

AP-HP Plan Stratégique

Journée d'échanges du jeudi 14 novembre 2013 *Synthèse des échanges des tables rondes*

Introduction par M. le professeur Loïc CAPRON

4 enjeux majeurs à relever dans le cadre du plan stratégique 2015-2019 :

- **L'unicité de l'AP-HP.** L'AP-HP a trouvé le bon mode de fonctionnement entre le siège, les GH et les hôpitaux hors GH. Comment maintenir un équilibre entre le siège, les GH et les hôpitaux hors GH dans un contexte de contraintes budgétaires conduisant à des comportements de compétition ? Comment passer maintenant d'une logique de compétition entre les GH à une logique de coopération ?
- **Les relations avec l'environnement.** Des avancées concrètes doivent maintenant être réalisées. Comment s'ouvrir sur la ville et comment développer des coopérations pour faire face à une concurrence parfois déloyale pour les patients et les professionnels ?
- **La proximité et le recours.** La proximité ne peut pas être opposée à l'excellence. L'excellence irrigue toutes les prises en charge ; l'excellence doit être partout : dans les soins, la recherche et la formation. Comment continuer à nourrir l'équilibre complexe entre proximité et recours ?
- **Les réorganisations et restructurations.** L'AP-HP doit se restructurer et se réorganiser pour sortir de son déficit et sa lourdeur qui n'est pas seulement administrative mais aussi médicale.

Table ronde 1 - Une AP-HP ouverte sur son territoire

Rappel des intervenants et éléments présentés	<p><i>Animateur : Jean-Michel Diebolt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction : La carte régionale de l'AP-HP et des autres établissements de la région - Jean-Michel Diebolt, Direction médico-administrative - Siège AP-HP • Deux expériences innovantes en matière de prise en charge des maladies chroniques - Pr Bruno Fautrel, chef de service - HU Pitié-Salpêtrière/Charles-Foix • Les moyens d'ancrer le patient dans la logique de filière de soins - Laurence Carton, représentante des usagers - Association française de lutte Anti-rhumatismale • Les projets de coopération régionale en matière de biologie - Jihane Bendaira, Direction médico-administrative - Siège AP-HP • Les apports de l'AP-HP au Grand Paris : des campus pour l'Enseignement et la Recherche - Pr Béatrice Crickx, chef du service - HU Paris Nord Val de Seine • Peut-on aller vers une doctrine de coopération à l'AP-HP ? Quelles modalités de déclinaison auprès des GH ? - Dominique De Wilde, directrice du GH - HU Paris Seine-Saint-Denis
Les problématiques clés abordées	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comment prendre en charge correctement les malades chroniques ?</i> • <i>Le médecin de ville est au cœur de la médecine de parcours, qu'attend-t-il de l'hôpital ?</i> • <i>Quelles sont les attentes des patients favorisant l'ancrage du parcours de soins ?</i> • <i>Comment mettre en place une approche territoriale de la biologie ?</i> • <i>Quels impacts de l'AP-HP sur le Grand Paris ?</i> • <i>Pourquoi et comment coopérer ? Quelle doctrine, quels thèmes ?</i>
Synthèse des points de consensus et des « acquis » de la table ronde	<ul style="list-style-type: none"> • Trois enjeux majeurs sont à relever pour prendre en charge les maladies chroniques : gérer la maladie et la rémission ; intégrer la dimension sociale ; structurer (contractualiser) un parcours de soins entre professionnels de santé. • La prise en charge des malades chroniques doit être assurée plus fortement par la médecine de ville, sauf pour les épisodes de soins nécessitant une prise en charge hospitalière. Aussi, il est important de : <ul style="list-style-type: none"> ○ revoir la relation de l'AP-HP avec les médecins de ville, à la fois comme « adresseurs » (à noter que 80% du « recrutement de patients » de l'AP-HP vient des urgences et de l'adressage par des médecins de ville) et comme acteurs à part entière du parcours de soins des patients, ○ prévenir l'addiction du patient à l'hôpital en formant les médecins à « passer la

- main » à la médecine de ville,
 - accompagner le patient dans son parcours en mettant en place des ressources intermédiaires entre l'hôpital et la ville (ex : IDE coordinatrice – IDEC, ou par l'intermédiaire des réseaux pluridisciplinaires),
 - proposer au patient des modes de prise en charge « allégés » à l'hôpital en développant par exemple l'hôpital de jour,
 - mobiliser les personnels pour participer au parcours de soins, en faisant par exemple « entrer les médecins à l'hôpital et inversement »,
 - mieux intégrer les médecins de ville aux enjeux liés au suivi des cohortes de recherche et donc à la récolte des données.
- La prise en charge des maladies chroniques doit également être davantage coordonnée avec les autres partenaires (les spécialités, les pharmaciens ou les infirmières libérales).
- La prise en charge des maladies chroniques doit être globale : aspects biologiques, psychologiques et sociaux : « c'est la maladie d'une vie, le patient ne doit pas se sentir seul, il attend une prise en charge personnalisée ».
- Pour développer de véritables parcours de soins associant la médecine de ville, l'AP-HP devra répondre en premier lieu aux attentes des médecins de ville et des patients qui portent principalement sur :
 - la lisibilité de l'offre de soins (vers un portail internet rénové, allant à la sous-spécialité),
 - l'accès rapide à une prise de rendez-vous (vers un interlocuteur référent unique à l'hôpital),
 - l'organisation dès l'entrée à l'hôpital du parcours de soins (vers la généralisation de la consultation d'annonce ou d'amorce)
 - le partage de l'information (continuum de l'information entre le médical et le paramédical puis envers le patient, envoi dans des délais courts des comptes-rendus médicaux au médecin de ville).
- En biologie, le coût de production du B est en moyenne de 0,18 € à l'AP-HP contre 0,228 € en Ile de France (hors AP-HP). Malgré tout, L'AP-HP présente un gisement d'efficience de 17 M€. Développer des coopérations peut constituer un levier d'efficience à étudier, que ce soit sous forme de contrats de coopération ou de GCS.
- La logique de coopération pour les plateaux de biologie doit répondre à une double exigence : une nécessaire industrialisation des processus pour dégager des gains d'efficience mais aussi une nécessaire proximité clinicien / biologiste pour garantir la qualité de la lecture des examens et à des fins de recherche.
- L'AP-HP est déjà engagée dans plusieurs projets de coopération (Convention HUEP-Ville de Paris ; Coopération PSL-Ville d'Ivry ; Cochin – Sainte Anne). Récemment, HUPSSD, HUPNVS, HUPIFO et HMN se sont inscrits dans une démarche lancée par l'ARS dans le cadre du SROS Biologie : 15 projets de coopérations sont visés entre 35 établissements de la région produisant de faibles volumes (moins de 15 à 20 millions de B), ou à un coût élevé (supérieur à la moyenne régionale du RTC) ou n'ayant pas l'activité justifiant un laboratoire d'urgence et de proximité.
- Le Grand Paris donnera lieu à une concentration de l'activité et des populations.
- Il est difficile à ce jour d'évaluer tous les impacts pour l'hôpital car aucun volet Santé n'est encore affiché. Le calendrier est encore incertain sauf pour le prolongement de la ligne 14 au nord (impacts sur le projet hôpital Nord) et la création de la ligne rouge sud (impacts sur Bicêtre, Paul Brousse et Henri Mondor). Enfin l'impact sur les flux démographiques est difficile à appréhender.
- La stratégie de l'AP-HP doit passer par la constitution des 3 campus universitaires territoriaux – Vallée scientifique de la Bièvre ; Mondor ; Hôpital Nord - qui constitueront un facteur clé de l'attractivité de l'hôpital et du territoire.
- L'AP HP doit s'ouvrir largement sur son territoire et coopérer avec les autres acteurs. Il y a un véritable « intérêt à agir » d'autant que certains acteurs externes sont demandeurs (ex : autres établissements publics, service de santé des armées) et que la mise en place de filières de soins est particulièrement critique dans certains domaines (ex : nécessaire coopérations avec des hôpitaux psychiatriques). Une stratégie plus volontariste est indispensable, en particulier dans les secteurs géographiques où l'évolution démographique des patients sera la plus importante et où au contraire la démographie médicale est menacée..

<p>Questions soulevées lors des échanges</p>	<ul style="list-style-type: none">• Quel projet médical définir entre hôpitaux, médecins généralistes et universités pour proposer une offre de soins cohérente aux patients ?• Quels dispositifs spécifiques intégrer dans le parcours de soins des patients précaires ?• Comment organiser la communication des résultats de biologie dans le cadre de coopération (sujet technique, juridique et organisationnel) ?• Quels ont été les apports du rattachement de certains établissements périphériques aux GH (Berck à HUPIFO, et La Roche Guyon à HUEP) ? Ne pourrait-on pas envisager une telle évolution pour San Salvador, Hendaye, Villemin Paul Doumer ?

Table ronde 2 - Activités, Capacités et modèles économiques pour l'AP-HP en 2020

<p>Rappel des intervenants et éléments présentés</p>	<p><i>Animateur : Laurence Nivet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction : Positionnement de l'AP-HP en Île-de-France, en chirurgie et en médecine - Namik Taright, Direction médico-administrative - Siège AP-HP • Les grandes tendances capacitaires pour l'AP-HP de demain - Christine Welty, directrice du GH - HU Paris Sud • Les nouvelles prises en charge envisagées en HAD - Dr Matthieu De Stampa, médecin coordinateur - HAD • Les innovations en télémédecine et les axes de développement pour l'AP-HP - Pr Elisabeth Dion, chef du service Imagerie - HU Paris Nord Val de Seine • Perspectives pour l'offre de biologie de l'AP-HP - Pr Pascale Gaussem, chef de service - HU Paris Ouest • Le modèle économique du nouveau bâtiment d'endocrinologie de la Pitié-Salpêtrière - Edith Benmansour, directrice adjointe - HU Pitié-Salpêtrière/Charles-Foix • Impacts économiques des nouveaux modes de prise en charge - Anne Costa, directrice du GH - HU Paris Ouest
<p>Les problématiques clés abordées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles évolutions majeures du schéma capacitaire de l'AP-HP faut-il envisager pour porter les nouveaux modèles d'activité ?</i> • <i>Quels défis devra relever l'HAD de l'AP-HP pour passer de l'expérimentation au déploiement d'une offre ouverte sur la ville ?</i> • <i>Comment accompagner le développement de la télémédecine sur les segments les plus critiques ?</i> • <i>En conséquence, quels nouveaux modèles économiques définir ?</i>
<p>Synthèse des points de consensus et des « acquis » de la table ronde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2009 et 2012, l'AP-HP a augmenté son activité chirurgicale adulte de 0,6 points et à un rythme plus rapide que les types de structures. L'AP-HP a notamment repris de l'activité sur les cliniques en chirurgie orthopédique, mais en a perdu des points sur l'ophtalmologie (développement de la Chirurgie ambulatoire dans le privé et ESPIC). L'activité chirurgicale de l'AP-HP demeure plus faible et peu attractive dans territoires du 93 et du 94 où le taux de fuite a cru. • L'activité de médecine de l'AP-HP a diminué de 0,6 % en 3 ans, notamment en pneumologie, alors même que les besoins sont croissants, et en point positif : l'AP-HP a augmenté son activité en obstétrique (« une réappropriation des patients vers les hôpitaux de l'AP-HP »). • Un enjeu fort de redimensionnement capacitaire s'impose à l'AP-HP pour répondre d'une part aux besoins croissants de lits (longs séjours chez des patients âgés, patients socialement complexes, patients poly-pathologiques...) et d'autre part aux besoins de lits réduits liés à la transition épidémiologique (prise en charge des patients chroniques en ville ou en ambulatoire par exemple), à l'évolution technologique et à l'évolution des pratiques médicales (ambulatoire, HAD, télémédecine). « S'il y a bien un marché où on a une idée de la demande – c'est la santé ; mais serons-nous capables de transformer nos organisations ? » • Plusieurs scénarios de rupture sont à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> ○ Transformation et libération de lits d'HC en places d'ambulatoire ○ Adaptation des capacités d'aval aux besoins – « nous avons 400 lits de SSR disponibles mais pas dans les disciplines qui en ont besoin » ○ Développement de plateformes de prise en charge pluridisciplinaire d'hospitalisation en médecine ○ Modernisation de la prise en charge chirurgicale ○ Facilitation des sorties anticipées de patients • Parallèlement de nombreux freins doivent être surmontés, en particulier: <ul style="list-style-type: none"> ○ financiers : la dispersion des lits à fermer n'engendre pas systématiquement des gains financiers ○ organisationnels : problèmes d'accès aux plateaux techniques, délais de rendez-vous pour les Hôpitaux de jour, délais de rédaction des comptes rendus médicaux

- qui vont se démultiplier avec la mise en place de circuits courts,
- managériaux : « une vision encore trop notariale des lits portée par les médecins et les directions » qui constitue un frein pour la mise en place de plateformes communes et la réduction des capacités,
 - sociaux et culturels : « l'hôpital joue encore trop souvent le rôle d'un lieu d'hébergement »
- Pour répondre à cet enjeu capacitaire, la mise en œuvre des nouveaux modes de prise en charge doit être accélérée : le développement de l'ambulatoire en chirurgie et en médecine au sein de plateformes pluridisciplinaires, le développement de l'HAD de l'AP-HP ou encore la télémédecine.
 - L'HAD de l'AP-HP doit passer de l'expérimentation au déploiement d'une offre ouverte sur la ville en co-construisant des partenariats entre prescripteurs hospitaliers et professionnels HAD (projet prioritaire), en inscrivant les protocoles dans un parcours formalisé du patient, en inscrivant l'HAD dans le territoire (ex : mettre en place un guichet unique pour orienter aux mieux le patient).
 - La télémédecine, activité très réglementée par ailleurs très efficace pour la prise en charge des patients graves, s'est développée au cours des dernières années en Ile de France avec la participation de l'AP-HP :
 - Des réseaux sont établis tels que Ophdiat, Telif Ortif ou Télégéria : ces plateformes régionales représentent « un point d'entrée sur le territoire »,
 - Des réseaux émergent à l'image de Télépathologie ou Telderm urgences
 - Des axes de télémédecine restent à développer en particulier en DMLA, Rythmologie, Psychiatrie et PDS Radiologie
 - Pour poursuivre son développement en télémédecine sur les segments les plus critiques (« Le besoin doit susciter le moyen et pas l'inverse »), l'AP-HP devra :
 - Clarifier le dispositif de pilotage dans le cadre des réseaux régionaux,
 - Identifier les centres de référence en télémédecine pour alimenter la recherche,
 - Stabiliser le modèle économique pour les nouveaux axes de développement puis les modalités de financement pérennes dans le cadre de réseaux structurés,
 - S'appuyer sur la délégation de tâches pour organiser la télémédecine – « les manipulateurs radios, si accompagnés, peuvent réaliser des échographies ».
 - Avec un gisement d'efficience de 17 M€, la biologie est amenée à repenser son organisation :
 - consensus sur les regroupements intra-GH qui restent à mettre en œuvre (vers une plateforme automatisée multidisciplinaire par GH et la poursuite de fermeture des petits laboratoires)
 - consensus sur l'absence d'intérêt de l'externalisation
 - sur le supra-GH, opposition entre d'une part la logique de mutualisation indispensable aux futurs investissements, et d'autre part le nécessaire maintien du lien entre la biologie et la clinique (notamment dans le cadre des activités de recherche).
 - Au-delà de l'enjeu de redimensionnement capacitaire, l'AP-HP doit réaliser un réel effort d'efficience au cours du prochain plan pour non seulement atteindre le retour à l'équilibre de ses comptes, mais au-delà, dégager des ressources pour financer ses projets d'investissement.
 - Les nouveaux modes de prise en charge, non rentables aujourd'hui et pour lesquels « les modes de financement évoluent lentement », amènent à repenser les modèles économiques de l'AP-HP.
 - Trois axes de réflexion en termes de modélisation économique ont d'emblée été retenus :
 - La chirurgie ambulatoire
 - L'hôpital de jour
 - L'HAD

Illustrations d'expériences probantes	<ul style="list-style-type: none">• Le modèle économique du nouveau bâtiment d'endocrinologie de la Pitié-Salpêtrière
Questions soulevées lors des échanges	<ul style="list-style-type: none">• Combien de lits l'AP-HP consacre-t-elle à la mort « non palliative, non préparée » ?• Quel est l'objectif chiffré du prochain plan en termes de fermeture de lits ?• Quelle doctrine sur l'organisation de la biologie supra-GH ?• Comment impacter la baisse des DMS sur les enjeux capacitaires ?• Sur quels segments d'activité l'AP-HP doit-elle se positionner en télémédecine et à l'appui de quel modèle économique ?

Table ronde 3 - Des organisations innovantes au service des patients

<p>Rappel des intervenants et éléments présentés</p>	<p><i>Animateur : Hubert Joseph-Antoine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexions sur les organisations à Lariboisière - Pr Philippe Orcel, chef du service Rhumatologie et Marie-Claire Fonta, directrice des soins - HU Saint-Louis/Lariboisière/Fernand-Widal • Quelles attentes des patients ? - Thomas Sannié, représentant des usagers AP-HP • Rendre plus lisible et plus fluide le séjour des patients - Pr Morgan Roupret, Service d'urologie - HU Pitié-Salpêtrière/Charles-Foix • Le SI, une opportunité pour mieux coordonner les prises en charge - Pascal De Wilde, directeur du GH - HU Est Parisien • Les blocs modulaires de demain - Pr Jean-Denis Laredo, chef de service - HU Saint-Louis/Lariboisière/Fernand-Widal • Le futur plateau technique RBI (réanimation, blocs opératoires, interventionnel) d'Henri-Mondor - Pr Ariane Mallat, présidente CMEI et Martine Orio, directrice du GH - HU Henri-Mondor • Les fonctions support de l'AP-HP au service de l'efficacité et la qualité de service - Jean-Charles Grupeli, Pôle d'intérêt commun - Siège AP-HP
<p>Les problématiques clés abordées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les attentes des patients vis-à-vis de l'hôpital ? • Comment rendre plus lisible et plus fluide le séjour des patients ? • Quelles priorités stratégiques SI pour accompagner la prise en charge globale du patient tout au long de son parcours à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital ? • En quoi la « modularisation » peut-elle être une réponse à la double recherche d'efficacité et de personnalisation de la prise en charge ? • Comment les fonctions support peuvent-elles contribuer à l'efficacité et la qualité de service ?
<p>Synthèse des points de consensus et des « acquis » de la table ronde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La vision du patient est le fil conducteur des évolutions à envisager. L'hôpital doit s'adapter à la population, développer des innovations au service de l'homme, tout en devenant un lieu apprenant – pour ce faire, l'hôpital doit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir le meilleur soin ○ Faciliter l'accès aux soins et aux informations ○ Repenser les fondamentaux de l'accueil ○ Accompagner le patient à devenir autonome, co-construire (au niveau individuel et au niveau collectif) et apprendre ○ Former à la relation patient / soignant ○ Ouvrir l'hôpital ○ Utiliser des technologies au service des patients ○ Repenser les fondamentaux de l'accueil • Enfin et surtout, l'hôpital devra toujours veiller à individualiser la prise en charge et le séjour du patient (« Ce n'est pas Le séjour des patients mais Les séjours des patients ») et « personnaliser l'accompagnement » tout au long de son parcours de soins. • C'est en s'attachant à ce dernier principe que des réflexions sur les organisations ont été lancées : « Aujourd'hui, on peut peut-être faire des parcours sur mesure en fonction des grands profils de patients. Il faut par ailleurs avoir une approche un peu plus humaine ». • L'objectif visé est de rendre plus lisible et plus fluide les séjours des patients, de simplifier et repenser les parcours pour tendre vers une prise en charge globale. Il s'agira de définir des cadres de référence pour chaque parcours, lesquels devront être flexibles pour pouvoir gérer les impondérables et s'appuyer sur un « partage interactif d'informations avant, pendant et après le séjour » (« Les patients, les équipes hospitalières et les partenaires de ville ne vont plus chercher l'information mais elle vient à eux »). • D'ores et déjà, plusieurs axes d'amélioration sont à l'étude et portent sur l'accueil et l'orientation du patient, l'information et les conseils médico-soignants, la planification des séjours, l'anticipation de l'entrée et de la sortie du patient, le suivi du patient avec la médecine de ville, un positionnement actif des patients dans l'organisation de leur séjour

	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place le parcours patient en interne et en externe suppose une profonde modification de nos outils et systèmes d'information, en même temps que nos pratiques. • La généralisation du déploiement d'Orbis, lequel amène à réinterroger en profondeur nos organisations, permettra d'accompagner la prise en charge des patients au sein de l'AP-HP. « L'anticipation et le portage du changement » seront « les éléments moteur » dans le cadre des déploiements SI. • Le SI de l'AP-HP doit également, dans le cadre de la médecine de parcours, devenir interopérable, partagé et ouvert sur l'extérieur. Pour ce faire, l'AP-HP s'est inscrite dans les deux programmes pour le numérique : « Hôpital numérique » qui vise à accroître la maturité des SI hospitaliers et « Territoires de soins numériques » qui a pour objectif de mettre en place des services entre professionnels de santé et pour les patients, dans et hors de l'hôpital. • Les nouveaux modes de prise en charge ne sont pas rentables aujourd'hui. Pour gagner en rentabilité, il apparaît nécessaire de transformer nos organisations. La mise en place de blocs modulaires est une bonne illustration d'une organisation innovante, répondant aux attentes des patients, respectueuse de « notre activité artisanale de soins », tout en étant efficiente. • Le bloc modulaire concilie : <ul style="list-style-type: none"> ○ « centralisation » en faisant cohabiter l'urgence, l'ambulatoire et le programmé dans « une unité de lieu pour le patient et les professionnels » et en positionnant au plus proche du bloc modulaire les services de préparation à l'anesthésie, d'imagerie, de réanimation et d'hospitalisation ; ○ « polyvalence » en intégrant par exemple des salles hybrides ; ○ « standardisation des processus » en formalisant des circuits de prise en charge • Enfin, les fonctions support, au même titre que les services de soins, peuvent être au service de l'efficacité et de la qualité de service pour les patients et les professionnels. • Quatre fonctions dont la masse représente plus de 100 millions d'euros par an de dépenses sont étudiées : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les fonctions administratives (incluant le support système d'information) ; ○ La restauration ; ○ L'entretien et la maintenance ; ○ Le transport sanitaire. • Même si « l'AP-HP n'est pas forcément en retard quand on regarde la situation des acteurs externes », la construction de plans d'actions qualité / efficacité semble possible en clarifiant notre offre de prestations, en définissant des priorités en terme d'actions d'amélioration de la satisfaction des patients et des professionnels de l'hôpital, en analysant nos structures de coûts et en les comparant à d'autres établissements similaires et enfin en proposant des trajectoires réalistes susceptibles de réussir les mutations nécessaires et les faire accepter.
<p>Illustrations d'expériences probantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexions sur les organisations dans le cadre du projet nouveau Lariboisière • Le futur plateau technique RBI (réanimation, blocs opératoires, interventionnel) d'Henri-Mondor
<p>Les points encore à instruire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment accélérer et accompagner le changement et l'évolution du modèle (organisation, métiers, compétences, effectifs) ? • Comment dépasser le stade de l'expérimentation annoncée des plateformes territoriales SI ? • Quelles marges de manœuvre possibles en termes de mutualisation, d'externalisation ou de mise en place de plateformes territoriales pour les activités support et médicotecniques (notamment biologie) ?

Table ronde 4 - Une AP-HP toujours plus attractive

<p>Rappel des intervenants et éléments présentés</p>	<p><i>Animateur : Françoise Zantman</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction : Restitution du baromètre interne - Pascale Finkelstein, Direction des ressources humaines - Siège AP-HP • L'AP-HP de demain, un CHU magnétique - Elisabeth De Larochelambert, directrice du GH - HU Paris Nord Val de Seine • La rénovation des pratiques managériales à HUPSSD - Marion Bousquié, directrice des ressources humaines et Michelle Macaux, adjointe à la coordinatrice générale des soins - HU Paris Seine-Saint-Denis • Les équipes médicales, une population à fidéliser - Jérôme Hubin, Direction médico-administrative - Siège AP-HP • Les attentes des jeunes médecins en termes de gestion de carrière - Justine Frija, représentante des internes AP-HP et Pr Christophe Penna, Chirurgie générale - HU Paris Sud • Des organisations innovantes pour conforter l'encadrement médical et paramédical des unités de soins - Nicolas Pruvot, Direction des soins
<p>Les problématiques clés abordées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comment être un hôpital magnétique ?</i> • <i>Comment attirer et fidéliser les jeunes médecins ?</i> • <i>Comment améliorer les organisations médicales et paramédicales ?</i>
<p>Synthèse des points de consensus et des « acquis » de la table ronde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'AP-HP a plus que jamais besoin de professionnels compétents et motivés face à des conditions d'exercice plus complexes et exigeantes (parcours de soins). • Le baromètre interne souligne plusieurs enjeux à relever pour attirer et fidéliser les professionnels de l'AP-HP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le travail est jugé satisfaisant (76% sont satisfaits du contenu de leur travail), mais la motivation décroît (41% voient leur motivation diminuer) et les professionnels expriment un manque de reconnaissance (59% ne sont pas satisfaits de la reconnaissance de leur travail) et des difficultés à se projeter professionnellement (62% se disent non satisfaits de leurs possibilités d'évolution professionnelle) ; ○ Le climat de travail est perçu satisfaisant au quotidien que ce soit en termes d'ambiance, de respect ou de solidarité (69% sont satisfaits de l'ambiance de travail). Mais les professionnels attendent de réelles avancées sur l'amélioration des organisations (62% déclarent que la charge de travail est mal répartie) et la qualité de vie au travail ; ○ Le sentiment d'appartenance à l'AP-HP et à l'unité de travail est toujours prégnant (69% sont fiers de travailler à l'AP-HP et 75% fiers du travail réalisé dans leur unité de travail). Mais les professionnels reconnaissent un déficit des échelons intermédiaires (Si 87% se sentent appartenir à leur unité de travail et 68% à leur hôpital/Direction, seuls 51% se sentent appartenir à leur GH/Siège/PIC/CFDC) et « la question du partage de l'information fait défaut ». • Dans ce contexte, l'AP-HP de demain doit tendre à devenir un hôpital magnétique « qui attire et retient mieux que les autres le personnel médical et soignant ». • Des initiatives réussies ont déjà été lancées dans certains GH : HUPSSD a ainsi rénové ses pratiques managériales en mettant en place une charte de planning commune à tous les pôles, en développant une « autonomie partagée » entre les différents acteurs et en repositionnant la DRH et Direction des soins en support/conseil/animateur de politiques RH et d'amélioration des conditions de travail auprès des équipes dans les unités de soins. • Le personnel médical représente une population à fidéliser tout particulièrement. Quelques constats préalables : <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 2015 et 2019, 1499 médecins cesseront leur activité, soit 300 médecins

	<p>par an et les départs à la retraite des praticiens franciliens seront renouvelés entre 50% et 70% ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Certaines disciplines seront tout particulièrement en difficultés : Anapath ; Anesthésie / Réanimation ; Médecine physique et réadaptation ; ORL ; OPH ○ Les départs à la retraite ne représentent actuellement que 50% des départs ; <ul style="list-style-type: none"> • Il apparaît essentiel de veiller à répondre aux attentes exprimées par les internes et les jeunes médecins. Pendant l'internat, les internes escomptent une bonne formation, de bonnes conditions de travail, un travail recentré sur la pratique médicale et la prise en compte des aspects sociaux (ex : crèches) et financier (ex : paiement des gardes et astreintes). Les jeunes médecins expriment des attentes relatives à l'équilibre vie professionnelle / vie privée, l'ambiance au travail, l'intérêt de la pratique médicale et au travail au sein d'une équipe. • Plusieurs leviers sont à étudier qu'il s'agisse de recentrer les médecins sur leur cœur de métier en « luttant contre les glissements de tâches », de valoriser le travail extra-clinique (« quelque chose d'honorifique pour reconnaître qu'on est investi dans une mission d'intérêt général comme la recherche par exemple ») ou de développer et valoriser financièrement des postes d'assistants sur un contrat de 2-3 ans. • Enfin, prioritairement, il apparaît critique d' « accompagner les jeunes professionnels dès la formation pour leur donner envie de rester à l'AP-HP », de « mettre en place des plans d'actions prioritairement dans les services qui présentent le plus de postes vacants » et qui sont de fait peu attractifs, et enfin de « s'attaquer aux problèmes matériels / organisationnels qui n'existent pas dans les cliniques privées ». • Enfin, au quotidien dans les organisations médicales et soignantes au sein des unités de soins (« à revaloriser par rapport aux pôles ») mais aussi dans les équipes de direction, l'enjeu principal à relever sera de clarifier les rôles et responsabilités de chacun (chefs de pôles / CAP/ CPP / cadre de proximité/directeurs) pour « redonner du temps soignant au soignant auprès du malade » et « remettre les professionnels sur leur cœur de métier » • Dans les unités de soins, « il ne s'agira pas de transformer forcément les organisations, mais de rapprocher l'encadrement médical et soignant » en instaurant par exemple un temps d'échange régulier entre le chef de service et le cadre.
<p>Illustrations d'expériences probantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HUPSSD – la rénovation des pratiques managériales - charte des plannings
<p>Questions soulevées lors des échanges</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment accompagner les jeunes professionnels dès la formation pour leur donner envie de rester à l'AP-HP ? • Comment mettre en place des plans d'actions prioritairement dans les services qui présentent le plus de postes vacants ? • Comment s'attaquer aux problèmes matériels / organisationnels spécifiques à l'hôpital public ? • Comment accompagner les cadres de proximité qui sont fragilisés ? Quel rôle des équipes de direction dans cet accompagnement ? • Quelle organisation promouvoir pour la rédaction des CRH ?