

Projets prioritaires bilan et perspectives

CME - mardi 14 mai 2013

Direction du pilotage de la Transformation
13/05/2013

Projets prioritaires : quels sont ils ?

OPTIMISATION DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE PATIENTS

Blocs opératoires

Chirurgie ambulatoire

Consultations/prise de RV

Equipements lourds

Aval des urgences

Sortie

HAD

Gestion des séjours

Filière gériatrique

ATTRACTIVITE DES PERSONNELS

Conditions de travail

PROJETS TRANSVERSAUX

Facturation

Codage

Surfaces

Projets prioritaires : pour quoi faire ?

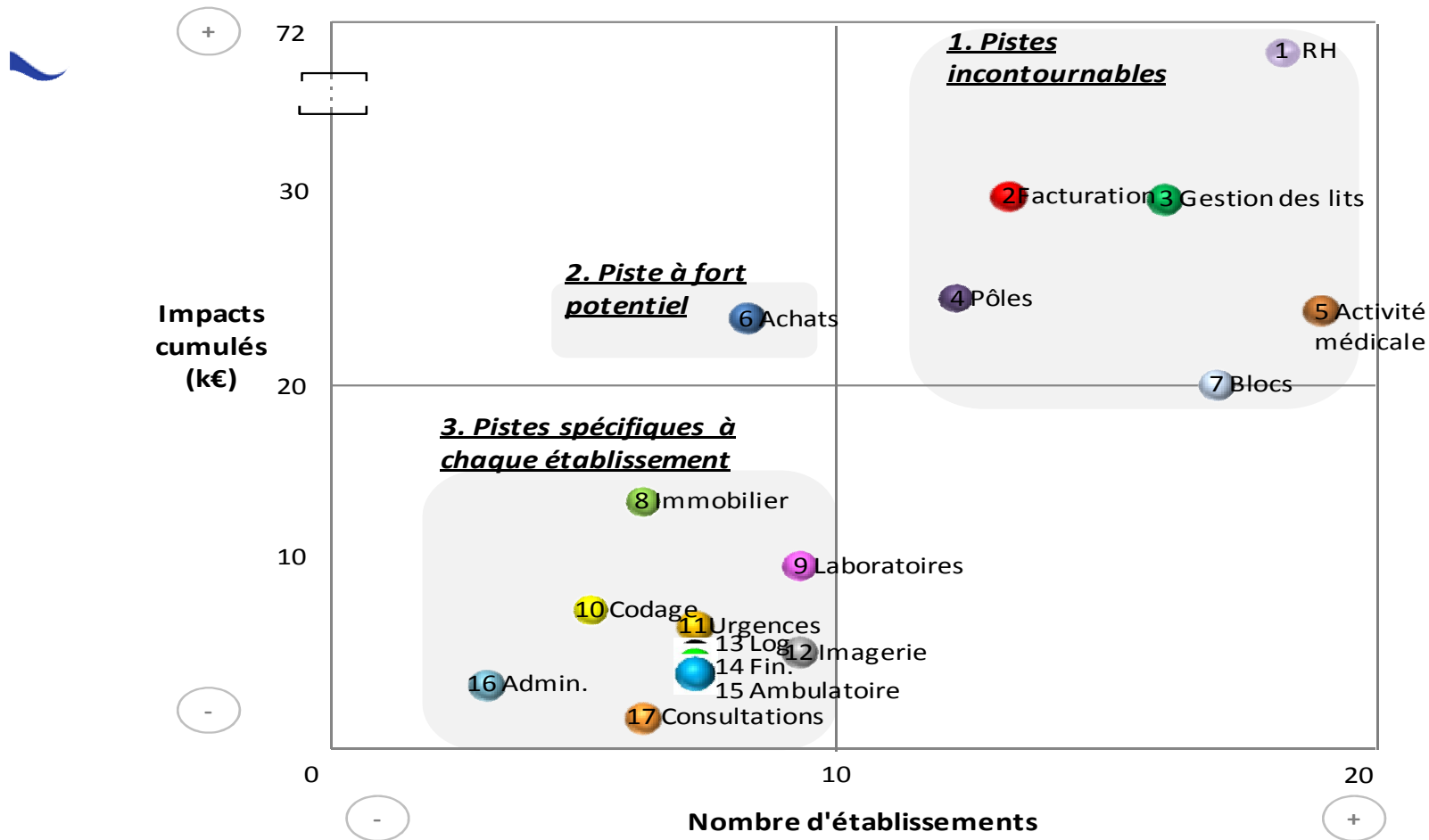
➤ Pour transformer nos organisations

Pour améliorer la performance globale de l'APHP

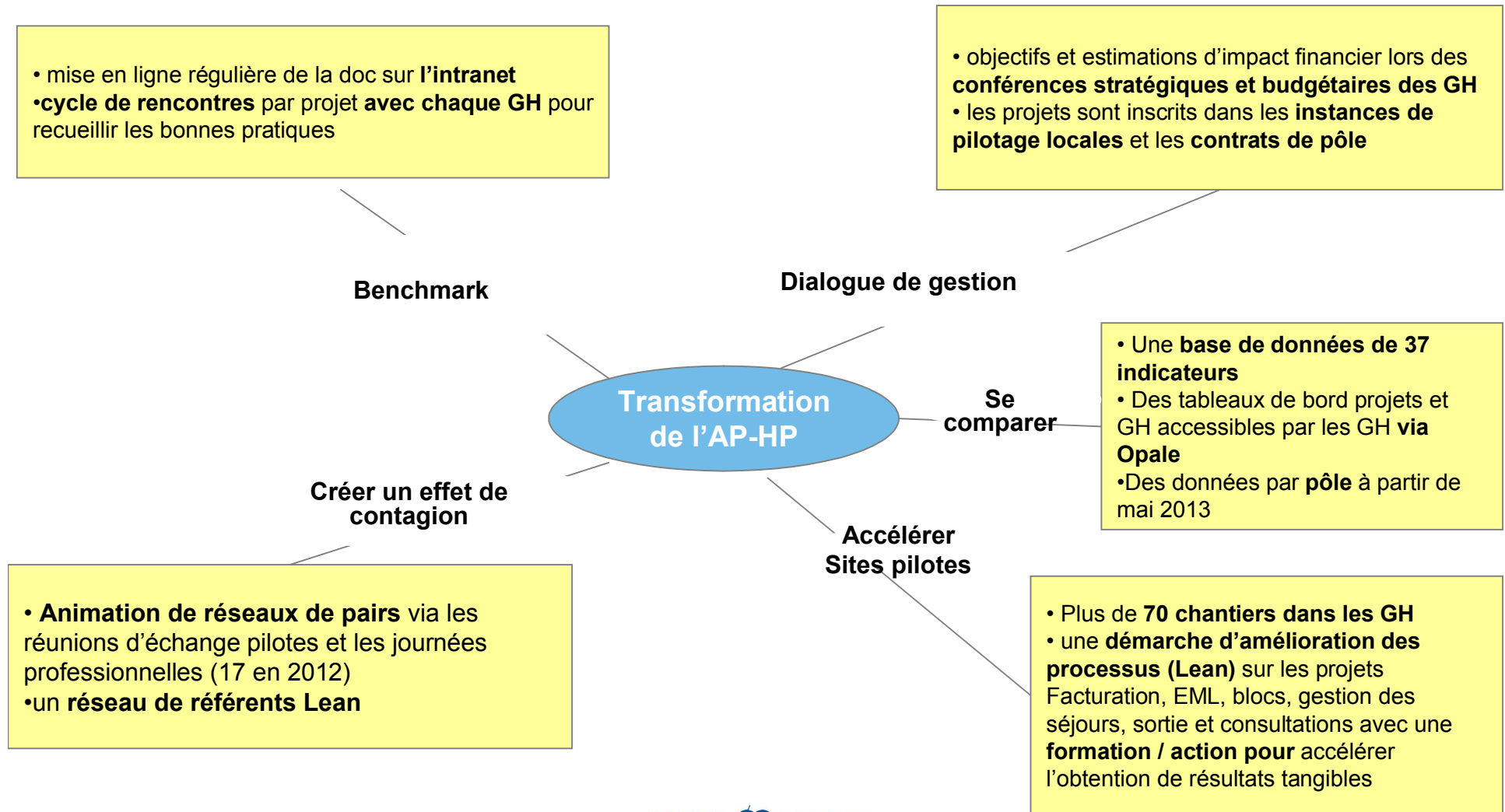
- Le taux de chirurgie ambulatoire : 22 % en 2010 (moyenne nationale : 35%)
- 15 000 patients sont transférés chaque année depuis les SAU vers des établissements hors AP-HP (-45 millions d'euros de recettes)
- 35 jours pour le 1er rendez-vous
- Un potentiel de 20 à 40 millions d'euros de recodage
- 50 millions d'euros d'ANV
- Occupation des surfaces : 160m²/lit (référence ANAP de 110m²/lit)

Pour élever l'ensemble des établissements aux mêmes standards de qualité

Les autres grands CHU ont engagé des démarches similaires



Avancement des travaux



Accessibilité des consultations

Enjeux et objectifs du projet:

Les consultations externes: une vitrine pour l'AP-HP avec plus de 5 millions d'actes par an

Objectifs:

- améliorer en amont l'accessibilité de la prise de rendez-vous,
- optimiser l'organisation des plateaux de consultations
- mettre en place une réflexion sur le positionnement stratégique de l'offre

Exemples de réalisations concrètes:

➤ LARIBOISIERE : Une expérience réussie en ORL

- L'aménagement des plages spécifiques pour les primo-consultants
- La dissociation de l'accueil physique et téléphonique
- la mise en adéquation de la présence du personnel avec les pics d'activité : changement des organisations et optimisation des ressources

➤ **Evolution de la performance:** le nombre de consultations a augmenté de près de 50 % entre 2011 et 2012

➤ TROUSSEAU

- Mise en place d'un conseil de consultation
- Elaboration d'un tableau de bord (indicateurs)
- Amélioration des organisations
- Ouverture de plages dédiées aux urgences
- Couplage de rendez vous pour optimiser les boxes
- Définition des aides paramédicales

➤ **Evolution de la performance** à suivre à partir de mars 2013

Evolution de la performance AP-HP

- Montée en charge des SMS (en 2012 : 570 714 SMS) et **diminution de 5% du taux de non venus**
- Amélioration de l'accès aux primo consultants avec une moyenne APHP de **délai d'attente passant de 47 jours en février 2012 à 35 jours en février 2013**

Fluidité de l'aval des urgences

Objectifs/enjeux du projet:

- Réduire les transferts hors APHP en aval des urgences
- Améliorer la qualité de l'orientation des malades en aval des SAU
- Éviter les hospitalisations dans les boxes voire les couloirs des SAU

Exemples de réalisations concrètes:

➤ TENON

- Un contexte favorable: expérience réussie sur Saint Antoine (Pr Dominique Pateron)
- Amélioration des organisations
 - Un outil sur la disponibilité des lits
 - Un référent urgences dans les services d'aval
 - La contractualisation entre le SAU et les services d'aval
- Evolution de la performance:
 - Transferts hors APHP:
12% fin 2012 versus 18% fin 2010

➤ A. PARE

- Amélioration des organisations
 - Redéploiement de 10 lits pour l'aval gériatrique des urgences (avril 2013)
 - Participation de RPC à l'aval des urgences
 - Entraide entre services d'aval
- Evolution de la performance à suivre à partir d'avril 2013

Evolution de la performance APHP

- Baisse de la DMS en UHCD (-10% de séjours de plus de 24h). Légère amélioration du taux de transfert hors APHP début 2013 (fin février 2013: 13,7% versus 14,2% fin février 2012).
- De forte disparités entre les sites (26% à Beaujon. 9,5% à Saint-Antoine)

Gestion des séjours

Objectifs/enjeux du projet:

- Délivrer le « juste soin en un **juste temps** »
- Mieux **concilier activités programmées et urgences**.
- **Lisser l'activité** pour mieux répartir la charge de travail sur l'ensemble de la semaine.
- Retrouver du **temps** médical et soignant pour les soins.
- Améliorer la performance globale des services d'hospitalisation : DMS et taux d'occupation.

Exemples de réalisations concrètes:

➤ Lancement des deux pilotes fin 2012 :

- **Lariboisière - Pôle Neurosciences tête et cou** (mise en œuvre juin)
- **Pitié Salpêtrière - Pôle chirurgie périmètre Gaston Cordier** (mise en œuvre en septembre)

➤ Les leviers reposant sur l'anticipation:

- ✓ Amélioration de la programmation des séjours (éviter les déprogrammations)
- ✓ Définition d'une durée prévisionnelle de séjours dès la programmation de l'hospitalisation
- ✓ Anticipation de la sortie,
- ✓ Centralisation de la gestion des lits au niveau du pôle ou d'un ensemble cohérents de services (ex: Bâtiment Gaston Cordier PSL).
- ✓ Emergence d'une nouvelle fonction « gestionnaire de lits ».
- ✓ Procédures d'échange d'informations et des règles d'hébergement.

Les prochaines étapes:

- Lancement en mai 2013 de **deux nouveaux pilotes avec des pôles médicaux-chirurgicaux: HEGP (pôle cardio-vasculaire) et Saint Antoine (pôle digestif)** .
- Evolution vers l'**ordonnancement du circuit du patient hospitalisé** (régulation centralisée PMT et lits).

Amélioration de la qualité de la sortie

Objectifs/enjeux du projet

- Mieux informer et **sécuriser le patient**
- **Décloisonner l'hôpital** en améliorant ses relations avec les partenaires externes
- Rendre plus fluide le parcours patient et **limiter les réhospitalisations**

Exemples de réalisations concrètes:

➤ A. PARE

➤ Amélioration des organisations

- Pochette de sortie avec check list de sortie remise dans le cadre d'une consultation de sortie à tous les Patients
- Balisage du parcours de sortie à partir de la check List pour faciliter la sortie avant 12h
- Contractualisation interne avec les pôles

- Evolution de la performance

- Taux de sortie avant 12h (27% en 2011 et 32% en 2012)

➤ COCHIN

➤ Amélioration des organisations

- Plans d'actions innovants en cours de test
- Création d'un outil de pilotage des CRH pour les médecins et les secrétaires
- Harmonisation du traitement CRH par Actipidos
- Balisage de la sortie à partir de la check List

➤ Evolution de la performance

- Score IPAQSS 2012 :29 (AP 41) (pas de mesure Récente pour mesurer l'impact du projet
- Taux de sortie avant 12h (35 % en 2011 et 2012)

Evolution de la performance APHP

- Indicateurs IPAQSS sur les **CRH conformes envoyés dans les 8 jours** : légère amélioration entre 2011 et 2012 avec un passage de 36 à 41 % mais des disparités importantes entre sites (54 à Bichat, 33 à Bicêtre, 20 à Avicenne)
- Un **taux de sorties avant 12h à 30,21% à fin février 2013** mais écarts importants entre GH (40% à HUPC et 21% à HUPSSD)

Augmentation du recours à l'HAD AP-HP

Objectifs/enjeux du projet dont le périmètre est l'adulte, hors pédiatrie et gynécologie obstétrique :

- Augmenter les admissions adultes à l'HAD AP-HP en provenance des prescripteurs hospitaliers AP-HP
- Diminuer les délais de réponse
- Réduire les refus d'admission en conformité aux standards nationaux

Exemples de réalisations concrètes:

➤ BICHAT

➤ Amélioration des organisations

- Le pilotage des recours à l'HAD AP-HP sous couvert de la CME locale avec direction GH
- L'expérimentation de nouveaux parcours patients entre prescripteurs hospitaliers et HAD AP-HP
- Le suivi évaluation trimestriel des recours entre prescripteurs et HAD

➤ Evolution de la performance:

- + 25,70 % à fin 2012, tous les sites du GH sont concernés par la hausse
- le GH est le leader AP-HP du recours à l'HAD en volume d'admissions

➤ HENRI MONDOR

➤ Amélioration des organisations

- Le pilotage des recours à l'HAD AP-HP sous mandat de la CME locale avec Direction GH
- La consolidation des parcours patient en oncologie
- L'expérimentation de nouveaux parcours patients entre prescripteurs hospitaliers et HAD AP-HP
- Le suivi évaluation trimestriel des recours entre prescripteurs et HAD

➤ Evolution de la performance:

- +96,15 % à fin 2012, tous les sites du GH sont concernés par la hausse

Evolution de la performance APHP

- Progression significative des admissions à l'HAD AP-HP dans le champ du projet prioritaire : +9% à fin 2012/2011
- Situation encore fragile liée à l'HAD AP-HP (Problématique des chimiothérapies encore active) A surveiller en 2013

Amélioration de la fluidité de la filière gériatrique

Objectifs/enjeux du projet:

- Des **parcours adaptés** aux besoins spécifiques de chaque personne âgée
- Des **partenariats** avec les structures extérieures médico-sociales et les réseaux
- Une **baisse de la DMS** en SSR gériatrique

Exemples de réalisations concrètes:

➤ LARIBOISIÈRE

➤ Amélioration des organisations

- Numéro unique du référent médical UGA pour les partenaires extérieurs
- Gouvernance territoriale commune des différents acteurs

➤ Evolution de la performance:

- *DMS en SSR gériatrique*
43 jours en décembre 2012 versus 58 jours en décembre 2010

➤ RENE MURET

➤ Amélioration des organisations

- Courriers aux familles dès début de séjour pour préparer la sortie
- Indicateurs de DMS suivis par médecin
- Suivi des séjours longs

➤ Evolution de la performance

- *DMS en SSR gériatrique*
47 jours en décembre 2012 versus 57 jours en décembre 2010

Evolution de la performance APHP

- Une amélioration de la **DMS en SSR gériatrique** (52 jours à fin décembre 2012 versus 56 jours à fin décembre 2010)
- De forte disparités entre les sites (68 jours à Bichat; 42 jours à Paul Doumer)

Optimiser l'organisation des blocs opératoires

Objectifs/enjeux du projet:

- Mieux utiliser nos ressources pour faire face au **défi démographique**
- Optimiser **l'ouverture et l'utilisation** des salles pour accompagner l'activité
- Améliorer **la sécurité** de la prise en charge : check list; ISO ; évènements indésirables

Exemples de réalisations concrètes:

➤ BICETRE

➤ Amélioration des organisations

- Mise en place d'une gouvernance de bloc adaptée
- Outil de planification du travail des MAR
- Adaptation des horaires des IBODE à l'activité

➤ Evolution de la performance

- Taux d'utilisation : resté élevé à 78%
- Taux d'ouverture : de 44% en 2011 à 55% début 2013

➤ COCHIN

➤ Amélioration des organisations

- Harmonisation des horaires de soignants en vue des transferts de l'Hôtel Dieu et de la densification de PR1
- Transfert des PMA dans des salles blanches
- Répartition des vacances en fonction de l'activité

▪ Travail sur le paramétrage IPOP

➤ Evolution de la performance

- Taux d'utilisation : de 69% en 2011 à 76% début 2013
- Taux d'ouverture : de 46% en 2011 à 72% début 2013

Evolution de la performance AP-HP

- Forte amélioration des taux d'ouverture et d'utilisation depuis le lancement du projet prioritaire
 - taux d'ouverture : de 55,4% en 2010 à **62%** fin 2012 (ANAP : 90%)
 - taux d'utilisation: de 72% en 2010 à **77%** fin 2012 (ANAP: 80%)
- De forte disparités entre les sites

Développer la chirurgie ambulatoire

Objectifs/enjeux du projet:

- Renforcer l'activité de chirurgie ambulatoire comme élément **d'attractivité** des patients et des professionnels
- Améliorer et sécuriser le **parcours patient** au sein de structures dédiées

Exemples de réalisations concrètes:

➤ SAINT-LOUIS

➤ Amélioration des organisations

- Ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire de 8 lits le 18 mars 2013
- Par fermeture de 13 lits d'hospitalisation complète et transfert de 8 ETP
- Déploiement du document parcours patient en chirurgie ambulatoire

➤ Evolution de la performance

- Taux de chirurgie ambulatoire : de 17% en 2010 à 22% début 2013

➤ LARIBOISIERE

➤ Amélioration des organisations

- Transfert de séjours d'hospitalisation complète en ambulatoire (ophtalmologie, orthopédie...)
- Meilleure coordination avec le bloc
- Optimisation du parcours patient au sein de l'UCA existante

➤ Evolution de la performance

- Taux de chirurgie ambulatoire : de 16,4% en 2010 à 22,2% début 2013

Evolution de la performance AP-HP

- Forte amélioration du taux de chirurgie ambulatoire depuis le lancement du projet prioritaire
 - taux global : de 22,2% en 2010 à 24 % fin 2012 (forte progression début 2013)
 - taux 38 gestes MSAP : de 60% en 2010 à 63,8% fin 2012
- De forte disparités entre les sites (56% à Hôtel Dieu, 8,5% à Beaujon) en fonction des spécialités, de l'organisation et du potentiel de développement

Optimisation de l'utilisation des équipements médicaux lourds (IRM et Scanner)

Objectifs/enjeux du projet:

- Amélioration l'**utilisation** des équipements médicaux lourds
- Diminuer les **délais d'accès** aux équipements
- Diminuer les délais de remise des **comptes rendus** aux patients et aux prescripteurs

Exemples de réalisations concrètes:

➤ NECKER

- **Un périmètre : la prise en charge en adulte**
- **Amélioration des organisations (Lean)**
 - La réorganisation de la gestion des rendez-vous
 - L'optimisation du transport des patients
 - Le réaménagement des espaces de préparation
- **Evolution de la performance:**
 - +24 % au scanner fin 2012, + 10% en IRM fin 2012
 - *maintien de la performance sur le délai de remise des comptes rendus aux patients externes (Médiane à 50 minutes sur IRM)*

➤ BICETRE

- **Amélioration des organisations (Lean)**
 - La cellule de régulation de l'accès aux IRM et Scanners
 - Une optimisation du transport des patients
 - La révision des vacations entre radiologie générale adulte, neuro-pédiatrie et radio-pédiatrie
- **Evolution de la performance**
 - + 11 % en IRM fin 2012,
 - 50% délais d'accès au scanner hors urgence,
 - 50% délais de remise des comptes rendus

Evolution de la performance APHP

- Poursuite de la progression de l'utilisation des équipements médicaux lourds depuis le début du projet prioritaire en janvier 2010 :

+ 8 % en scanner de 2010 à 2012

+ 7 % en IRM de 2010 à 2012

Les 5 pilotes du projet prioritaire ont représenté une part capitale dans la progression, à titre d'exemple, ils représentent plus de 55 % des gains d'activité acquis par l'AP-HP au global en 2012 sur ces activités IRM.

Libération de surfaces non indispensables au fonctionnement des GH

Enjeux/ objectifs du projet :

- Diminuer les surfaces exploitées (libération pour cessions)
- Engager une maîtrise globale des surfaces (valorisation des concessions, amélioration de la performance immobilière des pôles)
- Rapatrier les activités tertiaires occupant des surfaces louées à l'extérieur de l'AP

Exemples de réalisations concrètes:

➤ PITIE-SALPETRIERE

➤ Test d'un outil de gestion de l'immobilier des pôles (pôles Médecine et Cardiologie médico-chirurgicale)

- Calcul des charges immobilières du pôle, coût du m² utilisé, intégration dans le CREA du pôle
- Evaluation de la performance immobilière du pôle : identification des améliorations possibles en tenant compte des contraintes structurelles et de l'activité par grande fonction : circulations générales, hospitalisation, locaux techniques, bureaux, plateau technique, consultations...

➤ Résultat :

- Coût du m² exploité : **107 €/ an**
- Mise en évidence d'axes de progrès sur certains domaines : bureaux, consultations par exemple.

Evolution de la performance AP-HP

- A fin 2012, le **ratio SHON /lit** (surfaces hors œuvre nettes/ lit) **AP** est de **170 m²/ lit (moyenne CHU :149 m²/ lit)**. Hors surfaces concédées (recherche, enseignement, associations, CTS) : **157 m²/ lit**
- De fortes disparités entre les GH à fin 2012, en fonction de la structure patrimoniale et des activités : Henri Mondor (114 m²/ lit); Pitié-Salpêtrière (204 m²/ lit);
- Rapatriement à fin 2012 de **6712 m² (72 %)** de surfaces louées à l'extérieur (reste Bessières en 2014 : 2645 m²)
- En 2011 et 2012, les cessions et projets de cessions représentent 40% des libérations soit 85 000 m².

Amélioration de la qualité de la facturation

Objectifs/enjeux du projet :

- Diminuer les **créances non imputées** au titre des frais de séjours -CNI
- Diminuer les **créances en attente** au titre des frais des consultations- NPC
- Améliorer la **trésorerie** de l'AP-HP et sa capacité d'autofinancement

Exemples de réalisations concrètes:

➤ BEAUJON

➤ Amélioration des organisations en hospi

- Le déploiement du circuit des pré-admissions dès la consultation en lien avec les services d'hospitalisation et de consultation

➤ Evolution de la performance:

- *le taux de CNI est à 0,06% à fin décembre 2012*
Contre une moyenne AP-HP à 0,65 %

➤ HENRI MONDOR

➤ Amélioration des organisations en consultation

- Le recueil de l'identité du patient et de ses débiteurs dès la consultation dans le service ; fin de la double attente aux caisses et dans le service
- L'équipement des services de consultation de lecteurs de carte vitale
- La facturation au fil de l'eau par les services des recettes

▪ Evolution de la performance:

- *le taux de NPC à fin 2012 est de 2,5 %*
contre une moyenne AP-HP à 6,5%

Evolution de la performance APHP

- Amélioration très significative :
- Taux de CNI : **0,65 %** à fin 2012 contre 1,17 % à fin 2011
- Taux de NPC : **6,5%** à fin 2012 contre 13,5 % à fin 2011

Amélioration de la qualité du codage

Objectifs/enjeux du projet :

- Assurer un **codage exhaustif à flux tendu**
- Professionnaliser le codage pour améliorer sa qualité (diagnostics, actes, DMI, molécules onéreuses)
- Produire le **CRH « au fil de l'eau »**
- Sécuriser la **recette T2A** et les **données d'activité** transmises à l'ATIH

Exemples de réalisations concrètes :

➤ MONDOR

- **Un pilote au sein du pôle neuro-locomoteur**
- **Amélioration des organisations**
 - Travail sur le circuit des CRH en neurologie
 - Une TIM de pôle code les diagnostics
- **Evolution de la performance :**
 - Taux de changement de GHM à un contrôle externe 16 % au 3^e mois du pilote versus 40 % avant

➤ AP-HP

- **Révision de la fiche métier de TIM**
- **Organisation de formations**
 - Cycle de mise à niveau des professionnels en poste (2012 et début 2013)
 - Parcours de conversion avec formation longue
 - Formations spécialisées dès mai 2013
- **Extension et déploiement de la démarche**
 - Pilote en cours à HUEP (Saint Antoine) ; HUPC, Lariboisière, HUPNVS, HUPS, HUPO à divers degrés

Evolution de la performance APHP :

- L'indicateur synthétique de la qualité du codage a progressé de 10,6 % entre avril et décembre 2012
- De forte disparités entre les sites (moyenne AP-HP 1,20 % – HUPC 0,6 %)

Amélioration des conditions de travail

Objectifs/enjeux du projet :

- Anticiper les évolutions démographiques (ex:25% de départs à la retraite de paramédicaux dans les 10 ans)
- Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels,
- Améliorer le recrutement et la fidélisation,
- Amélioration de la qualité de prise en charge du patient

Exemples de réalisations concrètes :

➤ EMILE ROUX

- Coordination médico-soignante
- Mise en place des staffs et des espaces de transmissions
- Répartition de la charge de travail entre les différents équipes.
- Mise en place d'une lingère référent par bâtiment
- Création d'une réserve pool pour le matériel courant

➤ Evolution du taux d'absentéisme :

Le taux d'absentéisme IDE pour raison médicale hors Maternité a diminué de 38,30% entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2012.

➤ VAUGIRARD - CORENTIN CELTON

- Nouveaux modèles horaires de travail
- Mise en place d'un certificat de compétences en gériatrie
- Attribution de logement (créations de studios et d'une colocation)

☐ Evolution du taux d'absentéisme :

A Vaugirard: le taux d'absentéisme AS a diminué de 17,89% entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2012.

Evolution de la performance AP-HP

- **Une amélioration significative de l'absentéisme pour maladie** (hors congé maternité) tant pour les Ide (4,41% fin 2012 versus 4,81% fin 2011) qu'AS (7,4% fin 2012 versus 7,63% fin 2011)
- **Surtout: une réduction importante du turn-over infirmier:** 14,42% fin 2012 versus 17% fin 2011

Enjeu

**Notre enjeu : accélérer la diffusion
grâce au portage médical**