QUELLES PISTES D'ACTION POUR AMELIORER L'EXPERIENCE DES PATIENTS DE L'AP-HP ?

Cadre d'élaboration collective d'un projet stratégique pour 2024

Septembre 2023

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

SOMMAIRE

INTRODUCTION 4

COMMENT FACILITER LE PREMIER CONTACT ET LA PRISE DE RENDEZ-VOUS ? 6
Piste 1 : simplifier la prise de rendez-vous tout en respectant la spécificité de nos activités 6
Piste 2 : faciliter le recours et la programmation de soins dans nos hôpitaux pour les médecins de ville et nos correspondants médicaux 7

COMMENT AMELIORER L'ORIENTATION ET L'ACCUEIL DES PATIENTS AU SEIN DE NOS HOPITAUX ? 9
Piste 3 : mieux orienter le patient à l'hôpital 9
Piste 4 : améliorer la culture de l'accueil et des patients et de leurs proches 10
Piste 5 : améliorer l'accessibilité de nos sites pour les patients porteurs de handicap 10

COMMENT RENDRE LES PARCOURS INTRAHOSPITALIERS PLUS FLUIDES ET SECURISANTS ? 12
Piste 6 : améliorer les conditions d'attente (hors urgences) 12
Piste 7 : améliorer le parcours aux urgences 13
Piste 8 : faciliter une préparation sereine du parcours hospitalier en donnant aux patients une information claire sur les étapes de son parcours 13
Piste 9 : assurer la coordination des interventions autour du patient, en particulier dans le cadre des parcours complexes 14
Piste 10 : améliorer notre accessibilité téléphonique en cas de problème 15
Piste 11 : faciliter la participation des patients à des projets de recherche clinique 15

COMMENT FACILITER LE PARCOURS ADMINISTRATIF DES PATIENTS ? 17
Piste 12 : simplifier les étapes du parcours administratif 17
Piste 13 : améliorer la relation avec le patient lors de la phase de recouvrement 18
Piste 14 : Simplifier les démarches administratives des patients participants à la recherche clinique 18

COMMENT AMELIORER LA QUALITE DE NOS PRESTATIONS HOTELIERES ? 19
Piste 15 : vers une chambre d'hospitalisation plus confortable 19
Piste 16 : déployer le Wifi patient dans tous les services 20
Piste 17 : améliorer significativement la qualité de l'offre de restauration 20
Piste 18 : diversifier les services offerts au sein de l'hôpital pour les patients et les proches 22
Piste 19 : améliorer l'état de propreté et de désinfection de nos locaux, en particulier des sanitaires publics 22
Piste 20 : faire des espaces verts de nos établissements de soins des lieux de vie agréables 23
Piste 21 : prendre soin des affaires personnelles des patients/résidents 23
Piste 22 : étendre les horaires de visite des services hospitaliers 24
Piste 23 : améliorer l'accès des patients aux interventions associatives et culturelles 24

COMMENT AMELIORER LES CONDITIONS DE SORTIE DE NOS PATIENTS ? 26
Piste 24 : développer des salons de sortie 26
Piste 25 : sécuriser les patients au moment de leur sortie en améliorant leur niveau d'information et en leur donnant accès à un numéro d'urgence en cas de problème 26
Piste 26 : faciliter la continuité du parcours à domicile 27
Piste 27 : trouver davantage de solutions pour ceux qui n'ont pas de domicile ou qui ne peuvent plus y retourner 27

QUELS EFFORTS SPECIFIQUES POUR LES PATIENTS LES PLUS FRAGILES ? 29
Piste 28 : améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap 29
Piste 29 : améliorer l'accès au soin des publics précaires 30
Piste 30 : s'impliquer dans l'appui aux aidants 30
Piste 31 : poursuivre nos efforts d'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violence 31

COMMENT MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'AVIS DES PATIENTS DANS NOS DECISIONS A TOUS LES NIVEAUX ? 32
Piste 32 : utiliser réellement les questionnaires de sortie pour améliorer nos pratiques 32
Piste 33 : recueillir « à chaud » le vécu des patients pour améliorer leur séjour 33
Piste 34 : développer largement les « partenariats patients » sur le terrain 34
Piste 35 : aller plus loin dans notre politique « qualité - sécurité des soins » en développant le recueil de l'évaluation par les patients des résultats associés aux soins 35
Piste 36 : faire vivre toujours davantage la démocratie sanitaire 35

COMMENT FEDERER LES EQUIPES AUTOUR DE CES AMBITIONS ? 36
Piste 37 : susciter une réflexion à tous les niveaux sur l'amélioration de la relation avec les patients 36
Piste 38 : favoriser l'émergence de projets d'équipe fédérateurs pour l'amélioration de l'expérience des patients 36
Piste 39 : faire évoluer le label Hospitalité pour renforcer l'exigence en matière d'accueil général .. 37
Piste 40 : faciliter la vie associative sur nos sites hospitaliers 37

INTRODUCTION ››

Le 14 septembre 2022, j'ai adressé à l'ensemble de la communauté de l'AP-HP un document destiné à alimenter une concertation sur les actions à mettre en œuvre en urgence pour améliorer la situation de notre institution. **De cette concertation est sorti le plan d'actions « 30 leviers pour agir ensemble », dont l'objectif numéro 1 est de nous permettre de recruter davantage et de renforcer l'envie de nos professionnels de rester à l'AP-HP**.

La mise en œuvre de ce plan nous mobilise tous fortement et montre ses **premiers effets positifs** : sur les 6 premiers mois de l'année 2023, nos recrutements d'infirmiers et d'infirmières ont progressé de 16 % par rapport à 2022 ; les départs ont reculé de 10 % ; l'absentéisme a enfin reculé de 3 points.

Ce n'est évidemment qu'un début, et je suis conscient des tensions qui continuent de peser chaque jour sur vos conditions d'exercice et sur la prise en charge de nos patients, mais cela dessine une tendance encourageante. Il nous faut maintenant la consolider, pour atteindre d'ici fin 2023 une première étape essentielle dans la voie de notre redressement : **celle de la stabilisation de nos effectifs soignants, préalable indispensable à la reconstitution de nos forces et nos capacités de soin en 2024.**

Pour cela, nous devons poursuivre sans relâche les efforts d'amélioration des conditions de travail des équipes sur le terrain, et vous pouvez compter sur ma détermination pour maintenir fermement ce cap.

Un nouveau chantier pour 2024 : l'amélioration de l'expérience de nos patients

Le document que je vous adresse aujourd'hui est le point de départ d'un nouveau chantier pour notre institution en 2024 : la préparation d'une feuille de route stratégique autour de **l'accueil, du parcours et, en définitive, de l'expérience de nos patients**.

Il s'agit là d'un enjeu majeur, qui est au cœur même de la vocation de l'hôpital et de la motivation des professionnels qui y exercent, mais que la crise sanitaire puis les difficultés internes qui l'ont suivie nous ont empêché de porter aussi fortement que nécessaire ces dernières années.

Il s'agit aussi d'un enjeu urgent : si la satisfaction globale exprimée par ceux des patients qui acceptent de remplir nos questionnaires de satisfaction est plutôt stable, la part des patients qui déclarent qu'ils reviendraient à l'AP-HP en cas de besoin a baissé de deux points entre 2021 et 2022.

Or, si les patients recherchent avant tout la qualité des soins, il est évident que tout ce qui relève du « prendre soin » compte aussi énormément.

Quel sera le contenu de notre nouvelle feuille de route ?

Cette future feuille de route ne portera pas sur la dimension strictement médicale de nos prises en charge ni sur la structuration de notre offre de soins par filière et spécialité, qui font l'objet parallèlement d'un travail à part entière de projection stratégique à 5 ans (levier 23). Elle ne portera pas non plus sur la première attente des patients, qui est la qualité et la sécurité des soins : Celles-ci font l'objet d'un programme pluriannuel de travail pour améliorer toujours plus notre performance, et se préparer aux nouvelles exigences des visites de certification de la HAS.

Il s'agira ici d'aborder des sujets aussi concrets que les modalités de prise de rendez-vous, la qualité de l'accueil, la coordination des parcours intra-hospitaliers, l'information des patients et de leurs proches, les étapes du parcours administratif ou encore la qualité de nos prestations hôtelières et d'alimentation.

Son fil rouge : la prise en compte du point de vue des patients dans toutes nos décisions, qu'elles concernent, à titre d'exemples, l'organisation des soins au sein des services, le design des espaces ou le contenu de nos outils numériques.

Comment allons-nous construire cette feuille de route ?

Nous ne partons pas d'une page blanche : les initiatives foisonnent au sein de l'AP-HP, portées par des équipes de direction et des équipes de soin très motivées mais trop souvent circonscrites dans un périmètre restreint. Nous pouvons aussi nous inspirer des bonnes pratiques observées dans d'autres hôpitaux et structures de soins, en France et à l'étranger.

En posant les constats sur ce que nos patients pensent aujourd'hui de leur expérience à l'AP-HP, en présentant des initiatives inspirantes, en listant des questions à nous poser, le présent document a vocation à alimenter un temps d'échange qui durera jusqu'à fin octobre au sein de notre communauté, en y incluant bien-sûr les représentants des usagers qui sont engagés dans nos instances internes, et plus largement, celles et ceux qui souhaiteront contribuer. Une consultation spécifique sera organisée avec nos patients.

Ce document ne propose pas de solution toute faite, et ne cherche pas à se présenter d'emblée sous la forme d'un plan d'actions finalisé : **il s'agit d'un support de discussion. Rien de ce qu'il contient n'est figé, chaque point peut en être discuté.**

L'objectif final de cette séquence d'échanges est de bâtir d'ici décembre prochain une feuille de route opérationnelle pour 2024. Elle fixera nos enjeux et les leviers prioritaires pour les atteindre, dont certains auront des effets immédiats et d'autres s'inscriront dans une perspective de moyen terme.

Du 20 septembre au 16 octobre 2023, un mois d'échanges autour de ces pistes d'action

Nos échanges nous permettront de répondre ensemble à un certain nombre de questions :

- **A propos du document dans son ensemble :**
    - Manque-t-il des pistes d'actions potentiellement utiles ?
    - Certaines des pistes pré-identifiées posent-elles des difficultés de principe ?
    - Quelles pistes devons-nous prioriser, parce qu'elles sont urgentes et / ou prioritaires ?
- **A propos de chacune des pistes évoquées :**
    - Les propositions d'axes de travail vous semblent-elles les bonnes ? Souhaitez-vous en proposer d'autres ? Certaines vous semblent-ils plus prioritaires que d'autres si nous voulons avoir des effets rapidement et les tenir dans la durée ?
    - Quelles sont les conditions de réussite, les points de vigilance à avoir en tête dès à présent ?
    - Quelle méthode adopter pour réussir leur mise en œuvre effective et durable ?
- **Quelles modalités ?**
    - Un cycle de consultation des représentants de la communauté de l'AP-HP, au sein des différentes instances (CME, CSE, CSIRMT, C3U, directoire).
    - Un cycle de consultation sur le terrain, organisé au sein de chaque GHU, avec un questionnaire en ligne et des réunions d'échanges organisées dans les DMU et services volontaires pour participer.
    - Un cycle de consultation des représentants des usagers et de patients de l'AP-HP.

COMMENT FACILITER LE PREMIER CONTACT ET LA PRISE DE RENDEZ-VOUS ? ››

En 2022, l'AP-HP a accueilli et pris en charge plusieurs millions de patients en consultation et en hospitalisation. La prise de rendez-vous est essentiellement téléphonique, mais certains services ont choisi de développer la prise de rendez-vous en ligne, via notamment Doctolib.

Les représentants des usagers et les patients eux-mêmes, dans le cadre des réponses aux questionnaires de satisfaction, soulignent régulièrement les obstacles qu'ils ont à franchir pour trouver le bon « point d'entrée » dans l'AP-HP : d'abord pour repérer le service auquel s'adresser, lorsqu'ils ne sont pas adressés par leur médecin de ville, puis pour comprendre comment prendre rdv puisque les modalités dépendent de chaque service. Les équipes de soins, quant à elles, relèvent régulièrement des difficultés pratiques importantes.

Pendant ce temps, beaucoup d'établissements de santé ont fait de la modernisation et de la simplification de leurs modalités de prise de rdv ou d'inscription une priorité.

Piste 1 : simplifier la prise de rendez-vous tout en respectant la spécificité de nos activités

La prise de rendez-vous pour une consultation ou un examen est souvent le premier contact entre les patients et l'AP-HP. Les modalités de prise de rendez-vous sont nombreuses, variant en fonction des sites et des services. Cette diversité répond à des natures d'activité/d'expertise, et donc des parcours patients différents. Dans la réalité, elle est peu lisible pour les patients, qui peuvent peiner à s'y repérer et éprouver des difficultés à accéder à notre offre de soins.

La prise de rendez-vous en ligne semble à première vue être une solution efficace, mais son adoption par les services demeure encore limitée : d'une part, elle n'est pas toujours adaptée aux spécificités des activités de recours très spécialisées (des patients peuvent prendre des rdv pour des motifs inadéquats au vu de l'activité du service), d'autre part, le risque de « no show » est perçu comme plus important.

Les modalités de prise de rendez-vous alternatives présentent par ailleurs des limites importantes :

- La prise de rdv exclusivement téléphonique, disséminée par service, nécessite une organisation lourde, et peut se traduire par des délais de décroché et de traitement très aléatoires en terme d'efficacité,
- De même, la prise de rendez-vous par mail suppose une organisation souvent lourde pour assurer un traitement rapide des demandes et ne permet pas de vérifier facilement l'adéquation du motif de consultation avec la spécificité du service.

Face à ces enjeux, certains sites de l'AP-HP ont cherché des solutions :

- En testant puis mettant en place, avec les services numériques du siège, un outil de demande de rdv par internet adapté aux spécificités d'activité de recours : le système, baptisé LORAH, développé par le service d'endocrinologie de l'hôpital Robert Debré, est modulable. Il peut intégrer, si tel est le souhait de l'équipe qui l'adopte, un préalable obligatoire de motivation de la demande de rdv par le patient ou par un courrier du médecin traitant, et peut s'interfacer avec Doctolib. Il est accessible par smartphone. Les retours des équipes qui l'ont adopté sont positifs.

- En développant des bureaux de RDV centralisés permettant un décroché rapide et en travaillant en même temps sur l'organisation des consultations pour offrir des plages horaires plus larges,

Propositions d'axes de travail :

Il nous faut rapidement rattraper notre retard dans ce domaine de la prise de rendez-vous, la rendre plus simple et plus lisible pour l'usager, mais aussi plus pratique pour les équipes, en s'appuyant sur les expérimentations réussies.

- Pour améliorer la lisibilité de notre offre de soins et permettre aux patients de comprendre quel est le service pertinent pour répondre à leur besoin et quelles sont les modalités de prise de rdv : poursuivre la refonte du site internet de l'AP-HP, qui doit permettre de trouver beaucoup plus facilement les informations recherchées, de manière plus uniformisée entre les hôpitaux et les spécialités. En particulier, cette refonte devra intégrer un « regard patient » à toutes les étapes et une offre mieux géolocalisée, pour faciliter les choix des patients vers l'offre la plus en proximité. Elle devra aussi intégrer un descriptif le plus précis possible de la nature de l'activité des services (sous-spécialités, types de pathologies prises en charge) afin d'orienter les patients vers les services les mieux adaptés au sein d'une offre de soins souvent très spécialisée.

- Développer la demande de rdv en ligne en accompagnant les services dans la définition de leur stratégie et en proposant systématiquement le déploiement des outils adaptés (notamment le nouvel outil institutionnel LORAH) dans tous les services d'ici fin 2024.

- Dresser le bilan des expérimentations de bureaux centralisés des rdv, externalisés ou internalisés, d'ici mi-2024, et en tirer un plan de déploiement spécifique dans des secteurs où cela est pertinent, pour permettre à ceux qui ont des difficultés avec l'usage informatique d'obtenir facilement un rendez-vous par téléphone.

- Mener un travail sur les plages horaires de consultation en identifiant les services dans lesquels pourraient être développées des plages horaires adaptées. En effet, nombreux sont les établissements de santé ayant ouvert des consultations sur des créneaux plus compatibles avec les contraintes des actifs en région parisienne (consultations en soirée et le samedi matin). Du point de vue du patient, ces adaptations sont vécues comme une avancée. Sans systématiser la mise en place de vacations de consultations en soirée, il pourrait être envisagé de procéder à des adaptations ciblées, en accord avec les équipes concernées et dans les spécialités où cela peut avoir un sens.

- Construire en 2024 des indicateurs permettant aux services de suivre systématiquement l'évolution de leurs délais de prise de rdv et permettant aux GHU d'avoir de la visibilité sur les délais moyens de prise de rdv dans les différentes filières, afin de pouvoir décider de mesures permettant de redresser la barre si le délai augmente défavorablement.

Piste 2 : faciliter le recours et la programmation de soins dans nos hôpitaux pour les médecins de ville et nos correspondants médicaux

L'importance du lien avec la médecine de ville est une évidence pour faciliter des parcours de soins fluides et articulés, permettre un recours pertinent aux activités spécialisées et, in fine, éviter d'emboliser nos services d'urgence. Pour permettre aux médecins de ville d'identifier leurs interlocuteurs au sein de l'AP-HP, d'accéder à des avis et d'adresser des patients, plusieurs projets et expérimentations ont été menés ces dernières années : SIPILINK à l'hôpital Antoine Béclère et à l'HEGP, pour permettre aux médecins de ville de faire des demandes de prise en charge hospitalière ; ORTIF, outil régional de télémédecine et téléexpertise ; utilisation de boîtes mails spécifiques, etc.

Intéressantes, ces initiatives n'ont pas pu se déployer à une échelle susceptible de leur donner la visibilité nécessaire ni de permettre de répondre aux besoins massifs.

Enfin, en 2019, l'application DIRECT AP-HP a été créée pour rassembler les lignes téléphoniques directes vers un médecin sénior dans 250 services de l'AP-HP et faciliter les demandes d'avis médicaux rapides par tout médecin ayant une carte CPS.

Un nouvel outil, l'espace DIRECT AP-HP, a été élaboré en 2022 et mis à disposition en juillet 2023. Il vient remplacer et enrichir l'offre de la 1ère application : aux numéros téléphoniques s'ajouteront progressivement des formulaires de demandes de prise en charge, les avis de téléexpertise ou encore les demandes de présentation de dossier en staff. Cet outil est désormais articulé avec LORAH ce qui permet aux services de l'AP-HP d'organiser la gestion des demandes de prise en charge, avec un tableau de bord unique, et d'échanger avec les correspondants.

Propositions d'axes de travail :

- Améliorer le service rendu par DIRECT AP-HP et LORAH :
    - Articuler LORAH avec ORBIS d'ici mars 2024, pour permettre d'alimenter directement le dossier informatisé du patient, ou intégrer directement un rdv. Par la suite, Il conviendra, en 2025, de l'articuler avec le logiciel GAM.
    - Faire évoluer DIRECT AP-HP pour améliorer ses fonctionnalités, en particulier intégrer automatiquement les données de la carte vitale du patient
- Conjointement au développement de la demande de rdv en ligne via LORAH, inciter et accompagner le déploiement de DIRECT AP-HP dans tous les services de l'AP-HP où cela est pertinent, d'ici fin 2024.
- Faire connaître DIRECT AP-HP par une communication large auprès de nos correspondants, qu'ils soient hospitaliers ou issus de la médecine de ville, courant 2024.
- Définir, selon plusieurs modalités possibles, les conditions dans lesquelles les services, y compris médico-techniques (imagerie, biologie), pourront libérer des créneaux de consultations d'urgence pour donner rapidement suite aux demandes venant de nos correspondants de ville ou d'autres établissements de santé.

COMMENT AMELIORER L'ORIENTATION ET L'ACCUEIL DES PATIENTS AU SEIN DE NOS HOPITAUX ? ››

La première impression des patients lors de leur arrivée à l'hôpital leur laisse généralement une empreinte durable. Se sentir accueilli, orienté et informé participe de la confiance du patient et de son entourage et conditionne favorablement les relations entre le patient et ceux qui le soignent. Dans les dernières années, des efforts importants ont été effectuées pour réfléchir à la signalétique la plus adaptée et à la première orientation à l'hôpital – dans des modalités qui varient évidemment selon la configuration des sites. Toutefois, force est de constater qu'une marge de progrès importante subsiste, en particulier dans la dimension humaine de l'accueil proposé aux patients.

Piste 3 : mieux orienter le patient à l'hôpital

L'ensemble de nos sites hospitaliers dispose d'au moins un accueil, généralement situé à l'entrée principale, chargé d'orienter, parfois à l'aide de plans papier, le patient dans son parcours. Bien entendu, cela varie d'un site à l'autre et s'avère plus compliqué dans les hôpitaux pavillonnaires ayant plusieurs entrées. Au-delà de ces espaces d'accueil, les hôpitaux ont adopté des signalétiques qui leur sont propres (codes couleurs, identification de secteurs, etc.). Compte tenu de la taille de certains de nos hôpitaux, il peut être compliqué pour le patient d'évaluer le temps nécessaire pour rejoindre le lieu de son rdv.

Face à cette situation, plusieurs travaux ont été menés dans les années récentes :

- Certains services adressent aux patients des SMS qui confirment le lieu de la consultation et en détaillent le chemin d'accès.
- La direction de la stratégie et de la transformation (DST) du siège de l'AP-HP a travaillé, en lien avec des sites de l'AP-HP, à des principes d'amélioration de la signalétique des hôpitaux intégrant un regard « patients ».
- Certains sites s'appuient des solutions de géolocalisation, à partir de plateformes en open source (comme Open Street Map) permettant aux patients de se repérer au sein des hôpitaux. Bicêtre réfléchit à utiliser Googlemaps pour renseigner la localisation de ses services et permettre aux patients de l'utiliser. D'autres, comme à Avicenne, ont mis en place une solution de « géoguidage », qui diffuse au patient des informations adaptées à la langue et à l'éventuel handicap du patient pour les guider sur des parcours identifiés.

<u>Propositions d'axes de travail</u> :

- Promouvoir les principes de signalétique « orientés patients » travaillés par la DST, en permettant aux sites de faire un diagnostic de la pertinence de leur signalétique et d'identifier des axes d'amélioration. Les principes et l'outil d'autodiagnostic seront diffusés en janvier 2024.
- Faire le bilan des expérimentations de géolocalisation au T1 2024, pour permettre leur extension dans de bonnes conditions en commençant par les sites pavillonnaires.
- Expérimenter dans un ou plusieurs sites, y compris à l'aide d'équipes du service civique, des accueils mobiles, allant au contact des patients et pouvant si besoin les aider à réaliser des démarches administratives.

- Engager un travail spécifique sur l'accessibilité pour les patients porteurs de handicap.

Piste 4 : améliorer la culture de l'accueil et des patients et de leurs proches

Plus de 20% des réclamations reçues par an à l'AP-HP concernent des problèmes relationnels entre les patients et nos professionnels et en particulier les modalités d'information du patient et de ses proches lorsqu'ils sont accueillis dans l'hôpital. Des progrès certains restent à faire pour assurer qu'une véritable culture de l'accueil soit acquise au sein de notre institution. Face à cette situation, des expérimentations de « formation à l'accueil », permettant aux professionnels d'avoir les bons réflexes d'information mais aussi de gestion de l'agressivité de certains patients, ont été proposées dans certains sites, notamment dans le cadre des démarches visant l'obtention du label Hospitalité. Les retours des professionnels sont positifs.

Proposition d'axes de travail :

- Proposer largement aux professionnels les plus concernés par le premier accueil dans les sites et dans les services une formation courte de gestion de l'accueil et de l'information des patients, reposant notamment sur des simulations, avec pour objectifs de permettre aux professionnels d'adopter un comportement professionnel d'accueil, sachant s'adapter à ses interlocuteurs, émettre des messages clairs, et de travailler les aspects non verbaux de l'accueil et de savoir gérer les situations d'agressivité, etc. Pour cela, il conviendra d'identifier, au sein de chaque GHU, les professionnels les plus concernés, et de programmer leur formation d'ici fin 2024.
- Expérimenter, avec une équipe volontaire, le port d'une tenue spécifique (qui peut être, par exemple, un simple gilet) pour permettre de mieux identifier les personnels d'accueil et donner de la visibilité à ces agents dans l'hôpital.

Piste 5 : améliorer l'accessibilité de nos sites pour les patients porteurs de handicap

L'AP-HP a conçu en 2016 un guide pratique sur l'accessibilité des établissements de santé, permettant aux sites de disposer de conseils pratiques pour rendre accessibles les établissements à toutes les étapes du parcours de soins du patient.

Les personnes en situation de handicap font partie intégrante de la patientèle et des usagers de l'AP-HP, pour l'ensemble de son offre de soins. Toute réflexion sur l'accueil et l'accessibilité à notre offre doit donc nécessairement prendre en compte les besoins spécifiques de ces populations comme la diversité des problématiques d'accessibilité selon la nature du handicap : moteur, psychique ou sensoriel (malvoyance, surdité…). Il en est de même pour les patients non francophones. Les gestionnaires des établissements recevant du public (ERP) doivent ainsi mettre à disposition du public un document, appelé registre public d'accessibilité (RPA), afin de communiquer sur le niveau d'accessibilité des prestations proposées par leur établissement. Pour être aussi utile qu'efficace, le registre se doit d'être simple et compréhensible par tous. Sa mise en ligne doit permettre aux patients porteurs d'un handicap de bien préparer concrètement leur venue. Or, ce document est aujourd'hui travaillé pour répondre aux obligations réglementaires, mais non pour répondre aux besoins d'un regard « patients ».

Propositions d'axes de travail :

- Avec l'appui du référent handicap de l'AP-HP, construire dans chacun des sites le registre d'accessibilité, sur la base d'un format AP-HP comportant une partie pédagogique simple et « orientée patients », et de le diffuser, au plus tard en juin 2024, en version audiovisuelle, téléchargeable à partir de leur site internet.

- S'assurer de la résorption, par les travaux nécessaires, des « poches » d'inaccessibilité PMR qui demeurent à l'AP-HP et qui ont été recensées dans le plan AD'AP.
- Généraliser la mise à disposition de fauteuils roulants confortables aux accueils de nos hôpitaux.

COMMENT RENDRE LES PARCOURS INTRAHOSPITALIERS PLUS FLUIDES ET SECURISANTS ? ››

La coordination du parcours de soin autour du patient et une bonne compréhension de ce qui lui arrive tout au long de ce parcours sont des facteurs déterminants de réassurance pour le patient comme pour ses proches. C'est en particulier le cas (mais pas seulement) pour des parcours complexes nécessitant l'intervention de nombreux professionnels de spécialités et de métiers différents. Or, là où nombre de structures hospitalières ont fait un travail de fond sur le niveau et les outils d'information prodigués au patient et sur la coordination de son parcours par la structure elle-même, la situation reste très disparate au sein de l'AP-HP. Trop souvent, les patients ont le sentiment d'être insuffisamment informés, que ce soit sur leur situation de santé ou sur les modalités de leur prise en charge actuelle ou à venir– et cela commence dès la salle d'attente, par exemple en cas de retard important inexpliqué. Trop souvent aussi, le poids de l'organisation d'un parcours (programmation des consultations, des examens, etc.) pèse sur le patient et non sur la structure.

Piste 6 : améliorer les conditions d'attente (hors urgences)

Si de nombreuses équipes honorent les rdv de consultation/d'examen à l'heure prévue, il est aussi possible de trouver des salles d'attente surchargées, dans des conditions matérielles peu confortables. Si bien sûr ces retards peuvent être dus à la prise en charge d'une urgence, ce n'est pas toujours le cas et cela peut renvoyer à des politiques de convocation des patients très en amont de l'heure prévisible de l'acte ou de la consultation. Il nous faut donc travailler nos organisations internes, pour que l'organisation du travail soit en adéquation avec les plannings de rdv. Mais au-delà, il nous faut travailler aux conditions d'attente de nos patients, au-delà des salles d'attente des SAU qui font l'objet d'un travail spécifique (voir infra).

Propositions d'axes de travail :

- Susciter une réflexion sur la manière de limiter les délais d'attente des patients en rénovant la méthode de programmation des rdv aux consultations, pour trouver un meilleur équilibre entre l'optimisation de l'organisation du point de vue des soignants et le respect des contraintes des patients.
- Etablir le réflexe d'information en continu du patient d'un éventuel retard, par sms ou affichage, pour lui permettre de gérer au mieux son temps d'attente. En complément de règles de conduite simples à adopter dans les services pour informer les patients le plus régulièrement possible, des outils numériques d'information des patients en temps réel, utilisés aujourd'hui pour la médecine libérale, pourront être expérimentés en 2024.
- Lancer un appel à projets centralisé pour aménager des zones d'attente « générales » dans les hôpitaux (attentes des consultations, selon les configurations, ou hall d'accueil de l'hôpital) s'inspirant des bonnes pratiques observées dans des lieux accueillant de larges publics avec de forts temps d'attente (ex : gares SNCF) : bornes pour réaliser les formalités administrative, zones de jeux et zone de change pour enfants, zone de travail pour d'autres, zone d'information sur la prévention en santé, coins lecture, rechargement portables par vélo d'entrainement, etc.)

Piste 7 : améliorer le parcours aux urgences

Les urgences, adultes et pédiatriques, ont accueilli en 2022 près de 1,5 millions de patients. Cette activité fait face à des enjeux majeurs : une activité globalement au niveau de 2019 mais des situations hétérogènes avec des difficultés régulières liées à des pics d'activité (épidémies, délestages), une augmentation des prises en charge psychiatriques, etc. des difficultés d'hospitalisation d'aval liées à la contraction du capacitaire, responsables d'une augmentation des délais de prise en charge, Cela complique les conditions d'accueil des patients comme les conditions d'exercice des professionnels.

Face à cela, les professionnels regroupés au sein de la collégiale des médecins urgentistes et des cadres des urgences cherchent des solutions permettant d'améliorer les conditions d'accueil, d'informations et d'attente des patients. Il peut s'agir, de démarche de design de l'accueil et des parcours des patients : en partant de l'expérience de ces derniers (et des professionnels), les conditions de l'accueil et de l'attente (notamment le mobilier, la signalétique et l'information du patient) ont été redéfinis de façon à améliorer la sérénité des patients. De même, une expérimentation technique est en cours à Henri Mondor visant à afficher en salle d'attente les délais d'attente.

Propositions d'axes de travail :

- Finaliser l'état des lieux des équipements des salles d'attente des SAU et installer les équipements nécessaires en matière de distributeurs de boissons/collations, chargeurs de téléphone, accès WIFI.
- Déployer sur l'ensemble des sites de l'AP-HP la démarche de design et le prototype d'affichage mis en place à A. Paré, Saint Antoine et dernièrement Bicêtre et Tenon.
- Poursuivre le travail (Collégiale des urgentistes, DIRCOM et GHU) sur les modalités d'information des patients, en associant les patients partenaires et les associations de patients.
- Dresser le bilan des démarches de médiation mises en place dans les salles d'attente de certains SAU, notamment au SAU de Lariboisière, pour envisager leur déploiement.
- Mener avec la collégiale des urgentistes une discussion pour définir collectivement les conditions d'accompagnement des personnes vulnérables par leurs proches, tout au long de leur parcours de prise en charge aux urgences, afin de concilier sérénité du patient vulnérable et sérénité et sécurité des conditions de travail des équipes.
- Aller au bout de l'expérimentation sur les conditions d'affichage des délais d'attente, y compris sur internet, et définir au 3ème trimestre 2024 les conséquences à en tirer.
- Expérimenter dans un ou plusieurs SAU le remplissage par le patient, dans la salle d'attente, d'une préadmission en ligne (voir piste 11) et, comme cela se fait dans d'autres hôpitaux franciliens, de ses antécédents médicaux et de son traitement, en prévoyant que ces données puissent être intégrées dans Orbis.

Piste 8 : faciliter une préparation sereine du parcours hospitalier en donnant aux patients une information claire sur les étapes de son parcours

En amont d'une hospitalisation programmée ou de l'amorce d'un parcours de soin complexe, le temps de préparation est essentiel pour le patient et pour son entourage. Il doit avoir la meilleure compréhension possible de sa pathologie, les impacts à prévoir à la sortie et leur durée, une vision claire de son parcours de soins et de l'intérêt de chacune des étapes.

De nombreux services expérimentent la diversification des supports d'information : SMS rappelant les consignes médicales à appliquer les jours précédant un intervention, bande dessinée, petits films pédagogiques projetés en salle d'attente, etc. Certains services, en particulier dans le domaine du

traitement des maladies chroniques, expérimentent des solutions numériques permettant d'informer les patients avec les données utiles et compréhensibles tout au long de leur parcours. Ces solutions sont adoptées par nombre de structures de santé autour de nous.

Propositions d'axes de travail :

- A l'issue d'un benchmark des solutions existantes, développer ou acquérir d'ici fin 2024 une application institutionnelle permettant de nourrir les échanges entre les patients et son équipe de soin, par la diffusion d'informations pratiques mais aussi de nature médicale, de conseils, etc.
- Lancer un appel à projets pour identifier 30 services désireux d'être accompagnés en 2024 dans la formalisation graphique de leurs parcours de soin, sur la base des outils travaillés par la DST.
- Déployer ces outils largement dans tous les GHU pour permettre une appropriation la plus large possible.
- Adopter le réflexe d'associer systématiquement des patients dès la phase de conception de tous les supports de communication destinés à l'information des patients, pour garantir la compréhension des informations délivrées.
- Dans le cadre de l'initiative globale lancée en 2024 en faveur du partenariat-patient au sein des services de l'AP-HP (voir ci-après), promouvoir la pair-aidance, c'est-à-dire l'intervention de patients ou d'anciens patients des services pour informer les nouveaux patients pris en charge.

Piste 9 : assurer la coordination des interventions autour du patient, en particulier dans le cadre des parcours complexes

Les parcours de prise en charge des patients sont parfois des parcours complexes, qui associent de multiples consultations de spécialistes à des examens complémentaires biologiques ou médicotechniques, et qui peuvent se prolonger par une intervention et/ou des séances régulières de soins. Or, la programmation de tous ces éléments est en elle-même un véritable défi pour les équipes de soins, car elle est généralement gérée manuellement et nécessite l'accès privilégié à des carnets de RDV de plusieurs spécialités. C'est encore plus vrai pour le patient lui-même lorsque les équipes lui laissent l'entière programmation de certains éléments de parcours, en intra ou extra hospitalier. La difficulté est particulièrement aigüe lorsqu'une des étapes du parcours est décalée par un service, et que le patient doit tout reprogrammer lui-même.

Les équipes soignantes de cancérologie ont été les premières à être sensibilisées à cette question et à prendre en charge le poids de la coordination des parcours : c'est le cas par exemple d'HEGP, qui a confié à une unité unique la programmation et la coordination des parcours de soins pour tous les patients adressés pour cancer. Cette unité coordonne à elle seule les consultations médicales, les biopsies, l'imagerie, la pose des dispositifs intra-veineux longue durée (DIVLD), les rendez-vous en hôpital de jour et le suivi des patients incluant celui des patients sous thérapies orales. Il libère par ailleurs les personnels soignants dans les unités de cette charge pour se concentrer sur leur cœur de métier.

Propositions d'axes de travail :

- Identifier, dans chaque site de l'AP-HP, les parcours complexes nécessitant un travail accru de coordination, et accompagner les équipes dans la structuration de projets pour les prochaines vagues de l'appel à projet « redonner du temps », le cas échéant en réfléchissant à des postes de coordination mutualisés entre plusieurs services.
- Dès le dernier trimestre 2023, lancer les travaux d'identification d'un logiciel institutionnel de programmation du parcours intégrant l'accès aux agendas, pour faciliter le travail des équipes

de programmation et coordination de parcours : valider la faisabilité en réalisant une preuve de concept (POC) et une analyse des besoins internes, lancer une étude de marché ; le proposer aux équipes volontaires.

- Expérimenter, en hôpital de jour, des outils logiciels permettant à l'équipe de soins de toujours savoir où en est le patient dans son parcours de soin sans avoir à le chercher activement, ce qui permet de réduire les temps d'attente du patient et de sécuriser les professionnels.
- Pour faciliter la coordination avec les structures extrahospitalières, mieux faire connaitre les dispositifs départementaux d'appui à la coordination, dont les équipes facilitent la coordination des acteurs au bénéfice du patient.

Piste 10 : améliorer notre accessibilité téléphonique en cas de problème

Parce que tout ne peut pas toujours se résoudre par internet et par messagerie, parce que le patient reçoit parfois un nombre important d'informations simultanées qu'il ne peut pas toujours intégrer, il doit pouvoir, en cas problème, joindre le secrétariat médical du service hospitalier. Il s'agit d'une demande forte et récurrente des patients et des représentants des usagers.

Propositions d'axes de travail :

- Confier au patient une adresse mail et un numéro de téléphone pour lui permettre de joindre le service hospitalier en urgence et d'être rassuré.
- Systématiser le décrochage et la réponse téléphonique des secrétariats médicaux entre 9h et 17h, en accordant une attention particulière à la plage 12 h-14h au cours de laquelle nombre de patients qui travaillent sont susceptibles d'appeler. Mettre en place une bascule vers une cellule chargée d'accuser la demande et de faire le relais vers le service en cas d'un éventuel non décrochage.
- Construire un indicateur permettant de suivre les taux de décrochés et de construire des plans correctifs au plus près du terrain.

Piste 11 : faciliter la participation des patients à des projets de recherche clinique

La recherche clinique nécessite l'implication de patients et de volontaires. Or, nombre d'essais cliniques sont arrêtés avant leur terme principalement par manque de recrutements de patients. S'il n'a pas été réalisé d'enquêtes sur la perception des patients participant à la recherche à l'AP-HP, on remarque cependant que les patients sont mal informés sur les essais en cours ou à venir et sur les implications d'une participation à un essai. L'absence de communication des résultats des études auxquelles les patients ont participé peut pas ailleurs générer des frustrations.

Proposition d'axes de travail :

- Développer un volet « recherche » dans le portail patient de l'AP-HP. Ce volet recherche pourrait regrouper l'ensemble des documents relatifs à la recherche de manière dématérialisée (e-consentement, documents relatifs au protocole, état d'avancement du projet, indicateurs, etc.) ainsi qu'un renvoi utile vers le registre des essais en cours.
- Organiser une communication plus large sur les essais cliniques se déroulant à l'AP-HP et sur le résultat de nos recherches, en ciblant particulièrement les communautés de patients les plus concernées par les différents thèmes de recherche.
- Constituer une base de volontaires pour s'engager dans des projets de recherche selon leur intérêt ciblé et en prenant appui sur le registre des essais cliniques.

- Déployer des formes innovantes d'essais cliniques en favorisant l'expérimentation d'essais décentralisés (hors de l'hôpital) avec un état des lieux des initiatives déjà lancés et la formalisation d'un plan de déploiement en concertation avec les services d'appui à la recherche clinique.

COMMENT FACILITER LE PARCOURS ADMINISTRATIF DES PATIENTS ? ››

Depuis des années, l'AP-HP a fortement investi pour l'amélioration du parcours administratif des patients, à travers notamment le déploiement d'un système numérique de gestion administrative des patients (logiciel de gestion administrative des patients dit GAM). A titre d'exemple, il n'est plus demandé à un patient déjà connu de l'AP-HP de refaire les démarches administratives qu'il avait dû faire la première fois. L'ensemble des évolutions engagées permet à 70 % des patients de ne plus passer par le bureau des admissions, et à 30% des paiements de se faire en ligne.

Ces améliorations semblent commencer à porter leurs fruits : entre 2020 et 2021, les réclamations relatives au traitement administratif et à la facturation ont baissé de 2,4%. Toutefois, ces réclamations représentent toujours 29% des réclamations faites à l'AP-HP. Il nous faut donc aller plus loin dans l'optimisation du parcours administratif du patient.

Piste 12 : simplifier les étapes du parcours administratif

La préadmission et la vérification anticipée des droits permet de simplifier le parcours patient : si son dossier est complet, le patient reçoit un sms lui précisant qu'il peut se rendre directement dans l'unité de soins, sans passer par les admissions : c'est le cas dans 70% des cas, avec des variables en fonction des sites. Les retours patients sont excellents, 87% disent que cela simplifie fortement ou très fortement leur prise en charge.

Plusieurs initiatives potentiellement complémentaires sont en cours pour aller plus loin dans la simplification, par exemple :

- Le site de Mondor expérimente dans 3 services pilotes (rhumatologie, cardiologie et neurologie) l'arrivée systématique directement dans l'unité de soins, même quand la préadmission n'a pas pu être validée, ce qui suppose toutefois que les professionnels, le plus souvent en charge de l'accueil, scannent l'ensemble des documents (carte vitale, attestation assurance complémentaire et document d'identité) pour les intégrer dans un dossier partagé avec le service des admissions/frais de séjour. Cela raccourcit le parcours, et l'impact est bénéfique en particulier pour les publics fragiles,
- Le site de Saint Louis va expérimenter le projet ROC (projet national visant à fiabiliser et accélérer les échanges avec les organismes complémentaires pour connaître les droits existants, identifier plus vite les personnes qui n'ont pas de mutuelle et les accompagner pour leur ouvrir des droits, etc.),
- Le site de Louis Mourier expérimente la préadmission en ligne aux urgences.

Propositions d'axes de travail :

- Déployer la préadmission en ligne aux urgences dans tous les SAU, en tirant les enseignements de l'expérimentation actuellement en cours à Louis Mourier, tout s'assurant d'un circuit alternatif pour les patients exclus du numérique.
- Tirer le bilan de l'expérimentation menée à Mondor en vue de son éventuel élargissement.
- Déployer largement le projet ROC dans tous les sites de l'AP-HP sur 2 ans et systématiser le recueil des informations relatives à la mutuelle. Pour mémoire, le taux de couverture AMC des

patients est de 95 %, alors que le taux constaté à l'AP-HP est autour de 79% aujourd'hui, avec des fortes inégalités entre sites.

Piste 13 : améliorer la relation avec le patient lors de la phase de recouvrement

Les factures de l'AP-HP sont adressées 20 jours après les soins, par courrier. Pour améliorer le recouvrement, la direction des finances publiques, chargée du recouvrement des factures, a depuis 2016, délégué le recouvrement amiable à un prestataire externe, une société d'huissiers, laquelle effectue la relance de paiement 2 mois après la prestation, avant le cas échéant d'entamer les poursuites. Cette procédure peut être vécue comme assez brutale et susciter des incompréhensions, dans la mesure où elle confronte le patient à une société d'huissier alors même qu'il n'a pas reçu une relance préalable de la part de l'AP-HP. Des mesures ont donc été prises pour améliorer la relation : depuis mars 2023, un mail de relance est adressé 22 jours après l'envoi de la facture, et depuis juillet 2023, un courrier de relance est adressé systématiquement avant transmission du dossier à l'huissier.

Propositions d'axes de travail :

- Evaluer auprès des patients et des professionnels, en fin d'année 2023, la nouvelle organisation mise en place sur le circuit de recouvrement.
- Améliorer le contenu des factures, lesquelles sont encore aujourd'hui pas très explicites pour l'usager qui la reçoit. L'intégration de patients à la démarche permettra de mieux répondre à leurs attentes de contenu.
- Développer un portail spécifique, sur le portail général de l'AP-HP, permettant au patient d'exprimer une contestation sans avoir à chercher auparavant le bon interlocuteur- la distinction entre l'AP-HP et le comptable public rendant cette recherche difficile. Un test auprès des RU, au cours du 1er trimestre 2024, permettra de valider la maquette avant sa mise en production.

Piste 14 : simplifier les démarches administratives des patients participants à la recherche clinique

Dans le domaine de la recherche clinique, l'indemnisation des volontaires sains et le remboursement de leurs frais engagés sont encadrés par la règlementation. Mais en pratique, il apparait que les procédures de remboursement sont lourdes et les pratiques hétérogènes au sein de l'AP-HP. Conjuguée à l'avance de frais, cette complexité peut décourager les patients et volontaires à participer à un essai clinique.

Proposition d'axe de travail :

- Réorganiser en 2024 le circuit du remboursement des patients/volontaires des essais cliniques pour réduire les délais source d'abandon de participation dans des essais.

COMMENT AMELIORER LA QUALITE DE NOS PRESTATIONS HOTELIERES ? ››

S'il est évident que la qualité de la prise en charge médicale et soignante reste l'enjeu majeur pour le patient, les conditions d'accueil matériel sont néanmoins des éléments signifiants dans la perception de son séjour hospitalier.

L'AP-HP dispose d'une diversité de bâtiments hospitaliers, lesquels ont été construits au fil du temps, témoins de l'histoire de l'architecture hospitalière. Les dernières réalisations, de construction comme de rénovation, prennent en compte l'évolution de l'attente des patients en termes de confort hôtelier et d'esthétique : traitement de la lumière, sonorisation, présence d'une salle de bain dans les chambres d'hospitalisation complète, etc. De même les espaces ambulatoires, dédiés à la chirurgie ou à la chimiothérapie, sont maintenant conçus pour respecter l'intimité et le confort du patient. Au-delà de ces espaces pensés en fonction des besoins des patients, de nombreux espaces plus vétustes demeurent toutefois et font l'objet de réhabilitations au fur et à mesure, avec parfois de fortes contraintes d'espace qui limitent les possibilités.

Au total, la lecture des résultats des questionnaires de satisfaction nous enseigne qu'il reste une importante marche à franchir pour améliorer le niveau de nos prestations hôtelières : nous obtenons nos moins bons scores dans les domaines du confort de la chambre et de la qualité de la restauration – ces scores étant par ailleurs inférieurs à la moyenne obtenue par l'ensemble des établissements de santé. Les commentaires libres des patients et de leur entourage soulignent, au-delà de ces motifs d'insatisfaction, une préoccupation pour l'adaptation des prestations aux enjeux du développement durable.

Piste 15 : vers une chambre d'hospitalisation plus confortable

Si les patients se plaignent peu de l'absence de salle de bains individuelle attenante à la chambre dans les structures hospitalières anciennes, mettant l'accent sur la qualité et la sécurité des soins prodigués, quelques verbatim des questionnaires de sortie e-satis signalent que la salle de douche du service aurait pu être plus fonctionnelle et confortable. De la même manière, certains patients s'étonnent de disposer d'oreillers sans taie d'oreiller, de traversins sans housse, d'alèses en guise de drap de bains, etc. S'il s'agit chaque fois de faits isolés qui ne traduisent évidemment pas un choix de gestion institutionnelle, ces désagréments vécus doivent nous pousser à être plus vigilants et collectivement progresser.

Certains sites, essentiellement les hôpitaux pédiatriques et gériatriques, se sont emparés du sujet de l'hôtellerie, pour améliorer les conditions de séjour, et ont ainsi expérimenté des prestations plus qualitatives pour rendre l'univers de la chambre plus familier et confortable : fourniture systématique d'un drap de bains et d'une serviette, mise en place de couettes, plus colorées et plus légères, à la place du drap et de la couverture institutionnelle, création d'une zone d'affichage personnalisable par le patient dans la chambre, etc.

Propositions d'axes de travail :

- Mener un travail, en lien avec des patients, pour identifier les principaux éléments à faire évoluer pour améliorer le confort du patient à architecture constante (ex : traitement de la lumière dans la chambre, housse plastique des oreillers, couverture, masque anti-lumière, bouchons d'oreille, etc.) et pour les fixer dans le cadre d'un « standard AP-HP » commun. Par la

suite, définir une application progressive de ce nouveau standard en ciblant des services prioritaires (ex : gériatrie, soins palliatifs).

- Pour illustrer le renouveau hôtelier de l'AP-HP, renouveler le design du drap et de la couverture AP-HP, créées à la fin des années 80 pour lutter contre la disparition massive de ces articles, afin de trouver une solution permettant de concilier plus efficacement les impératifs d'organisation et d'hygiène avec le confort des patients.
- Recenser les conditions d'hébergement des accompagnants mises en place sur les différents sites hospitaliers, en particulier pédiatriques, et partager les bonnes pratiques.
- Intégrer dans l'outil institutionnel en cours de déploiement de gestion de la maintenance via une application smartphone (outil SAPHIR ou EASYLOG) la possibilité pour les patients de formuler une demande de maintenance s'il a constaté un problème dans sa chambre.

Piste 16 : déployer le Wifi patient dans tous les services

Devenu indispensable au quotidien, le Wifi a révolutionné notre rapport à internet et l'usage des objets connectés. Pratique et d'usage courant, mais nécessitant de satisfaire des critères de sécurité, il n'est pas pour autant déployé sur l'ensemble du périmètre de l'AP-HP, même si de larges progrès ont été réalisés sur les sites hospitaliers puisqu'aujourd'hui, nous atteignons une couverture moyenne de 80%.

Propositions d'axes de travail :

- En concertation avec la DSN et les directions des systèmes d'informations en GH, vérifier les zones de non ou mauvaise couverture, pour déployer, d'ici la fin 2024, le wifi à 100% dans les zones accessibles aux patients.
- Etendre l'offre de haut débit dans les zones d'accueil et d'attente, en particulier en consultation.

Piste 17 : améliorer significativement la qualité de l'offre de restauration

Dans le cadre des enquêtes de satisfaction e-satis menées auprès des patients, le score des établissements de l'AP-HP en matière de restauration est toujours inférieur à la moyenne nationale. Malheureusement, la formulation assez globale de l'enquête ne permet pas d'identifier des pistes d'amélioration.

Or, il est difficile de formuler des constats généraux sur l'organisation de l'offre de restauration de l'AP-HP, tant les modèles sont variés : certains sites sous-traitent tandis que d'autres gèrent la restauration en interne, certains sites produisent sur place et d'autres dans des unités centrales ; certains sites transforment des produits bruts alors que d'autres assemblent des produits de l'industrie agro-alimentaire. Par ailleurs, les modes de « mise en température » des repas, les contenants (assiettes / barquettes), les modalités de distribution dans les services varient très fortement.

On constate cependant une tendance générale à la réinternalisation de la production, considérée comme un levier de meilleure maitrise de la qualité ; en règle générale, de nombreuses démarches locales sont menées tous azimuts dans les GHU et sites, qui partagent une conscience aigüe des difficultés.

Propositions d'axes d'amélioration :

Définir une stratégie AP-HP d'amélioration de la restauration reposant sur des choix de moyen et long terme mais embarquant aussi des améliorations de court terme, autour de plusieurs grands enjeux :

- L'amélioration de la qualité des produits, en lien avec les objectifs fixés par la loi Egalim qui impose depuis 2022 une proportion de 50 % produits vertueux (contre 20% en moyenne au sein

de l'APHP au cours du 1er semestre 2023, avec de grandes disparités entre sites) dont 20% produits bio.

  - Cela pourrait passer par des partenariats avec des producteurs franciliens (et des producteurs locaux pour les sites situés hors IDF) afin de favoriser les circuits courts.
  - Cela pourrait passer par l'intégration de critères d'absence de perturbateurs endocriniens dans les marchés d'achat de produits alimentaires, à l'image des travaux engagés dans le cadre du déploiement des éco-maternités.
  - Cela pourrait enfin passer par l'extension à d'autres sites de l'AP-HP de l'initiative « Mon Restau Responsable » lancée à Saint-Antoine en juin 2023 : il s'agit d'un accompagnement gratuit, offert par la Fondation pour la nature et l'homme et le réseau Restau'Co, pour accompagner les restaurants collectifs qui souhaitent proposer une cuisine plus saine, de qualité et respectueuse de l'environnement.

- L'adaptation des menus pour réduire le gaspillage alimentaire en répondant mieux aux aspirations des patients. Privilégier la qualité plutôt que la quantité rendra nécessaire de resserrer l'offre de menus, comme de diminuer le nombre de composantes pour le repas du soir, tout en conservant une adaptation aux différentes typologies de patients et en garantissant l'apport de 2000 Kcal par jour. Cette réflexion pourrait intégrer la demande d'une variante végétarienne adaptée aux pathologies des patients, comme nous commençons à le faire pour les repas des personnels.

- L'attention au contenu de l'assiette renvoie aussi à la problématique de l'attractivité des métiers de la restauration à l'hôpital, dans un contexte général de tension sur certains métiers : nous avons du mal à recruter mais aussi à fidéliser des professionnels formés, y compris dans l'encadrement. Dans la droite ligne des 30 leviers, il s'agira de mettre en place une politique RH adaptée sur les métiers de la logistique : développer l'accueil d'apprentis et d'alternants, mieux proposer et accompagner les parcours de progression professionnelle, en particulier par la formation, revoir certaines condition d'emploi pour des certains métiers en grande tension. Le schéma logistique en construction viendra préciser dans les prochaines semaines ce volet essentiel.

- L'amélioration de la présentation du plateau en privilégiant le retour à une vaisselle durable pourrait être envisagée. Il sera utile de partager le projet de Sainte Périne et Raymond Poincaré de concevoir et faire produire une assiette porcelaine adaptée aux handicaps des patients et compatible avec les chariots existants.

- L'attention au patient autour du repas pourrait faire l'objet d'une attention particulière, nécessitant parfois une formation auprès des personnels soignants en charge de cette activité (ASH et AS) pour améliorer le service : comment présenter le plateau au patient, comment l'inciter à prendre son repas, comment proposer de l'aide et l'aider si besoin, et comment reprendre son plateau à l'issue… car la prestation restauration ne saurait s'améliorer totalement si seul le contenu est amélioré. Dans le même sens, une réflexion pourrait être menée sur les horaires des repas, en particulier ceux du soir, pour être plus compatibles avec les habitudes de vie et participer à la réduction du jeune nocturne.

- La commande du repas par le patient lui-même, à travers un formulaire en ligne créé sur l'Espace patient, à remplir par tous les patients qui le peuvent.

- Enfin, des efforts de décoration et d'ambiance sonore pourraient être apportées aux salles à manger des patients hospitalisés en SMR et USLD.

Un partenariat avec un chef et un pâtissier reconnus permettrait d'appuyer cette dynamique d'amélioration de l'offre de restauration : à ce titre, l'initiative de l'hôpital Saint Louis, portée en partenariat avec l'association Princesse Margot de proposer tous les jeudis un « repas du chef » conclut

à une très grande satisfaction des patients, mais aussi des professionnels qui se sentent valorisés en retour. Pour commencer dans la démarche, il pourrait s'agir de créer 5 ou 6 pâtisseries/recettes qui pourraient être servies sur l'ensemble des sites de l'AP-HP.

Piste 18 : diversifier les services offerts au sein de l'hôpital pour les patients et les proches

Au-delà de la restauration servie aux patients dans le cadre de leur séjour hospitalier, des initiatives ont vu le jour pour installer des conciergeries dans les sites, en capacité de répondre à un certain nombre de besoins concrets des patients et de leurs proches. Toutefois, ces dernières n'ont pas été maintenues car elles étaient trop peu utilisées. Cependant, des initiatives ont été prises par certains sites pour développer de nouveaux services au bénéfice des patients comme de leurs proches, initiatives qu'il convient d'évaluer en vue d'une éventuelle extension.

Propositions d'axes de travail :

- Mener une concertation avec les représentants des usagers et des patients partenaires de chaque site pour identifier les services qu'il serait le plus pertinent de proposer aux patients et à leurs proches. Par exemple : frigos connectés aux urgences ou à proximité pour avoir accès à une offre de qualité même la nuit, proposition de produits de soin / de beauté dans la ou les boutiques du site, service de cash-back, proposition de livraison de journaux en chambre, etc.
- En tirer les conséquences dans les marchés des cafétérias / boutiques / offre de frigos connectés, etc.
- Modifier progressivement, au fil du renouvellement ou d'avenant aux marchés, du contenu des distributeurs de boissons, confiseries et snacks, qui font actuellement l'honneur au sucré et au gras, et s'engager, au titre de notre mission de santé publique, à proposer une offre alternative plus saine (boisons sans perturbateurs endocriniens, jus de fruits naturels, produits bio et diététiques). Cette démarche pourrait s'initier en priorité sur les sites pédiatriques.

Piste 19 : améliorer l'état de propreté et de désinfection de nos locaux, en particulier des sanitaires publics

Un type de lieu pose particulièrement problème aux usagers, au regard de leur fréquentation : les sanitaires publics, implantés dans les lieux à forte affluence (halls d'accueil, SAU, consultations, imagerie ...). C'est un sujet majeur de mécontentement, récurrent, quel que soit le site, en plus d'un sujet d'hygiène particulièrement important pour un hôpital. Par comparaison, les stations-services d'autoroutes, qui voient passer d'importants flux humains, ont réussi à créer des espaces standardisés qui restent propres, et la SNCF a déployé un modèle fondé sur des espaces rénovés supervisés par du personnel présent en continu. Certains sites (A. Paré ou Broca par exemple) ont pourtant mis en place des marchés intégrant un bionettoyage systématique toutes les heures, mais cela ne suffit pas.

Propositions d'axes de travail :

- Conduire un benchmark des solutions trouvées par les autres structures accueillant un large public en matière de propreté des sanitaires, et en tirer un plan d'amélioration de l'état et de la propreté des toilettes publiques de l'AP-HP, passant par la fixation d'un standard architectural et d'un standard de fonctionnement.
- Mettre en place un affichage ciblé systématique invitant le public à respecter les lieux et une solution permettant aux visiteurs et patients de signaler des problèmes de propreté.
- Mettre en commun les cahiers des charges existants et faire converger le niveau exigé de la prestation de bionettoyage, intégrant des standards de moyens (nombre d'agents, formation,

durée d'exécution.) afin de s'assurer de la capacité du prestataire à réaliser le niveau de prestation attendue de nettoyage et détartrage des sanitaires.

- Construire et réaliser au sein de l'AP-HP une formation au contrôle et suivi de la réalisation des prestations de bionettoyage, à destination des responsables hôteliers, pour s'assurer de la qualité de la réalisation de la prestation et généraliser les contrôles rigoureux.
- Tirer un bilan des expérimentations de nettoyage vapeur (impact en terme de formation des personnels et d'appropriation du dispositif, impact financier en investissement comme en fonctionnement, impact sur la satisfaction des personnels et usagers…) afin éventuellement d'envisager un déploiement plus large.

Piste 20 : faire des espaces verts de nos établissements de soins des lieux de vie agréables

Alors que nos hôpitaux disposent souvent d'importants espaces verts, la mise en valeur de ces derniers a parfois été négligée. Or, au-delà de l'impact sur l'environnement, ces espaces sont essentiels pour échapper à la chambre, ils permettent l'échange et le recul, et en ce sens, sont des ouvertures alliées des soignants. Le fonds Après a d'ailleurs facilité la mise en œuvre de projets de jardins thérapeutiques, de potagers thérapeutiques ou d'aménagements paysagers.

Propositions d'axes de travail :

- Porter une plus grande attention au fleurissement et à l'entretien des espaces verts des établissements, en particulier pavillonnaires, et au développement de jardins et parcours thérapeutiques pour maintenir l'accès à la nature des personnes hospitalisées. Ces projets pourront être portés dans le cadre de la prochaine édition du Fonds APRES.
- Un concours annuel des jardins hospitaliers pourrait permettre de challenger les équipes et de les valoriser, au bénéfice de l'ensemble de la communauté.

Piste 21 : prendre soin des affaires personnelles des patients/résidents

En 2021, 858 réclamations ou demandes d'indemnisations inférieures à 4 500 € adressées aux hôpitaux de l'AP-HP, soit 12 % des réclamations, font suite à des détériorations, pertes, vols, non récupération d'objets personnels au bon moment. A cela, s'ajoute la vingtaine de demandes annuelles d'indemnisations amiables ou de contentieux pour des pertes de plus de 4 500€. Par ailleurs, la gestion du linge des personnes âgées en soins de longue durée peut être génératrice de mécontentements lorsque ce linge revient détérioré ou froissé chez les patients.

Propositions d'axes de travail :

- L'amélioration de la gestion du linge des personnes âgées en soins de longue durée, qui est généralement prise en charge par l'AP-HP, souvent par le biais du SCB (service central de blanchisserie), et qui est parfois perdu (situation beaucoup moins fréquente néanmoins car le linge est désormais « pucé »), détérioré ou froissé. Ces points pourraient faire l'objet d'une réflexion spécifique de SCB.
- L'amélioration de la gestion des effets personnels des patients en particulier lors des prises en charge urgentes souvent complexes, génératrices de pertes ou de difficultés de récupération. En s'appuyant sur les expérimentations réussies, la mise en place généralisée de circuits et d'outils (type casiers) ad hoc pour sécuriser les vêtements et affaires personnelles de ces patients serait un vrai progrès.

Piste 22 : étendre les horaires de visite des services hospitaliers

Avec le COVID, et dans le cadre de la prévention du risque infectieux, nos services hospitaliers avaient très fortement réduit les visites hospitalières. Depuis, les horaires de visites sont revenus à une amplitude plus large, généralement entre 13 et 20 heures.

La restriction des horaires de visite repose sur la nécessité de repos pour les patients hospitalisés, mais aussi sur la nécessité de préserver la sérénité nécessaire aux équipes soignantes pour dispenser des soins de qualité. Même si en pratique nos équipes sont dans la mesure du possible attentives aux contraintes personnelles des familles (éloignement géographique par exemple) et aux situations particulières liées à l'état de santé du patient, l'ouverture plus large des horaires de visites est souvent compliquée.

Certains services, en particulier ceux de pédiatrie et de réanimation, ont engagé, dans le cadre d'un mouvement de leur spécialité au niveau national, des démarches de service pour ouvrir leurs unités d'hospitalisation en continu, de jour comme de nuit, et en intégrant la famille dans la prise en charge du patient. S'il est réel que cela nécessite pour les équipes un véritable travail de réflexion pour accompagner à la modification du regard de l'entourage du patient par chaque soignant, cette démarche est fortement appréciée par les patients et les familles, et plébiscitée par les soignants sous réserve que les conditions soient réunies.

Proposition d'axe de travail :

- Un élargissement de la dynamique observée en pédiatrie et en réanimation à d'autres spécialités où cela est pertinent, contribuerait à lutter contre l'isolement des patients et faciliterait l'implication des aidants, y compris dans le cadre de l'aide au repas des patients, en particulier très âgés. Un engagement à titre pilote de services de gériatrie pourrait permettre de lancer la dynamique.

Piste 23 : améliorer l'accès des patients aux interventions associatives et culturelles

Plus de 250 associations, de tailles diverses, interviennent dans les 38 sites de l'AP-HP. Plus de 2000 bénévoles sont ainsi à la manœuvre pour organiser des visites au chevet, des temps d'écoute et d'accompagnement, des animations culturelles, des activités sportives, etc. Dans 19 de nos hôpitaux, des médiathèques proposent des livres, de la musique, des films pour informer, détendre, divertir le patient pendant son séjour. Elles l'accueillent quotidiennement dans un espace convivial, seul ou accompagné de ses proches, en groupe avec des éducateurs, des enseignants, des animateurs ou des ergothérapeutes. Parallèlement, l'AP-HP a su, de longue date, développer de nombreux partenariats institutionnels (BNF, Paris musée, musée du Louvre, musée du quai Branly, etc) ou associatifs (Live Music Now, ACM ballet ...) pour déployer des actions de nature culturelle auprès des patients. Les retours des patients comme des professionnels sur ces actions sont très positifs. Toutefois, l'implication des associations et le développement des partenariats est assez hétérogène au sein de l'AP-HP. Par ailleurs, les associations sont confrontées, eux aussi, à la difficulté de recruter de nouveaux bénévoles.

Propositions d'axes de travail :

- Développer les partenariats avec de nouvelles institutions culturelles nationales à Paris et en Ile-de-France.
- S'assurer que chaque site de l'AP-HP déploie des actions au bénéfice de ses patients.

- Développer une offre numérique pour étendre l'accès à la culture (visites de musées et d'expositions temporaires virtuelles, concerts en replay ou direct, livres lus…) au patient individuel, par le biais de leur smartphone ou d'une tablette.
- Réaliser et maintenir à jour une cartographie des associations et de leurs champ d'actions, pour inspirer les sites désirant renforcer leurs actions associatives et culturelles.

COMMENT AMELIORER LES CONDITIONS DE SORTIE DE NOS PATIENTS ? ››

Les conditions de sortie des patients sont un facteur essentiel de sécurisation du parcours et de la prise en charge des patients. Or, les résultats des enquêtes de satisfaction montrent que de manière globale, nous avons encore à progresser, tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire, pour permettre aux patients de rentrer chez eux avec les bonnes informations et en ayant maintenant un lien sécurisant avec l'hôpital, adapté à chaque situation.

Piste 24 : développer des salons de sortie

Les équipes sont parfois amenées à organiser l'accueil d'un nouveau patient alors que le précédent qui n'a pourtant plus besoin de soins, n'a pas encore quitté sa chambre, attendant son accompagnant ou son taxi. Si cette pratique, dès lors que la sortie médicale est validée, n'est pas à remettre en cause, elle doit s'accompagner de la mise en place d'un lieu dédié confortable pour le faire patienter, hors de l'agitation d'un couloir de service ou du hall.

Les salons de sortie ont été expérimentés dans de nombreux sites hospitaliers, et permettent aux patients de demeurer dans un espace serein en attente de quitter l'hôpital. Souvent conviviaux et confortables, ces espaces sont une transition agréable, et leur bénéfice n'est plus à prouver.

Proposition d'axe de travail :

- Identifier, dans chaque site, les endroits où il serait possible de créer un salon de sortie, y compris en mutualisant cet espace entre plusieurs services.

Piste 25 : sécuriser les patients au moment de leur sortie en améliorant leur niveau d'information et en leur donnant accès à un numéro d'urgence en cas de problème

Il est indispensable que le patient dispose, au moment de sa sortie et en tout cas le plus rapidement possible, des informations relatives à son séjour et à son état de santé, essentielles pour lui permettre d'organiser la continuité de ses soins si besoin et de ne pas être désarmé à son retour à domicile.

Or, la lettre de sortie, obligatoire par un décret de juillet 2016 et qui comprend au minimum, le motif de l'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les principaux résultats des examens et les indications de traitement à suivre à la sortie, est encore trop rarement retrouvée dans les dossiers de patients lors des audits annuels du dossier patient : Seuls 10 sites de SSR sur 23, 3 sites de psychiatrie sur 13 et 7 sites de MCO sur 33 respectent les cibles fixées en la matière par la Haute autorité de santé (HAS).

De même, seule une minorité de patients (25% des patients d'ambulatoire, 35% des patients sortant d'HC) se voit donner un numéro de téléphone à utiliser en cas d'urgence après le retour à domicile. Cela s'explique possiblement par une peur des services de soins d'être débordés par les appels. Pourtant, les enquêtes de satisfaction montrent que seuls 12% des patients d'ambulatoire qui avaient obtenu un numéro d'urgence l'ont utilisé.

Propositions d'axes de travail :

- Viser d'ici fin 2024 la transmission systématique aux patients, au moment de leur sortie d'ambulatoire ou d'HC, de la lettre de sortie, complétée éventuellement de conseils pour le

suivi de leur état de santé à domicile, conseils qu'ils pourront remettre à leur aidant, et un numéro à contacter en cas d'urgence. Réfléchir, pour les patients allophones, à la traduction de la lettre de sortie et des conseils santé.

- Intégrer systématiquement dans le dossier de sortie l'ensemble des rendez-vous hospitaliers nécessaires au suivi du patient.
- Systématiser le lien avec le médecin de ville, y compris par l'intermédiaire de la messagerie sécurisée et en alimentant le dossier médical partagé, et en informer le patient.

Piste 26 : faciliter la continuité du parcours à domicile

La grande majorité des patients pris en charge à l'AP-HP rentre à domicile après leur séjour hospitalier ou une intervention en ambulatoire. Au-delà du numéro d'urgence à contacter en cas de problème et de l'appel à la maison quelques jours après l'intervention pour vérifier l'état de santé du patient (d'après les enquêtes de satisfaction 2023, 68 % des patients de chirurgie ambulatoire sont contactés par les établissements entre 1 et 3 jours après leur sortie), un certain nombre de patients doit être revu en consultation et certains ont besoin d'un suivi à domicile. C'est le cas en particulier pour certaines prises en charge aux urgences, en particulier pédiatriques, où le patient repart avec une ordonnance « en cas de besoin » pour traiter en cas d'aggravation.

Les dispositifs de télésurveillance se sont développés de manière foisonnante et assez inégale au sein de l'AP-HP. Il en est de même, plus récemment, pour les dispositifs de télésuivi. De nombreuses start-ups proposent en effet aux équipes des applications permettant de gérer les relations avec les patients, mais il faut noter qu'actuellement aucune ne permet d'alimenter le dossier patient. Il nous désormais aller plus loin, en ciblant et en labellisant les solutions les plus pertinentes à l'issue d'un travail d'évaluation, afin de permettre leur déploiement dans un cadre sécurisé sur le plan de la gestion des données, et d'intégrer ces données de suivi patient au dossier médical.

Propositions d'axes de travail :

- Etendre largement l'appel du lendemain en chirurgie ambulatoire, et le développer pour des séjours hospitaliers très courts en chirurgie comme dans d'autres spécialités. En particulier, l'expérimentation conduite récemment à l'hôpital Broca et consistant à appeler systématiquement les patients âgés sortis de SAU ou d'UGA pour améliorer leur suivi et prévenir leur réhospitalisation a eu un bilan positif et pourrait être étendue.
- Lancer le chantier du télésuivi à l'AP-HP en réalisant le bilan des expérimentations, et construire un cahier des spécifications fonctionnelles pour les spécialités.
- Tirer les conséquences de l'expérimentation réussie à Broca, et systématiser l'appel des patients âgés sortis du SAU et de l'UGA (unité de gériatrie aigue) pour éviter une ré hospitalisation et améliorer son suivi.

Piste 27 : trouver davantage de solutions pour ceux qui n'ont pas de domicile ou qui ne peuvent plus y retourner

Certains patients hospitalisés n'ont plus besoin de soins mais n'ont pas non plus de solution pour sortir de l'hôpital : Leur situation peut s'avérer particulièrement critique. Pour leur trouver une structure d'aval capable de répondre à leurs besoins, que ce soit dans le secteur social (hébergement d'urgence, de réinsertion) ou médico-social, les démarches administratives sont complexes et obéissent à des délais parfois incompressibles. Or, il arrive que le sujet soit identifié trop tard pour pouvoir lancer des démarches et trouver des solutions.

Face à cette situation qui touche tous les GHU, de nombreuses initiatives ont été prises : création de cellules de gestion des cas complexes dans les GHU et au niveau central pour faciliter les actions inter-GHU, développement de structures temporaires de prise en charge des patients complexes sur notre foncier, en partenariat avec des associations spécialisées dans les domaines social et médico-social, création de places d'accueil temporaire dans certains de nos USLD par extension du dispositif existant au niveau régional pour les EHPAD, etc.

Propositions d'axes de travail :

- Dresser le bilan des initiatives des GHU en matière d'accompagnement des services pour les sorties complexes et permettre le déploiement des initiatives les plus pertinentes. A titre d'exemple, le GHU Sorbonne a lancé à l'automne 2020 une expérimentation sur Saint Antoine, en créant une équipe mobile d'aide au parcours. Cette équipe pluridisciplinaire (médecin, IDE et coordinatrice sociale) repère les patients dont la sortie sera complexe (parfois dès les urgences), appuie les services dans la recherche de solutions et sensibilise les services pour qu'ils connaissent mieux les procédures et les partenaires extérieurs potentiels.

- Poursuivre le travail avec nos partenaires institutionnels pour mettre en place des circuits simplifiés en cas d'obstacles administratifs bloquant le parcours des patients : une procédure accélérée d'obtention d'une mesure de protection (tutelle, curatelle) pour les patients âgés qui en ont besoin est en cours de structuration avec le Parquet de Paris, et les discussions vont s'engager avec les autres parquets ; des travaux ont été engagés avec tous les conseils départementaux de notre périmètre pour accélérer le traitement des demandes d'ASH en cas de passage en USLD ou en EHPAD.

QUELS EFFORTS SPECIFIQUES POUR LES PATIENTS LES PLUS FRAGILES ? ››

Au-delà du socle commun des mesures devant bénéficier à tous les patients de l'AP-HP, certaines mesures spécifiques doivent être prises pour améliorer l'expérience de catégories de patients présentant des vulnérabilités particulières.

Piste 28 : améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap pose de nombreuses difficultés : en témoigne le fait que 70 % des personnes en situation de handicap renoncent aux soins, alors même que plus de la moitié des personnes porteuses de handicap sont atteintes de maladies chroniques.

Depuis une dizaine d'années, des initiatives voient le jour pour structurer des organisations adaptées aux personnes en situation de handicap dans les hôpitaux publics et en particulier dans les CHU. La charte Romain Jacob, élaborée sous l'impulsion de l'association Handidactique en 2014, a pour but de donner l'impulsion et de guider la façon dont les hôpitaux doivent adapter leurs pratiques pour améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. Elle a été signé par l'AP-HP le 16 décembre 2014.

Le CHU de Brest, considéré comme un pilote en la matière, a monté une plateforme dédiée en partenariat avec la fondation ILDYS. Au sein de l'AP-HP, au-delà des hôpitaux qui se sont spécialisés dans la prise en charge du handicap, à l'image de Raymond-Poincaré ou des hôpitaux de San Salvadour, de La Roche-Guyon ou d'Hendaye, plusieurs initiatives ont été prises dans d'autres hôpitaux.

C'est le cas par exemple de la plateforme « Handiconsult » créée par la Pitié-Salpêtrière en 2021 avec l'appui de l'ARS, qui s'adresse aux adultes en situation de handicap vivant chez eux ou dans des structures médico-sociales, quel que soit leur handicap. Elle leur permet d'accéder à des consultations dans un seul lieu, grâce à l'intermédiation de personnel formé et d'outils permettant de favoriser les interactions. C'est le cas également de l'offre de soins bucco-dentaire de Louis Mourier, qui permet l'accès à des soins sous AG au bloc opératoire, organisée en partenariat avec le réseau Rhaspodif.

Enfin, s'il existe actuellement des référents handicap à l'AP-HP, ces professionnels, intégrés à la DRH de leur GH, ne sont chargés que de l'accompagnement des personnels en situation de handicap.

Propositions d'axes de travail :

- Faire adhérer tous les hôpitaux de l'AP-HP qui n'y ont pas encore adhéré à la charte Romain Jacob, symbolisant leur engagement à agir.
- Mettre en place sur chaque site un référent Handicap patients, chargé des actions de veille des éventuels obstacles à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et d'appui, et animer le collectif des référents handicap patients pour partager les expériences réussies et les travaux communs.
- A l'issue d'un travail d'état des lieux des besoins avec l'ARS au premier semestre 2024, favoriser de nouveaux dispositifs d'« Handiconsult » voire de « Handibloc » dans d'autres GHU de l'AP-HP, afin de structurer des points d'entrée clairement identifiés pour les patients et leurs proches.

- Améliorer l'accessibilité de l'information sur le site internet de l'AP-HP pour les personnes en situation de handicap, dans le cadre de la refonte générale du site engagée aujourd'hui, et prototyper au premier semestre 2024 un livret d'accueil patient accessible, y compris aux personnes avec handicap visuel et auditif, qui pourra ensuite être décliné par site au sein de l'AP-HP.

Piste 29 : améliorer l'accès au soin des publics précaires

Pour faciliter l'accès à des populations précaires à des parcours de soins, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées en 1998. Elles sont au nombre de 26 au sein de l'AP-HP, généralistes ou spécialisées. Elles visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité sociale, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à leur parcours de santé. Depuis avril 2022, un nouveau cahier des charges élargit leurs missions, en autorisant des activités complémentaires (mobiles, buccodentaires et mères-enfants). Plus globalement, l'accès aux soins et à l'accompagnement des publics précaires passe par le service social des patients, composé de 800 professionnels répartis sur tous les sites et travaillant en étroite collaboration avec les équipes soignantes sur le volet de l'accompagnement social du patient. Ce service social intègre de nouveaux métiers, comme le médiateur social, chargé de faire le lien entre l'hôpital et certaines communautés aux besoins spécifiques.

Proposition d'axe de travail :

- Etablir en 2024, un bilan de l'accès aux soins des publics en situation de précarité à l'AP-HP et en tirer des pistes d'amélioration concrètes, en concertation avec les représentants du service social, les professionnels des PASS et d'autres secteurs particulièrement concernés (notamment les SAU).

Piste 30 : s'impliquer dans l'appui aux aidants

Ils ne sont souvent pas le représentant légal du patient, ni même la personne de confiance au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique. Mais les aidants viennent en aide de manière régulière et fréquente, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. Leur présence est reconnue comme un facteur déterminant d'une qualité des soins et d'une amélioration du bien-être des patients.

La HAS reconnait l'expertise de l'aidant et sa place dans le projet de soins : le critère 1.3-03 énonce « les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient », mais en pratique, la place de l'aidant pour le patient n'est pas systématiquement interrogée par les équipes soignantes. De même, l'implication des aidants et leur articulation avec les équipes de soins ne vont pas toujours de soi, que l'aidant fasse partie de l'entourage familial du patient ou qu'il soit professionnel de santé (référent en structure médico-sociale ou sociale par exemple). Si une stratégie nationale de mobilisation et de soutien en faveur des aidants a été lancée en 2019, le soutien aux aidants ne fait pas encore partie des automatismes, même si des initiatives, comme le bus des aidants ou des consultations d'aide aux aidants, ont pu être menées, en particulier dans les sites gériatriques.

A l'AP-HP, la DAJ a rédigé une note sur le cadre juridique « aidant et secret médical » ; l'HAD a imaginé, sur la base du recueil de vécu d'aidants, puis d'un atelier de co-création avec des professionnels, des représentants des usagers et aidants, des solutions (vidéo d'accueil, exposition itinérante dans les unités de soins de l'HAD) pour aller vers les aidants pour qu'ils puissent trouver leur place en tant qu'aidant.

Propositions d'axes de travail :

- Lancer, début 2024, une enquête auprès des aidants pour connaitre leurs besoins, et par la suite construire un plan d'actions en lien avec les associations partenaires.
- Faire le bilan des travaux réalisés localement, et construire un document « repère éthique » qui aide les équipes à se situer avec le/les aidants.

Piste 31 : poursuivre nos efforts d'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violence

Trois Maisons des femmes ont été créées à l'AP-HP dans les dernières années (Bichat, Hôtel-Dieu, Pitié-Salpêtrière) et la dynamique se poursuit avec l'ouverture prochaine de celle de Bicêtre. Ces lieux « guichets uniques » proposent des prises en charge médicale, psychologique, sociale et juridique grâce à un ensemble de partenariats entre les hôpitaux, l'ARS, la police, la justice, les associations spécialisées et les collectivités.

Au-delà de ces lieux spécifiques, d'autres initiatives ont vu le jour, en particulier :

- L'expérimentation, à Saint-Antoine puis à Tenon, d'un dispositif de dépôt de plainte directement au sein de l'hôpital pour les femmes victimes de violences conjugales prises en charge dans les SAU de ces hôpitaux, grâce à un protocole commun entre l'hôpital, la préfecture de Police et le Parquet de Paris.
- La mise en place d'une permanence d'accueil des femmes victimes de violence à Jean Verdier, intégrant un officier de police judiciaire formé, pour apporter, en toute confidentialité, une réponse adaptée. De même, Mondor a mis en place un dispositif similaire pour permettre le dépôt de plainte, dans le cadre d'une convention multipartite (Mondor, Parquet, Tribunal, ARS).
- La mise en place, très prochaine, à l'UMJ de l'Hôtel Dieu, d'un dispositif de recueil des preuves même si les femmes ne veulent pas déposer plainte, pour permettre aux services de police d'en disposer ultérieurement dans le cadre d'une procédure pénale si les victimes changent d'avis.

Propositions d'axes de travail :

- Déployer au sein de tous les hôpitaux de l'AP-HP disposant d'un SAU un dispositif de dépôt de plainte sur place, par la mise en place d'un partenariat spécifique entre l'AP-HP, la Préfecture de police et les Parquets de quatre tribunaux judiciaires concernés.
- Accompagner la montée en charge du parcours de recueil de preuves sans plaintes de l'Hôtel-Dieu, puis envisager un déploiement sur les autres sites de la Maison des Femmes de l'AP-HP, en lien avec les UMJ.

COMMENT MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'AVIS DES PATIENTS DANS NOS DECISIONS A TOUS LES NIVEAUX ? ››

Fil rouge de l'ensemble de ce projet et condition de réussite de l'ensemble des axes de travail proposés dans les présentes parties : notre capacité à mieux prendre en compte l'avis des patients dans la construction de nos décisions et de faire d'eux de véritables partenaires.

Loin d'être une démarche « gadget » ou cosmétique, la prise en compte de l'avis des patients est au cœur de la politique impulsée depuis des années déjà dans nombre de structures de soin, et des pays comme le Canada, les Etats-Unis ou la Belgique sont précurseurs en la matière. Cette prise en compte du regard du patient peut prendre de nombreuses formes, toutes nécessaires et complémentaires : meilleure prise en compte des avis formulés « à chaud » ou dans les questionnaires de satisfaction, intégration du regard des patients dans la formation des professionnels de santé, dans des dispositifs de pair-aidance entre patients, dans la conception des outils de communication entre les patients et les professionnels ou des modules d'éducation thérapeutique, mais aussi dans l'adaptation des prestations d'hôtellerie voire dans la conception des travaux de refonte ou de création de parcours patients, d'unités ou de bâtiments, etc.

Piste 32 : utiliser réellement les questionnaires de sortie pour améliorer nos pratiques

La mesure de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire pour tous les établissements de santé depuis 1996. A l'AP-HP, cela passe par les trois questionnaires E-SATIS, établis par la HAS pour les patients ayant passé plus de 48h en MCO, ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire ou d'une prise en charge en SSR[1], et par deux enquêtes de satisfaction « maison », pour la HAD et les consultations. En complément de ces 5 enquêtes, des enquêtes locales sont souvent menées à l'échelle des services pour creuser tel ou tel point. Les taux de réponse à ces enquêtes sont légèrement inférieurs à la moyenne nationale et sont les suivants : 6% pour l'enquête HAD, 10% pour les consultations, 17 % pour la chirurgie ambulatoire, 22% pour le SSR et 25 % pour le MCO. Ces taux ne sont pas corrélés à la lourdeur des questions : le plus léger est le questionnaire HAD.

Les résultats sont publics, sur le site de la HAS et la plateforme Qualitest pour les 5 enquêtes réalisées à l'AP-HP. Les informations sont par ailleurs visibles sur le site de l'AP-HP, sur la page de présentation de chaque service, sous forme d'étoiles. Les résultats sont adressés trimestriellement à chaque GHU, sous une forme qui a été retravaillée pour être plus facilement exploitable, et doivent être adressés aux professionnels (exécutifs des DMU et binôme de responsables des services) et mis à disposition des usagers. S'agissant de leur appropriation réelle sur le terrain, en revanche, peu d'initiatives sont connues – même si certaines équipes locales s'en emparent, comme au sein du GHU Saclay. Les

[1] Concrètement, les patients reçoivent, deux semaines après leur sortie, un lien sécurisé par mail leur permettant de remplir le questionnaire pertinent, et on jusqu'à 10 semaines pour le faire. Chaque questionnaire suit les étapes importantes du parcours de soin : accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie de l'établissement ; 2 questions libres (points positifs, points négatifs) complètent le questionnaire.

40 000 verbatim environ reçus par trimestre ne sont pas exploités, faute d'outils informatiques de traitement sémantique.

Propositions d'axes de travail :

- Systématiser l'affichage, sous forme d'étoiles, des résultats des enquêtes de satisfaction à l'entrée de chaque service.
- Encourager les binômes chefs de service / cadres à se saisir des résultats des questionnaires, tout comme des réclamations, et à les partager au sein du service une fois par trimestre.
- Faire l'acquisition d'un logiciel ou d'une prestation régulière d'analyse sémantique, pour permettre le traitement et l'exploitation des verbatim.
- Inciter la mise en place de questionnaires patients ponctuels et ciblés, pour évaluer l'impact des projets d'amélioration mis en place par les équipes hospitalières.
- Intégrer l'exigence de l'exploitation du résultat des questionnaires, comme des réclamations reçues, dans les critères du label Hospitalité.
- Encourager les patients à remplir les questionnaires qu'ils recevront par mail, par un affichage dans les services de soins ainsi qu'une communication directe de leur intérêt pour l'équipe, lors de la remise des documents de sortie à l'issue de l'hospitalisation.

Piste 33 : recueillir « à chaud » le vécu des patients pour améliorer leur séjour

En complément des questionnaires de satisfaction et de leur exploitation, le recueil « à chaud » de l'expérience des patients lors de présence à l'hôpital est d'usage courant en, particulier au Québec ou dans certains établissements belges. Il nécessite du temps et un changement de posture de la part des soignants ou des membres des directions qui le pratiquent. Tous ceux qui s'en emparent soulignent la grande richesse de cette démarche.

Plusieurs initiatives, de natures diverses, ont été déployées au sein de l'AP-HP : le GHU Saclay a mis en place des entretiens avec des patients hospitalisés, avec des trames prédéfinies, en présence d'un représentant des usagers, du duo managérial et de représentants de la direction qualité, de la direction du site et de la direction générale. Au sein des GHU Nord et Sorbonne, certains directeurs de site pratiquent des entretiens dans la chambre des patients, qui donnent lieu à un partage au sein du service puis en comité de direction. Une expérimentation de « shadowing » patient, méthode qui consiste à suivre un patient volontaire sur un segment de son parcours en recueillant en temps réel son ressenti, exprimé de façon verbale et non verbale, comme le pratiquent les établissement nord-américains, se développe sur le site Bichat. On peut enfin noter une pratique initiée aux cliniques universitaires de Louvain, en Belgique, consistant à tirer au sort une dizaine de patients hospitalisés le mois précédent et à les inviter à partager un repas avec des membres de la direction, des médecins et des soignants, pour échanger sur les pistes d'amélioration possibles au regard leur expérience.

Propositions d'axes de travail :

- Généraliser dans tous les sites de l'AP-HP la pratique régulière du recueil « à chaud » du vécu des patients et de leur restitution à l'équipe, en permettant à chacun de s'inspirer des bonnes pratiques identifiées dans les sites qui le pratiquent déjà.
- Donner davantage de place aux patients dans le repérage et le signalement des événements indésirables liés aux soins, en l'incitant à oser partager avec l'équipe de soins les difficultés qu'il relève.

Piste 34 : développer largement les « partenariats patients » sur le terrain

Depuis quelques années, le concept de « patient partenaire » a gagné du terrain en France, dans le sillon des expériences menées au Québec (notamment) depuis une dizaine d'années. Il est désormais intégré dans les critères du dernier référentiel de certification de la HAS, avec l'obligation de mettre en œuvre des démarches de « patients traceurs ». Les Hospices civils de Lyon (HCL) ont été les premiers à structurer une véritable démarche institutionnelle autour du partenariat patient. Au sein de l'AP-HP, certains GHU ont structuré une feuille de route détaillant leurs ambitions concrètes (notamment Sorbonne, Centre et Nord), et un certain nombre d'initiatives locales émergent, en particulier en matière d'éducation thérapeutique ou de prise en charge les maladies chroniques dont le cancer.

Concrètement, un patient partenaire est un patient ou ancien patient, intervenant à l'échelle du service où il est / a été soigné ou à l'échelle du site ou du GHU, pour faciliter la prise en compte du regard du patient dans diverses dimensions de la vie de l'hôpital : conception de documents destinés aux patients, formation continue des professionnels, soutien apportés aux patients via de la pair-aidance, promotion de l'implication des patients dans la sécurité des soins, élaboration des modules d'ETP, identification des besoins des patients lors de parcours de soins complexes pour aider à mieux y répondre, appui dès la conception des protocoles de recherche, mais aussi implications dans la conception de travaux ou de grands projets architecturaux. Les patients partenaires sont bénévoles la plupart du temps, mais certains intègrent les équipes avec des quotités de temps plus ou moins importantes et sont rémunérés. Les conditions de rémunération varient d'un service à l'autre, d'un GHU à l'autre.

Propositions d'axes de travail :

- Identifier au sein de chaque GHU, là où cela n'est pas encore le cas, une fonction de responsable du partenariat et de l'expérience patient, chargé de susciter l'identification de patients partenaires dans les services et d'encourager la création de projets, de partager les initiatives inspirantes, etc.
- Construire, en lien avec la DRH et la DPQAM, une politique graduée encadrant la rémunération, le statut et l'accès aux services de l'hôpital (ex : self) des patients partenaires au sein de l'AP-HP, qui permette de répondre à des niveaux d'investissement, de mission et de formation différents des patients partenaires.
- Lancer en janvier 2024 un appel à projets « Objectif partenariat patient » pour accompagner les équipes volontaires dans la structuration d'un projet de partenariat patient. 30 équipes pourraient être sélectionnées au premier semestre 2024. 30 autres équipes pourraient être sélectionnées lors d'une deuxième vague lancée à l'automne 2024.
- Créer dans chaque GHU un forum de l'expérience et du partenariat patient, pour donner à voir les pratiques inspirantes et susciter leur déploiement dans de nouveaux services.
- Développer les formations et/ou actions de sensibilisation des professionnels à l'intérêt d'impliquer les patients partenaires dans les projets portés par les services, en particulier de soins, et ainsi encourager une culture de l'expérience patient au sein de l'institution.
- Constituer un réseau de patients partenaires de l'AP-HP, sorte de panel de patients partenaires, intégrant l'organisation d'un temps de rencontre annuel, la mise en relation de professionnels avec patients partenaires ayant indiqué leur souhait d'être sollicités et une lettre de communication interne régulière permettant de diffuser les bonnes pratiques.
- Développer le recours à des patients partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de recherche, par exemple en constituant un comité de relecture des protocoles de recherche par des patients partenaires, en associant des patients partenaires et des

représentants des usagers aux instances décisionnelles en matière de recherche, par exemple le comité scientifique et éthique de l'entrepôt de santé de l'AP-HP et en systématisant la présence de patients partenaires et représentants des usagers dans la conduite de projets structurants (par exemple : appels à projets, jurys, etc).

Piste 35 : aller plus loin dans notre politique « qualité - sécurité des soins » en développant le recueil de l'évaluation par les patients des résultats associés aux soins

Cette démarche, largement répandue dans les CHU européens, vise à mesurer la qualité des soins à partir d'indicateurs cliniques recueillis par les soignants mais aussi d'indicateurs de résultats recueillis auprès des patients. Elle se déploie progressivement depuis 2010, sur la base référentiels internationaux. En France, les HCL et Toulouse ont mis en place des démarches spécifiques. Plusieurs expérimentations ont été menées au sein de l'AP-HP depuis 2019, notamment à l'HEGP avec des patients atteints de cancer du sein ou opérés du rachis, et à Lariboisière avec des patients ayant des prothèses de hanche et de genou. Les équipes ont souligné l'intérêt de la démarche pour l'amélioration continue du parcours de soins et identifié plusieurs freins à lever pour diffuser plus largement la démarche.

Propositions d'axes de travail :

- Finaliser en 2024 le déploiement de la démarche dans tous les services de sénologie, en levant les freins et élargir le déploiement dans les services d'orthopédie de l'AP-HP, afin de s'appuyer sur les résultats des premières expérimentations.
- Identifier, en lien avec les collégiales, une ou plusieurs disciplines dans lesquelles expérimenter la démarche avec un gain potentiel important pour l'amélioration du parcours des patients.

Piste 36 : faire vivre toujours davantage la démocratie sanitaire

Les trente dernières années ont été marquées par une mobilisation croissante des associations de patients, concomitante de la redéfinition des droits des patients. A l'AP-HP, ce sont aujourd'hui 152 représentants des usagers (RU) des hôpitaux et 38 chargés de relations avec les usagers et les associations (CRUA) qui font la démocratie sanitaire. Pour faire vivre d'avantage la démocratie en santé, plusieurs pistes peuvent-être envisagées.

Propositions d'axes de travail :

- S'assurer à tous les niveaux de l'institution de l'animation régulière des instances de démocratie sanitaire.
- Animer et coordonner le réseau des chargés de relations avec les usagers et les associations par des rencontres régulières qui facilitent l'adaptation à l'emploi et l'intégration, le partage d'expériences et la circulation des outils et innovations.
- Susciter des vocations de représentants des usagers en sensibilisant les patients à la possibilité de s'investir dans l'institution.

COMMENT FEDERER LES EQUIPES AUTOUR DE CES AMBITIONS ? ❯❯

L'amélioration continue des soins prodigués aux patients et de son expérience au sein de l'hôpital est au cœur de la vocation des équipes hospitalières. Leur permettre de retrouver un maximum de temps pour soigner et pour mener des projets d'amélioration des soins est d'ailleurs l'ambition portée par le plan d'actions « 30 leviers pour agir ensemble », à travers notamment l'embauche de 600 professionnels d'appui logistique, technique et administratif auprès des services de soins, ou encore l'amélioration de nos outils informatiques. En complément de ce préalable indispensable, certains dispositifs complémentaires les uns des autres peuvent nous permettre de susciter et d'accompagner des projets tout au long de l'année 2024.

Piste 37 : susciter une réflexion à tous les niveaux sur l'amélioration de la relation avec les patients

Nombre de travaux montrent que la qualité de la relation avec les médecins et les soignants est la première attente des patients et de leurs proches – une relation de qualité recouvrant à la fois une bonne communication et l'écoute et la prise en compte de l'avis des patients. Or, si cette qualité relationnelle est au rendez-vous dans une large partie des services de l'AP-HP, il nous faut veiller à ce que cette exigence soit portée plus largement au sein de toutes nos équipes. Plus de 20% des réclamations des patients de l'AP-HP portent en effet aujourd'hui sur des sujets de relations humaines et de communication entre professionnels et patients. Confrontés au même défi, certains hôpitaux européens et anglo-saxons ont mis en place des outils utiles pour permettre aux professionnels de s'interroger, de manière individuelle et collective, sur leurs comportements vis-à-vis des patients et sur les améliorations possibles.

Propositions d'axes de travail :

- Créer et diffuser au premier semestre 2024 un outil d'autodiagnostic à destination des équipes de l'AP-HP en contact direct avec les patients, pour leur permettre d'identifier des améliorations possibles dans leur relation et leur communication quotidienne avec les patients et leurs proches. Cet outil sera construit avec des patients. Il gagnera à être utilisé et analysé en équipe.
- Intégrer systématiquement les enjeux de la qualité relationnelle avec les patients et les proches dans les formations initiales assurées par l'AP-HP (écoles du Centre de formation et de développement continu – CDFC) et dans notre offre de formation continue. Un module de formation courte, en équipe et sur place (au sein du service), sera ainsi créé en 2024 pour aider les équipes volontaires à identifier des pistes d'amélioration en se fondant sur des cas et situations concrètes.
- Intégrer systématiquement les enjeux de la qualité relationnelle avec les patients et les proches dans les parcours d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants (journées d'accueil, parcours d'intégration, tutorat, etc).

Piste 38 : favoriser l'émergence de projets d'équipe fédérateurs pour l'amélioration de l'expérience des patients

Créé en 2012, les « trophées patients » de l'AP-HP récompensaient les équipes ayant mis en place des projets destinés à améliorer l'expérience des patients pris en charge à l'hôpital. Chaque lauréat recevait une récompense de 4000 euros sous forme de contribution à l'acquisition d'un ou plusieurs

services ou équipements lui permettant d'aller plus loin dans son action. Connus au sein de l'institution, ces trophées favorisaient le repérage et la diffusion des initiatives intéressantes. La dernière édition a eu lieu en 2020, et son organisation n'a pas été réactivée après la crise sanitaire. De même, les premières éditions du Fonds APRES ont permis de faire émerger un certain nombre de projets très concrets au bénéfice des patients. Il nous faut relancer les formules qui fonctionnent, et les compléter avec un dispositif pensé précisément pour favoriser la conduite de projets d'équipe fédérateurs: la prime d'engagement collectif.

Propositions d'axes de travail :

- Relancer les trophées patients, arrêtés en 2020 du fait de la crise sanitaire, en ouvrant une nouvelle édition en 2024 pour valoriser des projets d'équipes participant à la mise en œuvre du projet patient de l'AP-HP, et s'engager à leur déploiement sur toute l'AP-HP.
- Proposer systématiquement aux services de l'AP-HP de se saisir d'un sujet d'amélioration de l'expérience de leurs patients dans le cadre du dispositif de la prime d'engagement collectif pour 2024, dont l'appel à projets sera lancé dès premier trimestre 2024. Pour mémoire, les services doivent pouvoir choisir parmi plusieurs objectifs proposés par le GHU. L'un de ces objectifs pourrait systématiquement avoir un lien avec les axes du projet patient de l'AP-HP.
- Lancer une nouvelle édition du fonds APRES (dotée de 9M€) en janvier 2024 et susciter, dans ce cadre, la conduite de projets d'équipements et d'aménagement cohérents avec les axes du projet patient de l'AP-HP.

Piste 39 : faire évoluer le label Hospitalité pour renforcer l'exigence en matière d'accueil général

Dans le cadre de son plan stratégique 2015-2019, l'AP-HP a créé un label hôtelier destiné à garantir un certain niveau de prise en charge au sein des services labellisés. Il porte sur des items comme l'accueil et l'information des patients à leur arrivée, la qualité de la relation entre les professionnels et les patients, la propreté, le niveau de confort des chambres, le linge, l'alimentation, les prestations de service, etc. Le label est attribué pour 5 ans. Le label peut être attribué à tout un hôpital dès lors que 80% de ses services sont labellisés. Source de fierté pour les équipes, la labellisation est recherchée : 430 services ont obtenu le label à ce jour, et un site l'a obtenu pour tout l'hôpital.

Or, si les critères de labellisation des services de soins apparaissent exigeants, il n'en n'est pas de même pour l'accueil général et le service des admissions/frais de séjour.

Propositions d'axes de travail :

- Ajouter au référentiel Hospitalité des critères permettant d'augmenter le niveau d'exigence sur l'accueil général, les admissions/frais de séjour, les espaces d'attente et les salons de sortie mutualisés et le standard.
- Engager tous les sites AP-HP dans la labellisation de ces espaces en 2024 et 2025, en leur proposant un accompagnement renforcé par les équipes compétentes du siège.
- Lancer un appel à candidatures et des formations pour disposer d'un pool d'experts évaluateurs plus important, capable de répondre à la demande des services/sites

Piste 40 : faciliter la vie associative sur nos sites hospitaliers

La crise sanitaire a eu un impact fort sur les associations : nombreuses associations ont vu se désinvestir certains bénévoles âgés, les mettant en difficulté pour poursuivre leurs activités. D'autres encore, ont du mal à s'adapter au nouveau profil émergeant du bénévole : jeune et salarié, disponible

plutôt en fin de journée et non l'après-midi comme traditionnellement… Plus spécialement, depuis la loi du 4 mars, les représentants des usagers sont issus de ces dernières.

Il est d'usage que la liste des associations intervenantes soit affichée à l'entrée de chacun des services hospitaliers. Cependant, leur recensement local et en particulier leurs champ et modalités d'actions ne sont pas toujours bien répertoriés, ce qui pénalise leur visibilité. Le site internet de l'AP-HP répertorie un certain nombre d'associations mais la complexité du recueil ne permet sans doute pas à cette liste d'être exhaustive et d'intégrer les champ d'actions de chacune d'elles. Enfin, les sites hospitaliers, et ce n'est pas une spécificité de l'AP-HP, ont par ailleurs des difficultés pour disposer de représentants des usagers en nombre, disponibles pour de nombreux chantier sur lesquels ils sont mobilisés.

Pour favoriser la vie associative, des initiatives ont été réalisées : certains sites ont créé un poste de chargé des relations aux associations chargé de la coordination associative. Lors de la formation à la préparation à la retraite de nos professionnels, la DAJDP a présenté des associations et le rôle des représentants des usagers, afin de susciter des candidatures bénévoles.

La pérennité de la démocratie sanitaire et la vie associative va nécessiter de s'investir, aux côtés des associations, dans le recrutement, l'accueil et la formation des bénévoles.

Propositions d'axes de travail :

- Recenser les besoins des services/sites hospitaliers en terme de souhait d'activité bénévole, et faire le lien avec les associations présentes sur d'autres sites ou actives dans la cité.
- Lors de la formation à la préparation à la retraite de nos professionnels, systématiser la présentation des associations et le rôle des représentants des usagers, afin de susciter des candidatures.
- Accueillir les nouveaux bénévoles et les former aux spécificités hospitalières
- Finaliser le livret d'accueil des RU et systématiser sa distribution
- Conforter la journée annuelle du bénévolat et des associations, pour consolider le collectif et valoriser leur action.