	-4	-5,9%
<b>Personnel hospitalier diplômé</b>	<b>21 322</b>	<b>21 775</b>	<b>453</b>	<b>2,1%</b>
Cadres cadres supérieurs et directeurs de soins	2 214	2 145	-69	-3,1%
Infirmiers de salle d'opération	525	519	-6	-1,1%
Infirmiers anesthésistes	748	765	17	2,3%
Infirmiers diplômé d'état	16 832	17 261	429	2,5%
Puéricultrices	519	598	79	15,3%
Sages Femmes	484	487	3	0,5%
<b>Total personnel hospitalier et médico-technique</b>	<b>53 312</b>	<b>53 454</b>	<b>142</b>	<b>0,3%</b>
<b>II - Personnel socio-éducatif</b>				
Cadres et cadres supérieurs	59	54	-5	-8,6%
Assistants socio-éducatifs	715	728	13	1,8%
Educateurs de jeunes enfants	172	167	-5	-2,7%
Autres personnels socio-éducatifs	40	44	4	9,7%
<b>total personnel socio-éducatif</b>	<b>986</b>	<b>993</b>	<b>7</b>	<b>0,7%</b>

Le personnel hospitalier et médico-technique a augmenté sensiblement en 2012, malgré une forte baisse des effectifs du personnel hospitalier qualifié. Cette hausse concerne essentiellement les infirmiers diplômés d'Etat.

En effet, les recrutements sur cette qualification ont augmenté de plus d'un tiers par rapport à 2011, et les sorties ont parallèlement baissé de 16 %.

En revanche, au sein du personnel hospitalier diplômé, les effectifs d'encadrement continuent de diminuer (- **69 ETPR**) en particulier sur les cadres infirmiers (- **63 ETPR** par rapport à 2011). L'impact des concours de cadres de santé et de cadres supérieur de santé n'a pas permis de remplacer la totalité des départs.

*Le personnel de remplacement :*

En ce qui concerne le personnel de remplacement, on constate les évolutions suivantes :

- une stabilité des effectifs des personnels socio éducatifs ;
- une légère augmentation du personnel hospitalier et médico-technique (+ **12 ETPR**) qui se décompose de la façon suivante :
  - ☞ augmentation du personnel médico-technique (+ 25 ETPR)
  - ☞ augmentation du personnel de rééducation (+ 13 ETPR)
  - ☞ augmentation du personnel hospitalier diplômé (+ 8 ETPR)
  - ☞ diminution du personnel hospitalier qualifié (- 34 ETPR)

*Le répertoire des métiers*

L'AP-HP utilise le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière dans sa politique de gestion des ressources humaines pour développer une approche plus qualitative de l'emploi.

Tous les professionnels non médicaux en activité sont positionnés sur un des 210 métiers des neuf familles de métiers : soins ; social-éducatif et culturel-culturel-sports et loisirs ; recherche clinique ; ingénierie et maintenance techniques ; services logistiques ; qualité-hygiène-sécurité-environnement ; systèmes d'information ; gestion de l'information ; management ; gestion et aide à la décision.

En décembre 2012, 99,54 % des professionnels étaient positionnés sur un métier du répertoire.

Des démarches de gestion prévisionnelle des métiers engagées en 2011 se sont poursuivies en 2012 avec les groupes hospitaliers (métiers de la filière investissements et maintenance, urgences, blocs opératoires...). Dans le cadre du projet biologie, des aires de mobilité des techniciens en laboratoire médical sont en cours de définition. Un travail sur les métiers et compétences des pôles de biologie de demain est engagé tout comme la description des postes des techniciens de biologie médicale ainsi que les formations préconisées dans le cadre des mobilités de postes.

Dans le cadre du projet prioritaire « Prise de rendez-vous » du plan stratégique, les outils nécessaires à la mise en place des parcours d'intégration et de professionnalisation pour les chargés de rendez vous en santé sont en cours de construction (cahier des charges formation, fiche de suivi des parcours...).

Pour le projet prioritaire « Amélioration du codage » du plan stratégique, la fiche métier de Technicien d'information médical (TIM) a été actualisée et sera proposée à la DGOS dans le cadre de l'actualisation du répertoire national des métiers en 2013. Un parcours professionnel de conversion vers le métier de TIM a été élaboré.

Une réflexion sur le métier de conseiller en prévention des risques professionnels a permis de proposer au CHSCT central une fiche métier rénovée. L'élaboration d'un référentiel d'activités détaillé est en cours.

Les actions menées pour promouvoir une approche métier constituent une réponse aux enjeux de développement des compétences de l'AP-HP.

## 8.2.2 - Le parcours professionnel et l'accompagnement personnalisé des cadres dirigeants

### La population des cadres dirigeants

Compte non tenu des membres du comité de direction générale et des contractuels de haut niveau, l'AP-HP comptait 337 cadres de direction en poste au 31 décembre 2012 : 259 directeurs d'hôpital, 68 directeurs des soins et 10 ingénieurs généraux.

### Les mouvements

Au cours de ses sept réunions tenues durant l'année 2012, le comité carrières a validé 51 mouvements de cadres dirigeants : 36 recrutements de directeurs d'hôpital (19 mobilités internes AP-HP, 3 sorties EHESP et 14 recrutements extérieurs), et 15 recrutements de directeurs des soins (9 mobilités internes, 1 retour de détachement, 2 sorties EHESP et 3 recrutements extérieurs).

### L'accompagnement personnalisé

L'accompagnement des cadres se fait suivant deux modalités : le conseil carrière et le coaching.

Le conseil carrière, permet à toute personne de faire un point sur sa carrière et l'évolution de son parcours professionnel quels que soient la nature de la demande et le degré de maturité de la réflexion. Le conseil carrière a concerné une quinzaine de cadres de direction en 2012, et s'est traduit par la réalisation de 60 entretiens.

Le coaching se décline à l'AP-HP selon deux modalités en fonction de la nature du besoin : le coaching interne (assuré par des cadres de l'AP-HP qui ont reçu une formation certifiante) et le coaching externe confié à des cabinets titulaires du marché. Il a concerné une vingtaine de cadres de direction en 2012.

## 8.2.3 - La prévention des risques professionnels et la santé au travail

### PAPRIPACT 2012

Dans le cadre du PAPRIPACT 2012, les groupes thématiques sur le travail de nuit, et la prévention des troubles musculosquelettiques ont poursuivi leurs travaux engagés en 2011.

L'organisation d'une période de récupération nocturne, la mise en place d'un test et de son évaluation sur la base d'un questionnaire anonyme se sont déroulés sur un site volontaire et répondant aux conditions exigibles. L'expérimentation sera poursuivie en 2013. Une brochure pédagogique sur les risques professionnels et les moyens de prévention de la santé lors du travail de nuit est en préparation.

Pour développer la professionnalisation de la prévention des risques professionnels et le partage d'expériences, la coordination des conseillers en prévention des risques professionnels dans les hôpitaux (CPRP) a été réunie. Un groupe de travail sur le parcours de professionnalisation des CPRP a rédigé un « référentiel métier » détaillé et a défini une fiche de poste type qui va être diffusée dans les hôpitaux.

La diffusion des états mensuels relatifs aux accidents du travail et de trajet, ainsi qu'aux maladies professionnelles aux membres du CHSCT central a été réalisée.

La mise en place du suivi individuel de l'exposition professionnelle à certains risques a été engagée avec la création de deux guides d'accompagnement pédagogique « repérer et gérer les expositions ».

Dans le cadre de la prévention des risques psychosociaux (RPS), le comité de pilotage central s'est réuni à deux reprises. Une démarche de prévention primaire, secondaire et tertiaire a été engagée : le tableau de bord de suivi du plan d'actions de prévention des RPS a été mis en œuvre, ce qui a permis d'élaborer une cartographie de la situation en matière de risques psychosociaux. Une formation « exigible » sur la prévention du risque suicidaire a été mise en place avec le CFDC depuis 2011.

Un dispositif de formation et d'information sur le risque de l'amante faisant le point des connaissances scientifiques et de l'évolution réglementaire a été mis en place. L'actualisation du plan amiante AP-HP 2005 avec les membres du CHSCT central a été engagée.

L'appel à projet au titre des contrats locaux d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail (CLASS), lancé en 2011 a permis à 26 hôpitaux de bénéficier d'une subvention à hauteur de 752 037,93 euros.

Dans le cadre des coopérations avec l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France et la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de Paris :

- un nouvel appel à projet, au titre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), a été lancé en mars 2012, impliquant l'AP-HP sur le volet relatif à la prévention des risques chimiques ;

- le département santé au travail a participé à la réalisation des fiches d'information par risque professionnel pour aider les établissements de santé d'Ile-de-France à l'évaluation du risque chimique co-pilotée par la DIRECCTE et l'ARS dans le cadre du plan régional santé au travail (PRST) 2.

#### Prévention des addictions

En 2012, la mission de prévention des addictions « Fides » a réalisé, avec des pharmaciens et médecins addictologues, une plaquette sur l'automédication destinée à l'ensemble des personnels ainsi qu'un film de témoignages de soignants et a lancé une enquête sur la pratique de consommation des médicaments psychotropes hors prescription médicale par les personnels des hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse.

Parallèlement, la mission a maintenu l'accompagnement des groupes locaux des hôpitaux avec entre autres l'organisation de journées de sensibilisation ; le dispositif d'aide pour les personnels en difficulté avec la ligne téléphonique dédiée est maintenu.

## **8.2.4 - Handicap et inaptitude**

Le développement de la politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés s'est traduit en 2012 par la proposition de prestations et d'aides techniques spécifiques (auxiliaires de vie professionnelle, visio-interprétariat à distance...) et une progression du taux d'emploi direct (4,68 % en 2012 contre 4,53% en 2011) malgré le contexte global de vieillissement de la population hospitalière.

En 2012, les actions de formation pour la professionnalisation des référents handicap et travail ont été poursuivies. La réflexion sur la démarche qualité à mettre en place pour les prestations



servies dans le cadre du Protocole Handicap a été menée concomitamment à la conception du projet de nouveau protocole Handicap rédigé en concertation avec les partenaires sociaux.

Les dépenses réalisées au titre d'achats passés dans le cadre des marchés avec le secteur protégé se sont sensiblement accrues (1 123 437€ en 2012 contre 512 605 € en 2011).

### **8.2.5 - La mobilité professionnelle**

Dans le contexte de profondes restructurations, le service des parcours et mobilités professionnels (SPMP) poursuit sa mission de coordination et d'accompagnement des mobilités à la fois sur le plan collectif (accompagnement des groupes hospitaliers) et sur le plan individuel (accompagnement des agents).

Cette mission, qui s'opère notamment au travers de la coordination de différents dispositifs, en lien direct avec la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014, s'est articulée en 2012 autour des actions suivantes :

- coordination et animation du réseau des référents mobilité (RM) : mis en place depuis 2009, le réseau des RM est devenu un référent incontournable dans l'accompagnement des mobilités ;

- animation de réunions mensuelles de référents mobilité. En 2012, les réunions mensuelles se sont poursuivies (15 participants en moyenne) avec pour objectifs : le partage des informations ; l'amélioration des procédures communes ; la formation au montage des dossiers et des outils de suivi ; la mise en place d'un lieu d'informations et d'échange sur les pratiques (présentations du baromètre interne et du projet « Proches de vous » - DSPC ;

- actualisation et perfectionnement des outils : en 2012, un document spécifique intitulé « Processus d'accompagnement des restructurations » a été réalisé ;

- interface avec les correspondants externes pour la mobilité : le SPMP a poursuivi sa participation aux réunions de travail organisées par l'Agence régionale de santé et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, et a concrétisé son partenariat avec la Ville de Paris (une charte doit être signée en 2013) ;

- suivi du dispositif FMESPP/FIR : le SPMP est en charge de la gestion du budget alloué par le Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), devenu le dispositif le Fonds d'Intervention Régional depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012.

Pour l'ensemble des mesures ouvrant droit à financement, le SPMP est l'interface entre les GH et les services internes en charge du contrôle (DEFIP, Trésorerie Générale) ou du traitement du dossier (CRAMIF - ARS).

Le SPMP gère également :

- les instructions d'opérations d'intégration, de transfert ou de reprise d'activités
- dans le cadre de la reprise, à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2011, des activités de néonatalogie, de lactarium, de biberonnerie et de laboratoire de l'Institut de Puériculture (IPP) par l'AP HP, le SPMP, en lien avec le GH Necker, la DAJ et la DEFIP, a mis en œuvre en 2012 le processus d'intégration des personnels concernés (CDI de droit public, puis dispositif d'intégration dérogatoire). Sur les 151 personnels non médicaux reçus, 22 ont refusé le contrat ;

- intégration au 1<sup>er</sup> mai 2012 des 3 agents du Centre Hospitalier Sud Francilien au Comité de coordination régional de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) Est à l'hôpital St Louis ;

- emplois d'avenir : le SPMP a été chargé de la mise en œuvre de ce nouveau dispositif et a élaboré les premiers documents d'information et de communication tant sur le cadre réglementaire que sur le démarrage du dispositif.

S'agissant de l'ensemble de ces mesures et de l'accompagnement personnalisé des personnels non médicaux, 118 agents (hors cadres) ont été reçus en 2012 par les conseillères en ressources humaines du SPMP.

## **8.2.6 - La politique sociale**

### ***8.2.6.1 - L'accueil de la petite enfance et de l'enfance***

Fin 2012, l'AP-HP disposait de 3 911 places de crèche pour une moyenne d'enfants inscrits proche de 6 000, représentant 694 646 journées/enfants réalisées, week-ends compris. Les crèches sont ouvertes à toutes les catégories professionnelles : 67,6 % des parents sont des soignants ; 11 % des administratifs ; 8 % des médecins ; 6,1% des médico-techniques ; et 7,3 % des personnels techniques. L'AP-HP met, par ailleurs, des places de crèches à disposition d'autres institutions publiques : ville de Paris, ministère de l'Intérieur, autres hôpitaux.

Il convient d'ajouter 1 274 places en accueil de loisirs pour 22 centres de loisirs, ouverts en moyenne 120 jours par an (mercredi et toutes périodes de congés scolaires).

En 2012, la DRH a coordonné la rédaction, par un groupe de pédiatres, d'un «Guide de bonnes pratiques sanitaires des enfants accueillis en crèche » qui a été diffusé dans toutes les crèches de l'AP-HP.

### ***8.2.6.2 - Le logement***

L'AP-HP a un potentiel de logements important qu'elle mobilise pour la politique de logement de ses personnels. Les 10 700 logements se répartissent entre environ 1 200 logements situés sur les sites hospitaliers (domaine public), environ 400 logements dans des programmes en baux emphytéotiques près des sites hospitaliers, 2 800 logements situés dans les immeubles du domaine privé en gérance directe, et 6 300 logements sur droits de désignation dans le cadre de baux emphytéotiques et de conventions de réservation.

Environ 700 des logements des sites hospitaliers, gérés de manière déconcentrée, sont attribués par les directions hospitalières aux personnels logés par nécessité et utilité de service conformément aux dispositions du décret du 8 janvier 2010 en contrepartie de gardes et astreintes.

Les autres logements, souvent des chambres ou des studios, sont mis à disposition à des personnels hospitaliers à titre de soutien professionnel ou social.

Les logements du domaine privé ainsi que ceux en réservation auprès des bailleurs font l'objet d'attributions concentrées selon des règles transparentes suite à des commissions ou dans le cadre de dispositifs d'attractivité. Ces attributions s'effectuent sous la responsabilité de la DRH AP-HP qui suit les priorités déterminées par les commissions d'attribution :

- commission d'attribution pour les logements par nécessité et utilité de service sous la présidence de la secrétaire générale ;

- commission d'attribution composée de représentants des organisations syndicales et des correspondants logements des hôpitaux pour les logements attribués à titre de soutien professionnel et social selon une grille de critères pondérés.

Environ 90 studios infirmiers sont également attribués directement par la DRH de l'AP-HP pour permettre le recrutement d'infirmières ou de personnels soignants spécialisés (kinésithérapeutes,...) de province dans le cadre du dispositif « Infirmière capitale ».

Depuis la fin de l'année 2011, des logements (studios ou F2) ont également été proposés à de jeunes diplômées des IFSI de la région parisienne en contrepartie de leur recrutement sur un poste sensible. 63 logements ont ainsi été attribués en 2012 dans le domaine privé.

Compte-tenu d'un nombre de demandes globalement stable, le taux de satisfaction global en 2012 a été un peu supérieur à 20 %.

Des actions d'optimisation de la gestion sont prévues pour maintenir le nombre annuel des attributions sur critères sociaux et professionnel à un niveau permettant à l'AP-HP de contribuer au logement social de ses agents en activité.

#### **8.2.6.3 - Les œuvres sociales**

L'association de gestion des œuvres sociales des personnels des administrations parisiennes (AGOSPAP) met en œuvre la politique d'action sociale, socioculturelle, sportive et de loisirs au bénéfice des personnels de l'AP-HP.

En 2012, l'APHP a contribué au budget de l'AGOSPAP à hauteur de 17 428 600 euros. Un abondement spécifique de 300 000 euros a été consacré au préfinancement des chèques emploi service universel (CESU), permettant –sous certaines conditions- la participation aux frais de garde des enfants âgés de moins de 6 ans du personnel non médical.

Le comité des aides exceptionnelles a accordé 1 391 aides exceptionnelles pour un montant de 984 233 euros, se répartissant de la façon suivante :

- 1 196 aides financières pour 621 212 € ;
- 66 exonérations de séjours vacances juniors pour 21 125 € ;
- 10 frais d'obsèques pour 13 540 € ;
- 119 prêts bonifiés pour 328 355 €.

Au titre de la retraite, 1 138 allocations de départ à la retraite ont été versées pour un montant de 1 245 458 euros ainsi que 120 allocations réformes pour un montant de 102 167 euros.

Le réseau du service social du personnel a reçu 17 305 agents, a réalisé 53 074 entretiens sociaux, et conduit 201 visites à domicile.

La signature d'une convention entre l'AGOSPAP et l'association ADAC (accompagner, dynamiser, agir, créer) a, depuis octobre 2012, permis le suivi des personnels de l'AP-HP, confrontés à des difficultés financières, par des conseillères en économie sociale et familiale. Ces dernières apportent aide à la gestion du budget et conseil. Dans certains cas, elles assurent également un accompagnement pour la recherche de solutions dans le cadre d'un surendettement.

#### **8.2.6.4 - Le dialogue social**

Début 2012, les nouvelles mandatures des 21 comités techniques d'établissements locaux (CTEL) et central et des 46 comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) locaux et central ont été mises en place. Lors de l'installation du CTE central et du CHSCT central, la directrice générale a rappelé son attachement au dialogue social et a souhaité renouer avec les rencontres organisées entre les présidents et les secrétaires d'instances. En conséquence :

- celle des présidents et des secrétaires de CTEL a été organisée le 10 septembre 2012 ;
- celle des présidents et des secrétaires de CHSCTL a eu lieu le 12 octobre 2012 ;

La directrice générale a souhaité fin 2012 rencontrer les secrétaires généraux des organisations syndicales représentatives au niveau du CTEC de l'AP-HP (CFDT, FO, SUD, USAP-CGT) afin de faire le point sur un certain nombre de sujets stratégiques et de sujets concernant les ressources humaines.

Suite à la mise en place des CTEL des groupes hospitaliers, un protocole d'accord signé entre les représentants du CTE central et la direction générale en date du 6 mars 2012 a permis aux représentants du personnel élus dans les CTE, au niveau local et au niveau central, de se voir doter d'un crédit d'heures forfaitaire annuel de 300 heures de préparation de l'instance pour chaque titulaire et pour chaque suppléant, les secrétaires d'instances concernés bénéficient d'un crédit supplémentaire de 300 heures annuelles soit 600 heures au total.

Sur le thème des « Moyens du dialogue social », trois réunions de travail ont eu lieu en 2012 avec l'ensemble des organisations syndicales ayant déposé des listes aux élections professionnelles d'octobre 2011 afin d'anticiper la parution, puis l'application, du décret du 9 mai 2012 modifiant celui de 1986 sur l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière.

L'agenda social organisé par la DRH de l'AP-HP tout au long de 2012 avec les organisations syndicales centrales s'est traduit par des réunions régulières ou des audiences portant sur :

- des sujets RH : concours, promotions professionnelles, décret TSH, contractuels, avancement des carrières en CAP, logement, évolution pluri-annuelle des effectifs, encadrement, centre de gestion commune des RH des PIC et du siège, congés bonifiés, création d'un CHSCT au CFDC, présentation du plan d'actions DRH de l'AP-HP, baromètre interne, repos dus et futur CET, etc.

- des sujets transversaux : cahier des charges assistance technique NSI, gouvernance du système d'information...

- des sujets stratégiques : restructuration des maternités, projet de transformation de l'Hôtel Dieu...

### **8.2.7 - La protection fonctionnelles fournie aux agents victimes de violences dans le cadre de leurs fonctions**

La direction des affaires juridiques (DAJ) a pour mission d'accorder la protection fonctionnelles aux agents victimes de violences sur le fondement de l'article 11 alinéa 3 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 qui dispose que : « *La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ».

En 2012, 102 dossiers ont donné lieu à l'octroi du bénéfice de la protection fonctionnelle par le secteur du contentieux des personnels. Il s'agit principalement de violences physiques et plus occasionnellement de violences verbales (insultes, menaces...).

### **8.2.8 - La formation des personnels de la fonction publique hospitalière et des personnels médicaux**

#### ***8.2.8.1 - La formation continue du personnel non médical***

En 2012, les principaux éléments de la réforme de la formation tout au long de la vie ont atteint leur rythme de croisière. Cette réforme vise à rendre le salarié coauteur de son parcours professionnel et de sa formation. Elle en diversifie les modes d'accès.

Le droit individuel à la formation (DIF) et le passeport de formation, entrés en vigueur en janvier 2010, ont été déployés plus largement dans les hôpitaux.

L'entretien de formation était mis en œuvre et intégré à l'entretien d'évaluation annuelle des personnels.

#### **8.2.8.2 - Un dispositif AP-HP de formation continue qui s'adapte aux besoins des hôpitaux et définit des priorités institutionnelles**

Des comités par filière métier ont regroupé directions fonctionnelles et représentants métier des hôpitaux. Ils ont défini les orientations pour chaque filière, les enjeux et les finalités des actions. Un comité d'orientation général a arrêté la politique institutionnelle de formation.

Ce dispositif a permis d'élaborer des priorités en matière de formations exigibles. Celles-ci ont été validées après présentation aux instances. Par ailleurs, des recommandations thématiques ont été adressées aux groupes hospitaliers.

L'activité et l'organisation des services formation des hôpitaux ont été fortement marquées par la réorganisation de l'AP-HP en groupes hospitaliers, pôles d'intérêt commun et pôles d'activité médicale, ainsi que par le déploiement des différents systèmes d'information. Les services locaux de formation ont produit les deux-tiers des actions de formation.

Les unités du centre de la formation et du développement des compétences ont mis en œuvre, au profit des groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun, les dispositifs institutionnels prioritaires et les actions pour lesquelles une organisation centrale était la plus efficiente.

#### **8.2.8.3 - L'activité de formation**

L'investissement en formation depuis de nombreuses années est un des atouts essentiels de l'AP-HP, contribuant à son attractivité. C'est ainsi qu'en 2012 :

- 46 425 personnels (65 % des effectifs) ont bénéficié d'au moins une formation ;
- 1 335 personnels ont suivi une formation dans le cadre de la promotion professionnelle (PP) ;
- la durée moyenne de formation a été de 2,4 jours par agent formé (hors promotion professionnelle).

L'AP-HP consacre 3,73 % de sa masse salariale à la formation continue (hors personnel médical).

Au total, près de 40 % des formations réalisées sont liées au projet médical et de soins. La qualité et la gestion des risques représentent 15 % des actions de formation ; l'adaptation des organisations, le management et le système d'information en totalisent 19 %.

Le centre de documentation de l'AP-HP a accompagné les professionnels en formation par l'actualisation de ses ressources documentaires, l'augmentation de son offre en ligne, son activité de veille (actualités sanitaire et sociale, législative, managériale, de formation), ses prestations personnalisées à distance et son activité de prêts.

#### **8.2.8.4 - Les formations diplômantes**

L'AP-HP dispose d'un des plus grands dispositifs de formation initiale des professions de santé en Europe. Le quota annuel d'admissions est de 2 860 places dans les 18 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), de 850 places pour les 11 autres instituts de formation. Elle dispose également d'une capacité théorique d'accueil de 600 places dans ses instituts de formation des aides-soignants (IFAS).

L'AP-HP a accueilli en formation 6 254 étudiants en soins infirmiers et 1 239 étudiants des autres filières de santé, y compris les sages-femmes et la filière socio-éducative. Par ailleurs, 334 élèves aides-soignants étaient inscrits dans les IFAS, soit un total de 7 827 étudiants.

2 985 diplômes d'Etat ont été délivrés en 2012 dont 2 089 diplômes d'Etat d'infirmier, 307 diplômes d'Etat d'aide-soignant, et 589 diplômes d'Etat des autres écoles et instituts de formation.

La rentrée de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) s'est effectuée en septembre 2012. Un partenariat entre l'IFCS et l'Université Paris IX Dauphine permet aux futurs cadres de faire valider une première année de master en plus de leur diplôme de cadre.

Le nombre d'inscrits aux concours paramédicaux a augmenté de 9,4 % en 2012 par rapport à 2011.

#### ***8.2.8.5 - Le Département du développement professionnel continu médical (DDPCM)***

Le Département du développement professionnel continu (DPC) médical a la responsabilité du pilotage du développement des compétences des personnels médicaux, sous l'égide de la commission médicale d'établissement. A cette fin, différentes modalités complémentaires de développement des compétences sont mises en œuvre :

- des actions de formation qui couvrent différents domaines (médical, recherche, anglais professionnel, responsabilité, gestion des risques liés aux soins, management hospitalier, ...)
- des financements qui comprennent des aides à la mobilité pour des séjours à l'étranger dans des unités de soins ou de recherche ;
- l'accès aux ressources documentaires médicales et scientifiques via l'abonnement à des revues et des bases de données ainsi que le renforcement des partenariats avec les centres de documentation universitaires.

L'activité pilotée et générée par le département du DPC Médical connaît depuis plusieurs années une augmentation soutenue. Pour ce qui concerne l'activité de formation, deux axes de développement se dégagent :

- un renforcement des partenariats avec les grandes écoles et les universités qui s'accompagnent du développement de l'activité de recherche appliquée dans le domaine du management des organisations de santé,
- un renforcement des formations pluri-professionnelles.

Le nombre de stagiaires non médicaux qui participent au côté des personnels médicaux à des programmes de formation est en forte augmentation (+17,59 %).

Le cycle de formation des chefs de pôles, débuté en octobre 2011 à la suite de leur nomination en juillet 2011, s'est terminé en avril 2012. Deux promotions ont été formées en parallèle ; 61 chefs de pôle ont ainsi été formés.

Au global, l'activité de formation, tous domaines confondus, et hors aides financières, a augmenté de 2 % en nombre de jours. Le nombre d'aides financières est en augmentation de 3 % pour un niveau de dépense stable. Le nombre de séjours financés augmente légèrement. Au total, l'activité pilotée par le département a permis de générer 19 535 jours de formation dont 14 579 jours au bénéfice des personnels médicaux de l'AP-HP.

Concernant l'accès à l'information médicale et scientifique, l'attrait pour cette activité est toujours aussi marqué avec un nombre très important de téléchargements d'articles évalué à plus de 840 000 en 2012 (soit une augmentation d'environ 5 %). Le nombre de nouvelles demandes d'accès à distance à l'offre numérique est en augmentation avec plus de 270 créations. Le catalogue a été enrichi avec 27 nouveaux titres demandés par les spécialités médicales (soit un total de 355 revues payantes et 3 bases de données). Le nombre de demandes d'articles *via* le service « Linkout » PubMed de l'AP-HP est en très forte augmentation (+30 %) ainsi que l'activité de veille et recherche documentaire (+22 %). La politique de développement de la fonction documentaire est conduite en lien ou en partenariat avec les services communs de documentation des universités et des structures de recherche. Ces nombreuses activités impliquent en amont un important travail de négociation et d'échanges.

#### **8.2.8.6 - La contribution de la direction des affaires juridiques (DAJ) à la formation**

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a réformé les règles régissant les soins psychiatriques sans consentement, tant en ce qui concerne les procédures que les modalités des soins. Elle a également renforcé les droits de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Sa mise en œuvre à l'AP-HP a conduit la direction des affaires juridiques à proposer des formations, destinées aux personnels concernés des quatre sites psychiatriques habilités à recevoir des patients, de l'ensemble des administrateurs de garde, des praticiens-urgentistes de tous les groupes hospitaliers, et – plus largement – aux internes en psychiatrie hors AP-HP.

La direction a poursuivi en 2012 son travail pédagogique d'assimilation de la loi du 5 juillet 2011 à l'occasion de nombreuses rencontres avec les acteurs concernés, ainsi que plus de 10 formations auprès des équipes.

La DAJ a également organisé, en 2012, deux séminaires pluridisciplinaires à l'espace Scipion :

- le premier intitulé « De la complication à la prévention des risques de la chirurgie du rachis – études de cas concrets » s'est tenu le 25 juin 2012, et avait pour objectif la mise en place de protocoles de prise en charge des patients, spécialité par spécialité, à partir de l'étude des risques et des complications les plus souvent constatées. Il s'agissait également de sensibiliser la communauté médicale et paramédicale aux accidents médicaux les plus fréquents et à leurs conséquences sur les patients et leurs coûts ;

- le second, intitulé « L'information délivrée au patient : du devoir moral à l'obligation juridique », et organisé le 29 octobre 2012, avait pour objectif de sensibiliser les médecins hospitaliers à l'obligation d'information du patient. Des directeurs qualité et des chargés de relations avec les usagers ont également participé à cette journée.

## 9 - LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE GESTION DU PATRIMOINE

---

### 9.1 - La politique d'investissement

En 2012, les Autorisations d'Engagement (AE) nouvelles, avec le report des AE antérieures, se sont élevées à 354,8 M€ :

- 237,7 millions d'euros d'AE 2012 pour les travaux
  - 51,1 millions d'euros pour les opérations majeures concentrées ;
  - 143 millions d'euros pour les opérations identifiées déconcentrées aux Groupes Hospitaliers ;
  - 43,6 millions d'euros pour les plans de travaux délégués aux Groupes Hospitaliers.
  
- 49,8 millions d'euros d'AE 2012 pour le système d'information
  - 45,3 millions d'euros d'AE 2012 concentrées ;
  - 4,5 millions d'euros d'AE 2011 déconcentrées.
  
- 67,3 millions d'euros d'AE 2012 pour l'équipement.

Pour les crédits de paiement (CP), la consommation de CP 2012 s'est élevée à 326,3 millions d'euros :

- 187,7 millions d'euros de CP 2012 pour les travaux
- 72,8 millions d'euros de CP 2012 pour les équipements
- 65,8 millions d'euros de CP 2012 pour les systèmes d'information

La consommation des CP a été inférieure à la prévision, du fait, notamment, de difficultés rencontrées sur plusieurs chantiers (mise en sécurité, non-conformité, entreprises défectueuses..) qui ont allongé les délais de paiement. Ces retards résultent aussi de plusieurs appels d'offre infructueux ainsi que de la difficulté à conduire plusieurs opérations en site occupé.

### 9.2 - La politique d'investissement immobilier

#### 9.2.1 - Les principales opérations immobilières

Au cours de l'année 2012, ont été conduites 8 opérations de travaux majeures, représentant 558 millions d'euros TDC (hors études) et environ 175 000 m<sup>2</sup>. Le dialogue avec les groupes hospitaliers, la traçabilité des décisions, l'optimisation des coûts et des délais, la qualité de réalisation ainsi que le développement durable ont été à cet égard les grandes préoccupations.



### 9.2.1.1 - Quatre opérations majeures ont été livrées en 2012

➤ **Hôpital Cochin** : construction du Pôle Périnatalité de Port-Royal (34 550 m<sup>2</sup> SHON et 6 200 m<sup>2</sup> de parking).

L'opération a consisté à regrouper les maternités de Saint Vincent de Paul et de Port-Royal et les activités de l'Institut de Puériculture de Paris (IPP) sur le site de Port-Royal, formant ainsi un pôle de périnatalogie de 5 500 accouchements par an. Le nouveau bâtiment PR1 comprend 234 lits en secteur périnatal dont 41 lits de gynécologie et procréation médicale assistée (PMA), 130 lits d'obstétrique, 63 lits de médecine néonatale et 11 places de moins de 24 heures.

La réception a été prononcée le 19 décembre 2011. La mise en service et l'accueil des patients ont eu lieu à partir de février 2012.

➤ **Hôpital Necker-enfants malades** : création d'un Pôle Mère-enfant (bâtiment Laennec) avec une surface des travaux estimée à 56 463 m<sup>2</sup> SHON.

L'opération intègre la maternité dans l'environnement pédiatrique du site et le regroupement, en un pôle, de la pédiatrie spécialisée. Le nouveau bâtiment s'articule en sept ensembles qui sont, les urgences et les réanimations, les spécialités médicales et médico-chirurgicales, la cardiologie et la chirurgie cardiaque pédiatrique, la maternité et la néonatalogie, les consultations, la chirurgie ambulatoire et le plateau technique. Le bâtiment comprend 407 lits. Le coût estimatif est de 195,5 millions d'euros TDC.

La réception a été prononcée le 13 novembre 2012.

➤ **Hôpital Tenon** : construction d'un nouveau bâtiment Urgences-policlinique-réanimation médicale (bâtiment des urgences, de la chirurgie et de l'anesthésie, dit BUCA). La surface des travaux est estimée à 30 000 m<sup>2</sup> SHON.

Cette opération regroupe sur un même site de l'hôpital Tenon des activités de chirurgie, d'anesthésie, d'imagerie et des urgences. Elle intègre le service d'accueil des urgences, 102 lits d'hospitalisation, 14 salles opératoires, 20 lits de réanimation, 14 lits de surveillance continue, un centre d'endoscopie, 5 salles d'explorations fonctionnelles, 16 lits dédiés à la chirurgie conventionnelle et 10 places dédiées à la chirurgie ambulatoire (6 lits boxés et 4 fauteuils) auxquels s'ajoutent 6 places de surveillance post-interventionnelle. Le coût total se monte à 91,5 millions d'euros TDC.

Ce bâtiment a été réceptionné le 16 avril 2012. L'admission des patients s'est déroulée dans de bonnes conditions entre mai et septembre 2012.

➤ **Hôpital Saint Louis** : adaptation du service d'hospitalisation des grands brûlés phase 2 (surface concernée estimée : 1 000 m<sup>2</sup> SHON).

La phase 2 de l'opération consistait à réaliser les travaux nécessaires dans l'étage des chambres destinées aux grands brûlés pour accueillir le service des brûlés de l'Hôpital Cochin, en plus de l'unité de l'Hôpital Saint Antoine et de l'Hôpital Rothschild. Ainsi les patients brûlés critiques pourront être accueillis en réanimation.

Cette phase de travaux a été livrée en avril 2012. Le premier patient a été admis en juin.

En plus de cette opération concentrée, des travaux ont également été conduits pour permettre l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire de 15 places, ouverte en fin 2011.

Le montant des crédits de paiement consommés en 2012 pour ces quatre opérations est de 59,5 millions d'euros.

### 9.2.1.2 - Les chantiers en cours

➤ **La construction du Bâtiment Imagine** : 17 500 m<sup>2</sup> SDO (surface dans œuvre), 60 millions d'euros, sur le site de l'hôpital Necker, dédié à la recherche, associe la Fondation Imagine (recherche) et l'hôpital Necker (partie clinique).

Ce bâtiment est réalisé en conception - réalisation avec l'entreprise « Urbaine de travaux » associée à l'architecte Jean Nouvel. Le calendrier travaux de 2012 a été respecté et le service de la maîtrise d'ouvrage s'est particulièrement investi pour que la maintenance et l'exploitation du bâtiment soient prises en compte dès la phase d'études et tout au long de la construction, en s'appuyant sur le référentiel Haute qualité environnementale (HQE) pour les établissements de santé.

Le bâtiment devrait être livré en septembre 2013.

➤ **Hôpital Avicenne** : phase 2 de la restructuration et de l'extension du bloc opératoire et de la réanimation.

L'ensemble de l'opération vise à réorganiser et à mettre en conformité la fonction opératoire, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), la chirurgie ambulatoire, avec 3 salles d'endoscopie, la réanimation chirurgicale et la stérilisation. Ce projet permet l'extension du nombre de salles d'opération à 10. Le secteur de réanimation comprend 8 lits chirurgicaux et 8 lits de surveillance continue. Un secteur de réanimation de 36 lits de chirurgie orthopédique est également prévu.

La phase 2 consiste à réaliser l'ensemble des locaux à l'exception de la stérilisation et de 4 salles opératoires livrés en phase 1. Coût estimatif : 41,2 millions d'euros TDC – la livraison de la phase 2 est prévue au 4<sup>ème</sup> trimestre 2014.

➤ **Hôpital Cochin** : travaux d'adaptation du bâtiment Jean Dausset aux activités de biologie du Groupe Hospitalier. Cette phase de l'opération prévoit la création d'une plateforme de haut débit permettant de recevoir les activités de biologie du Groupe Hospitalier ainsi que la transformation de bureaux en laboratoire L2. Le coût estimatif est de 2,7 millions d'euros TDC.

La relance de l'appel d'offres suite à deux appels d'offres infructueux a impacté et pesé sur la durée de l'opération. L'ordre de service notifiant le début des travaux a été notifié en novembre 2012.

➤ **Bail Emphytéotique Hospitaliers (BEH)** pour la construction d'un bâtiment d'endocrinologie à la Pitié-Salpêtrière. 15 680 m<sup>2</sup> pour un coût estimé à 43 millions d'euros en équivalent loi MOP (maîtrise d'ouvrage publique).

Le chantier a démarré à l'issue de l'obtention du permis de construire purgé du recours des tiers en août 2011. Le bâtiment sera composé de locaux accueillant des activités d'endocrinologie, du métabolisme, de diabétologie, de nutrition et de médecine de la reproduction avec pour objectif la création d'un pôle de référence hospitalier et universitaire. Les activités seront réparties selon les secteurs fonctionnels suivants : 62 lits d'hospitalisation conventionnelle, 34 lits d'hospitalisation de semaine, 34 lits d'hospitalisation de jour et un étage pour la prise en charge des explorations fonctionnelles. Le loyer annuel est de l'ordre de 4,3 millions d'euros par an pendant 28 ans.

En 2012, le gros œuvre a été réalisé dans des délais conformes au contrat. Le bâtiment a reçu le Passeport Bâtiment Durable avec la mention « excellent » pour la phase programmation et études par l'organisme Certivéa. Sa réception est prévue pour le 25 novembre 2013.

Le montant des demandes de mise en paiement (DMP) 2012 au titre des opérations en cours est de 25,9 millions d'euros, hors BEH endocrinologie, du fait de son statut.

### 9.3 - La politique d'investissement mobilier en 2012

Malgré un contexte budgétaire difficile, les objectifs de la politique d'investissements mobiliers ont consisté à :

- maîtriser le taux de vétusté du parc des équipements permettant d'assurer la sécurité et la qualité des soins,
- accompagner les opérations stratégiques et structurantes, ainsi que le suivi des évolutions technologiques,
- permettre aux groupes hospitaliers de disposer de perspectives pluriannuelles en ce domaine, pour favoriser les stratégies locales de gestion d'équipements et la participation des équipes.

Ce contexte et ces principes ont conduit la construction du plan d'équipement mobilier pour 2012. Dans le respect d'un cadrage prédéfini et fixant les ressources dévolues aux équipements, en crédits de paiement et en autorisations d'engagement, ce plan a été élaboré en quatre parties.

Compte tenu de l'ouverture de nouveaux bâtiments (Laennec à Necker, BUCA à Tenon, Corentin Celton, Avicenne), une part importante des ressources disponibles a dû être réservée pour l'équipement nécessaire à leur mise en service.

Il a également été décidé de financer plusieurs opérations transversales, répondant soit à des obligations réglementaires (lits grands enfants), soit à une réflexion menée avec la collégiale d'imagerie : la mise à niveau technologique de scanners (upgrade) pour limiter leur obsolescence et optimiser le rapport qualité/dose dans un contexte où leur remplacement à court terme n'est pas possible).

Seuls trois équipements lourds d'imagerie ont pu être financés en 2012 (2 scanners et 1 IRM, partiellement financé au titre de la recherche).

Enfin, après avoir mis en évidence la situation du parc d'équipements mobiliers, en composition et variété, valeur et vétusté, il est apparu indispensable de réintroduire une dotation de remplacement. Cette dotation indispensable au fonctionnement courant des services, et qui devra être augmentée les années suivantes, a dû être limitée à 18 millions d'euros.

#### 9.3.1 - Dotations de plans d'équipement 2011-2012 en autorisations d'engagement (AE) nouvelles et crédits de paiement (CP)

En 2012, les dotations nouvelles prévues dans le cadrage en investissement ont été de 64,7 millions d'euros, qui se répartissent de la façon suivante.

	AE 2012 (en millions d'euros)	CP 2012 (en millions d'euros)
Grands bâtiments		
AE nouvelles	23,34	20,40
AE reportées	8,51	7,45
<b>Total AR</b>	<b>31,85</b>	<b>27,85</b>
AE reportées hors grands bâtiments	4,49	4,49
Opérations transversales	3,42	3,42
Equipements lourds	2,95	2,69
Dotations de remplacement	17,98	14,38
Réserve	3	1,5
CLASS	1	0,7
<b>Total</b>	<b>64,69</b>	<b>54,94</b>
Reports pour commandes à payer		37,06
<b>Total</b>	<b>64,69</b>	<b>91,99</b>

Les AE nouvelles effectivement notifiées pour 2012 ont été complétées des reports d'AE antérieures non consommées pour des raisons « techniques » (retard dans l'exécution des travaux, appels d'offres non finalisés...) et des subventions, pour un montant total de 67,3M€.

### Evolution 2011-2012 des dotations de plan d'équipement en AE nouvelles

	2011	2012	Ecart 2012/2011
AE nouvelles	45,2	54,3	20,1%
AE reportées	37,1	13,0	-65,0%
Total AP-HP	82,3 M€	67,3 M€	-18,2%

### Répartitions des dotations 2012 par groupes hospitaliers/hôpitaux (en millions d'euros)

GH / hôpitaux	Report d'AE	AE nouvelles	Total
Necker	3,783	13,358	17,141
HUEP Tenon/Saint-Antoine/Trousseau/Rothschild	4,066	10,284	14,350
HUPNVS Bichat/Beaujon/Louis Mourier/Bretonneau/Charles Richet	0,896	4,720	5,616
HUPC Cochin/Hôtel-Dieu/Broca	0,843	3,648	4,491
HUPO HEGP/Corentin Celton/Vaugirard	0,081	3,429	3,510
HUPS Bicêtre/Antoine Béclère/Paul Brousse	0	3,173	3,173
GH Henri Mondor/Emile Roux/Joffre-Dupuytren/Georges Clémenceau	0	3,142	3,142
GH GH Saint-Louis/Lariboisière	1,077	3,008	4,085
GH Pitié-Salpêtrière/Charles Foix	0,146	2,905	3,051
HU PSSD Avicenne/Jean Verdier/René Muret	2,076	1,935	4,011
GH Robert Debré	0	1,621	1,621
HUPIFO Ambroise Paré/Raymond Poincaré/Sainte-Périne	0	1,533	1,533
San Salvador	0	0,293	0,293
Hendaye	0	0,193	0,193
Paul Doumer	0	0,104	0,104
HAD	0	0,074	0,074
<b>Total groupes hospitaliers et hôpitaux</b>	<b>12,968</b>	<b>53,42</b>	<b>66,388</b>
<b>Total hors hôpitaux (AGEPS, SMS-SCB-SCA...)</b>	<b>0,077</b>	<b>0,880</b>	<b>0,957</b>
<b>Total général</b>	<b>13,045</b>	<b>54,300</b>	<b>67,345</b>

Les dotations en AE nouvelles de Necker et du GH HUEP représentent respectivement 24,6 % et 18,9 % (bâtiments Laennec et BUCA) du plan d'investissement mobilier 2012.

### 9.3.2 - Les principales opérations mobilières financées en 2012 (AE nouvelles)

➤ Des dotations accompagnant la mise en service de grands bâtiments :

- Necker : 2<sup>ème</sup> tranche du plan d'équipement du bâtiment Laennec, 12,4 millions d'euros, incluant notamment les remplacements de 2 équipements de radiologie interventionnelle

(radiologie et cardiologie pédiatrique) installés en bloc opératoire, l'accueil des services de Trousseau, la mise en conformité « lits grands enfants », la restauration, le déploiement des armoires sécurisées de la PUI ;

- Tenon : plan d'équipement du bâtiment BUCA, 2<sup>ème</sup> tranche de 7,8 millions d'euros, incluant les remplacements d'un IRM datant de 1996, d'un scanographe (2003) et d'un équipement de radiologie interventionnelle (1996) installé en bloc opératoire ;
- Corentin Celton : opération Corentin Celton 2, seconde tranche de 1,9 millions d'euros ;
- Avicenne : ouverture du bâtiment Larrey 3<sup>ème</sup> tranche, 0,9 million d'euros ;

➤ Des opérations transversales comprenant :

- la mise en conformité des « lits grands enfants » (décision de police sanitaire de l'ANSM) pour un montant de 2,6 millions d'euros (12 hôpitaux) ;
- la 1<sup>ère</sup> tranche de mise à niveau de scanographes pour un montant de 1,3 millions d'euros (11 hôpitaux et 12 équipements) ;
- l'acquisition d'armoires sécurisées pour un montant de 0,35 millions d'euros.

➤ Des remplacements d'équipements lourds pour un montant de 2,7 millions d'euros en AE nouvelles :

- Beaujon : remplacement d'un IRM (2001), solde de financement déjà acquis au titre des AE antérieures et de la recherche ;
- Remplacement de 2 scanographes à Louis Mourier et à Bicêtre (2001 et 2003) ;
- Jean Verdier : remplacement de l'équipement de radiologie interventionnelle datant de 1996, 0,8 million d'euros financé sur des AE 2011 reportées.

➤ Des dotations de remplacements pour les GH et hôpitaux s'élevant à 17,2 millions d'euros.

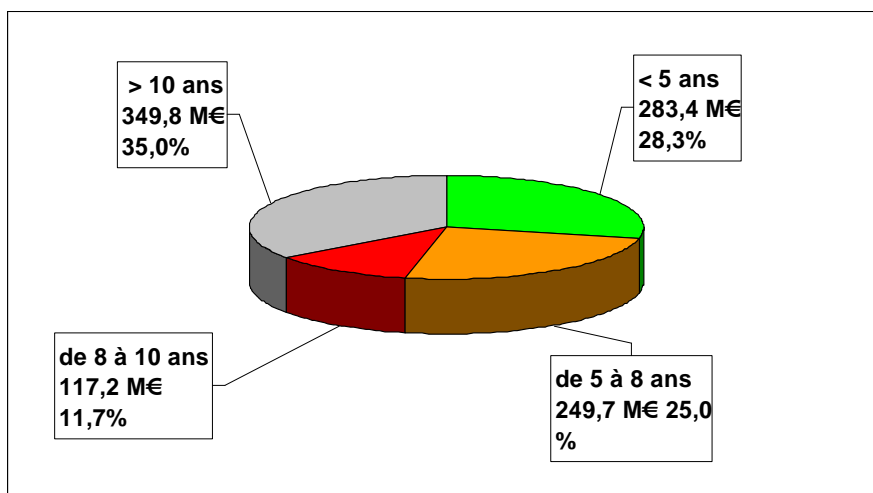
### 9.3.3 – Le parc des équipements biomédicaux des hôpitaux MCO

Le taux de vétusté comptable (source SAP-FI), de 75 % pour le parc AP-HP à fin 2012, montre des situations différentes en termes de vétusté réelle de l'état du parc d'un hôpital à l'autre.

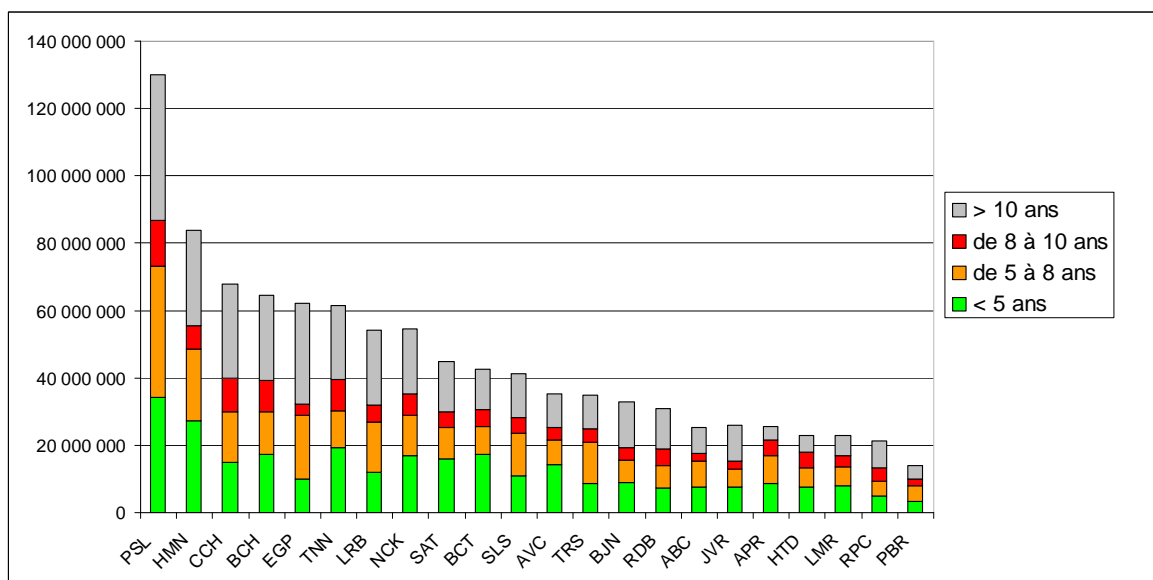
Il faut cependant noter que le mode de calcul du taux de vétusté (montant des amortissements/valeur d'achat) minore l'impact des équipements déjà totalement amortis.

Pour l'ensemble du parc des équipements biomédicaux inventoriés, ont été calculés ci-après, pour chaque hôpital MCO et pour l'AP-HP:

- la répartition de ce parc par tranche d'âge en valeur d'acquisition (€) et en part (%) :



- les valeurs de parc d'équipements biomédicaux à partir des inventaires extraits du système d'information SAP-PM (module « métier » maintenance biomédicale de SAP) ;



Au total, pour les hôpitaux MCO de l'AP-HP, 350 millions et 35% du parc d'équipements sont dans la tranche d'âge « supérieur à 10 ans », donc largement amortis, avec des situations variables d'un site à l'autre : de 16,1 % (Ambroise Paré) à 48,4 % (HEGP), avec une médiane à 33,8 %.

## **10 - LA POLITIQUE DES RESSOURCES PATRIMONIALES, LOGISTIQUES ET LE MANAGEMENT DURABLE**

---

L'optimisation des ressources patrimoniales et logistiques ainsi que le management durable, contribuent à la qualité des soins, des conditions de travail des personnels, et de l'environnement.

### **10.1 - Les ressources patrimoniales**

Les ressources patrimoniales sont composées de biens fonciers (terrains, terres agricoles, forêts) et immobiliers. On peut citer à cet égard les biens affectés à l'activité hospitalière, les logements à l'attention des personnels de l'AP-HP (logements de fonction, logements au titre d'un soutien socioprofessionnel), 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).

L'année 2012 a été marquée par une dynamisation forte de la gestion du patrimoine de l'AP-HP avec un objectif de valorisation et de mobilisation des actifs pour permettre de dégager des ressources d'investissement pour la modernisation des hôpitaux. Cette stratégie de valorisation comporte plusieurs axes :

- l'inventaire exhaustif et précis du patrimoine : l'année 2012 a vu la réalisation de la première phase de relevés de tous les immeubles appartenant au domaine privé de l'AP-HP, et notamment les immeubles de logements, comme initié en 2011 ;

- la réduction des surfaces utilisées : l'AP-HP a résilié la plupart des baux de location de surfaces extérieures en relocalisant les activités au sein du patrimoine de l'AP-HP. Des projets sont en cours pour relocaliser les activités occupant encore des surfaces louées. En parallèle, est mené par les groupes hospitaliers et le siège un travail d'optimisation et de réduction des surfaces utilisées avec des objectifs de valorisation : cessions, locations... ;

- la valorisation de l'occupation des surfaces de l'AP-HP : elle passe par une juste estimation des surfaces mises à disposition de tiers dans le cadre des conventions d'occupation du domaine public et une redevance systématique pour ces occupations ;

- la cession des actifs non rentables et ne contribuant pas aux missions de l'institution : l'AP-HP a accéléré la cession de lots isolés, de biens atypiques non rentables et de terres agricoles sans aucune perspective constructible. En parallèle, l'AP-HP a accéléré ses échanges avec les collectivités locales pour la cession de parcelles foncières : Ilôt des Mariniers à Broussais, ZAC Paris Rive Gauche dans le 13ème arrondissement, ZAC d'Issy Les Moulineaux... Ainsi, une cinquantaine de dossiers de cessions ont été présentés au conseil de surveillance pour avis en 2012. Parallèlement, le nombre d'actes de cessions signés est resté sur un niveau élevé de 31 actes authentiques de vente signés en 2012.

## 10.2 - Les ressources logistiques

Les ressources logistiques couvrent un vaste périmètre d'activités déclinées en filières et métiers : la restauration, les approvisionnements, le linge, les transports, le bio-nettoyage et les déchets. Le système d'information de gestion (SAP), complété par des logiciels métiers (Orbis Restauration) structure ces activités.

Une gestion performante des ressources logistiques a imposé la recherche du meilleur équilibre entre trois objectifs : la qualité des prestations, la sécurité des processus, l'efficacité économique. Cette équation s'est révélée particulièrement exigeante en 2012, s'agissant :

- de mettre en conformité les installations logistiques dans un contexte contraint de crédits d'investissement ;
- de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles logistiques auprès d'équipes soignantes mobilisées sur des objectifs d'activité et de sécurité des soins ;
- d'harmoniser les organisations de travail au sein de Groupes Hospitaliers en quête d'un équilibre entre centralisation et proximité.

### Au niveau de la politique institutionnelle AP-HP :

- Un bilan du programme pluri-annuel sur la performance des fonctions logistiques, mené depuis 2009 avec les Directions des Groupes Hospitaliers, a été dressé en juin 2012 : une diminution pérenne des dépenses sur trois ans a été enregistrée sur l'ensemble des Groupes et hôpitaux : 3,3 millions d'euros sur le titre I et 3,1 millions d'euros sur le titre III.
- Décision a été prise de recentrer ce programme de performance plusieurs thèmes dont : l'externalisation du nettoyage ; la sécurisation et le tri des déchets, la gestion du courrier et de l'affranchissement.
- Concernant le bio-nettoyage, l'externalisation du bio-nettoyage en zone à risque classée 4 a progressé, notamment dans les zones de réanimation et dans les blocs opératoires ; Trois hôpitaux (HEGP, Necker et Henri Mondor) ont totalement externalisé le nettoyage des locaux. Sur l'AP-HP, 75 % des chambres de réanimation adulte et pédiatrique sont aujourd'hui traitées en concession. Dans les établissements de long séjour où plusieurs audits ont été réalisés, des arbitrages locaux ont été rendus sur le bio-nettoyage des locaux par recentrage des équipes hôtelières sur la fonction restauration et entretien du linge des résidents (Emile Roux, Joffre Dupuytren).
- Des travaux de mise en conformité des locaux ont été engagés sur plusieurs sites (Lariboisière, Avicenne, Jean Verdier, Tenon, Saint Antoine, Trousseau, Necker) pour préparer les visites de Certification. Parallèlement, des audits sur les pratiques professionnelles de tri des déchets à risque infectieux et assimilés (DASRIA) ont été menés par le Département avec les Equipes Opérationnelles d'Hygiène. Les résultats de ces audits ont conduit à la saisine du CLIN Central. Ce dernier a validé une nouvelle définition des DASRIA qui conduira à actualiser et à harmoniser les protocoles de tri entre les Groupes Hospitaliers.
- Dans le domaine de la restauration, la nouvelle unité centrale de production de Broca-La Rochefoucaud-La Collégiale a été livrée et les travaux de la nouvelle cuisine relais de Necker ont été engagés pour une livraison prévue en mai 2013. Dans le cadre d'une opération de mutualisation, cette nouvelle structure sera approvisionnée par la cuisine de l'hôpital Cochin. Parallèlement, un programme



visant à centraliser sur l'hôpital Bichat la production alimentaire de trois sites (Bichat, Beaujon, Bretonneau) a été instruit et sera arbitré en 2013. Enfin, un travail dédié à l'harmonisation de l'offre alimentaire a été finalisé sur 3 hôpitaux MCO de l'Est Parisien, avec en perspective, la création d'une cellule unique de gestion des commandes.

- Dans le domaine de la nutrition parentérale, et suite à la décision de réaliser la production du Groupe Necker à l'hôpital Robert Debré, le Département a contribué à la mise en œuvre d'un transport sécurisé entre les deux sites, incluant des solutions de traçabilité aujourd'hui opérationnelles.

### **Dans les Groupes Hospitaliers :**

- Une démarche transversale a été engagée dans plusieurs blocs opératoires (Avicenne, Jean Verdier, Tenon) en vue d'optimiser la gestion des stocks et d'adapter plus finement les commandes aux besoins de l'activité. Au regard de l'importance des immobilisations financières inventoriées, des actions ont été conduites avec les acteurs de terrain. La cible financière définie est une diminution de 30 % de la valeur du stock ; cet objectif a été atteint sur le site d'Avicenne et se révèle réaliste sur les deux autres hôpitaux.
- Sur le GH des Hôpitaux de l'est parisien, une réorganisation des circuits et des tournées de prélèvements biologiques et de courrier a été finalisée, présentée aux instances du personnel et mise en œuvre fin 2012. Les objectifs affichés sont d'accroître l'efficacité des équipes internes de transport, limiter le recours aux transports externes et sécuriser les conditions de transport des échantillons (emballages, traçabilité des températures). Les premiers résultats font apparaître une diminution de 50 % du recours aux transporteurs privés. Une démarche analogue est en cours sur les Hôpitaux Universitaire Paris Nord Val de Seine.

## **10.3 - Le management durable**

Le plan d'action management durable, déployé depuis 2008 dans une perspective pluriannuelle, formalise l'engagement de l'AP-HP en faveur du développement durable sur la base de trois principes fondateurs :

- décliner une gestion économe des ressources ;
- tendre à un management socialement responsable ;
- rechercher un fonctionnement respectueux de l'environnement.

Ce plan d'action se décline en cinq orientations prioritaires, intégrant notamment les évolutions réglementaires induites par la loi Grenelle de l'environnement et les orientations de la certification 2010 :

- atteindre la Haute qualité environnementale (HQE) ;
- maîtriser les énergies ;
- maîtriser et valoriser les déchets ;
- développer une politique d'achats éco-responsable ;
- intégrer la dimension sociale.

Le plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP a intégré les orientations de ce plan d'action. C'est ainsi, en particulier, que le projet Ressources humaines inclut un volet visant notamment à élargir la prévention des risques, à associer les personnels aux réflexions sur les réorganisations, à

intégrer le développement durable dans les formations, et à élaborer le Plan déplacement entreprise (PDE).

Par note du 27 juillet 2010, le directeur général a défini le cadre du développement de cette politique de management durable :

- en instaurant un comité de pilotage du management durable institutionnel et en demandant à chaque directeur de groupe hospitalier de mettre en place une instance de pilotage du même type à leur niveau, et de désigner un coordinateur référent ;
- en demandant à chaque directeur de groupe hospitalier d'élaborer un plan Développement durable.

Cette déclinaison locale doit permettre de concrétiser les principes fondateurs du développement durable, notamment dans les domaines retenus par la Haute autorité de santé pour la certification V10 (engagement dans le développement durable, achats éco-responsables et approvisionnements, gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie, des déchets, hygiène des locaux).

L'année 2012 a vu se poursuivre la mise en œuvre du plan d'action management durable actualisé en 2010.

On peut signaler à ce titre le travail engagé sur les mesures d'impacts organisationnels et économiques induites par la publication du décret 2011-828 du 11 juillet 2011 qui rend obligatoire, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, le tri et la collecte séparée des bio déchets. Il s'agit d'évaluer les volumes, de proposer des modalités de tri, de définir les déterminants du marché de collecte.

Deux séances de sensibilisation aux problématiques du développement durable ont été réalisées : l'une le 4 avril 2012, ouverte à tous les publics ; l'autre le 28 juin 2012, pour les futurs cadres de santé en formation.

Par ailleurs les premiers groupes hospitaliers se sont engagés dans la certification V2010 qui intègre une dimension développement durable.

Conformément aux engagements du plan stratégique, la DRH de l'AP-HP a piloté la mise en œuvre d'un logiciel de covoiturage à l'attention des personnels. Livrée en juin 2012, la plate forme de covoiturage a d'abord fait l'objet de test auprès de sites pilotes puis a été ouverte, en septembre 2012, sur l'hôpital Marin d'Hendaye. Le déploiement du plan de communication ainsi que le lancement institutionnel sur l'ensemble des sites de l'AP-HP est prévu pour le premier trimestre 2013.

## 11 - LES SYSTEMES D'INFORMATION

---

Depuis juin 2009, l'organisation du pilotage du système d'information (SI) de l'AP-HP reposait sur quatre entités : un comité de pilotage du SI (COFIL SI), une cellule de pilotage stratégique (CPS), une agence technique informatique (ATI) et quatre centres de compétences et de services (CCS).

En 2012, une mission de modernisation de la gouvernance du système d'information (SI) a rendu ses conclusions qui ont abouti à la création de la direction des systèmes d'information (DSI), sous l'autorité de la secrétaire générale.

La DSI ainsi créée, assure la gouvernance et la cohérence des systèmes d'information de l'AP-HP ; elle est composée de six pôles :

- l'agence technique informatique (ATI) ;
- le centre de compétences et de services (CCS) Gestion ;
- le centre de compétences et de services (CCS) travail collaboratif et communication ;
- la mission gouvernance ;
- la mission ressources ;
- la mission sécurité.

Des attributions propres sont conservées par le centre de compétences du SI Patient de la direction médico-administrative, et par le département pilotage en matière de SI de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP).

### 11.1 - Le système d'information patient (SIP)

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'efficacité de la prise en charge du patient tout en sécurisant les soins pour les patients et les professionnels.

La mise en œuvre du SI Patient repose sur un maître mot : 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 : LOINC (Logical Observation Identifier Names and Codes) pour la biologie et SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms) pour la clinique, ou NANDA pour les soins infirmiers ;

- la mise en place d'échanges entre les applications basées sur des normes en privilégiant dans la mesure du possible les normes internationales HL7 (Health Level Seven) ;
- la mutualisation des ressources, des serveurs, des données, des compétences ;

Le SI Patient est fondé sur trois composants majeurs de production :

- le système d'information clinique,
- le système de gestion des plateaux médico-techniques (laboratoires, anatomo-pathologie, médecine nucléaire, radiothérapie) ;
- le système de stockage et de diffusion de l'image (PACS) et 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, 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 (DMP) ou le dossier commun de cancérologie.

Le système d'information des laboratoires a permis de bâtir en partenariat avec l'industriel un référentiel commun basé sur la nomenclature internationale (LOINC) 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. Après une phase de validation sur deux sites pilote (Hôpitaux Saint-Louis et Beaujon), la généralisation à l'ensemble des groupes hospitaliers est prévue sur la période 2010-2013. A ce jour, plus de 60 % des laboratoires sont équipés de ce nouveau système de gestion.

Le système de stockage et diffusion de l'image (PACS) déployé sur les services de radiologie lors du précédent plan stratégique se poursuit par le déploiement de l'outil au sein des services cliniques, le partage de l'image entre les hôpitaux de l'AP-HP mais également l'échange d'images avec l'extérieur.

Le Projet SI clinique (ORBIS) mené avec la société Agfa, fondé sur un système intégré, est composé de :

- un dossier administratif identité et mouvements ;
- 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 ;
- une informatisation des prescriptions, du plan de soins et de la gestion des ressources prestataires ;
- un échange d'informations de et vers les sous-systèmes de gestion de laboratoires et de stockage des images ;
- une production de données médico-économiques nécessaires à l'établissement de la facturation des frais de séjour hospitaliers.

La première étape (déploiement du module identité mouvement) a été réalisée sur un site pilote : l'hôpital Ambroise Paré, en septembre 2011. La seconde étape – incluant le dossier patient, la demande et résultats d'examen, l'accès à l'image, le circuit de la radiologie – a été déployée à partir de juin 2011, la fin de ce déploiement intervenant en juin 2012. Les premiers résultats de ce déploiement sont positifs avec une réelle utilisation de la solution conduisant à l'abandon du dossier patient et un partage de l'information sous les règles stricts de confidentialité. Les résultats positifs de l'expérimentation à l'hôpital Ambroise Paré ont conduit en 2012 à déployer cette première partie de la solution sur les hôpitaux Bicêtre et Tenon, permettant ainsi d'assurer le transfert de compétences des équipes Agfa vers celles de l'AP-HP. Parallèlement, la

finalisation des modules du circuit du médicament, réanimation et gestion des rendez vous est en cours.

La co-construction d'ORBIS dossier de soins avec la direction des soins et des activités paramédicale (DSAP), l'équipe d'AGFA et des cadres experts des directions des soins des GH, s'est poursuivie en 2012 sous forme d'ateliers. En juin 2012, le dossier de soins a été mis en test au sein d'un service pilote de l'hôpital Ambroise Paré. Ce déploiement a donné lieu à la conception d'un kit de formation/information destiné aux cadres de santé. La DSAP a également mis en œuvre une sensibilisation institutionnelle des professionnels à l'outil et à ses applications pratiques. Les pré-requis nécessaires au déploiement organisé et coordonné du dossier de soins au service de la qualité/sécurité de la prise en charge des patients et à l'amélioration de l'organisation des soins ont été définis.

Dans l'attente de la généralisation de ce projet à l'ensemble des Groupes Hospitaliers, l'AP-HP a poursuivi le déploiement des applications transitoires débuté en 2007 :

- gestion des blocs opératoires : elle est opérationnelle dans tous les hôpitaux. Cette application est fondée sur un référentiel commun issu de la CCAM et élaboré avec chaque collégiale. Un outil de traitement de l'information a également été mis en place permettant de disposer d'un tableau de bord de l'activité opératoire ;
- dossier clinique partagé intégrant les comptes-rendus, l'image et les résultats d'examen, débuté en 2006, il est opérationnel dans l'ensemble des groupes hospitaliers. Ainsi, plus de 200 000 comptes-rendus par mois sont aujourd'hui intégrés dans cette application. Plus de 100 000 connexions mensuelles à cette application sont aujourd'hui recensées. Cet outil permet également d'adresser aux médecins traitants les comptes-rendus par messagerie sécurisée. A ce titre, l'AP-HP participe au projet DMP lancé par l'ASIP avec une interface aujourd'hui opérationnelle, une première expérimentation étant menée sur l'hôpital R Poincaré ;
- outil de réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie : premier outil de dossier partagé au sein de l'AP-HP. En 2012, la mise en production de l'application a été réalisée à l'hôpital européen Georges Pompidou. Ainsi, en 2012, 137 réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ont été mises en place sur les 158 déclarées à l'AP-HP ; 6 918 connexions par mois ont été recensées ; 3 798 patients (dont 2 334 nouveaux patients) ont été pris en charge chaque mois ; 4 095 fiches RCP ont été saisies par mois ;
- outil de prescription informatisée des médicaments à partir des applications DxCare, Actipidos ou Phedra. Ainsi, aujourd'hui, 60 % des services de court séjour et près de 90 % des services de SSR réalisent la totalité de leur prescription de médicaments avec un tel outil. De même, l'outil de prescription et de gestion des chimiothérapies (application Chimio) est déployé sur la totalité des hôpitaux excepté Saint-Louis et l'HAD où le déploiement est en cours.

## **11.2 - Le Système d'Information GESTION (SIG)**

Durant l'année 2012 le centre de compétences et de services du domaine gestion s'est principalement consacré aux projets EIFEL, SIRH et au domaine Business Intelligence (BI).

### ***11.2.1 - Le projet EIFEL (économie, investissement, finances et logistique)***

Une grande partie du travail a consisté en l'ajustement de l'outil et des procédures pour permettre une transmission fluide et exhaustive des données à destination et en provenance des applications interfacées avec EIFEL/SAP, les principales étant PHEDRA, COPILOTE et COCINA.

2012 a vu également l'initialisation des flux du lactarium de Necker et le démarrage de SMS (Sécurité maintenance service) par la modélisation de flux de transfert spécifiques.

L'automatisation des consommations sur stocks des magasins temporaires a été mise en œuvre, ce qui a permis l'établissement d'une balance des stocks exhaustive à l'AP-HP.

La gestion des inventaires des équipements - en particulier bio-médicaux – a été très nettement améliorée

Dans le secteur alimentaire, l'intégration du logiciel de gestion de la production alimentaire (COCINA) avec EIFEL s'est poursuivie dans sept hôpitaux.

En ce qui concerne la partie logistique de la restauration alimentaire, une nouvelle version a été déployée dans les hôpitaux et une solution a été déployée dans trois biberonneries.

La partie financière d'EIFEL, a fait l'objet de plusieurs travaux dont la pré-facturation patient, la gestion de la facturation des patients ; l'adaptation de SAP pour la prise en compte du déploiement d'ORBIS du SI Patient.

Des évolutions ont été mises en place sur des transactions de suivi des commandes et factures clients, la gestion des honoraires, le plan de compte 2012, la prise en charge de la facturation chambre particulière vers les mutuelles.

### ***11.2.2 - Le projet SIRH (système d'information des ressources humaines)***

En 2012, le domaine SIRH a notamment œuvré sur les sujets suivants relatifs à la paie et gestion administratives des personnels :

- les reclassements de plusieurs catégories d'emplois ;
- la réaffectation générale des personnels dans le cadre de la mise en place des pôles d'activité médicale ;
- la mise en place de processus automatisés pour la prise en compte des montées d'échelons, bonifications d'échelons, génération des formulaires d'évaluation ;
- la refonte du fonctionnement des cotisations CSG/CRDS ;
- l'adaptation du système des primes et indemnités ;
- la mise en place de la journée de carence.

### ***11.2.3 Domaine Business Intelligence (BI)***

Le domaine Business Intelligence (BI) est désormais pleinement opérationnel et a produit en 2012 les états EPRD et les suivi infra-réglementaires par titre et par chapitre au niveau global AP-HP, avec leur déclinaison par groupe hospitalier et hôpital, ainsi que les états de comptabilité analytique sur les imputations par structure et par activité.

Le domaine BI a conçu et diffusé des états de suivi des consommations de médicaments et de dispositifs médicaux implantables (DMI), par centres de coût, classe médico-pharmaceutique, article, ainsi que des indicateurs de suivi des recettes et des dépenses, et la mise à disposition des états réglementaires du compte financier unique (CFU).

Pour la partie ressources humaines, ont été mis au point des outils de pilotage opérationnel de la masse salariale, des effectifs et de suivi de l'absentéisme ; le bilan de la formation ; des tableaux de bord de suivi ; la mise à disposition des états du bilan social 2011 ; la réalisation de l'enquête SAE 2011 (PM et PNM).

## **11.3 - Le système d'information Pilotage de l'AP-HP**

Au cours de l'année 2012, les trois applications à la charge du CCS Pilotage – OPALE, SIRIUS et infocentre central – ont évolué pour prendre en compte les attentes des utilisateurs et des directions.

### ***11.3.1 - L'application OPALE***

L'objectif d'OPALE (outil de pilotage de l'Assistance Publique, des établissements et des pôles) est de répondre aux besoins de pilotage stratégique et analytique par la mise à disposition d'un entrepôt de données partagées entre le siège et les groupes hospitaliers. Il fournit aux utilisateurs des tableaux de bord, des rapports et un outillage convivial pour les requêtes des données. Plusieurs versions ont été mises en production en 2012 permettant d'enrichir le périmètre fonctionnel d'OPALE.

Les champs désormais couverts par Opale sont :

- les données de personnel en termes de masse salariale et d'effectifs (ETPR) avec intégration des cibles par hôpital permettant un suivi mensuel précis ;
- les données d'activité et de recettes d'assurance maladie conformes aux données e-pmsi ;
- les structures des nouveaux pôles effectifs à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 avec reconstruction de l'historique ;
- les tableaux de bord déclinables mensuellement par groupe hospitalier, hôpital ou pôle ;
- les données de biologie avec détail des actes en nature ;
- les dépenses de médicaments et DMI provenant de SAP.

### ***11.3.2 - Le référentiel SIRIUS***

L'application SIRIUS (système informatisé du référentiel unique des structures) est le référentiel des structures de l'AP-HP. SIRIUS gère les créations, modifications et fermeture des différents niveaux de structures de gestion et de responsabilité médicale.

### ***11.3.3 - L'Infocentre central***

L'infocentre central adapte les formats de transmission des données en fonction des évolutions réglementaires.

En 2012, des nouveaux flux ont été intégrés dans l'infocentre central relatifs aux données PMSI Psychiatrie anonymisées, des évolutions ont été faites sur les fichiers du RIP (recherche dans l'intérêt des patients).

## **11.4 - Le système d'information Travail collaboratif et communication (CCS-TCC)**

### ***11.4.1 - Le Nouveau Portail Internet***

Le centre de Compétences et de services Travail Collaboratif et Communication est chargé de conduire les projets de système d'information de son domaine de compétences, en lien avec ses maîtrises d'ouvrage, et d'en assurer la maintenance.

Les chantiers de 2012 mettaient en œuvre essentiellement des projets portés par la Direction du service au patient et de la communication (DSPC).

Le chantier majeur de l'année a concerné le lancement et le déploiement de la plate forme web destinée à porter le réseau des portails internet de l'AP-HP : le portail internet institutionnel de l'AP-HP et ceux des portails des groupes hospitaliers. Le projet a été validé en janvier 2012 et le déploiement des portails a commencé en mars 2012. Le cadencement du plan de déploiement a été respecté, et accéléré grâce à l'adhésion des directions des groupes hospitaliers au projet. A fin 2012, le portail institutionnel et les quatre portails des hôpitaux universitaires Necker, Mondor, St Louis-Lariboisière-F.Widal, et Robert-Debré ont été publiés.

La DSPC est également maîtresse d'ouvrage de la base de données « Offre de Soins » base refondue durant 2012 en une nouvelle version plus riche en fonctionnalités et plus ergonomique.

En parallèle à ces réalisations, la DSPC, appuyée par le CCS-TCC a conduit divers travaux et réflexions autour des besoins des patients en termes d'information et de facilités d'accès à l'hôpital, autour des usages des technologies récentes, qui se concrétiseront par des réalisations d'outils et de services dans les années à venir.

#### ***11.4.3 - L'Annuaire électronique institutionnel et la base de données institutionnelle***

Le CCS TCC est également responsable de la gestion de l'annuaire électronique RIGAP (répertoire Institutionnel général de l'AP-HP) permettant de fournir les « Pages blanches » et d'approvisionner les applications informatiques qui souhaitent disposer des mouvements des utilisateurs du système d'information pour établir leurs habilitations.

Une nouvelle version du logiciel « Pages Blanches » a été réceptionnée et mise en service avec succès en 2012. En outre, une nouvelle version de la base de données institutionnelles Basins (Version 3), recensant les 15 000 consultations externes de l'AP-HP, a été mise en œuvre. Cette version est interfacée avec les référentiels RIGAP (identités des praticiens) et SIRIUS (structures).

Par ailleurs, des études de convergence ont été menées avec l'équipe projet du Répertoire Opérationnel d'Ile-de-France qui relève de l'ARS afin de s'orienter vers la mutualisation et l'optimisation des saisies de données et des contrôles qualité des deux bases de données (AP-HP et ROR-IF). La phase étude et rapprochement des modèles a été livrée. Elle permettra de commencer la réalisation de l'interface en 2013.

#### ***11.4.4 - Les applications web métiers (qualité et informations réglementaires)***

L'application AAPP (« analyse et amélioration des pratiques professionnelles) a été déployée sur l'ensemble des sites de l'AP-HP en 2012, et vient en appui des campagnes d'accréditation des hôpitaux. L'application AAPP a fait l'objet d'un partenariat de valorisation avec les CHU demandeurs de sa mise à disposition. En 2012, neuf CHU ont signé la convention et ont mis en œuvre avec l'assistance de TCC, le logiciel AAPP.

## **11.5 - La sécurité du système d'information**

La sécurité du système d'information est une priorité institutionnelle qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue, inspirée de la norme internationale de gestion de la sécurité de l'information ISO/IEC 27001. L'objectif d'une telle démarche est d'apporter des résultats concrets, mesurables et proportionnés aux risques.

### ***11.5.1 - La politique de sécurité du système d'information***

La Politique Générale de Sécurité du Système d'Information (PGSSI) sera actualisée en 2013 pour intégrer la création de la Direction des Systèmes d'Information (DSI).

Tous les Groupes Hospitaliers (GH) ont désigné un responsable de sécurité des systèmes d'information (RSSI). Onze réunions du comité des RSSI se sont tenues en 2012.



### ***11.5.2 - Le plan d'actions Sécurité du système d'information***

En 2012, 53 jours de formation ont été dispensés aux RSSI en trois formations. Douze RSSI ont été certifiés RISK MANAGER 27005.

Une veille juridique et réglementaire « Sécurité des SI » a été organisée en lien avec la Direction des Affaires Juridiques (DAJ).

L'amélioration du dispositif de lutte contre les codes informatiques malveillants a permis de réduire l'activité virale résiduelle et de détecter plus rapidement les infections y compris par des virus inconnus. Les règles ont été formalisées dans un projet de politique antivirale.

La migration vers la version 12 de l'antivirus SYMANTEC a été engagée. Elle améliore sensiblement la protection du parc informatique avec l'activation du pare-feu. Cette version réduit la consommation de ressources des systèmes protégés tout en simplifiant son administration.

Une démarche d'analyse des risques en sécurité des systèmes d'information est en cours d'élaboration.

### ***11.5.3 - Gestion de crise et continuité d'activité***

L'année 2012 a été marquée par plusieurs incidents téléphoniques majeurs, qui ont perturbé les communications téléphoniques de l'AP-HP : des lignes indépendantes ont été installées pour assurer la continuité de l'activité hospitalière.

Un diagnostic de maturité de la continuité informatique sur la base de la norme ISO 22301 a été réalisé. Il a permis d'identifier les forces et les faiblesses de l'AP-HP suivant cinq axes d'analyse : conduire l'analyse de risque ; mettre en œuvre le plan de continuité des activités et son maintien en condition opérationnelle ; contrôler et mesurer l'efficacité ; gérer les incidents et les crises de continuité ; sensibiliser et former à la continuité d'activité.

Les premières actions entreprises ont consistées à identifier les systèmes critiques, actualiser et compléter la cartographie du système d'information et élaborer une procédure de gestion de crise informatique.

## 12 - LA POLITIQUE ECONOMIQUE ET FINANCIERE

### 12.1 - Les résultats de l'exercice 2012

Après un exercice 2011 clos, pour le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), à un niveau de résultat de – 89,9 millions d'euros, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2012 affichait une prévision de déficit de – 73 millions d'euros pour une réalisation à hauteur de – 70 millions d'euros. L'AP-HP respecte donc ses engagements en améliorant son résultat comptable, et ce de façon constante depuis 2010.

Cette situation budgétaire de l'AP-HP rend compte d'une amélioration progressive de la situation budgétaire, déjà engagée depuis plusieurs années, dans le cadre du plan stratégique 2010-2014.

L'année 2012 a été marquée par une nouvelle étape dans la stratégie de l'AP-HP de retour à l'équilibre. Après une année 2011 marquée par les restructurations, l'année 2012 permet de cueillir les premiers fruits de la nouvelle organisation en groupes hospitaliers, l'accent ayant plus porté en 2012 sur la reconquête de parts de marché et la croissance de l'activité.

Le contexte de l'exercice 2012 a été marqué de manière générale par un resserrement de la contrainte en termes de finances publiques. Cela a été particulièrement le cas pour la réforme du financement de l'AME, qui s'est traduite par une perte de ressources d'environ 40 millions d'euros (compensée exceptionnellement en 2012 à hauteur de 10 millions d'euros).

L'amélioration du résultat 2012 tient à une dynamisation importante des recettes d'activité (hospitalisations et activité externe).

Elle tient également en partie à des éléments de nature exceptionnelle. Un effort particulier d'amélioration du codage a été mené, se traduisant par des rattrapages de valorisation de séjours par l'assurance-maladie (« Lamda ») très importants (72 millions d'euros, dont 53 millions d'euros non rattachés aux exercices précédents).

A ceci, s'est rajouté en 2012 un gain exceptionnel lié à une application de la réglementation fiscale sur la TVA et la taxe sur les salaires (+33 millions d'euros en net).

évolution du compte de résultat principal entre 2011 et 2012, en millions d'euros					
Charges	2011	2012	Produits	2011	2012
Charges de personnel	4 016	4 052	Produits versés par l'Assurance-maladie	5 018	5 106
Charges à caractère médical	1 247	1 337	Autres produits de l'activité hospitalière	650	657
Charges à caractère hôtelier	604	617	Autres produits	850	971
Amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles	741	797			
Total des charges	6 608	6 804	Total des produits	6 518	6 734
			<b>Résultat (déficit)</b>	<b>- 90</b>	<b>- 70</b>

La masse salariale a été très maîtrisée et a progressé de 36 millions d'euros sur le budget principal, du fait de la progression des effectifs non médicaux, notamment à partir du second semestre 2012, hausse à rapprocher de l'effort particulier mené en 2012 pour fidéliser les effectifs infirmiers (+418 ETPR entre 2011 et 2012).

Pour ce qui est des effectifs médicaux, la hausse est nettement plus marquée entre 2011 et 2012 (+ 169,4 ETPR, dont + 70,4 pour les personnels seniors), qu'entre 2010 et 2011 (+ 102,3 ETPR dont 10,6 ETPR pour les personnels seniors). Cette croissance importante s'explique par la mise en application du décret n° 2012-659 du 4 mai 2012 relatif à la loi n° 2012-157 du 01/02/2012 sur la modification des conditions d'exercice des médecins titulaires de diplômes hors UE qui se traduit par une bascule des faisant fonction d'internes (-52,13 ETP) vers la catégorie des praticiens attachés associés (+52,18 ETP).

## 12.2 - Achats et performances économiques

En 2012 un important travail a été conduit sur la performance économique des achats, notamment dans le cadre des travaux nationaux du programme PHARE

### 12.2.1 En matière de produits de santé (AGEPS)

Dans un contexte où les économies sur les achats constituent une problématique d'une actualité éminente, il convient de rappeler qu'au vu de son « effet taille », l'AP-HP a très tôt tiré parti des possibilités d'optimisation des marchés offertes par la massification et la professionnalisation de l'achat. Pour cette raison a été constituée une structure centrale des achats dédiée aux produits de santé à l'AGEPS. Cette organisation a pour effet de réunir au sein d'un même établissement des acheteurs, des experts et couvre ainsi l'ensemble du champ allant de la définition du besoin, en passant par l'évaluation scientifique jusqu'à la distribution puisqu'est adossée à l'AGEPS une plateforme de distribution qui assure l'approvisionnement de l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP. Cette organisation a largement contribué à la réalisation de résultats économiques très favorables pour l'AP-HP, en matière de produits de santé ou d'équipements.

L'entrée, en 2012, dans le programme « Phare », a mis en évidence une réelle avance de l'AP-HP dans ce domaine : l'AP-HP est déjà dans une phase de consolidation où l'enjeu est de maintenir les performances.

Les résultats consolidés de l'AGEPS sont présentés dans le tableau ci-dessous. Ils prennent en compte la totalité des résultats des marchés notifiés et intègrent aussi bien les baisses que les hausses. Le calcul des gains s'effectue à partir des quantités prévisionnelles des futurs marchés. La quasi-totalité des gains proviennent des consultations d'appel d'offre.

Résultats de la totalité des marchés centraux de produits de santé de l'AGEPS	Economie potentielle TTC (valorisation annuelle)			
	2010	2011	2012	TOTAL
<b>Médicaments</b>	-3 650 241 €	-29 831 819 €	-6 127 061 €	-39 609 121 €
<b>DM</b>	-2 576 196 €	-5 868 784 €	-4 873 108 €	-13 318 088 €
<b>Réactifs et consommables de laboratoire</b>	-1 087 897 €	-84 505 €	-1 426 469 €	-2 598 871 €
<b>Equipements</b>	-988 715 €	-3 522 049 €	-1 291 897 €	-5 802 661 €
<b>TOTAL</b>	-8 303 049 €	-39 307 157 €	-13 718 535 €	-61 328 741 €

### **12.2.2 En matière d'achats hôteliers, logistiques, travaux et informatiques (ACHAT)**

Pour ACHAT les actions conduites en 2012 conduisent à un gain (impact en 2013) estimé selon la méthode PHARE à 13,5 millions d'euros. Ce gain a été majoritairement réalisé dans les marchés informatiques (principalement marchés d'assistance technique de l'ATI et du CCDG, ainsi que le marché d'acquisition de postes de travail), mais aussi sur les marchés de restauration concédée et d'épicerie. Les principaux leviers de ces résultats ont été une stimulation de la mise en concurrence, le recours à la procédure négociée et aux accords cadres.