

Paris, le 18 DEC. 2012

Note à l'attention de

LA DIRECTRICE GENERALE

Mesdames et Messieurs les Directeurs des groupes hospitaliers,
des hôpitaux et des services centraux et généraux,

Mesdames et Messieurs les Présidents de CMEL

**Objet : EPRD – Exercice 2013– Conduite des conférences
stratégiques et budgétaires**

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris est, depuis plusieurs années, sur une trajectoire de rétablissement régulier et constant et devrait être au rendez-vous de l'objectif 2012. L'exigence, en 2013, est très élevée, mais nous pouvons y faire face, grâce à nos atouts, nombreux, à notre vigilance et à la poursuite de nos efforts d'efficience.

L'AP-HP occupe une place prépondérante sur le plan national et en Ile de France ; ce positionnement, du fait de l'excellence des équipes, de la diversité et de l'ampleur de l'offre de soins que nous proposons, ne se dément pas. Plus encore, l'AP-HP doit sortir renforcée des discussions nombreuses entretenues avec l'Agence régionale de santé, sur les orientations et la mise en œuvre du projet de schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), au titre des autorisations d'activité de soins, des missions de service public, des complémentarités et coopérations hospitalières.

En termes d'organisation interne, les groupes hospitaliers sont maintenant reconnus et les pôles sont opérationnels. L'AP-HP a recruté en 2012 – près de 1000 nouveaux collaborateurs sont venus renforcer les équipes – et l'absentéisme a diminué.

L'année 2012 a été marquée par l'ouverture de la Maternité de Port-Royal, l'ouverture de BUCA à Tenon, l'achèvement du bâtiment Laënnec de Necker-Enfants Malades. Il nous faut parachever ces grandes opérations de modernisation de notre institution, et poursuivre les travaux de reconfiguration de certains sites comme Charles Foix ou l'Hôtel-Dieu, développer également les actions de coopération engagées avec les établissements hors Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Notre situation financière est en voie de léger redressement, grâce à la diminution progressive du déficit et à la qualité de la gestion de trésorerie qui permettent à l'AP-HP de rester un emprunteur reconnu. Elle reste cependant encore très fragile, du fait d'un niveau d'endettement prévisionnel fort, de 2,4 milliards d'euros au 31 décembre 2012.

I - Cadrage macro-économique de l'EPRD 2013

Le cadrage stratégique et financier de l'exercice 2013 est tout d'abord en droite ligne avec les orientations nationales, en cours de discussion dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le taux d'évolution de l'ONDAM pour les établissements de santé financés à la T2A sera de 2,4%, soit une diminution par rapport à 2012 de 0,2 points. Cette évolution ne permettra pas de faire face à l'évolution tendancielle de la dépense, liée à la progression du besoin de soins et estimée à 3,2 % pour les seuls établissements de santé. Ces derniers doivent donc s'engager dans une recherche d'efficacité par maîtrise de la dépense, de 657 M€ au titre de l'ONDAM hospitalier, notamment en travaillant à l'amélioration de l'efficacité des prises en charge (gestion des séjours, chirurgie ambulatoire...) et celle de la gestion (achats notamment).

Le cadrage stratégique et financier de l'exercice 2013 s'inscrit donc dans un contexte difficile, tant au niveau national que du fait de la situation financière de l'AP-HP. La difficulté est d'autant plus grande que l'année 2013 doit être une année de préparation à la certification des comptes de notre institution.

Il s'appuie sur le plan stratégique 2010-2014 et sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP), approuvé par l'Agence régionale de santé le 6 août 2012. L'un et l'autre doivent permettre à l'AP-HP de poursuivre dans la voie de l'affirmation de son positionnement national et régional et dans celle de son rétablissement financier. Le PGFP prévoit pour 2013 un résultat équilibré entre charges et produits, tous comptes confondus. La prévision de déficit est ainsi de 40,3 M€ sur le compte principal – les activités hospitalières – de 7,8 M€ sur les comptes de résultats annexes B (USLD) et E (EHPAD), résultats qui doivent être équilibrés par un excédent prévu à 47,5 M€ sur la dotation non affectée (DNA). Les comptes de résultat de la formation initiale (A) et de l'addictologie dans le secteur médico-social (P) sont prévus à l'équilibre. Ce cadrage est susceptible d'évolution, une fois connues les hypothèses tarifaires et d'évolution des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Comme chaque année, le projet d'EPRD doit également absorber l'évolution tendancielle de la dépense, du fait des effets « prix et volume » de la masse salariale (titre 1) et des dépenses de fonctionnement courant (titres 2 et 3).

Il nous faut, enfin, retrouver quelques marges de manœuvre en investissement, sans alourdir l'endettement de l'institution et en ciblant de façon très déterminée les priorités, que ce soit au niveau global de l'institution ou au niveau de chaque groupe hospitalier.

Afin de faire face à ces enjeux, il s'agira donc de réaliser pour 2013 un effort d'efficience de l'ordre *d'a minima* 126 M€ réparti, comme en 2012, à hauteur, *a minima*, de 120 M€ pour les groupes hospitaliers et 6 M€ pour les services centraux et généraux, cet effort d'efficience s'entendant comme le cumul des efforts d'amélioration des recettes et d'optimisation des dépenses.

Pour ce faire, les groupes hospitaliers doivent tirer les enseignements des années précédentes et notamment de l'année 2012 : nous avons fait en 2012, plus qu'en 2009, 2010 et 2011, le pari de l'activité et des recettes, et, à l'issue du cycle de gestion, desserré la contrainte d'efficience par la maîtrise de la dépense. Cela était nécessaire, essentiellement pour recruter des personnels soignants et dans la perspective d'un développement de l'activité. Mais, si nous pouvons nous féliciter d'avoir pu recruter pour les services, nous ne sommes pas pour autant au rendez vous de nos prévisions d'activité. L'atteinte probable de l'objectif 2012 s'explique par des améliorations conjoncturelles : celle, constante et soutenue du codage et de la facturation, la suite des conséquences comptables de la mise en œuvre de SAP (sur les stocks et les amortissements) et des reports de charge.

Nous ne sommes structurellement pas en bonne position pour aborder l'année 2013 et nous devons donc être particulièrement vigilants pour mener à bien les efforts en activité/recettes et maîtrise de la dépense qui sont nécessaires et possibles. Aussi, les propositions d'efficience des groupes hospitaliers devront-elles comprendre *à minima* un effort d'efficience de 40 % en maîtrise de la dépense.

Le montant global de l'efficience est réparti entre GH selon deux axes : 70 % du montant au prorata de la part du déficit prévisionnel 2012 de chaque GH, sur la base des prévisions de clôture des GH faites dans le cadre des CRPPM 2012. Les GH excédentaires sont exonérés de cet élément d'effort d'efficience. Par ailleurs, 30 % de l'effort d'efficience est fonction de la part moyenne des CP 2010-2012 attribués à chaque GH. A ce titre, tous les GH participent à l'effort d'efficience. Il s'agit de permettre à chaque GH de réaliser une part des efforts d'efficience, mais également, pour les GH ayant bénéficié de nombreux investissements, de participer, au-delà du remboursement de leurs investissements, à la reconstitution d'une capacité d'investissements nouveaux de l'institution.

S'agissant des soins de longue durée, dans l'attente des décisions nationales sur l'évolution des modes de financement de cette activité, il convient de poursuivre les efforts pour réduire les déficits constatés sur les budgets d'hébergement et de dépendance, qui portent principalement sur les activités logistiques et de support.

Sous réserve de la réalisation du niveau d'efficience et du niveau de capacité d'autofinancement (CAF) prévu dans le PGFP 2012-2016, le cadrage 2013 relatif à l'investissement serait de 388 M€ de crédits de paiement. Ce cadrage devra éventuellement être revu en fonction des perspectives de CAF 2013. Les travaux de réflexion sur les méthodes de priorisation de ces crédits d'investissement est en cours. Seront priorisées les opérations les plus critiques en termes de sécurité et les plus essentielles à la mise en œuvre du plan stratégique. Les projets devront démontrer une contribution significative à la modernisation du patrimoine et des organisations, avec un délai de retour sur investissement très court et pouvoir faire l'objet d'une mise en œuvre effective dans l'année.

Sur la politique patrimoniale, dans le cadre du projet prioritaire « libération des surfaces », une fiche de recensement des projets de libération de surfaces va vous être transmise. Elle permettra d'échanger et de contractualiser sur les projets permettant de valoriser les libérations de surface. Le dispositif relatif aux chambres particulières lancé en 2012 doit changer de dimension dans ses résultats en 2013, pour être réellement à la mesure de l'activité de nos hôpitaux.

II - Cadrage stratégique de l'EPRD 2013

Sur le plan stratégique, le plan d'actions 2013 des groupes hospitaliers doit servir le développement d'activité, la qualité et l'optimisation des structures de prise en charge des patients ; il faut poursuivre dans nos efforts en termes de lisibilité de l'offre de soins, conforter les activités, renforcer leur cohérence, veiller à ce que les structures aient une réelle masse critique, puissent compter sur un encadrement médical et soignant solide, sur une gouvernance de qualité. Nous devons progresser dans nos organisations, capitaliser sur les expériences menées, notamment au titre des projets prioritaires et des contrats ANAP, pour gagner en attractivité, en qualité de prise en charge et de travail et sur le plan économique.

Comme les années précédentes, vous présenterez par note les orientations et projets stratégiques de votre groupe ou pôle d'intérêt commun, en privilégiant les axes de travail prioritaires de l'institution, dans le champ des projets médicaux et de soins, des ressources humaines, médicales et non médicales. En tous domaines, votre plan d'action doit privilégier l'amélioration des organisations et de l'efficacité économique. Conformément à l'article 7 du contrat de pôle type, vous intégrerez à votre dossier une analyse du fonctionnement et des résultats des pôles.

La déclinaison du plan stratégique s'appuiera sur des projets de réorganisation des activités médicales et médico-techniques, infra mais aussi supra GH. Il mettra particulièrement l'accent sur les éléments suivants :

- le suivi des opérations de réorganisations médicales pouvant comprendre des transferts d'activité ou des mutualisations de plateformes de soins et médico-techniques ;
- le suivi des projets stratégiques touchant des opérations supra-GH et des programmes institutionnels : oncologie, biologie, chirurgie cardiaque, neurosciences, transplantations, pédiatrie spécialisée et gériatrie ;
- le questionnement du maintien des petits sites de chirurgie, notamment au regard des recrutements en médecins anesthésistes et des perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire ;
- l'interrogation systématique des modalités de prise en charge des patients en hospitalisation conventionnelle et des activités en doublons au niveau infra mais aussi supra-GH ;

- l'équilibre courant de certaines activités et leur place dans le projet médical du GH ;
- l'optimisation du circuit des urgences et le renfort de leur lien avec les départements d'aval et les disciplines, dans une période où leur activité est fortement croissante ;
- l'optimisation des stérilisations, y compris en supra-GH ;
- l'impact de NSI patient (dossier médical et dossier de soins) sur l'organisation des équipes médico-soignantes.

L'année 2013 est marquée par le déploiement des projets prioritaires sur tous les GH. Ce changement d'envergure doit se traduire par une évolution significative de la performance de nos organisations afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, les conditions de travail et l'efficacité économique de nos organisations. Les conférences stratégiques et budgétaires permettront de mesurer ensemble l'avancement des projets prioritaires dans chaque GH. De plus, pour 2013, je souhaite que la mise en œuvre de l'ensemble des projets prioritaires contribue à l'évolution concrète de vos organisations. 10 d'entre eux ont un impact potentiel important en gain d'efficacité, que ce soit en réduction de dépenses et/ou en augmentation d'activité et de recettes. Il s'agit de 3 projets transverses (codage, facturation, surfaces) et de 7 projets d'amélioration de la prise en charge (aval des urgences, gestion des séjours, fluidité de la filière gériatrique, blocs opératoires, chirurgie ambulatoire, sortie et prise de rendez-vous). Les 3 projets transverses devront être chiffrés par chaque GH. Les 7 autres projets seront chiffrés par les GH en fonction du contexte local et de leur impact potentiel.

2013 devrait également être l'année de la première diffusion publique des indicateurs de satisfaction des patients des établissements de santé au niveau national (i-satis). Dans cette perspective, et à partir des résultats de l'enquête 2012, chaque GH intégrera pleinement cette dimension à sa stratégie. Le cadre institutionnel des actions est celui du programme « Proches de vous », qui a déterminé des priorités et des leviers d'actions majeurs. Parmi ceux-ci, 2013 verra en particulier la mise en place d'un baromètre de satisfaction des patients en ligne au niveau de chaque service en MCO, la construction de plans d'actions relativement à la restauration dans le cadre de la démarche Marque AP, le déploiement du programme Accueil (bornes d'orientation, écrans d'information, rénovations d'accueil, formations), ainsi que la diffusion d'outils relatifs à l'articulation entre la ville et l'hôpital .

Le Volet Soins mettra l'accent sur les modalités de déclinaison du projet de soins du GH au sein des nouveaux pôles en particulier concernant les 3 priorités :

- Management des équipes soignantes et de l'organisation des soins

L'évolution des prises en charges (ambulatoire, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique, chemins cliniques...) nous conduit à adapter nos organisations et à mettre en place des consultations paramédicales (annonce et sortie en cancérologie...) et des infirmiers de coordination pour assurer les liens intra et extra hospitaliers requis. Ces dispositions doivent faire l'objet d'un suivi spécifique.

Vous veillerez à ce que l'évolution des organisations permette aux soignants de se centrer sur les soins en mettant en place des organisations logistiques efficaces.

- Qualité sécurité et prévention des risques évitables liés aux soins paramédicaux

Les erreurs liées à l'administration du médicament par les infirmières restent une préoccupation institutionnelle majeure en termes de fréquence et de conséquences. C'est pourquoi il est indispensable d'assurer la formation de l'ensemble des professionnels infirmiers conformément au dispositif institutionnel (formation obligatoire). De même, vous veillerez à ce que les PUI facilitent le travail des équipes de soins, via la dispensation nominative des médicaments (autant que possible) ainsi que le rangement et l'étiquetage standardisés des armoires de médicaments des unités de soins.).

- Formation & Parcours professionnalisant des paramédicaux, coopérations & nouveaux métiers, recherche paramédicale.

Dans la poursuite des travaux menés dans le cadre du projet prioritaire « conditions de travail », le volet RH pour l'année 2013 mettra en exergue trois priorités :

- l'amélioration des organisations de travail avec, en particulier, l'articulation entre les organisations médicales et paramédicales. L'enjeu est d'importance : les directions veilleront, dans le cadre de la contractualisation menée avec les pôles, à consacrer une part de leur investissement à cet objectif d'amélioration des organisations médicales et soignantes (1% des plans de travaux et d'équipement du GH pourrait être un ordre de grandeur opposable) ;
- la fidélisation de nos personnels infirmiers, deuxième volet du plan « Attractivité – fidélisation » ;
- et le plan d'actions concernant l'encadrement dans la continuité du rapport réalisé sur l'encadrement de proximité.

Ce projet RH ne peut être porté par les seuls DRH et directions des soins. Il nécessitera au contraire l'implication de tous et, en premier lieu, des communautés médicales, présidents de CMEL et chefs de pôles.

Le travail sur les organisations doit vous permettre, tout en recherchant constamment à améliorer la prise en charge des patients, d'aborder les sujets des conditions de travail, de l'organisation du temps de travail et des protocoles locaux, des plannings, du management, des mobilités intra-pôles mais aussi d'identifier des marges de manœuvre dans la perspective des efforts d'efficience nécessaires sur l'année 2013.

En termes plus généraux de gestion, et forts des résultats déjà obtenus, il reste indispensable de mettre l'accent sur :

- le codage et la facturation, de façon à accroître les recettes et diminuer nos besoins en trésorerie ;
- le développement de notre politique d'achat, par la constitution, au sein des groupes hospitaliers, de direction des achats structurées et l'amélioration constante de notre fonction d'acheteur, à travers la mise en œuvre du programme PHARE ;
- la maîtrise des charges de titres 2 et 3. Celle-ci passe par une vigilance accrue avant tout engagement de dépenses ; elle passe également par une diminution de nos stocks en titres 2 et 3. Ce point, déjà souligné en 2012, est plus que jamais d'actualité. La mise en place de SAP permet progressivement d'objectiver le niveau des stocks pour l'AP-HP : celui-ci est significatif et bien au-delà des recommandations, notamment en termes de médicaments et dispositifs médicaux. Il immobilise donc une trésorerie importante qui pourrait être mieux employée. La diminution de quelques jours stocks au niveau des GH doit donc être un objectif d'efficience prioritaire et fera l'objet d'un suivi spécifique ;
- la poursuite du déploiement du service facturier ;
- plus largement, les organisations logistiques et les coûts afférents doivent faire l'objet d'analyses approfondies et de recherche d'efficience.

III - Déroulement du cycle de gestion

Les réunions relatives aux équipements se dérouleront en décembre, sur la base d'une note méthodologique cosignée par la DPM et la DEFIP. Les réunions « travaux » puis les réunions « activité » et les conférences des services centraux et généraux ouvriront le cycle de gestion en janvier. Celui-ci se poursuivra avec les pré-conférences en février, puis j'assurerai la présidence des conférences stratégiques et budgétaires en mars.

Les réunions « activité » seront tenues par Carine Chevrier et Michel Fournier. Elles ont pour objectifs :

- d'identifier conjointement les points forts et points faibles, service par service, en activité et recettes, de votre groupe hospitalier ;

- de lister les projets qui seront ensuite validés, selon leur nature, dans le cadre des pré-conférences ou des conférences stratégiques et budgétaires ;
- de déterminer, partant, les prévisions d'activité 2013.

Dans cette perspective, un document intégrant ces éléments, corrélés d'une analyse sur les taux d'occupation et l'IPDMS vous sera adressé début janvier, en amont des réunions « activité ». Il servira de support à la discussion.

L'accent sera mis sur le caractère réaliste des prévisions d'activité, compte tenu des résultats déjà obtenus, du potentiel d'évolution de chacune des structures et des axes prioritaires des groupes hospitaliers. Les prévisions d'activité doivent également traduire clairement la mise en œuvre des améliorations organisationnelles sources de qualité de prise en charge et d'efficience, en termes de recettes et de maîtrise de la dépense, que les projets prioritaires ont permis de valider, dans le champ notamment de la gestion des lits et des blocs opératoires, de la chirurgie ambulatoire, de l'aval des urgences et de la fluidité de la filière gériatrique. Comme chaque année, la prévision d'activité fera l'objet d'un contrat, dont la mise en œuvre sera suivie régulièrement.

Les pré-conférences seront des réunions techniques, elles permettront d'asseoir l'économie de votre projet d'EPRD et d'objectif de résultats 2013, sur l'ensemble des comptes de résultat, compte tenu de vos prévisions en termes d'activité, produits, charges, évolutions de TPER et mesures d'efficience.

Les conférences stratégiques et budgétaires permettront de valider la déclinaison du plan stratégique pour 2013, et notamment les projets identifiés lors des réunions « activité », les aspects de politiques de ressources humaines et de projet de soins de votre GH, le niveau et les modalités de mise en œuvre des 16 thématiques, votre plan d'actions lié à l'efficience, votre EPRD et votre objectif de résultat pour 2013. Pour conserver un caractère opératoire à ces conférences, il paraît souhaitable que la représentation de votre GH soit limitée à une dizaine de collaborateurs et membres de votre communauté médicale.

Votre dossier devra être retourné à la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine, 5 jours après la tenue de votre réunion « activité », à :

- votre contrôleur budgétaire
- daniele.mathieu@sap.aphp.fr
- Secret-bcg.siege@sap.aphp.fr

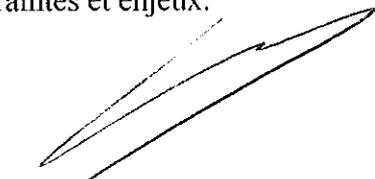
Ces délais doivent impérativement être respectés, afin de permettre une instruction correcte des dossiers.

Les différents supports nécessaires à l'élaboration des dossiers seront mis à votre disposition avant le 15 décembre, selon le calendrier joint en annexe.

Ces éléments de cadrage stratégique et financier sont denses et exigeants pour les équipes. Beaucoup a été accompli déjà, mais l'AP-HP doit continuer d'aller de l'avant, confirmer ses avancées, en termes de positionnement stratégique, de qualité des soins, de qualité des relations et de l'organisation de travail, pour continuer à faire une très grande force de sa taille et sa diversité. Il lui faut pour cela une assise financière claire, lisible et contraignante. Nous avons montré que nous savons mener une gestion rigoureuse, il nous faut poursuivre dans cette voie.

Je vous remercie de votre implication sur ces contraintes et enjeux.

je compte sur vous



Mireille FAUGERE